Gesetzentwurf

der Bundesregierung

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

(Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

Referentenentwurf

A. Problem und Ziel

Das derzeitige auf Fallpauschalen basierende System der Krankenhausvergütung gilt als stark mengenorientiert. Für die Kliniken besteht ein ökonomischer 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 folgende zentrale Ziele verfolgt: Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität, Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für Patientinnen und Patienten, Steigerung der Effizienz in der Krankenhausversorgung sowie Entbürokratisierung.

B. Lösung; Nutzen

Lösung

Mit der Einführung einer Vorhaltevergütung wird das Vorhalten von Strukturen in Krankenhäusern künftig weitgehend unabhängig von der Leistungserbringung gesichert und der Anreiz für die Krankenhäuser, Fallmengen auszuweiten, gesenkt. Die Mittel für die Vorhaltevergütung werden generiert, indem die bestehenden Fallpauschalen abgesenkt werden und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) den gesetzlichen Auftrag

erhält, 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 hinsichtlich derer sie die jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien und Mindestvorhaltezahlen 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, 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 für diese Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien und Mindestvorhaltezahlen verknüpft wird. Ausgangspunkt für die Leistungsgruppensystematik sind die Vorarbeiten in Nordrhein-Westfalen zur Weiterentwicklung der Landeskrankenhausplanung Nordrhein-Westfalen. In einem mehrstufigen Verfahren durch Bund und Länder unter Einbindung unter anderem der medizinischen Fachgesellschaften sowie der Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen werden Empfehlungen für die Weiterentwicklung von Leistungsgruppen und Qualitätskriterien erarbeitet. Festgelegt werden die Leistungsgruppen und Qualitätskriterien durch eine zustimmungsbedürftige Rechtsverordnung .

Die Medizinischen Dienste prüfen regelmäßig, ob Krankenhäuser die für die Leistungsgruppen maßgeblichen Qualitätskriterien einhalten. Um damit einhergehenden Bürokratieaufwand 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 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 Tarifrefinanzierung 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,

Referentenentwurf

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 die Konzentration von Leistungen in spezialisierten Kliniken und die dadurch gesteigerte Behandlungsqualität könnten viele Lebensjahre gerettet sowie Todesfälle und unnötige Revisionsoperationen vermieden werden. Insbesondere birgt die Festlegung von Mindestvoraussetzungen für die 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 der 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 gegenüber Patientinnen und Patienten sowie den Beschäftigten 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 Tarifrefinanzierung 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.

Table.Briefings

Den Mehrausgaben stehen ab dem Jahr 2025 Effizienzgewinne beziehungsweise Minderausgaben gegenüber. Diese ergeben sich aus den verschiedenen Regelungen und ihren Wirk- und Anreizmechanismen. Durch die Einführung einer mengenunabhängigen Vorhaltevergütung samt entsprechender Verringerung der Fallpauschalen um den Vorhalteanteil sowie die Einführung von Fallzahlkorridoren werden Anreize zur Mengenausweitung seitens der Krankenhäuser erheblich reduziert, so dass auch angesichts des aktuell im langfristigen Vergleich geringen Fallzahlniveaus bzw. der geringeren Auslastung von einer zukünftig reduzierten Mengendynamik auszugehen ist. Die Zuweisung von Leistungsgruppen in Verbindung mit Vorhaltezahlen und Qualitätskriterien fördert auf Ebene der Krankenhäuser eine stärkere Spezialisierung und reduziert Anreize zur Gelegenheitsversorgung in vielen verschiedenen medizinischen Fachgebieten. Gemeinsam mit der gezielten Förderung der Schließung von nicht bedarfsnotwendigen Stationen und Standorten im Rahmen des Transformationsfonds wird dies zu einem Abbau der im internationalen Vergleich hohen, aber nur mittelmäßig ausgelasteten Bettenkapazität führen, was die laufenden Gesamtkosten mitsamt der Belastung der Kostenträger senken wird. Darüber hinaus führt die stärkere Spezialisierung, welche zusätzlich im Rahmen der Regelungen zur Förderung von Konzentrationsbemühungen und Verbesserungen der Qualität im Bereich der Onkologie unterstützt wird, zu einer qualitativ besseren Behandlung der bestehenden Fälle inklusive einer Reduzierung von Wiederaufnahme- und Komplikationsraten samt entsprechender Kosten für die Kostenträger. Die Einführung und gezielte Förderung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen wird angesichts der im internationalen Vergleich überdurchschnittlichen Zahl von Belegungstagen je Einwohner und langer Verweildauern dazu beitragen, die hohen Ambulantisierungspotenziale zu heben, so dass insbesondere ein Teil der heute im Rahmen kurzer Krankenhausaufenthalte von unter drei Tagen vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten zukünftig verstärkt im Rahmen kosteneffizienterer, ambulanter Versorgungsmodelle behandelt werden wird.

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. die Konzentration der Angebotsstrukturen und eine 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 Tarifrefinanzierung aller Beschäftigtengruppen sowie bei Anwendung des vollen Orientierungswerts für Krankenhäuser.

Den Mehrausgaben stehen ab dem Jahr 2025 Effizienzgewinne beziehungsweise Minderausgaben gegenüber. Diese ergeben sich aus den verschiedenen Regelungen und ihren Wirk- und Anreizmechanismen. Durch die Einführung einer mengenunabhängigen Vorhaltevergütung samt entsprechender Verringerung der Fallpauschalen um den Vorhalteanteil sowie die Einführung von Fallzahlkorridoren werden Anreize zur Mengenausweitung seitens der Krankenhäuser erheblich reduziert, so dass auch angesichts des aktuell im langfristigen Vergleich geringen Fallzahlniveaus bzw. der geringeren Auslastung von einer zukünftig reduzierten Mengendynamik auszugehen ist. Bereits eine jährliche Reduktion der Mengendynamik um einen Prozentpunkt reduziert den Ausgabenzuwachs jedes Jahr um rund 650 Millionen Euro. Die Zuweisung von Leistungsgruppen in Verbindung mit Vorhaltezahlen und Qualitätskriterien fördert auf Ebene der Krankenhäuser eine stärkere Spezialisierung und reduziert Anreize zur Gelegenheitsversorgung in vielen verschiedenen

Kabinettbeschluss

medizinischen Fachgebieten. Gemeinsam mit der gezielten Förderung der Schließung von nicht bedarfsnotwendigen Stationen und Standorten im Rahmen des Transformationsfonds wird dies zu einem Abbau der im internationalen Vergleich hohen, aber nur mittelmäßig ausgelasteten Bettenkapazität führen, was die laufenden Gesamtkosten mitsamt der Belastung der Kostenträger senken wird. Darüber hinaus führt die stärkere Spezialisierung, welche zusätzlich im Rahmen der Regelungen zur Förderung von Konzentrationsbemühungen und Verbesserungen der Qualität im Bereich der Onkologie unterstützt wird, zu einer qualitativ besseren Behandlung der bestehenden Fälle inklusive einer Reduzierung von Wiederaufnahme- und Komplikationsraten samt entsprechender Kosten für die Kostenträger. Die Einführung und gezielte Förderung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen wird angesichts der im internationalen Vergleich überdurchschnittlichen Zahl von Belegungstagen je Einwohner und langer Verweildauern dazu beitragen, hohen Ambulantisierungspotenziale zu heben, so dass insbesondere ein Teil der heute im Rahmen kurzer Krankenhausaufenthalte von unter drei Tagen vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten zukünftig verstärkt im Rahmen kosteneffizienterer, ambulanter Versorgungsmodelle behandelt werden wird. In der Gesamtbetrachtung ist aufgrund dieser Wirkmechanismen im Jahr 2025 für die gesetzlichen Krankenkassen von Minderausgaben in Höhe 330 Millionen Euro auszugehen. 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 vermindert sich der jährliche Erfüllungsaufwand um rund 713 000 Euro. Insgesamt entsteht einmaliger Aufwand von rund 374 000 Euro. Unterschieden nach den einzelnen Artikeln des Gesetzentwurfs:

- Artikel 1 mit Bezug auf die Änderungen des SGB V bewirkt für die Wirtschaft eine Abnahme des jährlichen Erfüllungsaufwands um geschätzt circa 203 000 Euro. Insgesamt entsteht einmaliger Aufwand von geschätzt rund 338 000 Euro.

- Artikel 2 mit Bezug auf die Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) bewirkt für die Wirtschaft zusätzlichen jährlichen Erfüllungsaufwand in Höhe von schätzungsweise rund 4 000 Euro. Insgesamt entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von geschätzt rund 18 000 Euro.

- Artikel 3 mit Bezug auf die Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) bewirkt für die Wirtschaft eine Abnahme des jährlichen

Apotheken Briefings

Erfüllungsaufwands um geschätzt circa 514 000 Euro. Insgesamt entsteht einmaliger Aufwand von geschätzt rund 18 000 Euro.

- Artikel 4 mit Bezug auf die Änderungen der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) hat für die Wirtschaft keine (nennenswerten) Auswirkungen auf den Erfüllungsaufwand.

- Artikel 5 mit Bezug auf die Änderung der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser hat für die Wirtschaft keine Auswirkungen auf den Erfüllungsaufwand.

- Artikel 6 mit Bezug auf die Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen hat für die Wirtschaft keine Auswirkungen auf den Erfüllungsaufwand.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Davon entfallen circa 183 000 Euro auf jährliche Bürokratiekosten aus Informationspflichten sowie rund 243 000 Euro auf einmalige Informationspflichten. Unterschieden nach den einzelnen Artikeln des Gesetzentwurfs:

- Artikel 1 mit Bezug auf die Änderungen des SGB V bewirkt eine Zunahme der Bürokratiekosten aus Informationspflichten um geschätzt rund 4 000 Euro jährlich. Die einmaligen Informationspflichten belaufen sich auf 240 000 Euro.

- Artikel 2 mit Bezug auf die Änderungen des KHG bewirkt einmalige Bürokratiekosten aus Informationspflichten in Höhe von schätzungsweise rund 3 000 Euro.

- Artikel 3 mit Bezug auf die Änderungen des KHEntgG bewirkt Bürokratiekosten aus Informationspflichten in Höhe von geschätzt rund 179 000 Euro jährlich.

- Artikel 4 mit Bezug auf die Änderungen der BPflV hat für die Wirtschaft keine (nennenswerten) Auswirkungen auf die Bürokratiekosten.

- Artikel 5 mit Bezug auf die Änderungen der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser hat für die Wirtschaft keine Auswirkungen auf die Bürokratiekosten.

- Artikel 6 mit Bezug auf die Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen hat für die Wirtschaft keine Auswirkungen auf die Bürokratiekosten.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Für die Verwaltung erhöht sich der jährliche Erfüllungsaufwand um geschätzt rund 2 533 000 Euro. Davon entfallen circa 1 641 000 Euro an jährlichem Erfüllungsaufwand auf den Bund oder die Selbstverwaltung beziehungsweise Sozialversicherung und rund 892 000 Euro auf die Länder inklusive Kommunen. Der einmalige Erfüllungsaufwand beträgt geschätzt rund 1 891 000 , davon circa 177 000 für die Länder. Unterschieden nach den einzelnen Artikeln des Gesetzentwurfs:

- Artikel 1 mit Bezug auf die Änderungen des SGB V bewirkt für die Verwaltung eine Änderung des jährlichen Erfüllungsaufwands um geschätzt rund 366 000 Euro. Diese entfallen fast vollständig auf die Verwaltungsebene der Selbstverwaltung beziehungsweise Sozialversicherung. Der einmalige Erfüllungsaufwand beträgt

Referentenentwurf

geschätzt rund 337 000 Euro, die fast vollständig auf die Verwaltungsebene der Selbstverwaltung beziehungsweise Sozialversicherung entfallen.

- Artikel 2 mit Bezug auf die Änderungen des KHG bewirkt für die Verwaltung eine Änderung des jährlichen Erfüllungsaufwands um geschätzt rund 2 998 000 Euro. Davon entfallen rund 2 106 000 Euro auf den Bund inklusive der Selbstverwaltung beziehungsweise Sozialversicherung sowie rund 892 000 Euro auf die Länder. Der einmalige Erfüllungsaufwand beträgt geschätzt rund 1 512 000 Euro. Davon entfallen rund 1 336 000 Euro auf den Bund inklusive der Selbstverwaltung beziehungsweise Sozialversicherung sowie rund 177 000 Euro auf die Länder.

- Artikel 3 mit Bezug auf die Änderungen des KHEntgG bewirkt für die Verwaltung eine Abnahme des jährlichen Erfüllungsaufwands um geschätzt rund 831 000 Euro. Diese entfallen vollständig auf die Verwaltungsebene der Selbstverwaltung beziehungsweise Sozialversicherung. Der einmalige Erfüllungsaufwand beträgt geschätzt rund 42 000 Euro für die Selbstverwaltung beziehungsweise Sozialversicherung.

- Artikel 4 mit Bezug auf die Änderungen der BPflV hat für die Verwaltung keine (nennenswerten) Auswirkungen auf den Erfüllungsaufwand.

- Artikel 5 mit Bezug auf Änderungen der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser hat für die Verwaltung keine Auswirkungen auf den Erfüllungsaufwand.

- Artikel 6 mit Bezug auf die Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen hat für die Verwaltung keine Auswirkungen auf den Erfüllungsaufwand.

F. Weitere Kosten

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 Tarifrefinanzierung 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 beziehungsweise 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.

Table.Briefings

Gesetzentwurf der Bundesregierung

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

(Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Table.Briefings

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 33 und 35 Absatz 10 des Gesetzes vom 27. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 108) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 39e Absatz 1 Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Komma und werden die Wörter „oder in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung im Sinne von § 115g Absatz 1“ eingefügt.

2. § 109 wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „Krankenhausbedarfsplan nach § 8 Abs. 1 Satz 2“ durch die Wörter „Krankenhausplan nach § 8 Absatz 1 Satz 3“ ersetzt.

   b) In Absatz 2 Satz 2 werden nach dem Wort „Berücksichtigung“ die Wörter „der Auswahlkriterien nach § 135e Absatz 4 Satz 2 sowie“ eingefügt.

   c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

      aa) Satz 1 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

         „2. an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für bestimmte Leistungsgruppen nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt, wenn in dem Versorgungsvertrag diese Leistungsgruppen für den jeweiligen Krankenhausstandort vereinbart werden sollen oder“.

      bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

         „Wurden in dem Versorgungsvertrag Leistungsgruppen vereinbart, gilt die Genehmigung zugleich als Zuweisung dieser Leistungsgruppen im Sinne des § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.“

   d) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:

      „(3a) Die in Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 genannte Erfüllung der Qualitätskriterien ist durch das Krankenhaus vor Abschluss des Versorgungsvertrags nachzuweisen. Der in Satz 1 genannte Nachweis wird durch ein Gutachten des Medizinischen

Dienstes nach § 275a Absatz 4 Satz 1 über die Prüfung der Erfüllung der für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien erbracht, wenn die Übermittlung dieses Gutachtens an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu dem Zeitpunkt des Abschlusses des Versorgungsvertrags nicht länger als zwei Jahre zurückliegt. Bis zu dem Zeitpunkt der in Satz 2 genannten Übermittlung kann der in Satz 1 genannte Nachweis durch eine begründete Selbsteinschätzung des Krankenhauses erbracht werden, wenn der Medizinische Dienst bereits mit der Prüfung nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 beauftragt wurde. Abweichend von Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 darf ein Versorgungsvertrag abgeschlossen werden, obwohl das Krankenhaus die für die jeweiligen Leistungsgruppen maßgeblichen Qualitätskriterien an dem jeweiligen Krankenhausstandort nicht erfüllt, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist und dies für die jeweilige Leistungsgruppe nicht durch die Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 ausgeschlossen ist. Der Abschluss eines Versorgungsvertrags ist zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich, wenn ein anderes Krankenhaus, dem die jeweilige Leistungsgruppe nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen ist oder das die jeweilige Leistungsgruppe in einem genehmigten Versorgungsvertrag vereinbart hat, für einen erheblichen Teil der Einwohner des jeweiligen Versorgungsgebiets nicht innerhalb der in § 6a Absatz 4 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Fahrzeit mit einem Kraftfahrzeug erreichbar ist. Der Versorgungsvertrag ist im Fall des Satzes 4 auf höchstens drei Jahre zu befristen und mit der Bedingung abzuschließen, dass das jeweilige Krankenhaus die für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien innerhalb einer Frist, die höchstens drei Jahre betragen darf, zu erfüllen hat. Solange der jeweilige Krankenhausstandort in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgenommen ist, kann der Versorgungsvertrag abweichend von Satz 6 unbefristet abgeschlossen werden.“

e) Dem Absatz 5 werden folgende Sätze angefügt:

„Die von den Krankenhäusern erbrachten und in Rechnung gestellten Leistungen sind von den Krankenkassen innerhalb von fünf Tagen nach Rechnungseingang zu bezahlen. Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut oder der Übersendung von Zahlungsmitteln an das Krankenhaus.“

3. § 110 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Ein Versorgungsvertrag nach § 109 Absatz 1 kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden, von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nur gemeinsam und nur

1. aus den in § 109 Absatz 3 Satz 1 genannten Gründen oder

2. wenn die Übermittlung des jeweils letzten Gutachtens des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 4 Satz 1 über die Prüfung der Erfüllung der für die vereinbarten Leistungsgruppen maßgeblichen Qualitätskriterien an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen länger als zwei Jahre zurückliegt, es sei denn, das Krankenhaus erbringt den Nachweis über die Erfüllung der Qualitätskriterien durch eine begründete Selbsteinschätzung und der Medizinische Dienst wurde bereits mit der Prüfung nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 beauftragt.“

1. Lesung

b) In Satz 2 werden vor der Angabe „§ 109“ die Wörter „Satz 1 Nummer 2 oder der in“ eingefügt.

c) Nach Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

„Satz 2 gilt nicht,

1. solange ein Versorgungsvertrag nach § 109 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 3a Satz 6 oder 7 vereinbart ist oder

2. für drei Monate ab Mitteilung des Krankenhauses über die Nichterfüllung der Qualitätskriterien nach § 275a Absatz 4 Satz 2, wenn die Landesverbände der Krankenkassen oder die Ersatzkassen Anhaltspunkte dafür haben, dass die Dauer der Nichterfüllung drei Monate nicht überschreitet.“

4. Nach § 115f wird der folgende § 115g eingefügt:

„§ 115g

Behandlung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung

(1) Krankenhäuser, die nach § 6c des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt worden sind, können insbesondere folgende Leistungen erbringen:

1. ambulante Leistungen aufgrund einer Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung,

2. ambulantes Operieren nach § 115b,

3. stationäre Leistungen, soweit sie von der Vereinbarung nach Absatz 3 Nummer 2 und 3 umfasst und die Anforderungen nach Absatz 3 Nummer 4 erfüllt sind, einschließlich belegärztlicher Leistungen, in dem durch den Versorgungsauftrag des Landes bestimmten Umfang,

4. Übergangspflege nach § 39e,

5. Kurzzeitpflege nach § 39c.

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen erbringen stationäre Leistungen, soweit sie von der Vereinbarung nach Absatz 3 Nummer 1 umfasst und die Anforderungen nach Absatz 3 Nummer 4 erfüllt sind, einschließlich belegärztlicher Leistungen, in dem durch den Versorgungsauftrag des Landes bestimmten Umfang. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen können die in Satz 1 Nummer 4 und 5 genannten Leistungen unter pflegerischer Leitung erbringen, soweit sie nicht ärztlich zu verantworten sind. Die Möglichkeit für Krankenhäuser, die nicht als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt sind, stationäre Leistungen nach Absatz 3 Nummer 1 bis 3 und Leistungen nach Satz 1 Nummer 1, 2 und 4 zu erbringen, bleibt unberührt.

(2) Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen können zusätzlich Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 des Elften Buches und der Tagespflege und Nachtpflege nach § 41 des Elften Buches in selbständigen, organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennten Pflegeabteilungen, die als stationäre Pflegeeinrichtung im Sinne des § 72 des Elften Buches zugelassen sind, erbringen.

Table.Briefing

(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 Inneren Medizin und der Geriatrie sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen mindestens anbieten müssen,

2. welche weiteren stationären Leistungen sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen erbringen können,

3. welche stationären Leistungen eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung über die nach den Nummern 1 und 2 vereinbarten stationären Leistungen hinaus erbringen kann, wenn sie hierbei telemedizinisch von einem kooperierenden Krankenhaus unterstützt wird, und

4. welche Anforderungen an die Qualität, Patientensicherheit und Dokumentation der Erbringung der den Nummern 1 bis 3 vereinbarten Leistungen und an die in Nummer 3 genannte Kooperation gestellt werden und wie diese aufwandsarm geprüft werden.

Die in Satz 1 genannten Vertragsparteien haben die Vereinbarung nach Satz 1 im Abstand von jeweils höchstens zwei Jahren, erstmals zwei Jahre nach ihrem Abschluss, an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 oder Satz 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. Für die Festlegung durch die Schiedsstelle nach Satz 3 gilt die Anpassung nach Satz 2 entsprechend.

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen im Benehmen mit dem 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 Versorgungseinrichtungen 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.“

5. § 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 eine 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.

Tagesspiegel Background

(2) Der Zulassungsausschuss muss sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen 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 festgestellt hat, auf deren Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen, soweit und solange dies zur Abwendung der drohenden Unterversorgung erforderlich ist.

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

6. § 121 Absatz 6 Satz 2 und 3 wird aufgehoben.

7. § 135d wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 2, 3 und 6 werden nach den Wörtern „des Krankenhausentgeltgesetzes“ jeweils die Wörter „und nach § 40 Absatz 2 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ eingefügt.

b) Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 1 werden die Wörter „bis zum 30. September 2024 differenziert nach Fachabteilungen und ab dem 1. Oktober 2024 differenziert nach den in Anlage 1 genannten Leistungsgruppen“ durch die Wörter „differenziert nach Leistungsgruppen“ ersetzt und nach dem Wort „bestimmt“ werden die Wörter „; § 135e Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend“ eingefügt.

bb) In Nummer 7 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.

cc) Die folgenden Nummern 8 und 9 werden angefügt:

„8. die dem Krankenhaus nach § 6a Absatz 1 Satz 1 oder nach Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 4 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesenen Leistungsgruppen, die als zugewiesen geltenden Leistungsgruppen nach § 109 Absatz 3 Satz 3 und die Erfüllung oder Nichterfüllung der jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien; § 135e Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend,

9. die Ausweisung auf der nach § 40 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes veröffentlichten Liste.“

c) In Absatz 3 Satz 8 wird Nummer 1 wie folgt gefasst:

„1. der Gemeinsame Bundesausschuss die in § 136b Absatz 5 Satz 7 genannten Informationen der erfolgten Prognoseprüfungen und die ihm von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen übermittelten Entscheidungen der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden nach § 136b Absatz 5a über die Nichtanwendung von § 136b Absatz 5 Satz 1 und 2 sowie“.

8. Nach § 135d werden die folgenden §§ 135e und 135f eingefügt:

Ref.E. Brief.

„§ 135e

Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung

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

1. von der Krankenhausbehandlung umfasste Leistungen in Leistungsgruppen einzuteilen,

2. für jede nach Nummer 1 festgelegte Leistungsgruppe Qualitätskriterien, die insbesondere Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität der Leistungen beinhalten, in folgenden Anforderungsbereichen festzulegen:

   a) Erbringung verwandter Leistungsgruppen,

   b) sachliche Ausstattung,

   c) personelle Ausstattung und

   d) sonstige Struktur- und Prozesskriterien,

3. Regelungen zur Zulässigkeit der Einhaltung der Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden, insbesondere mit Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung oder Krankenhäusern, zu treffen,

4. Regelungen dazu, für welche Leistungsgruppen in Einzelfällen zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung von den Qualitätskriterien abgewichen werden kann und für welche Leistungsgruppen dies ausgeschlossen ist, zu treffen.

Die nach Satz 1 Nummer 2 festgelegten Qualitätskriterien sollen den aktuellen Stand der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse berücksichtigen und zu einer leitliniengerechten, qualitativ hochwertigen und für Patienten sicheren medizinischen Versorgung beitragen. Die Rechtsverordnung nach Satz 1 ist erstmals bis zum 31. März 2025 mit Wirkung ab dem 1. Januar 2027 zu erlassen.

(2) Erbringen Krankenhäuser mindestens eine Leistung aus einer Leistungsgruppe, haben sie die für diese Leistungsgruppe festgelegten Qualitätskriterien zu erfüllen. Die maßgeblichen Leistungsgruppen und Qualitätskriterien bestimmen sich nach den Regelungen der Rechtsverordnung nach Absatz 1; bis zum Inkrafttreten dieser Rechtsverordnung bestimmen sie sich nach Absatz 4.

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit richtet einen Ausschuss ein, der Empfehlungen zu den Inhalten der Rechtsverordnung nach Absatz 1 Nummer 1 bis 4 beschließt. Der Ausschuss wird durch das Bundesministerium für Gesundheit und die obersten Landesgesundheitsbehörden gemeinsam geleitet. Soweit das Bundesministerium für Gesundheit oder eine oberste Landesgesundheitsbehörde über die Weiterentwicklung der Inhalte der Rechtsverordnung nach Absatz 1 Nummer 1 bis 4 beraten möchte, kann der Ausschuss hierzu zunächst einen Vorschlag der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften einholen. Der Ausschuss kann beschließen, dass das Bundesministerium für Gesundheit das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte beauftragt, Leistungen zur Unterstützung seiner Tätigkeit zu erbringen. Der Ausschuss besteht in gleicher Zahl aus Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen einerseits und Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Bundesärztekammer, der Hochschulmedizin und der Berufsorganisationen der

Testentwurf

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. Wird die Geschäftsordnung nicht bis zum … [einsetzen: Datum desjenigen Tages des vierten auf den Monat des Inkrafttretens dieses Gesetzes folgenden Kalendermonats, dessen Zahl mit der des Tages Inkrafttretens dieses Gesetzes übereinstimmt, oder, wenn es einen solchen Kalendertag nicht gibt, Datum des ersten Tages des darauffolgenden Kalendermonats] festgelegt, legt das Bundesministerium für Gesundheit die Geschäftsordnung fest. Zur Koordinierung der Tätigkeit des Ausschusses richtet das Bundesministerium für Gesundheit eine Geschäftsstelle ein.

(4) Bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach Absatz 1 gelten im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 die in der Anlage 1 genannten Leistungsgruppen und Qualitätskriterien nach Maßgabe dieses Absatzes. Die in der Tabellenzeile „Auswahlkriterium“ enthaltenen Qualitätskriterien werden bei der notwendigen Auswahl zwischen mehreren geeigneten Krankenhäusern im Rahmen der Entscheidung über den Abschluss eines Versorgungsvertrags nach § 109 Absatz 2 Satz 2 sowie über die Zuweisung von Leistungsgruppen nach § 6a Absatz 1 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes berücksichtigt. Für die Erfüllung der in der Tabelle in der Anlage 1 als Mindestvoraussetzungen genannten Qualitätskriterien gemäß Absatz 2 Satz 1 gilt:

1. hinsichtlich der im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ genannten Leistungsgruppen müssen die Qualitätskriterien der in der Tabellenspalte „Standort“ aufgeführten Leistungsgruppen ebenfalls erfüllt sein,

2. sofern in den Anforderungsbereichen „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ und „Personelle Ausstattung“ zwischen der Behandlung von Erwachsenen und der Behandlung von Kindern und Jugendlichen unterschieden wird, bestimmen sich die einzuhaltenden Mindestanforderungen danach, ob nur Erwachsene, nur Kinder und Jugendliche oder alle Altersklassen behandelt werden sollen,

3. besondere medizinische Angebote, die in einigen Leistungsgruppen vorgesehen sind, müssen mindestens in Kooperation erbracht werden, sofern sie kein am Standort zu erfüllendes Auswahlkriterium darstellen,

4. soweit die intensivmedizinische Versorgung erweiterte Qualitätsanforderungen in einzelnen Leistungsgruppen erfordert, müssen die erforderlichen Voraussetzungen für die komplexe oder hochkomplexe intensivmedizinische Versorgung am Standort vorgehalten werden,

5. die im Anforderungsbereich „Sachliche Ausstattung“ in der Tabellenspalte vorgegebenen Geräte, Einrichtungen, Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sind mit dem dafür erforderlichen Personal in dem vorgebebenen Zeitraum vorzuhalten,

6. die im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ in der Tabellenspalte „Qualifikation“ enthaltenen fachärztlichen Vorgaben richten sich nach der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer; Qualifikationen auf Basis früherer Musterweiterbildungsordnungen der Bundesärztekammer sind entsprechend anzuerkennen,

7. im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ in der Tabellenspalte „Verfügbarkeit“ sind Fachärzte im vorgegebenen personellen und zeitlichen Umfang vorzuhalten, dabei

Hier Briefing

a) entspricht ein Facharzt einem beschäftigten Facharzt mit einem Vollzeitäquivalent von 40 Wochenstunden,

b) können beschäftigte Fachärzte für bis zu drei Leistungsgruppen, die diesem Krankenhausstandort nach § 6a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurden, berücksichtigt werden; dies gilt nicht für die in der Anlage 1 Nummer 1 und 14 genannten Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie,

c) können Anforderungen an die personelle Ausstattung auch durch Belegärzte erfüllt werden, sofern dies in der Tabelle vorgesehen ist,

8. Krankenhäuser können ihre Verpflichtung nach Absatz 2 Satz 1 in Kooperationen und Verbünden insbesondere mit Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung oder anderen Krankenhäusern erfüllen, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt und

a) in der Tabelle eine Kooperation vorgesehen ist oder

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

Satz 3 Nummer 8 b ist auf Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden, in Bezug auf die Erfüllung der Qualitätskriterien im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ mit der Maßgabe anzuwenden, dass § 6a Absatz 4 Satz 2 und 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht entsprechend gilt.

§ 135f

Mindestvorhaltezahlen für die Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung

(1) Ein Krankenhaus erfüllt die für eine ihm für einen Krankenhausstandort zugewiesene Leistungsgruppe geltende Mindestzahl an vom Krankenhausstandort erbrachten Behandlungsfällen (Mindestvorhaltezahlen) in einem Kalenderjahr, wenn die sich aus den nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das vorvergangene Kalenderjahr übermittelten Daten ergebende Anzahl an der jeweiligen Leistungsgruppe zuzuordnenden Behandlungsfällen an diesem Krankenhausstandort mindestens der für die jeweilige Leistungsgruppe nach Absatz 4 festgelegten Mindestvorhaltezahl entspricht. Ein Krankenhaus hat die ihm für einen Krankenhausstandort nach § 6a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes jeweils zugewiesenen Leistungsgruppe geltende Mindestvorhaltezahl zu erfüllen, um für diese Leistungsgruppe eine Vorhaltevergütung zu erhalten. Wenn die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde für mindestens zwei Krankenhausstandorte festlegt, dass Leistungen aus einer Leistungsgruppe im Folgejahr nur an einem dieser Krankenhausstandorte erbracht werden (Leistungsverlagerung), erfüllt das Krankenhaus, an dessen Standort die Leistungen künftig erbracht werden sollen, abweichend von Satz 1 die jeweilige Mindestvorhaltezahl in einem Kalenderjahr, wenn die sich aus den nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das vorvergangene Kalenderjahr übermittelten Daten ergebende Anzahl an der dieser Leistungsgruppe zuzuordnenden Behandlungsfällen an allen von der Leistungsverlagerung betroffenen Krankenhausstandorten gemeinsam mindestens der für diese Leistungsgruppe nach Absatz 4 festgelegten Mindestvorhaltezahl entspricht; dabei ist den betroffenen

Tagesspiegel Background

Krankenhausträgern vor der Festlegung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Satz 3 gilt entsprechend für den Fall einer Leistungsverlagerung zwischen mindestens zwei Krankenhausstandorten eines Krankenhausträgers. In den in den Sätzen 3 und 4 genannten Fällen hat die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde unverzüglich das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus über die Leistungsverlagerung zu informieren. Auf Bundeswehrkrankenhäuser und Krankenhäuser der gesetzlichen Unfallversicherung ist Absatz 1 mit der Maßgabe anzuwenden, dass als Behandlungsfälle auch jene Behandlungsfälle zu berücksichtigen sind, für deren Leistungen 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 in regelmäßigen Abständen damit, unter Berücksichtigung der Kriterien nach Absatz 4 Satz 2 wissenschaftliche Empfehlungen für die erstmalige Festlegung oder die Weiterentwicklung von Mindestvorhaltezahlen für die nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Leistungsgruppen zu erarbeiten. Die Empfehlungen sollen in Form der Angabe eines Perzentils der Zahl aller Behandlungsfälle eines Kalenderjahres, in denen Leistungen aus der jeweiligen Leistungsgruppe erbracht wurden, erfolgen. Dabei hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen auch die im Transparenzverzeichnis nach § 135d Absatz 3 veröffentlichten Bewertungen des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen zu berücksichtigen. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen 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. Für die Finanzierung der Aufgaben des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach diesem Absatz gilt § 139c.

(3) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erstellt anhand der nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Leistungsdaten Auswertungen zu den Auswirkungen der nach Absatz 2 vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen erarbeiteten Empfehlungen auf die Anzahl und geographische Verteilung der Krankenhausstandorte. Die Auswertungen haben auch die Auswirkungen der nach Absatz 2 erarbeiteten Empfehlungen auf die für Patienten entstehenden Fahrzeiten zum nächsten erreichbaren Krankenhausstandort zu umfassen. Die Auswertungen sind dem Bundesministerium für Gesundheit innerhalb von drei Monaten nach der jeweiligen Vorlage der betreffenden nach Absatz 2 erarbeiteten Empfehlung zusammen mit einer eigenen Empfehlung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Festlegung der betreffenden Mindestvorhaltezahl, bei deren Erarbeitung die in Absatz 4 Satz 2 genannten Kriterien zu berücksichtigen sind, vorzulegen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt zusätzlich für jeden Krankenhausstandort und jede Leistungsgruppe an die jeweilige für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde bis zum 30. Juni eines Kalenderjahres die Anzahl der Behandlungsfälle dieses Krankenhausstandorts im jeweiligen vorangegangenen Kalenderjahr, in denen Leistungen aus der jeweiligen Leistungsgruppe erbracht wurden, und die Information, ob der jeweilige Krankenhausstandort für das jeweils folgende Kalenderjahr die nach Absatz 4 festgelegte Mindestvorhaltezahl der jeweiligen Leistungsgruppen gemäß Absatz 1 Satz 1 bis 4 erfüllt.

(4) Das Bundesministerium für Gesundheit legt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates für jede nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgebliche Leistungsgruppe Mindestvorhaltezahlen auf Grundlage der nach Absatz 2 vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen erarbeiteten jeweiligen Empfehlungen sowie der nach Absatz 3 vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erstellten jeweiligen Auswertungen und jeweiligen Empfehlung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus fest. Bei der Festlegung nach Satz 1 sind insbesondere zu berücksichtigen:

Ref.-Entw.

1. die Verpflichtung zur Vorhaltung eines ständig verfügbaren Facharztstandards,

2. das Ziel der Sicherstellung einer bedarfsgerechten und flächendeckenden stationären Versorgung sowie

3. die Wahrung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 Absatz 1.

Die Rechtsverordnung nach Satz 1 ist erstmals bis zum [einsetzen: Angabe des Tages und Monats des Inkrafttretens dieses Gesetzes nach Artikel 7 sowie die Jahreszahl des auf das Inkrafttreten dieses Gesetzes nach Artikel 7 folgenden Kalenderjahres] mit Wirkung ab dem 1. Januar 2027 zu erlassen. Das Bundesministerium für Gesundheit überprüft die Festlegungen nach Satz 1 regelmäßig."

9. § 136 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 werden vor dem Punkt am Ende ein Komma und die Wörter „sofern diese nicht in den nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Qualitätskriterien enthalten sind" eingefügt.

b) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

„(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die in nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Bestimmungen in Richtlinien aufzuheben, soweit die nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Qualitätskriterien vergleichbare Mindestanforderungen festlegen."

10. § 136c wird wie folgt geändert:

a) Die Absätze 1 und 2 werden aufgehoben.

b) Absatz 3 Satz 3 wird aufgehoben.

c) Absatz 4 Satz 3 wird aufgehoben.

d) In Absatz 6 werden die Wörter „Absätzen 1 bis 5" durch die Wörter „Absätzen 3 bis 5" ersetzt.

11. § 137 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift wird das Wort „Kontrolle" durch das Wort „Prüfung" ersetzt.

b) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in einer Richtlinie die Einzelheiten zu den Prüfungen des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 4, die entweder

1. durch Anhaltspunkte begründet sein müssen,

2. die Erfüllung der Qualitätsanforderungen nach § 136a Absatz 2 und 5 zum Gegenstand haben oder

3. als Stichprobenprüfungen erforderlich sind."

c) In den Sätzen 2 und 3 wird das Wort „Kontrollen" jeweils durch das Wort „Prüfungen" ersetzt.

Legie.Briefings

d) In Satz 5 werden die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.

e) Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„Die Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach den Sätzen 1 und 2 sollen eine möglichst aufwandsarme Durchführung der Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 sowie eine Vereinheitlichung der Prüfungen des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 1 Satz 1 unterstützen.“

12. § 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 und 12a“ ersetzt und 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 des § 12b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.“

b) Die Sätze 3 und 4 werden wie folgt gefasst:

„Der Anteil nach Satz 1 Nummer 1 wird dem Innovationsfonds, der Anteil nach Satz 1 Nummer 2 dem Strukturfonds und der Anteil nach Satz 1 Nummer 3 dem Transformationsfonds zugeführt. Die auf die landwirtschaftliche Krankenkasse entfallenden Anteile nach Satz 1 Nummer 1, 2 und 3 an den Mitteln für den Innovationsfonds nach § 92a, den Strukturfonds nach den §§ 12 und 12a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und den Transformationsfonds nach § 12b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes werden nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse des Gesundheitsfonds für das abgelaufene Kalenderjahr festgesetzt und mit der landwirtschaftlichen Krankenkasse abgerechnet.“

13. § 271 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:

„Abweichend von Satz 4 darf die Höhe der Liquiditätsreserve nach Ablauf der Geschäftsjahre 2025 bis 2034 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.“

bb) In dem neuen Satz 6 werden nach der Angabe „Satz 4“ die Wörter „oder Satz 5“ eingefügt.

b) Absatz 6 wird wie folgt gefasst:

„(6) Zur Finanzierung der Fördermittel nach den §§ 12 und 12a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes werden dem Strukturfonds aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ab dem Jahr 2016 Finanzmittel in Höhe von bis zu 500 Millionen Euro und in den Jahren 2019 bis 2025 Finanzmittel in Höhe von insgesamt

Table Briefings

bis zu 2 Milliarden Euro, jeweils abzüglich des Anteils der landwirtschaftlichen Krankenkasse nach § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 und Satz 4 und 5 zugeführt, soweit die Fördermittel von den Ländern nach Maßgabe der §§ 12, 12a und 13 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abgerufen werden. Zur Finanzierung der Fördermittel nach § 12b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes werden dem Transformationsfonds in den Jahren 2026 bis 2035 aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds jährlich Finanzmittel in der Höhe zugeführt, in der diese Fördermittel im jeweiligen Jahr den Ländern zugeteilt werden, höchstens jedoch in der Höhe des Höchstbetrags nach Satz 3 für das jeweilige Kalenderjahr. Der Höchstbetrag für ein Kalenderjahr ergibt sich aus der Summe eines Betrags in Höhe von 2,5 Milliarden Euro und des jeweiligen Mittelübertrags nach Satz 4 für dieses Kalenderjahr, jeweils abzüglich des Anteils der landwirtschaftlichen Krankenkasse nach § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 und Satz 4 und 5. Der Mittelübertrag für ein Kalenderjahr ist derjenige Betrag, um den der Höchstbetrag nach Satz 3 für das vorangegangene Kalenderjahr den Betrag der den Ländern im vorangegangenen Kalenderjahr zugeteilten Fördermittel übersteigt.“

14. § 275a wird wie folgt gefasst:

„§ 275a

Prüfungen zu Qualitätskriterien, Strukturmerkmalen und Qualitätsanforderungen in Krankenhäusern

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

1. der nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Qualitätskriterien,

2. von Strukturmerkmalen, die in dem vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 Absatz 2 festgelegt werden,

3. der Qualitätsanforderungen nach den §§ 135b und 136 bis 136c einschließlich der Prüfung der von den Krankenhäusern im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung vorzunehmenden Dokumentation sowie

4. der von den Ländern landesrechtlich vorgesehenen Qualitätsanforderungen; hierzu kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde den Medizinischen Dienst beauftragen.

Die Prüfungen sind aufwandsarm zu gestalten. Sie erfolgen in der Regel im schriftlichen Verfahren auf Grundlage vorliegender Daten, Nachweise, Unterlagen und Auskünfte der Krankenhäuser; abweichend davon erfolgen die Prüfungen angemeldet vor Ort, soweit eine Inaugenscheinnahme der Gegebenheiten vor Ort für die Prüfung erforderlich ist. Bei Prüfungen zu der Erfüllung der in Satz 1 Nummer 1, 3 und 4 genannten Qualitätskriterien und Qualitätsanforderungen sind Prüfungen ohne Anmeldung zulässig, wenn Tatsachen mit hinreichender Wahrscheinlichkeit erwarten lassen, dass eine Prüfung nach Anmeldung den Erfolg der Prüfung gefährden würde. Der Medizinische Dienst führt die Prüfungen nach Satz 1 soweit möglich einheitlich und aufeinander abgestimmt durch und verwendet Nachweise und Erkenntnisse aus anderen Prüfungen nach Satz 1 wechselseitig . Vorliegende Zertifikate und Daten aus dem Transparenzverzeichnis nach § 135d Absatz 1 Satz 1 sind vom Medizinischen Dienst im Rahmen der Prüfungen zu berücksichtigen. Die Krankenhäuser haben die für die Prüfung erforderlichen personen- und einrichtungsbezogenen Daten innerhalb von sechs

Table.Briefing

Wochen nach Anforderung durch den Medizinischen Dienst an diesen zu übermitteln. Die Übermittlung der für die Prüfung erforderlichen Unterlagen durch die Krankenhäuser sowie Mitteilungen zu Prüfergebnissen durch den Medizinischen Dienst erfolgen grundsätzlich auf elektronischem Weg. Die Bereitstellung von für die Prüfung erforderlichen Unterlagen durch die Krankenhäuser kann über ein geschütztes digitales Informationsportal des Medizinischen Dienstes erfolgen; die Medizinischen Dienste führen hierzu jeweils ein entsprechendes Informationsportal. Die Prüfungen erfolgen grundsätzlich durch den Medizinischen Dienst, der örtlich für das zu prüfende Krankenhaus zuständig ist.. § 135d Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend.

(2) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat vor der Zuweisung von Leistungsgruppen nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes den Medizinischen Dienst mit Prüfungen zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Qualitätskriterien zu beauftragen. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen haben vor dem Abschluss von Versorgungsverträgen nach § 109 den Medizinischen Dienst mit Prüfungen zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Qualitätskriterien zu beauftragen, wenn in dem Versorgungsvertrag Leistungsgruppen vereinbart werden sollen. Darüber hinaus können die beauftragenden Stellen bei Bedarf jederzeit Prüfungen zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Qualitätskriterien beauftragen. Der Umfang der vom Medizinischen Dienst zu prüfenden Erfüllung von Qualitätskriterien bestimmt sich abschließend nach den in dem konkreten Auftrag bestimmten Leistungsgruppen. Der Medizinische Dienst hat eine auf Grund von Satz 1, 2 oder 3 beauftragte Prüfung unverzüglich durchzuführen und in der Regel innerhalb von zehn Wochen ab dem Zeitpunkt des Beginns der Prüfung mit einem Gutachten abzuschließen und dieses allein der beauftragenden Stelle zuzusenden. Die beauftragende Stelle hat den Medizinischen Dienst innerhalb von zwei Wochen nach Zugang des Gutachtens auf offensichtliche Unstimmigkeiten oder Unklarheiten im Gutachten hinzuweisen und diese mit dem Medizinischen Dienst anschließend innerhalb von zwei Wochen ab der Erteilung des Hinweises zu erörtern; sofern erforderlich, ist das Gutachten entsprechend unverzüglich durch den Medizinischen Dienst zu korrigieren. Prüfungen, die auf Grund von Satz 1 vor einer voraussichtlich vor dem 1. November 2026 erfolgenden Zuweisung oder auf Grund von Satz 2 vor einem voraussichtlich vor dem 1. November 2026 erfolgenden Abschluss eines Versorgungsvertrags zu beauftragen sind, sind bis zum 30. September 2025 zu beauftragen. Der Medizinische Dienst hat die in Satz 6 genannten Prüfungen bis spätestens zum 30. Juni 2026 abzuschließen.

(3) Die beauftragende Stelle nach Absatz 2 Satz 1 oder 2 hat den Medizinischen Dienst mit Prüfungen zur Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Qualitätskriterien zu beauftragen, wenn die Übermittlung eines neuen Gutachtens des Medizinischen Dienstes über eine entsprechende Prüfung erforderlich ist, um die Aufhebung einer Zuweisung einer Leistungsgruppe auf Grund von § 6a Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder die Kündigung eines Versorgungsvertrags auf Grund von § 110 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 abzuwenden. Die Beauftragung hat so rechtzeitig zu erfolgen, dass das Gutachten voraussichtlich bis zum Ablauf der in § 6a Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder der in § 110 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Frist übermittelt wurde.

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

1. die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde,

2. die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen,

Entwurf

3. an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen sowie

4. das jeweils geprüfte Krankenhaus.

Krankenhäuser, die ein für eine Leistungsgruppe maßgebliches Qualitätskriterium über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht erfüllen, haben dies unverzüglich auf elektronischem Wege mitzuteilen

1. der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde,

2. den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie

3. dem zuständigen Medizinischen Dienst, der hierüber unverzüglich das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen informiert.

Stellt der Medizinische Dienst fest, dass ein Krankenhaus seiner Mitteilungspflicht nach Satz 2 nicht oder nicht rechtzeitig nachgekommen ist, so informiert er unverzüglich die Institutionen nach Satz 2 Nummer 1 und 2 sowie das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen hierüber.

(5) Krankenhäuser, die der Mitteilungspflicht nach Absatz 3 Satz 2 nicht oder nicht rechtzeitig nachkommen, dürfen in dem Zeitraum von dem Beginn der zugrundeliegenden Nichterfüllung des für eine Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriteriums bis zu einer Aufhebung der Zuweisung dieser Leistungsgruppe nach § 6a Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder einer Kündigung des jeweiligen Versorgungsvertrags nach § 110 Absatz 1 Satz 2 erbrachte Leistungen aus dieser Leistungsgruppe nicht abrechnen. Satz 1 ist ab dem Zeitpunkt nicht anzuwenden, zu dem nach Kenntnis von der Nichterfüllung der Mitteilungspflicht die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde nach § 6a Absatz 5 Satz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes die Zuweisung der jeweiligen Leistungsgruppe nicht aufhebt oder die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen nach § 110 Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 und 2 den jeweiligen Versorgungsvertrag nicht kündigen.

(6) Krankenhäuser können den Medizinischen Dienst mit Prüfungen zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale beauftragen. Der Medizinische Dienst stellt das Ergebnis der Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale durch Bescheid fest. Der Medizinische Dienst übermittelt dem jeweiligen geprüften Krankenhaus zusätzlich in elektronischer Form ein Gutachten über die Prüfung und bei Erfüllung der jeweiligen Strukturmerkmale eine Bescheinigung über das Ergebnis der Prüfung, die auch Angaben darüber enthält, für welchen Zeitraum die jeweiligen Strukturmerkmale als erfüllt angesehen werden. Das geprüfte Krankenhaus hat die in Satz 3 genannte Bescheinigung 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 ein Strukturmerkmal, dessen Erfüllung in einer in Satz 1 genannten Prüfung festgestellt wurde, über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht einhalten, haben dies unverzüglich auf elektronischem Wege den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, dem Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung sowie dem zuständigen Medizinischen Dienst mitzuteilen. Krankenhäuser bedürfen einer Bescheinigung nach Satz 3, um Leistungen nach dem Kode des Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2, der das geprüfte Strukturmerkmal enthält, vereinbaren und abrechnen zu können.

Testversion

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

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

2. der der Leistung zugrunde liegende Kode des Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 in dem jeweiligen Kalenderjahr erstmals vergütungsrelevant wurde.

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

1. dem zuständigen Medizinischen Dienst, den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung unter Angabe des betreffenden Standortes des Krankenhauses auf elektronischem Wege angezeigt haben, dass sie die in dem Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 Absatz 2 festgelegten Strukturmerkmale des Kodes, der der jeweiligen Leistung zugrunde liegt, während der drei dieser Anzeige vorhergehenden Kalendermonate 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.

Krankenhäuser, denen nach Abschluss einer Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale, mit der sie den Medizinischen Dienst nach einer in Satz 1 Nummer 1 oder Satz 2 Nummer 1 genannten Anzeige beauftragt haben, keine in Absatz 6 Satz 3 genannte Bescheinigung übermittelt wurde, haben dies unverzüglich auf elektronischem Wege den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung unter Angabe des betreffenden Standortes des Krankenhauses mitzuteilen.

(8) Prüfungen zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 genannten Qualitätsanforderungen sind nur durchzuführen, wenn der Medizinische Dienst hiermit von einer in der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 Satz 1 und 2 festgelegten Stelle beauftragt wurde. Art und Umfang der vom Medizinischen Dienst durchzuführenden Prüfungen bestimmen sich abschließend nach dem jeweiligen Auftrag. Soweit der Auftrag auch eine in Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 genannte Prüfung der Richtigkeit der Dokumentation nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 beinhaltet, hat der Gemeinsame Bundesausschuss dem Medizinischen Dienst 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.

(9) Werden bei Durchführung einer in Absatz 1 Satz 1 genannten Prüfung Anhaltspunkte für erhebliche Qualitätsmängel offenbar, die außerhalb des Prüfauftrags oder Prüfgegenstands liegen, so teilt der Medizinische Dienst diese Anhaltspunkte unverzüglich mit

1. dem Krankenhaus,

1. Entwurf BMG

2. der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde sowie

3. den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen.

Bei Prüfungen zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 genannten Qualitätsanforderungen erfolgt die Mitteilung abweichend von Satz 1 an das Krankenhaus und der jeweiligen beauftragenden Stelle.

(10) Abweichend von Absatz 4 Satz 1, 2 und 3, Absatz 6 Satz 4 und 5 sowie Absatz 7 Satz 3 ist von einer dort jeweils genannten Übermittlung, Mitteilung oder Information abzusehen, wenn die in der jeweiligen Übermittlung, Mitteilung oder Information enthaltenen Angaben und Unterlagen dem jeweiligen Empfänger in der in § 283 Absatz 5 Satz 1 genannten Datenbank zugänglich sind. Der Medizinische Dienst Bund gewährt hierzu dem jeweiligen Empfänger Zugang zu den für ihn entsprechend seiner örtlichen Zuständigkeit relevanten und für die Erfüllung seiner gesetzlichen Aufgaben erforderlichen Daten.“

15. § 275c Absatz 6 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 2 wird das Wort „Einhaltung“ durch das Wort „Erfüllung“ und 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) Folgende Nummer 3 wird angefügt:

„3. hinsichtlich der Abrechnung der Vergütung des Vorhaltebudgets nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b des Krankenhausentgeltgesetzes.“

16. § 275d wird aufgehoben.

17. § 276 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „bis 275d“ durch die Angabe „bis 275c“ ersetzt.

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

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

b) Absatz 4a wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Kontrollen nach § 275a“ durch die Wörter „Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 3 und 4“ ersetzt, werden nach der Angabe „§ 137 Absatz 3“ die Wörter „der Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3“ eingefügt und wird das Wort „Kontrollen“ durch das Wort „Prüfungen“ ersetzt.

bb) In den Sätzen 2 und 3 werden die Wörter „Kontrollen nach § 275a“ jeweils durch die Wörter „Prüfungen nach § 275a“ Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 3 und 4“ ersetzt.

cc) In Satz 4 werden die Wörter „Kontrollen nach § 275a Absatz 4“ durch die Wörter „Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 4“ ersetzt.

18. § 277 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

Hintergrund Briefings

a) Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„Nach Abschluss der Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 hat der Medizinische Dienst die Prüfergebnisse dem geprüften Krankenhaus und der jeweiligen beauftragenden Stelle mitzuteilen.“

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

19. § 278 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Die Medizinischen Dienste berichten dem Medizinischen Dienst Bund bis zum 1. April jedes zweiten Kalenderjahres über

1. die Anzahl und die Ergebnisse der Begutachtungen nach § 275 und der Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 3 und 4, § 275b und § 275c,

2. die Personalausstattung der Medizinischen Dienste und

3. die Ergebnisse der systematischen Qualitätssicherung der Begutachtungen und Prüfungen der Medizinischen Dienste für die gesetzliche Krankenversicherung.

Die Medizinischen Dienste berichten dem Medizinischen Dienst Bund bis zum 1. April eines jeden Kalenderjahres über die Anzahl und Ergebnisse der Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, differenziert nach den einzelnen in dem Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 Absatz 2 festgelegten Strukturmerkmalen einschließlich der Anzahl der in § 275a Absatz 7 Satz 1 Nummer 1 und der in § 275a Absatz 7 Satz 2 Nummer 1 genannten Anzeigen sowie der Anzahl der in § 275a Absatz 6 Satz 5 und der in § 275a Absatz 7 Satz 3 genannten Mitteilungen. Das Nähere zum Verfahren nach Satz 1 und Satz 2 regeln die Richtlinien nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 und 8. Die Medizinischen Dienste übermitteln dem Medizinischen Dienst Bund regelmäßig die nach der Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 für die in § 283 Absatz 5 genannte Datenbank erforderlichen Daten.“

b) Folgender Absatz 5 wird angefügt:

„(5) Die Medizinischen Dienste, die gemäß § 278 Absatz 1 Satz 2 in der am 31. Dezember 2019 geltenden 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.“

20. § 280 wird wie folgt geändert:

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

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

Fabio Brefin

21. § 283 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

„3. über die Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 einschließlich der Festlegung der fachlich erforderlichen Zeitabstände für die Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, der Folgen, die eintreten, wenn nach § 275a Absatz 6 Satz 5 Strukturmerkmale nach Mitteilung durch das Krankenhaus nicht mehr eingehalten werden, und der Festlegung geeigneter Maßnahmen, um die Prüfungen soweit möglich zu vereinheitlichen und aufwandsarm auszugestalten,“

bb) Satz 2 wird durch folgenden Satz ersetzt:

„Der Medizinische Bund hat bis zum … [einsetzen: Datum desjenigen Tages des sechsten auf den Monat des Inkrafttretens dieses Gesetzes folgenden Kalendermonats, dessen Zahl mit der des Tages des Inkrafttretens übereinstimmt, oder, wenn es einen solchen Kalendertag nicht gibt, Datum des ersten Tages des darauffolgenden Kalendermonats] die Richtlinie nach Satz 1 Nummer 3 zu erlassen oder anzupassen, soweit dies aufgrund der Änderung dieses Gesetzes durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz vom … [einsetzen: Datum und Fundstelle dieses Gesetzes] erforderlich ist.“

cc) Die bisherigen Sätze 2 bis 8 werden Sätze 3 bis 9.

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 zu definieren. Die für den Erlass der Richtlinie nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 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 Prüfungen von Krankenhausleistungen nach § 275c, der Begutachtungen zur Beseitigung von Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit nach § 275 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe b sowie der Prüfungen von medizinischen Rehabilitations- und Vorsorgeleistungen nach § 275 Absatz 2 Nummer 1 einzubeziehen.“

c) Absatz 4 wird durch die folgenden Absätze 4 und 5 ersetzt:

„(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 bis zum 1. Juni jedes zweiten Kalenderjahres vor und veröffentlicht den Bericht bis zum 1. September des jeweiligen Kalenderjahres,

2. § 278 Absatz 4 Satz 2 in einem Bericht zusammen, legt diesen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 1. Juni eines jeden Kalenderjahres vor

Text des Bundesrats

und veröffentlicht den Bericht bis zum 1. September des jeweiligen Kalenderjahres.

Das Nähere regelt der Medizinische Dienst Bund in der 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 in § 17c Absatz 7 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Stellungnahme 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 differenziert nach Krankenhausstandorten

1. das jeweilige Prüfergebnis mit Informationen zur geprüften Erfüllung oder Nichterfüllung der Qualitätskriterien, Strukturmerkmale und Qualitätsanforderungen, einschließlich der Unterlagen nach § 275a Absatz 4 Satz 1 und § 275a Absatz 6 Satz 3,

2. die in § 275a Absatz 4 Satz 2, in § 275a Absatz 6 Satz 5 und in § 275a Absatz 7 Satz 3 genannten Mitteilungen sowie

3. die in § 275a Absatz 4 Satz 3 genannten Feststellungen.

§ 135d Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend. Die Verarbeitung und Veröffentlichung der Daten in der in Satz 1 genannten Datenbank erfolgt ohne Personenbezug. Die Datenbank ist fortlaufend auf Basis neuer Erkenntnisse der Medizinischen Dienste zu aktualisieren. Die Medizinischen Dienste erhalten Zugang zu den für sie entsprechend ihrer örtlichen Zuständigkeit relevanten und für ihre Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 erforderlichen Daten. Der Medizinische Dienst Bund regelt das Nähere zum Verfahren, zur Art und zum Umfang des Zugangs zu der Datenbank sowie zum Umfang, Format und zur Spezifikation der für die Datenbank nach Satz 1 erforderlichen Daten in der Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3. Der Medizinische Dienst Bund ergänzt die Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 um die in Satz 7 genannten Inhalte und richtet die in Satz 1 genannte Datenbank bis zum … [einsetzen: Datum desjenigen Tages des zwölften auf den Monat des Inkrafttretens dieses Gesetzes folgenden Kalendermonats, dessen Zahl mit der des Tages des Inkrafttretens übereinstimmt, oder, wenn es einen solchen Kalendertag nicht gibt, Datum des ersten Tages des darauffolgenden Kalendermonats] ein.“

d) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 6.

22. § 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 Satz 1 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

Tabelle Entfällt

dies für die Auswahl der Versicherten, die Versendung der Fragebögen, die Risikoadjustierung der Auswertungen oder die wissenschaftliche Begleitung der Patientenbefragungen erforderlich ist“ ersetzt.

bb) Folgender Satz wird nach Satz 10 eingefügt:

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

cc) In Satz 12 wird die Angabe „Sätze 1 bis 10“ durch die Angabe „Sätze 1 bis 11“ ersetzt.

d) Absatz 7 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 2 wird das Wort „sowie“ gestrichen.

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

cc) Folgende Nummern 4 und 5 werden angefügt:

„4. Daten zur Erfüllung oder Nichterfüllung der nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Qualitätskriterien, die dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 275a Absatz 4 Satz 1 bis 3 übermittelt werden beziehungsweise in der in § 283 Absatz 5 Satz 1 genannten Datenbank des Medizinischen Dienstes Bund bereitgestellt werden sowie

5. Daten, die dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 6a Absatz 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes übermittelt werden.“

23. Die §§ 411, 412 und 415 werden aufgehoben.

24. Folgender § 426 wird angefügt:

„§ 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, zum 31. Dezember 2028, zum 31. Dezember 2033 sowie zum 31. Dezember 2038 jeweils einen gemeinsamen Bericht vor über

1. die Auswirkungen der Festlegung der Leistungsgruppen nach § 135e und ihre Weiterentwicklung, insbesondere hinsichtlich der mit der Zuweisung von Leistungsgruppen nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zusammenhängenden Konzentrationswirkungen auf die Leistungserbringung durch die Krankenhäuser, auch soweit diese länderübergreifend eingetreten sind,

Table Briefings

2. die Prüfungen zur Erfüllung der nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Qualitätskriterien durch den Medizinischen Dienst nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1,

3. die Auswirkungen der durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz vom …[einsetzen: Datum der Fundstelle dieses Gesetzes] bewirkten Rechtsänderungen auf

a) die Versorgungssituation der Patienten,

b) die Personalstrukturen in den Krankenhäusern,

c) die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser und die Ausgaben der Krankenkassen und

d) auf weitere Versorgungsbereiche, insbesondere den Bereich der medizinischen Rehabilitation.

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.“

25. Die Anlage 1 erhält die aus dem Anhang zu diesem Gesetz ersichtliche Fassung.

Artikel 2

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 8a des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 101) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 6 Absatz 1a wird aufgehoben.

2. § 6a wird wie folgt gefasst:

„§ 6a

Zuweisung von Leistungsgruppen

(1) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann einem nach § 108 Nummer 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenen Krankenhaus für einen Krankenhausstandort Leistungsgruppen zuweisen, wenn das Krankenhaus an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für diese Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien erfüllt. Die maßgeblichen Leistungsgruppen und Qualitätskriterien bestimmen sich nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. 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. Ein Anspruch auf Zuweisung einer Leistungsgruppe besteht nicht. Bei notwendiger Auswahl

Tabi.e.Briefings

zwischen mehreren geeigneten Krankenhäusern entscheidet die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde unter Berücksichtigung der Auswahlkriterien nach § 135e Absatz 4 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nach pflichtgemäßem Ermessen, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung des Landes am besten gerecht wird. Die Zuweisung nach Satz 1 erfolgt durch Bescheid. Gegen den Bescheid ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben.

(2) Die in Absatz 1 Satz 1 genannte Erfüllung der Qualitätskriterien ist durch das Krankenhaus vor der Zuweisung der jeweiligen Leistungsgruppe nachzuweisen. Der in Satz 1 genannte Nachweis wird durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über die Prüfung der Erfüllung der für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien erbracht, wenn die Übermittlung dieses Gutachtens an die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde zu dem Zeitpunkt der Zuweisung der jeweiligen Leistungsgruppe nicht länger als zwei Jahre zurückliegt. Bis zu dem Zeitpunkt der in Satz 2 genannten Übermittlung kann der in Satz 1 genannte Nachweis durch eine begründete Selbsteinschätzung des Krankenhauses erbracht werden, wenn der Medizinische Dienst bereits mit der Prüfung nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beauftragt wurde.

(3) Den Bundeswehrkrankenhäusern sowie 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. Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und ihrer Vereinigungen können die für eine Leistungsgruppe als Qualitätskriterien festgelegten verwandten Leistungsgruppen nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auch in Kooperation erbringen.

(4) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen einem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort auch Leistungsgruppen nach Absatz 1 Satz 1 zuweisen, obwohl das Krankenhaus die für diese Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien an dem jeweiligen Krankenhausstandort nicht erfüllt, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist und dies für die jeweilige Leistungsgruppe nicht durch die Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 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 zugewiesen ist oder das die jeweilige Leistungsgruppe in einem genehmigten Versorgungsvertrag nach § 109 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vereinbart hat, für einen erheblichen Teil der Einwohner des jeweiligen Versorgungsgebiets nicht innerhalb der in Satz 3 genannten Fahrzeit mit einem Kraftfahrzeug erreichbar ist. Die maßgebliche Fahrzeit beträgt

1. hinsichtlich der Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie: 30 Minuten,

2. hinsichtlich der übrigen Leistungsgruppen: 40 Minuten.

Die Zuweisung einer Leistungsgruppe nach Satz 1 ist auf höchstens drei Jahre zu befristen und mit der Auflage zu verbinden, dass das jeweilige Krankenhaus an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien innerhalb einer Frist, die höchstens drei Jahre betragen darf, zu erfüllen hat. Solange ein Krankenhaus in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des

Hinweis: Referentenentwurf

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

(5) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat die Zuweisung einer Leistungsgruppe unverzüglich aufzuheben,

1. soweit das Krankenhaus aus dem Krankenhausplan herausgenommen wurde,

2. wenn das Krankenhaus die für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt, oder

3. wenn die Übermittlung des jeweils letzten Gutachtens des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über die Prüfung der Erfüllung der für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien an die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde länger als zwei Jahre zurückliegt, es sei denn, das Krankenhaus erbringt den Nachweis über die Erfüllung der Qualitätskriterien durch eine begründete Selbsteinschätzung und der Medizinische Dienst wurde bereits mit der Prüfung nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beauftragt.

Satz 1 Nummer 2 gilt nicht,

1. solange eine Leistungsgruppe nach Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 4 zugewiesen ist,

2. für drei Monate ab Mitteilung des Krankenhauses über die Nichterfüllung der Qualitätskriterien nach § 275a Absatz 4 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, wenn die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde Anhaltspunkte dafür hat, dass die Dauer der Nichterfüllung drei Monate nicht überschreitet.

Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes zu der voraussichtlichen Dauer der in Satz 2 Nummer 2 genannten Nichterfüllung einholen. Die Aufhebung der Zuweisung einer Leistungsgruppe erfolgt durch Bescheid. Gegen den Bescheid ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben. Widerspruch und Anfechtungsklage gegen den Bescheid haben keine aufschiebende Wirkung.

(6) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bis zum 31. Oktober eines jeden Kalenderjahres, erstmals bis zum 31. Oktober 2026, zum Zweck der Ermittlung der Vorhaltevergütung nach § 37 folgende Daten zu übermitteln:

1. eine Aufstellung über die den Krankenhäusern je Krankenhausstandort zugewiesenen oder den als zugewiesen geltenden Leistungsgruppen und, soweit die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde dem jeweiligen Krankenhaus Fallzahlen vorgegeben hat oder Fallzahlen in dem für das jeweilige Krankenhaus abgeschlossenen Versorgungsvertrag vereinbart wurden (Planfallzahlen), die Planfallzahlen je Leistungsgruppe,

2. die Angabe, ob eine Zuweisung einer Leistungsgruppe nach Absatz 5 Satz 1 aufgehoben wurde, einschließlich des Zeitpunkts der Aufhebung,

Referentenentwurf

3. die Angabe, ob die Zulassung des jeweiligen Krankenhauses vollständig oder teilweise weggefallen ist oder ob das jeweilige Krankenhaus vollständig oder teilweise seinen Betrieb eingestellt hat, einschließlich des Zeitpunkts des Wegfalls der Zulassung oder der Einstellung des Betriebs,

4. die Angabe, ob sich das jeweilige Krankenhaus mit einem anderen Krankenhaus zusammengeschlossen hat, einschließlich des Zeitpunkts des Zusammenschlusses,

5. in dem Fall, dass das jeweilige Krankenhaus in dem jeweiligen Kalenderjahr erstmals Leistungen aus einer Leistungsgruppe erbringt, die betreffende Planfallzahl und

6. die Angabe, ob das jeweilige Krankenhaus nach § 6c Absatz 1 als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt wurde, sofern es bis zu dem Zeitpunkt der Bestimmung stationäre Leistungen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausentgeltgesetzes abgerechnet hat, einschließlich des Zeitpunkts, ab dem es die in § 6c Absatz 1 Satz 2 oder Absatz 7 Satz 4 des Krankenhausentgeltgesetzes genannten Tagesentgelte abrechnet.

Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann die in Satz 1 genannten Daten bereits zum 31. Oktober 2025 an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zu dem in § 37 Absatz 5 Satz 2 genannten Zweck der Übermittlung einer Information über die Höhe des Vorhaltevolumens für das Kalenderjahr 2026 übermitteln. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus regelt das Nähere zur Datenübermittlung und zum Verfahren.

(7) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen und der nach § 135d Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch benannten Stelle zur Förderung der Qualität der Krankenhausbehandlung durch Transparenz unverzüglich folgende Daten zu übermitteln:

1. jede Zuweisung einer Leistungsgruppe nach Absatz 1 Satz 1 oder nach Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 4 Satz 1,

2. jede Aufhebung einer Zuweisung einer Leistungsgruppe nach Absatz 5 Satz 1,

3. jeden Abschluss eines Versorgungsvertrags nach § 109 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder nach § 109 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 3a Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und

4. jede Kündigung eines Versorgungsvertrags nach § 110 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“

3. Nach § 6a werden folgende §§ 6b und 6c eingefügt:

„§ 6b

Zuweisung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben

Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann einem Krankenhaus unter der in Satz 3 oder der in Satz 4 genannten Voraussetzung im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen folgende Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben gemeinsam zuweisen:

1a Pflege Briefings

1. die krankenhausübergreifende 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 dem Inhalt der in Satz 1 genannten Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben vereinbaren die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2. Die in Satz 1 genannten Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben dürfen nur einem Krankenhaus zugewiesen werden, das der in § 135d Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Versorgungsstufe „Level 3U“ zugeordnet ist. Ist in dem jeweiligen Land kein Krankenhaus dieser Versorgungsstufe zugeordnet, so dürfen die in Satz 1 genannten Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben einem Krankenhaus zugewiesen werden, das der in § 135d Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Versorgungsstufe „Level 3“ zugeordnet ist. Die Zuweisung nach Satz 1 erfolgt durch Bescheid. Gegen den Bescheid ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bis zum 31. Oktober eines jeden Kalenderjahres, erstmals bis zum 31. Oktober 2026, mitzuteilen, welchem Krankenhaus sie die in Satz 1 genannten Aufgaben zugewiesen hat. § 6a Absatz 6 Satz 3 gilt entsprechend.

§ 6c

Bestimmung als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung

(1) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann Standorte von Krankenhäusern im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Pflegekassen sowie den Ersatzkassen durch Bescheid als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmen, wenn dieses Krankenhaus in den Krankenhausplan des jeweiligen Landes aufgenommen wurde. Als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung kann auch ein Krankenhaus bestimmt werden, das erstmalig in den Krankenhausplan aufgenommen wird.

(2) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch unverzüglich, spätestens innerhalb von vier Wochen, eine Bestimmung nach Absatz 1 und Änderungen einer solchen Bestimmung mitzuteilen.“

4. § 8 Absatz 1a bis 1c wird 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:

Hpfle.Briefings

„Soweit die Mittel nach den Sätzen 2 und 3 bis zum 31. Dezember 2025 durch vollständig und vorbehaltlos gestellte Anträge nicht vollständig beantragt worden sind, stehen diese Mittel 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 Anpassung der Strukturen in der Krankenhausversorgung an die durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz … [Einsetzen: Datum und Fundstelle des Gesetzes] bewirkten Rechtsänderungen in den Jahren 2026 bis 2035 wird beim Bundesamt für Soziale Sicherung ein Transformationsfonds errichtet. Die Höhe der zur Förderung in einem Kalenderjahr zur Verfügung stehenden Mittel entspricht der Höhe der höchstens zuzuführenden Mittel nach § 271 Absatz 6 Satz 2 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie für das Jahr 2026 zuzüglich des nach § 12a Absatz 2 Satz 4 zugeführten Betrags. Im Falle einer Beteiligung von Unternehmen der privaten Krankenversicherung an der in Satz 1 genannten Förderung erhöht sich das Fördervolumen um den entsprechenden Betrag. Aus dem Transformationsfonds können gefördert werden

1. Vorhaben zur standortübergreifenden Konzentration akutstationärer Versorgungskapazitäten, wenn diese zur Erfüllung von Qualitätskriterien nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder zur Erfüllung von Mindestvorhaltezahlen nach § 135f Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Bezug auf die an dem Vorhaben beteiligten Krankenhäuser erforderlich ist,

2. Vorhaben zur Umstrukturierung eines Krankenhauses, das nach § 6c Absatz 1 Satz 1 oder Satz 2 als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt wurde,

3. Vorhaben zur Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen einschließlich der Voraussetzungen für die Durchführung robotergestützter Telechirurgie, 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 Krankenhäuser, die keine Hochschulkliniken sind, an diesen Vorhaben gemeinsam beteiligt sind,

5. wettbewerbsrechtlich zulässige Vorhaben zur Bildung von Krankenhausverbünden,

6. Vorhaben zur Bildung integrierter Notfallstrukturen und

7. Vorhaben zur Schließung eines Krankenhauses oder von Teilen eines Krankenhauses, insbesondere in Gebieten mit einer hohen Dichte an Krankenhäusern und Krankenhausbetten.

Fördermittel können auch zur Finanzierung der Zinsen, der Tilgung und der Verwaltungskosten von Darlehen gewährt werden, soweit diese zur Finanzierung von Vorhaben, die nach Satz 4 gefördert werden können, aufgenommen wurden.

Top.B.Entwurf

(2) Von dem Fördervolumen nach Absatz 1 Satz 2, abzüglich der jährlich notwendigen Aufwendungen des Bundesamtes für Soziale Sicherung für die Verwaltung des Transformationsfonds nach Absatz 4 Satz 1 sowie abzüglich der jährlichen in § 14 Satz 6 genannten Aufwendungen für die Auswertung (Fördervolumen) kann jedes Land für die Jahre 2026 bis 2035 jährlich bis zu 95 Prozent des Anteils beantragen, der sich aus dem Königsteiner Schlüssel mit Stand vom 1. Oktober 2019 ergibt. 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). Das Bundesamt für Soziale Sicherung veröffentlicht auf seiner Internetseite für jedes der Kalenderjahre 2026 bis 2035 die auf die einzelnen Länder entfallenden Anteile an dem Fördervolumen sowie den Betrag, der für die Förderung länderübergreifender Vorhaben zur Verfügung steht. Die einem Land für ein Kalenderjahr rechnerisch zuteilbaren, aber nicht durch das Bundesamt für Soziale Sicherung nach Absatz 3 Satz 1 zugeteilten Mittel können zur Zuteilung an das jeweilige Land auf die nächsten Kalenderjahre, längstens bis auf das Jahr 2035 übertragen werden.

(3) Für jedes der Kalenderjahre 2026 bis 2035 teilt das Bundesamt für Soziale Sicherung jedem Land auf Antrag Mittel zu den in Absatz 1 Satz 3 genannten Zwecken bis zur Höhe seines Anteils am Fördervolumen nach Absatz 2 Satz 1 zu, wenn

1. der jeweilige Antrag auf Förderung für das jeweilige Kalenderjahr bis zum 30. September des jeweils vorhergehenden Kalenderjahres gestellt wurde,

2. die Umsetzung des zu fördernden Vorhabens am 1. Januar 2026 noch nicht begonnen hat,

3. das antragstellende Land, gegebenenfalls gemeinsam mit dem Träger des Krankenhauses, auf das sich das zu fördernde Vorhaben bezieht, 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 Investitionskostenförderung der Krankenhäuser mindestens in der Höhe bereitzustellen, die dem Durchschnitt der in den Haushaltsplänen der Jahre 2021 bis 2024 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 Voraussetzungen der Rechtsverordnung nach Absatz 5 erfüllt sind.

Beträge, mit denen sich die Länder am Gesamtvolumen des öffentlichen Finanzierungsanteils der förderfähigen Kosten der Investitionen finanzschwacher Gemeinden und Gemeindeverbände eines Landes nach § 6 Absatz 1 des Kommunalinvestitionsförderungsgesetzes beteiligen, dürfen weder auf den in Satz 1 Nummer 3 genannten Anteil noch auf die in Satz 1 Nummer 4 Buchstabe a genannten Haushaltsmittel in den Kalenderjahren 2026 bis 2035 angerechnet werden. Mittel aus dem Transformationsfonds dürfen nicht nach Absatz 3 Satz 1 zugeteilt werden, soweit der Träger des Krankenhauses, auf das sich das zu fördernde Vorhaben bezieht, gegenüber dem antragstellenden Land auf Grund des zu fördernden Vorhabens zur Rückzahlung von Mitteln für die Investitionsförderung verpflichtet ist. Hat das antragstellende Land gegenüber dem Träger eines Krankenhauses, auf das sich das zu fördernde Vorhaben bezieht, auf eine verpflichtende Rückzahlung von Mitteln der Investitionsförderung verzichtet,

Hybrid.Printing

gilt für diese Mittel Satz 2 entsprechend. Nicht zweckentsprechend verwendete oder überzahlte Mittel sind unverzüglich an das Bundesamt für Soziale Sicherung zurückzuzahlen, wenn eine Aufrechnung mit Ansprüchen auf Auszahlung von Fördermitteln nicht möglich ist.

(4) Die für die Verwaltung des Transformationsfonds und die Durchführung der Förderung notwendigen Aufwendungen des Bundesamtes für Soziale Sicherung werden aus dem Transformationsfonds gedeckt. Das Bundesamt für Soziale Sicherung kann nähere Bestimmungen zur Durchführung des Förderverfahrens und zur Übermittlung der vorzulegenden Unterlagen in einem einheitlichen Format oder in einer maschinell auswertbaren Form treffen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung teilt den Ländern die Mittel nach Absatz 3 Satz 1 bis zum 31. Dezember 2035 zu. Nach Beendigung des Transformationsfonds ist, soweit Fördermittel zu diesem Zeitpunkt nicht vollständig durch das BAS nach Absatz 3 Satz 1 zugeteilt wurden, der auf die Beteiligung von Unternehmen der privaten Krankenversicherung entfallende Anteil an diese zurückzuführen.

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit regelt durch Rechtsverordnung das Nähere

1. zu den Vorhaben, die nach Absatz 1 Satz 5 gefördert werden können,
2. zum Verfahren der Zuteilung der Fördermittel,
3. zur Höhe der förderungsfähigen Kosten,
4. zum Nachweis der in Absatz 3 Satz 1 genannten Voraussetzungen der Zuteilung von Fördermitteln,
5. zum Nachweis der zweckentsprechenden Verwendung der Fördermittel und
6. zur Rückzahlung überzahlter oder nicht zweckentsprechend verwendeter Fördermittel.“

7. § 14 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird wie folgt gefasst: „Das Bundesamt für Soziale Sicherung gibt in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium der Finanzen begleitende Auswertungen des durch die Förderung nach den §§ 12 bis 12b bewirkten Strukturwandels in Auftrag.“.

b) In Satz 3 werden nach der Angabe „31. Dezember 2020“ die Wörter „und für die Förderung nach § 12b erstmals zum 31. Dezember 2027“ eingefügt.

c) In Satz 5 werden die Wörter „nach diesem Zeitpunkt“ durch die Wörter „im Zeitraum vom 1. Januar 2021 bis zum 31. Dezember 2026“ ersetzt.

d) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:

„Die ab dem 1. Januar 2027 entstehenden Aufwendungen für die auf die Förderung nach den §§ 12a und 12b bezogenen Auswertungen werden aus dem Transformationsfonds nach § 12b gedeckt.“

8. § 17b wird wie folgt geändert:

Table.Briefings

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Absatz 4 keine abweichenden Regelungen enthält“ durch die Wörter „die Absätze 4 und 4b keine abweichenden Regelungen enthalten“ ersetzt.

b) In Absatz 3 Satz 4 werden nach dem Wort „Pflegepersonalkosten“ die Wörter „und des nach Absatz 4b Satz 1 auszugliedernden Betrags für die Vorhaltevergütung“ eingefügt.

c) Absatz 4a Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Im Satzteil vor der Aufzählung werden nach der Angabe „2022“ ein Komma und die Wörter „hinsichtlich der in den Nummern 4 und 5 genannten Berufsgruppen erstmals bis zum [einsetzen: vier Wochen nach Datum des Inkrafttretens nach Artikel 7],“ eingefügt.

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

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

dd) Die folgenden Nummern 4 und 5 werden angefügt:

„4. als Auszubildende in der Pflege Personen, die eine berufliche oder hochschulische Ausbildung in einem in Nummer 1 oder in Nummer 2 Buchstabe a oder Buchstabe b genannten Beruf absolvieren, in dem Umfang, in dem die betreffenden Kosten der Ausbildungsvergütung nicht nach § 27 Absatz 2 des Pflegeberufegesetzes oder nach § 17a Absatz 1 Satz 3 Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen sind, und

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

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

„(4b) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat für jedes Kalenderjahr, erstmals für das Kalenderjahr 2025, von den Kosten, die den bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen nach Satz 3, Absatz 1 Satz 4 und Absatz 4 Satz 5 zugrunde gelegt werden, die variablen Sachkosten abzuziehen (verminderte Kosten) und einen Betrag auszugliedern, der einem Anteil von 60 Prozent an den verminderten Kosten entspricht. Die nach Absatz 4 Satz 1 aus dem Vergütungssystem auszugliedernden Pflegepersonalkosten sind in dem Anteil von 60 Prozent enthalten; ihre Vergütung bleibt unberührt. Zur Ermittlung der Bewertungsrelationen für die Vergütung eines Vorhaltebudgets (Vorhaltebewertungsrelationen) sind die nach Absatz 4 Satz 1 aus dem Vergütungssystem auszugliedernden Pflegepersonalkosten dadurch zu berücksichtigen, dass

1. sie in dem Fall, dass ihr Anteil an den verminderten Kosten weniger als 60 Prozent beträgt, von einem Betrag in Höhe von 60 Prozent der verminderten Kosten abzuziehen sind und der sich ergebende Betrag der jeweiligen Ermittlung zugrunde zu legen ist,

2. in dem Fall, dass ihr Anteil an den verminderten Kosten mindestens 60 Prozent beträgt, die jeweilige Vorhaltebewertungsrelation null beträgt.

Die Vorhaltebewertungsrelationen für Fälle aus den Leistungsgruppen der Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und

Tagesreferenz

Intensivmedizin sind um den nach § 39 Absatz 3 für das jeweilige Kalenderjahr berechneten Prozentsatz zu erhöhen und gesondert auszuweisen. Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 haben die Ausgliederung nach Satz 1 und die nach den Sätzen 3 und 4 zu ermittelnden Vorhaltebewertungsrelationen erstmals in der in Absatz 2 Satz 1 genannten Vereinbarung für das Jahr 2025 zu berücksichtigen und die Vorhaltebewertungsrelationen sind dementsprechend erstmals in dem Entgeltkatalog für das Jahr 2025 auszuweisen.

(4c) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat die Auswirkungen der Einführung der Vergütung eines Vorhaltebudgets nach § 6b des Krankenhausentgeltgesetzes in den Jahren 2027 bis 2030 insbesondere hinsichtlich der Veränderung der Versorgungsstrukturen und der Qualität der Versorgung zu analysieren und auf der Grundlage dieser Analyse Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Vergütung eines Vorhaltebudgets zu erstellen. Es hat dem Bundesministerium für Gesundheit die Ergebnisse seiner Analyse und seine Empfehlungen bis zum 31. Dezember 2029 in einem Zwischenbericht und bis zum 31. Dezember 2031 in einem abschließenden Bericht vorzulegen und diese Berichte jeweils zeitnah barrierefrei auf seiner Internetseite zu veröffentlichen. Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 haben vor der Erstellung der in Satz 2 genannten Berichte Stellung zu nehmen. Die Kosten der Aufgaben des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach diesem Absatz werden mit dem DRG-Systemzuschlag nach Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 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 Vorschriften nach Absatz 4b“ eingefügt.

bb) In Nummer 2 werden die Wörter „Absatz 4 und“ durch die Wörter „Absatz 4 und der Vorschriften nach Absatz 4b sowie“ ersetzt.

9. § 17c wird wie folgt geändert:

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

„(1a) Der Medizinische Dienst Bund entwickelt ein Konzept für Stichprobenprüfungen von Rechnungen eines Krankenhauses über eine Krankenhausbehandlung nach § 39 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und übermittelt dieses erstmals bis zum 28. Februar 2026 an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft; das Konzept ist unter Würdigung der Berichterstattung nach §§ 278 Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 und 283 Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch durch den Medizinischen Dienst Bund weiterzuentwickeln und an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft zu übermitteln. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren unter Beachtung des Konzepts nach Satz 1 bis zum 30. Juni 2026 das Verfahren zur Durchführung von Stichprobenprüfungen von Rechnungen eines Krankenhauses über eine Krankenhausbehandlung nach § 39 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von Patientinnen und Patienten, die ab dem 1. Januar 2027 in das Krankenhaus aufgenommen werden; die Vereinbarung ist unter Berücksichtigung eines weiterentwickelten Konzepts nach Satz 1 innerhalb von vier Monaten ab dessen Vorlage anzupassen. § 275c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist nicht auf Rechnungen eines Krankenhauses über eine Krankenhausbehandlung nach § 39 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von Patientinnen und Patienten anzuwenden, die ab dem 1. Januar 2027 in das Krankenhaus aufgenommen

Text Prüfung

werden. In dem Konzept nach Satz 1 zu berücksichtigen und in der Vereinbarung nach Satz 2 festzulegen ist insbesondere das Nähere

1. zur Methodik der Prüfung und zum Umfang der Stichprobe,

2. zur Ausgestaltung und zeitlichen Abfolge des Prüfverfahrens einschließlich der Zuständigkeit für die Durchführung einzelner Verfahrensschritte sowie zu Fristen und Intervallen für die Durchführung der Prüfungen,

3. zur administrativen Abwicklung von Beanstandungen, zum finanziellen Ausgleich von Beanstandungen und zu einer Hochrechnung der Ergebnisse einer Stichprobenprüfung auf die der Stichprobe zugrunde liegenden Fälle sowie

4. zu Dokumentationspflichten der Beteiligten, insbesondere des Medizinischen Dienstes, hinsichtlich der Durchführung der Prüfungen.

Kommt eine Vereinbarung nach Satz 2 ganz oder teilweise nicht oder nicht fristgerecht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 unter Beachtung des Konzepts nach Satz 1 den Inhalt der Vereinbarung ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen fest. Der Medizinische Dienst Bund hat die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 über den Zeitpunkt der Vorlage eines Konzepts nach Satz 1 zweiter Halbsatz zu informieren.“

b) Absatz 2b wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Es besteht kein Anspruch gegenüber der Gegenseite auf Erstattung der Kosten für die Hinzuziehung eines Bevollmächtigten oder Beistands im Rahmen der einzelfallbezogenen Erörterung nach Satz 1 oder des Abschlusses eines Vergleichsvertrags nach Satz 2.“

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

c) In Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „Satz 5“ durch die Wörter „Absatz 1a Satz 5 und Absatz 2 Satz 6“ ersetzt.

d) 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 dem neuen Satz 5 wird die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 4“ ersetzt.

e) In Absatz 7 Satz 2 werden die Wörter „der Strukturprüfung nach § 275d“ durch die Wörter „der Prüfungen zu der Erfüllung der § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale“ ersetzt.

10. In § 25 Absatz 4 Satz 3 werden die Wörter „§ 275d Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch begutachten“ durch die Wörter „§ 275a Absatz 1 Satz 1

Table.Briefings

Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch prüfen“ ersetzt und wird das Wort „einhält“ durch das Wort „erfüllt“ ersetzt.

11. Nach der Abschnittsbezeichnung „5. Abschnitt Sonstige Vorschriften“ wird folgende Titelbezeichnung eingefügt:

„Titel 1

Zuständigkeiten, Statistik, Darlehen“.

12. § 28 Absatz 4 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 4 werden die Wörter „sonstigen Entgelte und der tagesbezogenen Entgelte“ durch die Wörter „sonstigen Entgelte und tagesbezogenen Entgelte sowie der Vergütung eines Vorhaltebudgets und der krankenhausindividuellen Tagesentgelte“ ersetzt.

b) In Nummer 5 werden nach dem Wort „Bewertungsrelationen“ die Wörter „einschließlich der Summe der Bewertungsrelationen der nach § 17b Absatz 4 Satz 1 aus dem Vergütungssystem auszugliedernden Pflegepersonalkosten und der Summe der Vorhaltebewertungsrelationen“ eingefügt.

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

„5a. Zahl der Fälle, die mit krankenhausindividuellen Tagesentgelten abgerechnet werden, sowie nach § 6c Absatz 5 des Krankenhausentgeltgesetzes ermittelte Ausgleichsbeträge,“.

13. Nach § 30 wird folgende Titelbezeichnung eingefügt:

„Titel 2

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“.

14. Die folgenden §§ 37 und 38 werden angefügt:

„§ 37

Verpflichtungen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Zusammenhang mit der Ermittlung der Vergütung eines Vorhaltebudgets

(1) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt Vorhaltevolumina als Summe von Vorhaltebewertungsrelationen. Für die Ermittlung des Vorhaltevolumens für das jeweils folgende Kalenderjahr und ein Land, die bis zum 30. November eines jeden Kalenderjahres zu erfolgen hat, sind die nach § 6a Absatz 6 Satz 1 in dem jeweiligen Kalenderjahr übermittelten Daten und die nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr übermittelten Leistungsdaten zu Krankenhausfällen, die mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütet werden, zugrunde zu legen und die Krankenhausfälle mit den Vorhaltebewertungsrelationen für das jeweils folgende Kalenderjahr zu bewerten; bei dieser Ermittlung nicht zu berücksichtigen sind Krankenhausfälle von Krankenhäusern, für die eine Datenübermittlung nach § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 6 erfolgt ist,

Table.Briefing

von Bundeswehrkrankenhäusern und von Krankenhäusern der gesetzlichen Unfallversicherung, in denen sie nicht Zivilpatientinnen oder Zivilpatienten behandeln oder in denen die Kosten von der gesetzlichen Unfallversicherung getragen werden. Das nach Satz 2 ermittelte Vorhaltevolumen für ein Land ist auf Leistungsgruppen nach dem Verhältnis der Summe der Vorhaltebewertungsrelationen derjenigen Krankenhausfälle in dem jeweiligen Land, in denen Leistungen aus der jeweiligen Leistungsgruppe erbracht wurden, und dem Vorhaltevolumen des jeweiligen Landes rechnerisch aufzuteilen; die für die Ermittlung und die rechnerische Aufteilung der Vorhaltevolumina maßgeblichen Leistungsgruppen bestimmen sich nach § 135e Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und ab dem Kalenderjahr nach dem Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nach deren Regelungen. Das sich nach Satz 3 für eine Leistungsgruppe ergebende Vorhaltevolumen für ein Land ist auf die Krankenhausstandorte in dem jeweiligen Land, für die Krankenhäusern die jeweilige Leistungsgruppe nach § 6a Absatz 1 Satz 1 zugewiesen worden ist, entsprechend dem jeweiligen nach Absatz 2 Satz 2 oder Satz 5 ermittelten Anteil rechnerisch aufzuteilen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erstellt bis zum 30. September 2024 ein Konzept zur Vorgehensweise bei der Ermittlung des Vorhaltevolumens für ein Land, eine Leistungsgruppe und einen Krankenhausstandort und aktualisiert dieses, soweit dies erforderlich ist; es veröffentlicht dieses Konzept und spätere Aktualisierungen barrierefrei auf seiner Internetseite.

(2) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt auf der Grundlage der für das jeweilige Kalenderjahr und das jeweilige Land nach § 6a Absatz 6 Satz 1 übermittelten Daten für jeden Krankenhausstandort in diesem Land, dessen Leistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz vergütet werden und für den die jeweilige Leistungsgruppe nach § 6a zugewiesen wurde, den Anteil des jeweiligen Krankenhausstandorts am Vorhaltevolumen des Landes in der jeweiligen Leistungsgruppe, wenn das Krankenhaus, zu dem der jeweilige Krankenhausstandort gehört, für diesen Krankenhausstandort die jeweilige Mindestvorhaltezahl nach § 135f Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt oder für das jeweilige Krankenhaus und die jeweilige Leistungsgruppe eine Feststellung nach § 6b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes getroffen wurde. Der in Satz 1 genannte Anteil ergibt sich, indem die nach den Sätzen 3 oder 7 zu berücksichtigende Anzahl der Fälle des jeweiligen Krankenhausstandorts, in denen Leistungen aus der jeweiligen Leistungsgruppe erbracht wurden, mit dem nach Satz 4 zu ermittelnden Durchschnitt seiner Vorhaltebewertungsrelationen (Vorhalte-Casemixindex) in der jeweiligen Leistungsgruppe multipliziert und das Produkt durch die Summe aller für sämtliche Krankenhausstandorte des jeweiligen Landes in der jeweiligen Leistungsgruppe entsprechend berechneten Produkte geteilt wird. Bei der in Satz 2 genannten Berechnung ist als Anzahl der Fälle eines Krankenhausstandorts zu berücksichtigen

1. die jeweilige Planfallzahl, wenn diese nach § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 oder Nummer 5 übermittelt wurde,

2. anderenfalls die Anzahl der mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergüteten Fälle dieses Krankenhausstandorts für das vorangegangene Kalenderjahr, die nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelt wurden, wobei für die an einer Leistungsverlagerung im Sinne des § 135f Absatz 1 Satz 2 oder Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beteiligten Krankenhausstandorte jeweils die von der Leistungsverlagerung betroffene Anzahl der Fälle erhöhend oder absenkend zu berücksichtigen ist.

Der Vorhalte-Casemixindex ist aus den nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr übermittelten Leistungsdaten zu ermitteln, indem die Summe der Vorhaltebewertungsrelationen durch die Anzahl der Fälle dividiert wird; die Vorhaltebewertungsrelationen der Fälle, hinsichtlich derer nach Satz 3 Nummer 2 Leistungsverlagerungen zugrunde zu legen

Referentenentwurf

sind, sind bei der Ermittlung des Vorhalte-Casemixindexes der betreffenden Krankenhausstandorte erhöhend oder absenkend zu berücksichtigen. In dem Fall, dass das jeweilige Krankenhaus in einem Kalenderjahr erstmals Leistungen aus einer Leistungsgruppe erbringt, ist Satz 2 für die jeweils folgenden Kalenderjahre mit der Maßgabe anzuwenden, dass an die Stelle des dort genannten Produkts das Produkt der nach § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 5 übermittelten Planfallzahl und des Durchschnitts der Vorhalte-Casemixindizes der jeweiligen Leistungsgruppe aller betreffenden Krankenhausstandorte im jeweiligen Land tritt; diese Maßgabe gilt bis zur Anwendung von Satz 7. Die Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils nach Satz 2 oder Satz 5 bezogen auf ein Land ist erstmals bis zum 30. November des Kalenderjahres, in dem das jeweilige Land erstmals Daten nach § 6a Absatz 6 Satz 1 übermittelt, durchzuführen; die Ermittlung ist anschließend bis zum 30. November des übernächsten Kalenderjahres und sodann in einem Abstand von drei Jahren jeweils bis zum 30. November eines Kalenderjahres durchzuführen. Außer bei der erstmaligen Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils ist Satz 3 Nummer 2 mit der Maßgabe anzuwenden, dass anstelle der dort genannten Anzahl die bei der jeweils vorangegangenen Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils berücksichtigte Anzahl der Fälle erneut zu berücksichtigen ist, wenn nicht

1. bei der jeweils vorangegangenen Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils als Anzahl der Fälle nach Satz 3 Nummer 1 eine Planfallzahl berücksichtigt wurde oder

2. die jeweils aktuellste Anzahl der mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergüteten Fälle des betreffenden Krankenhausstandorts, für die nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes Leistungsdaten übermittelt wurden, um mehr als 20 Prozent von der bei der jeweils vorangegangenen Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils berücksichtigten Anzahl der Fälle abweicht, wobei für die an einer Leistungsverlagerung im Sinne des § 135f Absatz 1 Satz 2 oder Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beteiligten Krankenhausstandorte jeweils die von der Leistungsverlagerung betroffene Anzahl der Fälle erhöhend oder absenkend zu berücksichtigen ist.

Wenn in einem Kalenderjahr, in dem für ein Land nach Satz 6 keine Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils durchzuführen ist, ein in § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 bis 4 oder Nummer 6 genanntes Ereignis in diesem Land eintritt, ist für die betroffenen Leistungsgruppen für dieses Land und in für die an dieses Land angrenzenden Länder für sämtliche Krankenhausstandorte, an denen Leistungen aus den betroffenen Leistungsgruppen erbracht werden, abweichend von Satz 6 eine Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils auch in diesem Kalenderjahr durchzuführen. Die Vorgehensweise bei der Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils 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 sämtliche für seine Krankenhausstandorte nach Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilten Vorhaltevolumina jeweils für das Kalenderjahr 2027 und das Kalenderjahr 2028. Die jeweilige sich nach Satz 1 ergebende Summe ist jeweils von der Summe aller für das Kalenderjahr 2026 vereinbarten und genehmigten Vorhaltebewertungsrelationen des jeweiligen Krankenhauses abzuziehen und die sich jeweils ergebende Differenz ist für das Kalenderjahr 2027 mit 66 Prozent und für das Kalenderjahr 2028 mit 33 Prozent zu multiplizieren. Die nach Satz 2 ermittelten Ergebnisse für die Krankenhäuser eines Landes sind von dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für jedes Land jeweils für das Kalenderjahr 2027 und das Kalenderjahr 2028 unter Beachtung des Vorzeichens zu saldieren. Für jedes Land ist das jeweilige Vorhaltevolumen in der Ermittlung nach Absatz 1 Satz 2 für das jeweils folgende Kalenderjahr um den sich nach Satz 3 für das jeweilige Land ergebenden Saldo abzusenken, wenn dieser negativ ist, und um den sich nach Satz 3 für das jeweilige Land ergebenden Saldo zu erhöhen, wenn dieser positiv ist.

Hier könnte Ihre Werbung stehen

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

(5) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus stellt bis zum 10. Dezember eines jeden Kalenderjahres für das jeweils folgende Kalenderjahr, erstmals bis zum 10. Dezember 2026 für das Kalenderjahr 2027, durch Bescheid gegenüber dem jeweiligen Krankenhausträger für seine Krankenhausstandorte die Höhe des nach Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilten Vorhaltevolumens je Leistungsgruppe sowie die Höhe der nach § 39 Absatz 2 Satz 5 aufgeteilten Beträge fest. Für die Jahre 2025 und 2026 hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus jeweils bis zum 10. Dezember des jeweils vorhergehenden Kalenderjahres dem Krankenhausträger für seine Krankenhausstandorte eine Information über die Höhe des nach Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilten Vorhaltevolumens je Leistungsgruppe zu übermitteln, wenn das Land, in dem diese Krankenhausstandorte liegen, in dem jeweils vorhergehenden Kalenderjahr eine in § 6a Absatz 6 Satz 1 genannte Übermittlung vorgenommen hat. Wenn während eines Kalenderjahres ein in § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 oder 3 genanntes Ereignis eintritt, ist der Bescheid nach Satz 1 für jeden Krankenhausträger, der von dem Ereignis betroffen ist, mit Wirkung zum Zeitpunkt des Eintritts des Ereignisses in dem durch Satz 4 bestimmten Umfang zu widerrufen. Der Umfang des nach Satz 3 zu widerrufenden Teils des Bescheides nach Satz 1 ergibt sich, indem für den jeweiligen Krankenhausträger die Summe des nach Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach Absatz 1 Satz 3 und 4 auf die betroffenen Leistungsgruppen und die betroffenen Krankenhausstandorte aufgeteilten Vorhaltevolumens und die Summe der nach § 39 Absatz 2 Satz 5 auf die betroffenen Leistungsgruppen und die betroffenen Krankenhausstandorte aufgeteilten Beträge jeweils durch 365 geteilt und jeweils mit der Zahl der Kalendertage multipliziert wird, die zwischen dem in Satz 3 genannten Ereignis und dem Ende des Kalenderjahres lagen, in dem dieses Ereignis eingetreten ist. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht für jeden Krankenhausträger jeweils unverzüglich nach Erlass eines Bescheides nach Satz 1 sowie nach dem Widerruf eines solchen Bescheides nach Satz 3 die sich hiernach ergebende Höhe des nach Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach Absatz 1 Satz 3 und 4 auf die Krankenhausstandorte aufgeteilten Vorhaltevolumens je Leistungsgruppe sowie die Höhe der nach § 39 Absatz 2 Satz 5 auf die Krankenhausstandorte aufgeteilten Förderbeträge barrierefrei auf seiner Internetseite.

§ 38

Verpflichtungen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Zusammenhang mit Zuschlägen zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und zur Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken

(1) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus teilt jährlich, erstmals für das Kalenderjahr 2027, zur Ermittlung der Beträge der Förderung der Wahrnehmung der nach § 6b zugewiesenen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben eine Gesamtsumme in Höhe von 125 Millionen Euro rechnerisch auf die Länder auf. Der einem Land in der Aufteilung nach Satz 1 zugerechnete Betrag ergibt sich, indem der Anteil

Referentenentwurf

des Vorhaltevolumens dieses Landes im jeweiligen Kalenderjahr an der Summe der Vorhaltevolumina aller Länder im jeweiligen Kalenderjahr mit der in Satz 1 genannten Gesamtsumme multipliziert wird. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus teilt den nach Satz 1 einem Land zugerechneten Betrag rechnerisch auf die Krankenhäuser in dem jeweiligen Land auf, denen nach § 6b Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zugewiesen wurden. Der einem Krankenhaus in der Aufteilung nach Satz 3 zugerechnete Betrag ergibt sich, indem der Anteil der Summe der für seine Krankenhausstandorte nach § 37 Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach § 37 Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilten Vorhaltevolumina an der Summe aller für die Krankenhausstandorte von Krankenhäusern, denen nach § 6b Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zugewiesen wurden, nach § 37 Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach § 37 Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilten Vorhaltevolumina in dem jeweiligen Land mit dem dem jeweiligen Land in der Aufteilung nach Satz 1 zugerechneten Betrag multipliziert wird. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht die nach den Sätzen 1 und 3 zugerechneten Beträge für das folgende Kalenderjahr bis zum 10. Dezember eines jeden Kalenderjahres, erstmals bis zum 10. Dezember 2026, barrierefrei auf seiner Internetseite. Übermittelt in einem Kalenderjahr die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde die in § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 6 genannten Angaben nicht innerhalb der dort genannten Frist, ist das jeweilige Land in der Aufteilung nach den Sätzen 1 und 3 für das jeweilige Kalenderjahr nicht zu berücksichtigen.

(2) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus teilt jährlich, erstmals für das Kalenderjahr 2027, zur Ermittlung eines Betrags der Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken eine Gesamtsumme in Höhe von 75 Millionen Euro rechnerisch auf die in § 108 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten zugelassenen Krankenhäuser auf. Der einem in § 108 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten zugelassenen Krankenhaus in der Aufteilung nach Satz 1 zugerechnete Betrag ergibt sich, indem der Anteil der Summe der für seine Krankenhausstandorte nach § 37 Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach § 37 Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilten Vorhaltevolumina an der Summe aller für die Krankenhausstandorte von in § 108 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten zugelassenen Krankenhäusern nach § 37 Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach § 37 Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilten Vorhaltevolumina mit der in Satz 1 genannten Gesamtsumme multipliziert wird. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht die den Krankenhäusern in der Aufteilung nach Satz 1 zugerechneten Beträge für das folgende Kalenderjahr bis zum 10. Dezember eines jeden Kalenderjahres, erstmals bis zum 10. Dezember 2026, barrierefrei auf seiner Internetseite.“

15. Nach § 38 wird folgende Titelbezeichnung angefügt:

„Titel 3

Förderbeträge und Förderung der Spezialisierung“.

16. Die folgenden §§ 39 und 40 werden angefügt:

Hubertus Heil

„§ 39

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

(1) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus teilt jährlich für das jeweils folgende Kalenderjahr, erstmals für das Kalenderjahr 2027, auf die Krankenhausstandorte, auf die für mindestens eine Leistungsgruppe, die in der für das jeweilige Kalenderjahr geltenden Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 oder Festlegung nach Absatz 2 Satz 2 einem der Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie oder Intensivmedizin zugeordnet wurde, ein nach § 37 Absatz 1 Satz 1 und 2 ermitteltes Vorhaltevolumen nach § 37 Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilt wurde, nach Maßgabe der Absätze 2 und 3 die folgenden Beträge rechnerisch auf:

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.

(2) Zur Aufteilung der Förderbeträge für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin auf die Krankenhausstandorte vereinbaren die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus bis zum 31. Mai 2026, welche Leistungsgruppen diesen Bereichen jeweils zuzuordnen sind; das Konzept und die Vereinbarung sind unter Berücksichtigung der Regelungen der Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch anzupassen; § 6a Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht oder nicht fristgerecht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von einem Monat den Inhalt der Vereinbarung fest.

(3) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus teilt die Beträge nach Absatz 1 zunächst auf die in der Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 oder in der Festlegung nach Absatz 2 Satz 2 den jeweiligen Bereichen zugeordneten Leistungsgruppen rechnerisch auf. Der einer Leistungsgruppe in der Aufteilung nach Satz 1 zugerechnete Betrag ergibt sich, indem der Anteil der Summe aller nach § 37 Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach § 37 Absatz 1 Satz 3 auf diese Leistungsgruppe aufgeteilten Vorhaltevolumina an der Summe aller für die dem jeweiligen Bereich zugeordneten Leistungsgruppen entsprechend berechneten Summen mit dem in Absatz 1 genannten Betrag des Bereichs, dem die jeweilige Leistungsgruppe nach Absatz 2 zugeordnet wurde, multipliziert wird. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus teilt jährlich, erstmals für das Kalenderjahr 2027, jeden in der Aufteilung nach Satz 1 einer Leistungsgruppe zugerechneten Betrag auf die Länder auf. Der einem Land in der Aufteilung nach Satz 3 zugerechnete Betrag ergibt sich, indem der Anteil des nach § 37 Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach § 37 Absatz 1 Satz 3 aufgeteilten Vorhaltevolumens für das jeweilige Land und die jeweilige Leistungsgruppe an der Summe aller entsprechenden Vorhaltevolumina für diese Leistungsgruppe mit dem der Leistungsgruppe nach Satz 1 zugerechneten Betrag multipliziert wird. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus teilt den einem Land und einer Leistungsgruppe in der Aufteilung nach Satz 3 zugrechneten Betrag auf die Krankenhausstandorte in dem jeweiligen Land auf; § 37 Absatz 1 Satz 4 gilt entsprechend.

Hebis Referenz

(4) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus berechnet für jedes Kalenderjahr, erstmals für das Kalenderjahr 2027, und für jede der im jeweiligen Kalenderjahr in der Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 oder in der Festlegung nach Absatz 2 Satz 2 den Bereichen zugeordnete Leistungsgruppe einen Prozentsatz als Verhältnis des dieser Leistungsgruppe in der Aufteilung nach Absatz 3 Satz 1 zugerechneten Betrags und des Produkts der Summe aller sich aus der Aufteilung nach § 37 Absatz 1 Satz 3 für das jeweilige Kalenderjahr ergebenden Vorhaltevolumina für diese Leistungsgruppe und des nach § 10 Absatz 9 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes für das dem jeweiligen Kalenderjahr vorausgehende Kalenderjahr berechneten einheitlichen Basisfallwerts.

(5) Wenn während eines Kalenderjahres ein in § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 oder 3 genanntes Ereignis eintritt und dieses Ereignis mindestens einen Krankenhausstandort betrifft, dem in der Aufteilung nach Absatz 3 Satz 5 für mindestens eine der nach Absatz 2 einem in Absatz 1 genannten Bereich zugeordneten Leistungsgruppen ein Betrag zugerechnet wurde, hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bei der nächsten Ermittlung den dem jeweiligen Land in der Aufteilung nach Absatz 3 Satz 1 und 3 zugerechneten Betrag für jede betroffene Leistungsgruppe vor der Aufteilung nach Absatz 3 Satz 5 in dem nach Satz 2 berechneten Umfang zu erhöhen. Zur Ermittlung des Umfangs der in Satz 1 genannten Erhöhung ist für jeden der von dem in Satz 1 genannten Ereignis betroffenen Krankenhausstandorte der nach Absatz 3 Satz 5 für das Kalenderjahr des in Satz 1 genannten Ereignisses und die jeweilige Leistungsgruppe auf den jeweiligen Krankenhausstandort aufgeteilte Betrag durch 365 zu teilen und mit der Zahl der Kalendertage zu multiplizieren, die zwischen dem in Satz 1 genannten Ereignis und dem Ende des Kalenderjahres lagen, in dem dieses Ereignis eingetreten ist. Der Umfang der in Satz 1 genannten Erhöhung ergibt sich, indem für jede Leistungsgruppe in dem jeweiligen Land die Summe der nach Satz 2 ermittelten Produkte gebildet wird.

§ 40

Verpflichtungen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte und des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus zur Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von onkochirurgischen Leistungen

(1) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte identifiziert im Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch jene chirurgischen Leistungen, die regelhaft auf Grund einer onkologischen Diagnose erbracht werden, und übermittelt dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erstmals bis zum 28. Februar 2025 eine Aufstellung dieser Leistungen und der jeweiligen Diagnosen anhand der Kodes des Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der jeweils zugehörigen Kodes der deutschen Fassung der Internationalen Klassifikation der Krankheiten nach § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, jeweils auf Basis der Version für das Jahr 2023. Im Rahmen der Erstellung der in Satz 1 genannten Aufstellung hat das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte der Deutschen Krebsgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahme ist bei der Erstellung der in Satz 1 genannten Aufstellung zu berücksichtigen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus definiert Indikationsbereiche für alle chirurgischen Leistungen, die regelhaft auf Grund einer onkologischen Diagnose erbracht werden; der Deutschen Krebsgesellschaft ist hierbei Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben und diese Stellungnahme ist bei der Definition der Indikationsbereiche zu berücksichtigen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus überführt die in Satz 1 genannte Aufstellung in eine nach den nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Leistungsgruppen und den nach Satz 3 definierten

Referentenentwurf

Indikationsbereichen differenzierte Liste und veröffentlicht diese erstmals bis zum 30. April 2025 barrierefrei auf seiner Internetseite. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte passt die in Satz 1 genannte Aufstellung auf Basis der aktuellen Version der deutschen Fassung der Internationalen Klassifikation der Krankheiten nach § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und des Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch an und übermittelt die angepasste Aufstellung jeweils bis zum 15. November eines jeden Kalenderjahres, erstmals bis zum 15. November 2026, an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, das die jeweils letzte Fassung der in Satz 4 genannten Liste entsprechend aktualisiert und die aktualisierte Liste bis zum 31. Dezember des jeweiligen Kalenderjahres barrierefrei auf seiner Internetseite veröffentlicht.

(2) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus identifiziert auf Grundlage der nach § 21 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Kalenderjahr 2023 übermittelten Daten alle Krankenhausstandorte, die in diesem Kalenderjahr Leistungen erbracht haben, die auf der in Absatz 1 Satz 4 genannten Liste aufgeführt werden, erstellt für jeden der in Absatz 1 Satz 3 genannten Indikationsbereiche eine Aufstellung dieser Krankenhausstandorte und der Anzahl ihrer Fälle, bei denen diese Leistungen im jeweiligen Indikationsbereich erbracht worden sind, und sortiert diese Aufstellungen jeweils aufsteigend nach dieser Anzahl der Fälle. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus wählt aus jeder der nach Satz 1 erstellten und sortierten Aufstellungen von Krankenhausstandorten die obersten Einträge bis einschließlich zu jenem Eintrag aus, bei dem erstmals die Summe der Anzahl der Fälle und der Anzahl der Fälle aller vorhergehenden Einträge einem Anteil von mindestens 15 Prozent an der Anzahl der Fälle aller Einträge in der jeweiligen Aufstellung entspricht; sofern die Fallzahl zweier oder mehrerer Krankenhausstandorte gleich hoch ist und für sich genommen jeweils dazu führen würde, dass der Anteil von 15 Prozent erreicht oder überschritten würde, sind alle diese Krankenhausstandorte auszuwählen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht bis zum 31. Mai 2025 eine nach den in Absatz 1 Satz 3 genannten Indikationsbereichen differenzierte Liste der nach Satz 2 ausgewählten Krankenhausstandorte barrierefrei auf seiner Internetseite; zum Zweck der Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis nach § 135d SGB V sind die Indikationsbereiche in der Liste den jeweils maßgeblichen Leistungsgruppen zuzuordnen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erarbeitet bis zum 31. Mai 2025 Vorgaben für die Krankenhäuser für eine eindeutige Zuordnung von Fällen zu den nach Absatz 1 Satz 3 definierten Indikationsbereichen und zertifiziert hierzu entwickelte Datenverarbeitungslösungen. 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 3 genannte Liste.

(3) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus analysiert auf der Grundlage der nach § 21 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten die Auswirkungen der Veröffentlichung der Liste nach Absatz 2 Satz 3 und des daraus folgenden Abrechnungsverbots nach § 8 Absatz 4 Satz 6 des Krankenhausentgeltgesetzes auf die Versorgung in den Jahren 2027 bis 2031 und formuliert Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von onkochirurgischen Leistungen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht die Ergebnisse seiner Analyse und seine Empfehlungen bis zum 30. Juni 2032 barrierefrei auf seiner Internetseite. Die Kosten, die dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus durch die Erfüllung seiner Aufgaben nach den Absätzen 1 und 2 sowie nach den Sätzen 1 und 2 entstehen, werden mit dem DRG-Systemzuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 finanziert.“

Artikel 3

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 105) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht werden nach der Angabe zu § 6a die folgenden Angaben zu den §§ 6b und 6c eingefügt:

„§ 6b Vergütung eines Vorhaltebudgets

§ 6c Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen“.

2. § 2 Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. eine Strahlentherapie, wenn das Krankenhaus über keinen eigenen Versorgungsauftrag für strahlentherapeutische Leistungen verfügt und dadurch eine bereits vor Aufnahme geplante Strahlentherapie begonnen oder eine solche fortgeführt wird,“.

b) Die bisherige Nummer 2 wird die Nummer 3.

3. § 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 am Ende durch ein Komma ersetzt.

c) Folgende Nummer 6 wird angefügt:

„6. ein Gesamtvolumen nach § 6c Absatz 1 Satz 1.“

4. § 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 die Vergütung des Vorhaltebudgets nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b“ ersetzt.

b) Absatz 2a wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „ist“ ein Komma und die Wörter „letztmalig für das Jahr 2026,“ eingefügt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Abweichend von Satz 1 gilt der Fixkostendegressionsabschlag nicht für mit Fallpauschalen bewertete Leistungen, die auf Grund des Auslaufens der

Rohe Briefings

Regelung zum Erlösvolumen nach § 4a im Erlösbudget für das Jahr 2025 vereinbart werden.“

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 werden nach dem Wort „Hundert“ die Wörter „und ab dem Jahr 2027 nicht“ eingefügt.

bb) In Satz 5 werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „die Vereinbarung eines Ausgleichs für Mindererlöse für den Zeitraum ab dem Jahr 2027 ist ausgeschlossen“ eingefügt.

cc) In Satz 7 wird die Angabe „1, 2 und 5“ durch die Angabe „1, 2, 5 und 6b“ ersetzt.

5. § 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 die Angabe „2023 und 2024“ jeweils durch die Angabe „2023 bis 2026“ ersetzt.

c) Absatz 2c wird wie folgt geändert:

aa) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Der nach Satz 1 für das Kalenderjahr 2024, 2025 und 2026 jeweils ermittelte Zuschlag ist bei Patientinnen oder Patienten abzurechnen, die im Zeitraum vom 1. Januar des jeweiligen Kalenderjahres bis zum 31. Dezember des jeweiligen Kalenderjahres zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden.“

bb) In den Sätzen 1, 4 und 7 wird die Angabe „2023 oder 2024“ jeweils durch die Angabe „2023, 2024, 2025 oder 2026“ ersetzt.

d) Nach Absatz 3i werden die folgenden Absätze 3j bis 3m eingefügt:

„(3j) Krankenhäuser, denen für das jeweilige Kalenderjahr Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben nach § 6b Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen worden sind, erheben erstmals für das Kalenderjahr 2027 zur Abrechnung des für sie nach § 38 Absatz 1 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für das jeweilige Kalenderjahr veröffentlichten Betrags gegenüber Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum vom 1. Januar dieses Kalenderjahres bis zum 31. Dezember dieses Kalenderjahres zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden, oder ihren Kostenträgern einen Zuschlag. Die Höhe des in Satz 1 genannten Zuschlags in einem Kalenderjahr ergibt sich, indem der für dieses Kalenderjahr nach § 38 Absatz 1 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für das jeweilige Krankenhaus veröffentlichte Betrag durch die voraussichtliche Summe der voll- und teilstationären Fälle des Krankenhauses im jeweiligen Kalenderjahr geteilt wird; die Höhe ist durch den jeweiligen Krankenhausträger zu ermitteln. Weicht die in einem Kalenderjahr abgerechnete Summe der Zuschläge nach Satz 1 von dem für das jeweilige Krankenhaus und das jeweilige Kalenderjahr nach § 38 Absatz 1 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes veröffentlichten Betrag ab, werden die Mehr- oder Mindererlöse über den Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche nach Absatz 4 Satz 1 im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum vollständig ausgeglichen. Übermittelt in einem

Kalenderjahr die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde die in § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 6 genannten Angaben nicht innerhalb der dort genannten Frist, dürfen die in Satz 1 genannten Krankenhäuser in dem jeweiligen Land und für das jeweilige Kalenderjahr abweichend von Satz 1 keinen Zuschlag erheben.

(3k) Zur Förderung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen erheben Krankenhäuser und die in § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten besonderen Einrichtungen, die im jeweiligen Kalenderjahr aus dem Vergütungssystem ausgenommen sind, für die Jahre 2025 und 2026 einen Zuschlag. Zur Erhebung dieses Zuschlags ermittelt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus auf der Grundlage der ihm nach § 21 Absatz 1 und 2 übermittelten Daten für die im Jahr 2023 erbrachten nach Satz 3 maßgeblichen Fälle, bewertet mit den Bewertungsrelationen für das Kalenderjahr 2024, die Summe der effektiven Bewertungsrelationen; bei der Ermittlung sind die im Katalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ausgewiesenen bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen für Pflegepersonalkosten 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 multipliziert das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus jeweils für die Kalenderjahre 2025 und 2026 die nach Satz 2 berechnete Summe der effektiven Bewertungsrelationen mit dem nach § 10 Absatz 9 Satz 1 für das dem jeweiligen Kalenderjahr vorausgegangene Kalenderjahr berechneten einheitlichen Basisfallwert und erhöht das sich jeweils ergebende Produkt um den für das jeweilige Kalenderjahr nach § 9 Absatz 1b Satz 1 vereinbarten Veränderungswert. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus berechnet jeweils einen Prozentsatz für die Kalenderjahre 2025 und 2026 als Verhältnis eines Betrages in Höhe von 300 Millionen Euro und der Summe des jeweiligen nach Satz 4 ermittelten Erlösvolumens und eines Betrages in Höhe von 90 Millionen Euro und veröffentlicht diesen Prozentsatz für das jeweils folgende Kalenderjahr bis zum 15. Dezember, erstmals bis zum 15. Dezember 2024, barrierefrei auf seiner Internetseite. Die nach Satz 5 jeweils berechneten Prozentsätze sind kaufmännisch auf drei Nachkommastellen zu runden. In den Kalenderjahren 2025 und 2026 berechnen die Krankenhäuser für die nach Satz 3 maßgeblichen Fälle, die im Zeitraum vom 1. Januar des jeweiligen Kalenderjahres bis zum 31. Dezember des jeweiligen Kalenderjahres zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden, jeweils einen Zuschlag in Höhe des nach Satz 5 für das jeweilige Kalenderjahr ermittelten Prozentsatzes auf die im auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog bewerteten Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und die Vergütung des Vorhaltebudgets nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b. Die Krankenhäuser haben den Zuschlag jeweils gesondert in der Rechnung auszuweisen. In den Kalenderjahren 2025 und 2026 berechnen die in § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten besonderen Einrichtungen, die im jeweiligen Kalenderjahr aus dem Vergütungssystem ausgenommen sind, für die nach Satz 3 maßgeblichen Fälle, die im Zeitraum vom 1. Januar des jeweiligen Kalenderjahres bis zum 31. Dezember des jeweiligen Kalenderjahres aufgenommen werden, jeweils einen Zuschlag in Höhe des nach Satz 5 für das jeweilige Kalenderjahr ermittelten Prozentsatzes auf die nach § 6 Absatz 1 Satz 1 vereinbarten fall- oder tagesbezogenen Entgelte und weisen diesen Zuschlag jeweils gesondert in der Rechnung aus.

(3l) Die in § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten besonderen Einrichtungen, die in einem Kalenderjahr, erstmals in dem Kalenderjahr 2027, aus dem Vergütungssystem ausgenommen sind, berechnen für die nach Absatz 3k Satz 3 maßgeblichen Fälle, die im Zeitraum vom 1. Januar

des jeweiligen Kalenderjahres bis zum 31. Dezember des jeweiligen Kalenderjahres aufgenommen werden, einen Zuschlag in Höhe des nach Absatz 3k Satz 5 für das Kalenderjahr 2026 ermittelten Prozentsatzes auf die nach § 6 Absatz 1 Satz 1 vereinbarten fall- oder tagesbezogenen Entgelte und weisen diesen Zuschlag jeweils gesondert in der Rechnung aus.

(3m) Die in § 108 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten zugelassenen Krankenhäuser erheben zur Finanzierung ihrer speziellen Vorhaltung gegenüber den Patientinnen oder Patienten, die ab dem 1. Januar 2027 zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden, oder ihren Kostenträgern einen Zuschlag. Der Krankenhausträger ermittelt die Höhe des Zuschlags nach Satz 1 in einem Kalenderjahr, indem der für dieses Kalenderjahr vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach § 38 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für das jeweilige Krankenhaus veröffentlichte Betrag durch die voraussichtliche Summe der voll- und teilstationären Fälle des jeweiligen Krankenhauses im jeweiligen Kalenderjahr geteilt wird. Weicht die in einem Kalenderjahr abgerechnete Summe der Zuschläge nach Satz 1 von dem für das jeweilige Krankenhaus und das jeweilige Kalenderjahr nach § 38 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes veröffentlichten Betrag ab, werden die Mehr- oder Mindererlöse über den Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche nach Absatz 4 Satz 1 im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum vollständig ausgeglichen.“

6. § 6 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2a Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Im Satzteil vor der Aufzählung werden die Wörter „§ 7 Satz 1 Nr. 1 und 2“ durch die Wörter „§ 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2“ ersetzt.

bb) In Nummer 2 werden nach dem Wort „Höhe“ die Wörter „der Vergütung eines Vorhaltebudgets 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 jeweils laufenden Pflegesatzzeitraums und anderenfalls“ eingefügt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Die für das Jahr 2025 zu vereinbarende Erlössumme ist unter Berücksichtigung des nach § 9 Absatz 1b Satz 1 zweiter Halbsatz vereinbarten Veränderungswerts zu vereinbaren; bis zum Ablauf des [einsetzen: Tag der Verkündung dieses Gesetzes] getroffene Vereinbarungen über diese Erlössumme sind bis zum [einsetzen: 2 Monate nach Datum des Inkrafttretens dieses Gesetzes nach Artikel 7] entsprechend anzupassen.“

7. 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.

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

1st Draft Briefing

„§ 6b

Vergütung eines Vorhaltebudgets

(1) Jedes Krankenhaus erhält ab dem 1. Januar 2027 für jede Leistungsgruppe, die ihm gemäß § 6a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurde, ein Vorhaltebudget, wenn das jeweilige Krankenhaus für die betreffenden Krankenhausstandorte die jeweilige standortbezogene Mindestvorhaltezahl nach § 135f Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt oder für das jeweilige Krankenhaus und die jeweilige Leistungsgruppe eine Feststellung nach Absatz 2 Satz 1 getroffen wurde. Das Vorhaltebudget für ein Krankenhaus und eine Leistungsgruppe in einem Kalenderjahr ergibt sich aus der Summe der in dem Bescheid gemäß § 37 Absatz 5 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für die Standorte des jeweiligen Krankenhauses, die jeweilige Leistungsgruppe und das jeweilige Kalenderjahr festgestellten Förderbeträge nach § 39 Absatz 2 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und des Produkts der Summe der in dem Bescheid gemäß § 37 Absatz 5 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für die Standorte des jeweiligen Krankenhauses, die jeweilige Leistungsgruppe und das jeweilige Kalenderjahr festgestellten Vorhaltevolumina und des für das jeweilige Kalenderjahr vereinbarten oder festgesetzten Landesbasisfallwerts. Das Gesamtvorhaltebudget für ein Krankenhaus und ein Kalenderjahr ergibt sich aus der Summe der Vorhaltebudgets dieses Krankenhauses im jeweiligen Kalenderjahr für die Leistungsgruppen, die ihm für mindestens einen seiner Standorte nach § 6a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurden.

(2) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann durch Bescheid feststellen, dass die Erbringung von Leistungen aus einer Leistungsgruppe durch ein Krankenhaus unabhängig von der Erfüllung der für die jeweilige Leistungsgruppe festgelegten Mindestvorhaltezahl zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist; § 6a Absatz 4 Satz 2 und 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gilt entsprechend. 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 und anschließend jeweils spätestens zum 31. Oktober eines Kalenderjahres mit, für welche Krankenhäuserstandorte und für welche Leistungsgruppen für das jeweils nächste Kalenderjahr eine Feststellung nach Satz 1 getroffen wurde.

(3) Der Anspruch des Krankenhauses auf ein Vorhaltebudget nach Absatz 1 Satz 1 ist vorrangig durch die Abrechnung nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b und ergänzend nach den Regelungen der Absätze 4 und 5 zu erfüllen.

(4) Wenn die Erlöse des Krankenhauses aus den Entgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b im ersten oder im zweiten Quartal eines Kalenderjahres das einem Krankenhaus für ein Viertel des laufenden Kalenderjahres zustehende Gesamtvorhaltebudget nach Absatz 1 Satz 3 voraussichtlich jeweils um mindestens 10 Prozent unterschreiten, kann das Krankenhaus verlangen, dass die Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b für den Zeitraum der nach dem jeweiligen Quartal verbleibenden Monate dieses Kalenderjahres um einen Zuschlag in Höhe von 10 Prozent erhöht werden. Das Krankenhaus hat ein Verlangen nach Satz 1 bezogen auf das erste Quartal eines Kalenderjahres bis zum 31. März dieses Kalenderjahres und bezogen auf das zweite Quartal eines Kalenderjahres bis zum 30. Juni dieses Kalenderjahres gegenüber den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, gegenüber dem Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung sowie gegenüber der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde auf elektronischem Wege anzuzeigen und die voraussichtliche Unterschreitung nach Satz 1 hierbei glaubhaft zu machen; § 14 findet keine Anwendung.

(5) Weicht die Summe der Erlöse eines Krankenhauses aus den Entgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b in einem Kalenderjahr von dem Betrag des Gesamtvorhaltebudgets dieses Krankenhauses für dieses Kalenderjahr ab, gilt für den Ausgleich von Mehr- oder Mindererlösen ab dem Jahr 2027 (Ausgleichsbetrag):

1. Mindererlöse, die infolge der Anwendung des § 275a Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entstehen, werden nicht ausgeglichen,

2. Mehrerlöse, die infolge der Anwendung des § 275a Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entstehen, werden zu 100 Prozent ausgeglichen,

3. sonstige Mehr- oder Mindererlöse werden vollständig ausgeglichen.

Zur Ermittlung des Ausgleichsbetrages für ein Kalenderjahr bestimmt das Krankenhaus bis zum 28. Februar des jeweils folgenden Kalenderjahres die Summe der abgerechneten oder abzurechnenden Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b für sämtliche Fälle, in denen die Patientin oder der Patient bis zum 31. Dezember des jeweiligen Kalenderjahres entlassen wurde; noch nicht abgerechnete Entgelte sind vom Krankenhaus sachgerecht zu schätzen. Der nach Satz 2 ermittelte Ausgleichsbetrag wird in einem Zeitraum von 12 Wochen nach der Erteilung der Genehmigung nach § 14 Absatz 1a durch einen prozentualen Zu- oder Abschlag auf die Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b abgerechnet. Das Krankenhaus übermittelt bis zum 28. Februar die nach Satz 2 bestimmte Summe der abgerechneten oder abzurechnenden Entgelte, die Höhe des ermittelten Ausgleichsbetrages, die Höhe des sich hieraus ergebenden prozentualen Zu- oder Abschlags und den in Satz 3 genannten Zeitraum sowie den Bescheid nach § 37 Absatz 5 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für das jeweilige Krankenhaus und das jeweilige Kalenderjahr an die anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie an die 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.

(6) Die Vertragsparteien nach § 11 ermitteln für das jeweilige Krankenhaus und für jedes der Kalenderjahre 2027 und 2028 einen Konvergenzbetrag nach Maßgabe der Sätze 2 bis 4. Der Konvergenzbetrag beträgt unter Beachtung des jeweiligen Vorzeichens für das Kalenderjahr 2027 66 Prozent und für das Kalenderjahr 2028 33 Prozent der Differenz zwischen dem in Satz 3 genannten Ausgangswert und dem in Satz 4 genannten Zielwert. Der Ausgangswert für ein Kalenderjahr ergibt sich als Produkt der Summe der für das Kalenderjahr 2026 für das jeweilige Krankenhaus vereinbarten und genehmigten Vorhaltebewertungsrelationen und des für das jeweilige Kalenderjahr vereinbarten oder festgesetzten Landesbasisfallwerts. Der Zielwert für das jeweilige Kalenderjahr ist das für das jeweilige Kalenderjahr nach Absatz 1 Satz 3 ermittelte Gesamtvorhaltebudget des jeweiligen Krankenhauses abzüglich der Summe aller in dem Bescheid gemäß § 37 Absatz 5 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für die Standorte des jeweiligen Krankenhauses und das jeweilige Kalenderjahr festgestellten Förderbeträge nach § 39 Absatz 2 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Der nach Satz 1 ermittelte Konvergenzbetrag wird jeweils über einen prozentualen Zu- oder Abschlag auf die Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b abgerechnet. 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.

Referentenentwurf

§ 6c

Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen

(1) Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren für voll- und teilstationäre Leistungen, die einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung im Sinne des § 115g Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nach § 6c Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen sind, unter Beachtung des Versorgungsauftrags dieser sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung sowie der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 ein finanzielles Gesamtvolumen (Gesamtvolumen). Die Vertragsparteien nach § 11 bestimmen in der Vereinbarung nach Satz 1 insbesondere

1. ein krankenhausindividuelles Tagesentgelt für diejenigen Fälle, in denen die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung 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,

3. weitere krankenhausindividuelle Tagesentgelte mit Degression, soweit dies für eine sachgerechte Vergütung erforderlich ist,

4. die sachgerechte Aufteilung des Gesamtvolumens auf die in den Nummern 1 bis 3 genannten Tagesentgelte,

5. Art und Menge der voraussichtlich zu erbringenden voll- und teilstationären Leistungen,

6. die Höhe der Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen und den Anteil dieser Pflegepersonalkosten an dem Gesamtvolumen sowie

7. die Mehr- und Mindererlösausgleiche nach Absatz 5.

§ 11 Absatz 1 Satz 2, 3 und 4 erster Halbsatz sowie Absatz 2 gilt für die Vereinbarung nach Satz 1 entsprechend. Die Vereinbarung nach Satz 1 ist schriftlich oder elektronisch abzuschließen und unter Verwendung der nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 vereinbarten vorzulegenden Unterlagen auf maschinenlesbaren Datenträgern zu dokumentieren. Die Vertragsparteien nehmen die Verhandlung über eine Vereinbarung nach Satz 1 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 krankenhausindividuellen Tagesentgelte mit Ablauf des Kalenderjahres, das dem Kalenderjahr vorausgeht, für das die Vereinbarung gelten soll, in Kraft treten können.

(2) Das Gesamtvolumen ist von den Vertragsparteien nach § 11 sachgerecht zu kalkulieren. Bei der Kalkulation des Gesamtvolumens sind Art und Menge der in Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 genannten voraussichtlich zu erbringenden Leistungen der jeweiligen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung und die Kosten, die den in Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 voraussichtlich zu erbringenden Leistungen zuzuordnen sind, einschließlich der in Satz 4 genannten Pflegepersonalkosten zu berücksichtigen. Die Kosten und Leistungen sind zu anderweitig finanzierten Leistungsbereichen der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung abzugrenzen sowie die Vorgaben der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 zu beachten. Die Pflegepersonalkosten für

Heft-Brief.de

die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen sind gemäß der für das jeweilige Vereinbarungsjahr geltenden bundeseinheitlichen Definition und Regelungen für die Zuordnung von Kosten von Pflegepersonal nach § 17b Absatz 4 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu ermitteln und vollständig im Gesamtvolumen zu berücksichtigen; bei der Ermittlung sind § 6a Absatz 2 Satz 1 und 2 entsprechend anzuwenden. Zu- und Abschläge sind gemäß den Vorgaben der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 bei der Kalkulation des Gesamtvolumens erhöhend oder mindernd zu berücksichtigen. Weichen in einem Kalenderjahr die tatsächlichen Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen von den nach Satz 4 ermittelten und nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 für das jeweilige Kalenderjahr vereinbarten Pflegepersonalkosten ab, sind die Mehr- oder Minderkosten bei der Vereinbarung des Gesamtvolumens für das auf dieses Vereinbarungsjahr folgende Kalenderjahr zu berücksichtigen, § 6a Absatz 2 Satz 3 erster Halbsatz ist entsprechend anzuwenden.

(3) Die nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 bis 3 vereinbarten krankenhausindividuellen Tagesentgelte und die in Absatz 7 Satz 4 genannten vorläufigen Tagesentgelte sind tagesbezogen für den Tag zu erheben, an dem die Behandlung erbracht wurde. Bei Patientinnen und Patienten, die über den Jahreswechsel in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung stationär behandelt werden (Überlieger), werden die Erlöse aus den in Satz 1 genannten Tagesentgelten tagesbezogen dem jeweiligen Kalenderjahr zugeordnet, in dem die durch das jeweilige Tagesentgelt vergütete Behandlung erbracht wurde. Für das Gesamtvolumen gilt § 4 Absatz 4 entsprechend. Das Gesamtvolumen für ein Vereinbarungsjahr darf den Betrag, der sich ergibt, wenn das Gesamtvolumen des vorangegangenen Vereinbarungsjahres um den nach § 9 Absatz 1b Satz 1 für das jeweilige Kalenderjahr vereinbarten Veränderungswert erhöht wird, nur überschreiten, soweit diese Überschreitung durch eine Steigerung der nach Absatz 2 Satz 4 ermittelten Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen bedingt ist oder durch Veränderungen von Art und Menge der nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 zu vereinbarenden Leistungen bedingt ist. Wird für ein Kalenderjahr eine Erhöhungsrate für Tariferhöhungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbart, so ist das Gesamtvolumen des betroffenen Vereinbarungsjahres um die nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbarte anteilige Erhöhungsrate zu erhöhen; für diese Erhöhung des Gesamtvolumens gilt keine Begrenzung durch den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1.

(4) Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen dürfen für die von ihnen erbrachten voll- und teilstationären Leistungen ausschließlich die nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 bis 3 vereinbarten krankenhausindividuellen Tagesentgelte oder die in Absatz 7 Satz 4 genannten vorläufigen Tagesentgelte abrechnen. Zusätzlich zu den in Satz 1 genannten Tagesentgelten dürfen sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen keine anderen Entgelte für die in Satz 1 genannten Leistungen abrechnen. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen bedürfen einer Bescheinigung nach § 275a Absatz 6 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, um Leistungen nach dem Kode des Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, der das geprüfte Strukturmerkmale enthält, vereinbaren und abrechnen zu können. Die auf der Bundesebene nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 vereinbarten Abrechnungsbestimmungen sind anzuwenden

(5) Weicht die Summe der auf ein Vereinbarungsjahr entfallenden Erlöse der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung aus den nach Absatz 1 Satz 2 vereinbarten krankenhausindividuellen Tagesentgelten von dem für dieses Vereinbarungsjahr vereinbarten Gesamtvolumen ab, werden die Mehr- oder Mindererlöse wie folgt ausgeglichen:

1. Mehr oder- Mindererlöse, soweit sie den nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 vereinbarten Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen zuzurechnen sind , werden vollständig ausgeglichen,

2. Mindererlöse, die nicht nach Nummer 1 ausgeglichen werden, werden zu 40 Prozent ausgeglichen,

3. Mehrerlöse, die nicht nach Nummer 1 ausgeglichen werden, werden zu 65 Prozent ausgeglichen.

Für den Ausgleich der Mehr- oder Mindererlöse sind die Erlöse der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung aus den nach Absatz 1 Satz 2 vereinbarten krankenhausindividuellen Tagesentgelten den Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen gemäß ihrem nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 vereinbarten Anteil am Gesamtvolumen zuzuordnen. Zur Ermittlung der Mehr- oder Mindererlöse hat der Krankenhausträger der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung für das vorangegangene Vereinbarungsjahr eine von einem Jahresabschlussprüfer bestätigte Aufstellung über die Erlöse aus den nach Absatz 1 Satz 2 vereinbarten krankenhausindividuellen Tagesentgelten oder den in Absatz 7 Satz 4 genannten vorläufigen Tagesentgelten sowie über die tatsächlich entstandenen Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen vorzulegen. Der nach den Sätzen 1 und 2 auszugleichende Betrag ist im Rahmen der jeweils nächstmöglichen Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 durch eine entsprechende Erhöhung oder Absenkung des Gesamtvolumens auszugleichen. Mehr- oder Mindererlöse infolge der Weitererhebung bisheriger krankenhausindividueller Tagesentgelte nach Absatz 7 Satz 3 oder vorläufiger Tagesentgelte nach Absatz 7 Satz 4 sind auszugleichen, indem sie bei der Vereinbarung der krankenhausindividuellen Tagesentgelte nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 bis 3 berücksichtigt werden.

(6) Auf Verlangen einer Vertragspartei ist bei wesentlichen Änderungen der der Vereinbarung des Gesamtvolumens nach Absatz 1 Satz 1 für das laufende Kalenderjahr zugrunde gelegten Annahmen das Gesamtvolumen und weitere in Absatz 1 Satz 2 genannte Inhalte der Vereinbarung für dieses laufende Kalenderjahr neu zu vereinbaren. Die Vertragsparteien können im Voraus vereinbaren, dass in bestimmten Fällen das Gesamtvolumen nach Absatz 1 Satz 1 und weitere in Absatz 1 Satz 2 genannte Inhalte der Vereinbarung abweichend von Satz 1 nur teilweise neu zu vereinbaren sind. Der Unterschiedsbetrag zum bisherigen Gesamtvolumen ist entsprechend der Vorgaben nach Absatz 5 Satz 5 über erhöhte oder abgesenkte krankenhausindividuelle Tagesentgelte abzurechnen.

(7) Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen erheben die für das Kalenderjahr nach Absatz 1 Satz 2 zu vereinbarenden krankenhausindividuellen Tagesentgelte vom Beginn des Vereinbarungszeitraums an. Wird eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 erst nach dem Beginn des Vereinbarungszeitraums genehmigt, erhebt die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung die krankenhausindividuellen Tagesentgelte ab dem ersten Tag des Kalendermonats, der auf die Genehmigung folgt, soweit in dieser Vereinbarung oder in der von der Schiedsstelle anstelle oder teilweise anstelle dieser Vereinbarung getroffenen Entscheidung kein anderer Zeitpunkt bestimmt ist. Bis zu dem nach Satz 2 maßgeblichen Zeitpunkt erhebt die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung die bisherigen krankenhausindividuellen Tagesentgelte weiter. Sofern nach der erstmaligen Bestimmung eines Krankenhauses als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung nach § 6c Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zum Beginn des Vereinbarungszeitraums noch keine krankenhausindividuellen Tagesentgelte vereinbart und genehmigt wurden, erhebt die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung die nach § 9 Absatz Nummer 10 vereinbarten vorläufigen Tagesentgelte . Wird ein Krankenhaus erstmals nach § 6c Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als sektorenübergreifende

Versorgungseinrichtung bestimmt, kann diese sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung krankenhausindividuelle Tagesentgelte oder vorläufige Tagesentgelte erstmals ab dem 1. Januar eines Kalenderjahres erheben."

9. § 7 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

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

„6b. ab 2025 eine Vergütung des Vorhaltebudgets nach § 6b,".

bb) In Nummer 7 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.

cc) Folgende Nummer 8 wird angefügt:

„8. krankenhausindividuelle Tagesentgelte nach § 6c Absatz 1 Satz 2 oder vorläufige Tagesentgelte nach § 6c Absatz 7 Satz 4."

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst::

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Höhe der Entgelte nach Absatz 1 Satz 1 wird nach den folgenden Sätzen ermittelt."

bb) Folgende Sätze werden eingefügt:

„Fallpauschalen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1; die sich aus dem bundeseinheitlichen Entgeltkatalog ergebende Bewertungsrelation einschließlich der Regelungen zur Grenzverweildauer und zu Verlegungen (effektive Bewertungsrelation) wird mit dem Landesbasisfallwert multipliziert. Zusatzentgelte nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2; die bundeseinheitliche Entgelthöhe wird dem Entgeltkatalog entnommen. Fallpauschalen, Zusatzentgelte und tagesbezogene Entgelte nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3, 5, 6 und 6a; die Entgelte sind in der nach den §§ 6 und 6a krankenhausindividuell vereinbarten Höhe abzurechnen. Zu- und Abschläge nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 4; die Zu- und Abschläge werden krankenhausindividuell vereinbart. Eine Vergütung des Vorhaltebudgets nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b; die sich aus dem bundeseinheitlichen Entgeltkatalog ergebende Vorhaltebewertungsrelation wird mit dem Landesbasisfallwert multipliziert. Abweichend von Satz 6 sind für die Ermittlung der Vergütung des Vorhaltebudgets nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b hinsichtlich derjenigen Krankenhausstandorte, auf die ein Förderbetrag nach § 39 Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes aufgeteilt wurde, für die Fälle, die dem entsprechenden Bereich nach § 39 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zuzuordnen sind, die erhöhten Vorhaltebewertungsrelationen nach § 17b Absatz 4b Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes mit dem Landesbasisfallwert zu multiplizieren. Tagesentgelte nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 werden unter Berücksichtigung der für sie geltenden Degression tagesbezogen berechnet."

cc) Der bisherige Satz 2 wird Satz 8 und die Angabe „Nr. 3" wird durch die Wörter „Nummer 3 und 10" ersetzt.

10. § 8 wird wie folgt geändert:

Tabu-Bundestag

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

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In den Sätzen 2 und 3 wird jeweils das Wort „berechnet“ durch das Wort „abgerechnet“ ersetzt.

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

cc) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Ab dem 1. Januar 2027 dürfen Entgelte nicht für Leistungen aus einer Leistungsgruppe abgerechnet werden, die einem Krankenhaus nicht nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurde; dies gilt nicht für die Behandlung von Notfallpatienten. Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b dürfen ab dem 1. Januar 2027 nicht für Leistungen aus einer Leistungsgruppe abgerechnet werden, wenn das jeweilige Krankenhaus für diese Leistungsgruppe die Mindestvorhaltezahl im Sinne des § 135f Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht erfüllt und die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde keine Feststellung nach § 6b Absatz 2 Satz 1 mitgeteilt hat. Ab dem 1. Januar 2027 dürfen für Fälle, bei denen auf der nach § 40 Absatz 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes veröffentlichten Liste aufgeführte Leistungen in einem Indikationsbereich erbracht werden, für den der Krankenhausstandort, an dem die Leistungen erbracht werden, auf der nach § 40 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes veröffentlichten Liste benannt ist, 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 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 krankenhausindividuellen Tagesentgelte“ eingefügt.

11. § 9 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

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

bb) Folgende Nummer 10 wird angefügt:

„10. innerhalb von drei Monaten nach Zustandekommen einer Vereinbarung nach § 115g Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder, in dem in § 115g Absatz 3 Satz 3 genannten Fall, nach der dort genannten Festlegung nähere Einzelheiten, insbesondere

a) zur Verhandlung des nach § 6c Absatz 1 Satz 1 zu vereinbarenden Gesamtvolumens, zu der nach § 6c Absatz 1 Satz 2 zu vereinbarenden sachgerechten Aufteilung dieses Gesamtvolumens auf krankenhausindividuelle Tagesentgelte, einschließlich deren Degression, und zu den weiteren nach § 6c Absatz 1 Satz 2 zu vereinbarenden Inhalten, insbesondere zu den vorzulegenden Unterlagen und den wesentlichen Rechengrößen zur Herleitung der zu

Tagesentgelts

berücksichtigenden Kosten einschließlich der bei der Kalkulation zu berücksichtigenden Zu- und Abschläge,

b) eine einheitliche Form der Dokumentation der Höhe des vereinbarten Gesamtvolumens, der vereinbarten krankenhausindividuellen Tagesentgelte, der berücksichtigten Kosten und der wesentlichen Rechengrößen,

c) Regelungen zur unterjährigen Refinanzierung von Tarifsteigerungen,

d) vorläufige Tagesentgelte und deren Degression sowie

e) Abrechnungsbestimmungen für die nach § 6c Absatz 1 Satz 2 vereinbarten krankenhausindividuellen Tagesentgelte und für die vorläufigen Tagesentgelte.“

b) Dem Absatz 1a Nummer 5 werden die Wörter „ab dem Jahr 2027 sind die Zuschläge für eine Teilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung jährlich um 33 Millionen Euro zu erhöhen;“ angefügt.

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 von dem nach § 10 Absatz 6 Satz 1 veröffentlichten Orientierungswert unter Berücksichtigung bereits anderweitig finanzierter Kostensteigerungen zu vereinbaren; für das Jahr 2025 ist der bis zum 31. Oktober 2024 vereinbarte Veränderungswert bis zum [einsetzen: Datum zwei Wochen nach Datum des Inkrafttretens nach Artikel 7] entsprechend neu zu vereinbaren“ ersetzt.

12. § 10 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 4 Satz 4 werden nach der Angabe „§ 6a“ die Wörter „sowie im Zusammenhang mit der Einführung der Vergütung eines Vorhaltebudgets 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 im Satzteil nach der Aufzählung die Wörter „für den Bereich nach Nummer 1“ durch das Wort „jeweils“ ersetzt und 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) Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 vereinbaren jeweils für das laufende Kalenderjahr innerhalb von vier Wochen nach Wirksamwerden der nach Satz 3 maßgeblichen tarifvertraglichen Vereinbarung in Höhe des Unterschieds zwischen beiden Raten eine Erhöhungsrate und eine anteilige Erhöhungsrate nach § 9 Absatz 1 Nummer 7; kommt eine Vereinbarung nicht

Tabu Briefings

fristgerecht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen ab Antragstellung über die Erhöhungsrate und die anteilige Erhöhungsrate nach § 9 Absatz 1 Nummer 7.“

ee) Folgender Satz wird angefügt:

„Abweichend von Satz 6 ist der Basisfallwert, sofern er bereits vereinbart oder festgesetzt ist, auf Verlangen einer in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartei auf Landesebene während eines laufenden Kalenderjahres unverzüglich unter Berücksichtigung der in Satz 4 genannten anteiligen Erhöhungsrate 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 zum … [einsetzen: Datum sechs Wochen nach Inkrafttreten gemäß Artikel 7] neu zu vereinbaren“ eingefügt.

13. § 11 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „§§ 3 bis 6a“ durch die Angabe „§§ 3 bis 6b“ ersetzt, werden die Wörter „Prüfergebnisse nach § 275d“ durch die Wörter „Ergebnisse der Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2“ ersetzt und werden die Wörter „und die Mehr- und Mindererlösausgleiche“ durch ein Komma und die Wörter „die Mehr- und Mindererlösausgleiche und den Ausgleich des Vorhaltebudgets nach § 6b Absatz 5 Satz 5“ ersetzt.

b) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Das für das Jahr 2025 zu vereinbarende Erlösbudget ist unter Berücksichtigung des nach § 9 Absatz 1b Satz 1 zweiter Halbsatz vereinbarten Veränderungswerts zu vereinbaren; bis zum Ablauf des [einsetzen: Tag der Verkündung dieses Gesetzes] getroffene Vereinbarungen über dieses Erlösbudget sind bis zum [einsetzen: 2 Monate nach Datum des Inkrafttretens dieses Gesetzes nach Artikel 7] entsprechend anzupassen.“

14. 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 krankenhausindividuellen Tagesentgelte“ eingefügt.

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

Table Brief Ins

16. § 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 „Abschläge“ die Wörter „ und des Gesamtvolumens nach § 6c Absatz 1 Satz 1 und der krankenhausindividuellen Tagesentgelte nach § 6c Absatz 1 Satz 2“ eingefügt.

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

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

1. des Ausgleichsbetrages nach § 6b Absatz 5 Satz 1 vom Krankenhausträger sowie

2. des Konvergenzbetrages nach § 6b Absatz 6 Satz 6 von einer der Vertragsparteien

zu beantragen. Die zuständige Landesbehörde erteilt die Genehmigung, wenn die Vereinbarung oder Festsetzung den Vorschriften dieses Gesetzes sowie sonstigem Recht entspricht. Die zuständige Landesbehörde entscheidet jeweils innerhalb von 14 Tagen nach Eingang über die in Satz 1 genannten Anträge.“

17. § 18 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

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

b) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen im Sinne des § 115g Absatz 1 Satz 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 diesen Belegärzten behandelten Belegpatienten die nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 vereinbarten krankenhausindividuellen Tagesentgelte ab.“

18. § 21 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 1 wird wie folgt geändert:

aaa) 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 und § 6b Absatz 5 und der Zahlungen zum Ausgleich der Abweichungen zwischen den tatsächlichen und den vereinbarten Pflegepersonalkosten nach § 6a Absatz 2, die Summe der vereinbarten und abgerechneten

Table Briefings

Fälle, die mit in § 6c Absatz 1 Satz 2 genannten krankenhausindividuellen Tagesentgelten oder in § 6c Absatz 7 Satz 4 genannten vorläufigen Tagesentgelten abgerechnet werden und der nach § 6c Absatz 5 Satz 1 ermittelten Ausgleichsbeträge, jeweils für das vorangegangene Kalenderjahr; in den Kalenderjahren 2026 und 2027 zusätzlich die Summe der vereinbarten und abgerechneten Vorhaltebewertungsrelationen sowie ab dem Kalenderjahr 2028 die abgerechneten Vorhaltebewertungsrelationen, jeweils für das vorangegangene Kalenderjahr,“.

bbb) In Buchstabe g werden die Wörter „in Anlage 1 zum Fünften Buch Sozialgesetzbuch genannten“ gestrichen und werden vor dem Semikolon am Satzende ein Semikolon sowie die Wörter „§ 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend“ eingefügt.

bb) In Nummer 2 Buchstabe i werden die Wörter „in Anlage 1 zum Fünften Buch Sozialgesetzbuch genannte“ gestrichen und werden nach den Wörtern „zugewiesene Leistungsgruppe“ ein Semikolon sowie die Wörter „§ 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend“ eingefügt.

b) Absatz 7 Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Absatz 5 Satz 2 bis 8 ist entsprechend anzuwenden, abweichend von Absatz 5 Satz 3 beträgt der Abschlag 20 000 Euro.“

Artikel 4

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. § 2 Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt geändert:

   a) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

   „2. eine Strahlentherapie, wenn das Krankenhaus über keinen eigenen Versorgungsauftrag für strahlentherapeutische Leistungen verfügt und dadurch eine bereits vor Aufnahme geplante Strahlentherapie begonnen oder eine solche fortgeführt wird,“.

   b) Die bisherige Nummer 2 wird die Nummer 3.

2. § 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 der in Absatz 4 Satz 1 genannten Berichtigung kann das Krankenhaus ab dem Tag des Inkrafttretens der Vereinbarung einer Erhöhungsrate für Tariferhöhungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes für

Tarif-Briefings

den… verbleibenden Teil des jeweiligen Kalenderjahres den nach Satz 3 zugrunde zu legenden Basisentgeltwert bei der Abrechnung der mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte zugrunde legen, der erhöht wird um das Produkt aus 75 Prozent der nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten Erhöhungsrate für Tariferhöhungen und dem Quotienten aus 365 und der Anzahl der Kalendertage zwischen dem Tag des Inkrafttretens der Vereinbarung einer Erhöhungsrate für Tariferhöhungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes und dem Ende dieses Jahres."

3. In § 8 Absatz 3 Satz 2 wird die Angabe „§ 275d" durch die Wörter „§ 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2" ersetzt.

4. 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 von dem nach § 10 Absatz 6 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes veröffentlichten Orientierungswert unter Berücksichtigung bereits anderweitig finanzierter Kostensteigerungen zu vereinbaren; für das Jahr 2025 ist der bis zum 31. Oktober 2024 vereinbarte Veränderungswert bis zum [einsetzen: Datum zwei Wochen nach Datum des Inkrafttretens nach Artikel 7] entsprechend neu zu vereinbaren" ersetzt.

5. § 11 wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Prüfergebnisse nach § 275d" durch die Wörter „Ergebnisse der Prüfungen nach § 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 zu vereinbaren; bis zum Ablauf des [einsetzen: Tag der Verkündung dieses Gesetzes] getroffene Vereinbarungen über dieses Budget sind bis zum [einsetzen: 2 Monate nach Datum des Inkrafttretens dieses Gesetzes nach Artikel 7] entsprechend anzupassen."

Artikel 5

Änderung der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser

§ 4 Absatz 6 der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser vom 7. April 2021 (BAnz AT 08.04.2021 V1), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 8. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 356) geändert worden ist, wird aufgehoben.

Artikel 6

Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen

§ 187 Absatz 9 Satz 1 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen in der Fassung der Bekanntmachung vom 26. Juni 2013 (BGBl. I S. 1750, 3245), das zuletzt durch

Apotheke.Briefings

Artikel 2 des Gesetzes vom 22. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 405) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Nummer 2 werden die Wörter „§ 14 Absatz 2 Nummer 3 Buchstabe a“ gestrichen.

2. Nummer 3 wird wie folgt geändert:

   a) Nach den Wörtern „§ 12a Absatz 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Verbindung mit § 11 Absatz 1 Nummer 2 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung“ werden die Wörter „oder nach § 12b Absatz 1 Satz 4 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ eingefügt.

   b) Die Angabe „§ 15“ wird gestrichen.

3. In Nummer 4 wird die Angabe „31. Dezember 2027“ durch die Angabe „31. Dezember 2038“ ersetzt.

Artikel 7

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Table.Briefings

Table.Briefings

Anhang

(zu Artikel 1 Nummer 25)

Anlage 1

(zu § 135e)

Qualitätskriterien für bestimmte Leistungsgruppen

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
1	Allgemeine Innere Medizin	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Chirurgie	Röntgen, Elektrokardiographie (EKG), Sonographiegerät, Basislabor täglich rund um die Uhr, Computertomographie (CT) täglich rund um die Uhr mindestens in Kooperation, Endoskopie (täglich zehn Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 20 Uhr)	Facharzt (FA) Innere Medizin	Drei FA mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG Geriatrie Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine		Magnetresonanztomographie (MRT)			

			Frauenheilkunde oder LG Ovarial-Ca oder LG Senologie oder LG Geburten					
2	Komplexe Endokrinologie und Diabetologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden: LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin			Sofern Erwachsene behandelt werden: FA Gebiet Innere Medizin FA Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden: FA Kinder- und Jugendmedizin FA Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung (ZW) Kinder- und Jugend-Endokrinologie und Diabetologie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr Sofern Erwachsene behandelt werden: Davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie, dritter FA kann aus dem Gebiet der Inneren Medizin sein Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden: Davon mindestens zwei FA Kinder- und Jugendmedizin mit ZW Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie, dritter FA kann FA Kinder- und Jugendmedizin	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
3	Infektiologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin oder LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin, LG	LG Komplexe Gastroenterologie LG Interventionelle Kardiologie	mindestens vier Isolationsbetten mit Schleusenfunktion, Notfall-Labor plus Point-of-Care Laboranalytik, Zugang zu	FA Innere Medizin und Infektiologie oder FA in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung mit ZW Infektiologie	Vier FA mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr Davon mindestens drei FA Innere Medizin und Infektiologie	Fachärztlicher infektiologischer Konsilservice Antibiotic Stewardship (ABS) Team

Table.Briefings

			Intensivmedizin LG Notfallmedizin LG Komplexe Pneumologie LG Allgemeine Chirurgie		Mikrobiologischem Labor (mindestens zwölf Stunden täglich) mindestens in Kooperation, CT, MRT mindestens in Kooperation, Positronen-Emissions-Tomographie-CT (PET-CT) mindestens in Kooperation	FA Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie mit ZW Infektiologie oder FA Hygiene und Umweltmedizin mit ZW Infektiologie	oder drei FA in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung mit ZW Infektiologie (davon mindestens ein FA Innere Medizin) sowie mindestens ein FA Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie mit ZW Infektiologie oder ein FA Hygiene und Umweltmedizin mit ZW Infektiologie	HIV- Ambulanz (mindestens in Kooperation) Konsiliarische Erreichbarkeit im Zeitraum von Montag bis Sonntag, jeweils von 8 Uhr bis 17Uhr) folgender Dienste: • Augenheilkunde • Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (HNO) • Gynäkologie • Dermatologie • Neurologie Erfüllung der Voraussetzungen der erweiterten Notfallstufe gemäß §§ 13ff. der Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des

Table.Briefings

								Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.05.2018 B4), der durch Beschluss vom 20. November 2020 (BAnz AT 24.12.2020 B2) geändert worden ist
4	Komplexe Gastroenterologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Palliativmedizin	Endoskopie (Gastroskopie, Koloskopie), Sonographie, Endosonographie, CT täglich rund um die Uhr	FA Innere Medizin und Gastroenterologie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr Davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Gastroenterologie, dritter FA kann FA aus dem Gebiet Innere Medizin sein	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
5	Komplexe Nephrologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin		Doppler- oder Duplex-Sonographie	FA Innere Medizin und Nephrologie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr Davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Nephrologie, dritter FA kann FA aus dem Gebiet Innere Medizin sein	Die personellen Vorgaben richten sich nach der derzeitig geltenden Fassung der PpUGV
6	Komplexe Pneumologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Palliativmedizin Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation	Röntgen, CT, Bronchoskopie täglich rund um die Uhr, Spirometrie, Bodyplethysmographie	FA Innere Medizin und Pneumologie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr Davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Pneumologie, dritter FA kann FA	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen

Table.Briefings

				oder LG Leukämie und Lymphome Angebot Nuklearmedizin Angebot Strahlentherapie			aus dem Gebiet Innere Medizin sein	
7	Komplexe Rheumatologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin oder mindestens eine der folgenden LG: LG Endoprothetik Hüfte oder LG Endoprothetik Knie oder LG Revision Hüftendoprothetik oder LG Revision Knieendoprothese		Sonographiegerät, Osteodensitometrie	FA Innere Medizin und Rheumatologie FA Orthopädie und Unfallchirurgie mit ZW Orthopädische Rheumatologie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
8	Stammzelltransplantation	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex	LG Augenheilkunde LG HNO LG Komplexe Gastroenterologie LG Palliativmedizin	CT täglich rund um die Uhr oder MRT täglich rund um die Uhr, Zentrales Monitoring von EKG, Blutdruck und Sauerstoffsättigung auf der Station, Nichtinvasive Beatmung einschließlich High-Flow-Nasenkanüle (HFNC)	FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr	

Table.Briefings

					Sofern allogene Stammzelltransplantationen durchgeführt werden: Einzelzimmer mit eigener Schleuse und kontinuierlichem Überdruck und gefilterter Luftzufuhr			
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin LG Haut- und Geschlechtskrankheiten LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Stammzelltransplantation LG Komplexe Nephrologie LG Komplexe Pneumologie Angebot Strahlentherapie			FA Transfusionsmedizin		
9	Leukämie und Lymphome	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Palliativmedizin LG Stammzelltransplantation Angebot Strahlentherapie	CT täglich rund um die Uhr oder MRT täglich rund um die Uhr	FA Gebiet Innere Medizin FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Drei FA aus dem Gebiet Innere Medizin mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr Davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	

Table.Briefings

		Auswahlkriterium	LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Leukämie und Lymphome LG Komplexe Gastroenterologie LG Stammzelltransplantation			FA Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt (SP) Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie		
10	EPU/Ablation	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Interventionelle Kardiologie LG Kardiale Devices mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie-Kinder und Jugendliche	CT täglich rund um die Uhr, 12-Kanal-EKG-Gerät, Echokardiographie, Transösophageale Echokardiographie (TEE)	FA Innere Medizin und Kardiologie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG Kardiale Devices mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/ interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße		Kardio-MRT			

Tbl Briefings

			mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie-Kinder und Jugendliche					
11	Interventionelle Kardiologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Kardiale Devices mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie-Kinder und Jugendliche	Katheterlabor, Röntgen, CT täglich rund um die Uhr, 12-Kanal-EKG-Gerät, Echokardiographie, TEE	FA Innere Medizin und Kardiologie	Fünf FA mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG EPU/Ablation LG Kardiale Devices mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/ interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße mindestens eine der folgenden		Kardio-MRT			Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls Durchblutungsstörungen am Herzen gemäß § 28 oder Erfüllung der Voraussetzungen der erweiterten Notfallstufe gemäß § 13ff oder Erfüllung der Voraussetzungen der umfassenden Notfallstufe gemäß §§ 18ff der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über die Erstfassung der Regelungen zu einem

Top Briefings

			LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie-Kinder und Jugendliche					gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.05.2018 B4), der durch Beschluss vom 20. November 2020 (BAnz AT 24.12.2020 B2) geändert wurde
12	Kardiale Devices	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG EPU/Ablation LG Interventionelle Kardiologie mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie—oder LG Herzchirurgie-Kinder und Jugendliche	CT täglich rund um die Uhr, 12-Kanal-EKG-Gerät, Echokardiographie, TEE	FA Innere Medizin und Kardiologie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG EPU/Ablation mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/		Kardio-MRT			

Table.Briefings

			interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie-Kinder und Jugendliche					
13	Minimalinvasive Herzklappenintervention	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex LG Interventionelle Kardiologie mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie-Kinder und Jugendliche	LG Allgemeine Chirurgie LG EPU/Ablation	Katheterlabor und herzchirurgischer Operationssaal (OP) oder Hybrid-OP	FA Herzchirurgie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Chirurgie					

Table.Briefings

14	Allgemeine Chirurgie	Mindestvoraussetzungen	LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Innere Medizin	Röntgen, EKG, Sonographiegerät, Basislabor täglich rund um die Uhr, CT täglich rund um die Uhr mindestens in Kooperation, Möglichkeit zur Anforderung und Transfusion von Erythrozytenkonzentraten und Thrombozytenkonzentraten (mindestens in Kooperation, täglich rund um die Uhr), mindestens zwei OP-Säle	FA Allgemeinchirurgie FA Orthopädie und Unfallchirurgie FA Viszeralchirurgie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr Davon mindestens ein FA Allgemeinchirurgie	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG Geriatrie					
15	Kinder- und Jugendchirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin LG Intensivmedizin		CT täglich rund um die Uhr oder MRT täglich rund um die Uhr mindestens in Kooperation, Sonographie	FA Kinder- und Jugendchirurgie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
16	Spezielle Kinder- und	Mindestvoraussetzung	Erfüllung der Mindestvoraussetzungen der LG 15 Kinder- und Jugendchirurgie (KJ Chi)		CT täglich rund um die Uhr, MRT täglich rund um die Uh mindestens in Kooperation, Sonographie	FA Kinder- und Jugendchirurgie FA Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatzqualifikation im SP	Fünf FÄ mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr Davon ein FA mit Zusatzqualifikation im SP (sofern	Kinderradiologie in Kooperation Kinderschutzstrukturen

Table.Briefings

	Jugendchirurgie		Darüber hinaus mindestens ein Schwerpunkt (SP) gemäß nachfolgenden Spezifizierungen: • KJ Chi-Traumatologie • KJ Chi-Orthopädie • KJ Chi-Urologie • KJ Chi-Verbrennung • KJ Chi-Onkologie • KJ Chi-Fehlbildungen • KJ-Chi- pädiatrische HNO-Heilkunde			(sofern Zusatzqualifikation verfügbar)	Zusatzqualifikation verfügbar)	Kinderanästhesiologische Kompetenz Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
17	Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin Für Krankenhäuser, die nicht als Fachkrankenhaus tätig sind: LG Allgemeine Chirurgie	Angebot Schwerbrandverletzte Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Chirurgie		FA Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr Davon mindestens zwei FA Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, dritter FA kann	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen

Table.Briefings

			LG Allgemeine Innere Medizin	LG Allgemeine Innere Medizin			FA aus dem Gebiet Chirurgie sein	
		Auswahlkriterium	Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin					
18	Bauchaortenaneurysma	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex LG Komplexe periphere arterielle Gefäße			FA Gefäßchirurgie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr	Einhaltung der Anforderungen gemäß §§ 4f der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über eine Qualitätssicherungsvereinbarung zum Bauchaortenaneurysma vom 13. März 2008 (BAnz Nr. 71, S. 1706), die durch Beschluss vom 2. Dezember 2021 (BAnz AT 22.12.2021 B5) geändert wurde
		Auswahlkriterium				FA Innere Medizin und Angiologie		

Table.Briefings

19	Carotis operativ/interventionell	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex LG Komplexe periphere arterielle Gefäße	LG Neurochirurgie mindestens eine der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B) mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)	Röntgen täglich rund um die Uhr, Teleradiologischer Befund möglich, CT täglich rund um die Uhr, MRT, Digitale Substraktionsangiographie (DSA), Periphere Dopplersonographie, Duplexsonographie, Funktionelle Gefäßdiagnostik	FA Gefäßchirurgie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr	
			LG Neurochirurgie mindestens eine der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie mindestens eine der folgenden LG:		Hybrid-OP	FA Innere Medizin und Angiologie		

Tabe.Briefings

			LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)					
20	Komplexe periphere arterielle Gefäße	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Komplexe Nephrologie mindestens eine der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)	Röntgen täglich rund um die Uhr, Teleradiologischer Befund möglich, CT täglich rund um die Uhr, MRT, DSA, Periphere Dopplersonographie, Duplexsonographie, Funktionelle Gefäßdiagnostik	FA Gefäßchirurgie FA Allgemeinchirurgie FA Herzchirurgie FA Thoraxchirurgie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr Davon mindestens zwei FA Gefäßchirurgie	
		Auswahlkriterium	LG Komplexe Nephrologie mindestens eine der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-			FA Innere Medizin und Angiologie		

Tagesbriefings

			Frühreha (NNF, Phase B)					
21	Herz-chirur-gie	Min-dest-vo-raus-set-zung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivme-dizin, Qualitäts-anforderung Hochkomplex LG Interventio-nelle Kardiologie	LG Allgemeine Chirurgie	Katheterlabor, Echokardiographie, EKG, Doppler- oder Duplex-Sonographie, DSA, Röntgen, CT täglich rund um die Uhr, Teleradiologischer Be-fund möglich, Herz-Lungen-Ma-schine	FA Herzchirurgie	Fünf FA mindestens Rufbereitschaft: täg-lich rund um die Uhr	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festge-legten Pflegeper-sonaluntergrenzen
		Aus-wahl-krite-rium	LG Herztrans-plantation mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaor-tenaneurysma oder LG Carotis operativ/ inter-ventionell oder LG Komplexe periphere arteri-elle Gefäße		Hybrid-OP Extrakorporale Memb-ranoxygenierung (ECMO)			

Table.Briefings

22	Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche	Mindestvoraussetzung						Einhaltung der Anforderungen gemäß §§ 4ff. der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über eine Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der herzchirurgischen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 137 Absatz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vom 18. Februar 2010 (BAnz Nr. 89a – Beilage vom 16.06.2010), der durch Beschluss vom 16. Dezember 2021 (BAnz AT 10.03.2022 B2) geändert wurde Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
23	Endoprothetik Hüfte	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin Für Krankenhäuser, die nicht als Fachkrankenhaus tätig sind: LG Allgemeine	Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Röntgen täglich rund um die Uhr, Teleradiologischer Befund möglich	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegeperson

Table.Briefings

			Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin					
		Auswahlkriterium	LG Endoprothetik Knie LG Geriatrie LG Revision Hüftendoprothese Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin		CT täglich rund um die Uhr, MRT	ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie ZW Spezielle Unfallchirurgie		
24	Endoprothetik Knie	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin Für Krankenhäuser, die nicht als Fachkrankenhaus tätig sind: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Röntgen täglich rund um die Uhr, Teleradiologischer Befund möglich	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegeperson

Table.Briefings

		Auswahlkriterium	LG Endoprothetik Hüfte LG Geriatrie LG Revision Knieendoprothese Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin		CT täglich rund um die Uhr, MRT	ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie ZW Spezielle Unfallchirurgie		
25	Revision Hüftendoprothese	Mindestvoraussetzung	LG Endoprothetik Hüfte LG Intensivmedizin Für Krankenhäuser, die nicht als Fachkrankenhaus tätig sind: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Röntgen täglich rund um die Uhr, Teleradiologischer Befund möglich	FA Orthopädie und Unfallchirurgie ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr Davon mindestens ein FA mit ZW	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegeperson
		Auswahlkriterium	LG Geriatrie Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin		CT täglich rund um die Uhr, MRT			

Table.Briefings

26	Revision Knieendoprothese	Mindestvoraussetzung	LG Endoprothetik Knie LG Intensivmedizin Für Krankenhäuser, die nicht als Fachkrankenhaus tätig sind: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Röntgen täglich rund um die Uhr, Teleradiologischer Befund möglich	FA Orthopädie und Unfallchirurgie ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr Davon mindestens ein FA mit ZW	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG Geriatrie Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin		CT täglich rund um die Uhr, MRT			
27	Spezielle Traumatologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine ChirurgieLG IntensivmedizinLG NotfallmedizinLG Allgemeine Innere Medizin	LG NeurochirurgieLG Komplexe periphere arterielle GefäßeLG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	CT täglich rund um die Uhr, Röntgen täglich rund um die Uhr, Sonographie, Basislabor, Blutdepot, mindestens zwei Operationssäle, Intensivstation mit mindestens sechs Betten, MRT täglich rund um die Uhr, Schockraum, Angiographiearbeitsplatz,	FA Orthopädie und Unfallchirurgie FA Orthopädie und Unfallchirurgie mit ZW Spezielle Unfallchirurgie	Fünf FA mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr Davon mindestens drei FÄ mit ZW Spezielle Unfallchirurgie	Erfüllung der Voraussetzungen der erweiterten Notfallstufe gemäß §§ 13ff. der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vom 19.

Tagesspiegel Briefings

					Teleradiologische Anbindung zum Standort mit LG Neurochirurgie, falls diese in Kooperation erbracht wird, Hubschrauberlandeplatz oder Public Interest Site (PIS)-Landestelle			April 2018, (BAnz AT 18.05.2018 B4) der mit Beschluss vom 20. November 2020, (BAnz AT 24.12.2020 B2) geändert worden ist Erfüllung der Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 34 SGB VII an Krankenhäuser zur Beteiligung am Schwerstverletzungsverfahren (SAV), vom 1. Januar 2013 in der Fassung vom 1. Juli 2023, welche auf Grundlage von § 34 Absatz 1 Satz 2 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e.V. und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau festgelegt worden sind[1] Erfüllung der Anforderungen an die personelle Ausstattung und der räumlichen

[1)] Die Anforderungen sind abrufbar auf der Internetseite der Landesverbände der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (www.dguv.de/landesverbaende) unter der Rubrik „Medizinische Rehabilitation“ in der Unterrubrik „Schwerstverletzungsverfahren“.

Table.Briefings

								Anforderungen für Regionales Traumazentrum (RTZ) oder Überregionales Traumazentrum (ÜTZ) nach „Weißbuch Schwerverletztenversorgung - Empfehlungen zur Struktur, Organisation, Ausstattung sowie Förderung von Qualität und Sicherheit in der Schwerverletztenversorgung in der Bundesrepublik Deutschland“. Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V., 3. erweiterte Auflage 2019, Seiten 16 bis 17 und Seiten 18 bis 20
		Auswahlkriterium	LG GeriatrieLG WirbelsäuleneingriffeLG EndoprothetikHüfteLG Endoprothetik Knie	LG UrologieLG Plastische und Rekonstruktive Chirurgie LG Thoraxchirurgie LG HNO LG Herzchirurgie		FA Neurochirurgie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr	

Table.Briefings

				LG Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie (MKG)				
28	Wirbelsäuleneingriffe	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin Für Krankenhäuser, die nicht als Fachkrankenhaus tätig sind: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Angebot Schmerztherapie Für Fachkrankenhäuser: Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Röntgen täglich rund um die Uhr, Teleradiologischer Befund möglich	FA Orthopädie und Unfallchirurgie FA Neurochirurgie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	Angebot Schmerztherapie Für Fachkrankenhäuser: Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	LG Neurochirurgie	CT täglich rund um die Uhr, MRT	ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie		
29	Thoraxchirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex Für Krankenhäuser, die nicht als Fachkrankenhaus tätig sind: LG Allgemeine Chirurgie	LG Komplexe Pneumologie LG Palliativmedizin mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG	Röntgen täglich rund um die Uhr, CT täglich rund um die Uhr oder MRT täglich rund um die Uhr, Teleradiologischer Befund möglich	FA Thoraxchirurgie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr Sofern LG Herzchirurgie am Standort vorhanden ist: mindestens zwei FA Thoraxchirurgie mindestens Rufbereitschaft:	

Table Briefings

			LG Allgemeine Innere Medizin	Leukämie und Lymphome Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin Angebot Strahlentherapie			täglich rund um die Uhr	
		Auswahlkriterium	LG Herzchirurgie LG Komplexe Pneumologie LG Palliativmedizin mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin Angebot Strahlentherapie	LG Neurochirurgie mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße mindestens eine der folgenden LG: LG Endoprothetik Hüfte oder LG Endoprothetik Knie oder LG Revision Hüftendoprothese oder LG Revision Knieendoprothese		FA Radiologie		

Table Briefings

				mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe				
30	Bariatrische Chirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Komplexe Gastroenterologie	CT täglich rund um die Uhr oder MRT täglich rund um die Uhr	FA Viszeralchirurgie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr	
		Auswahlkriterium	LG Komplexe Gastroenterologie		Mindestens ein OP-Tisch mit einer Tragfähigkeit von mindestens 225 Kilogramm			
31	Lebereingriffe	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex	LG Komplexe Gastroenterologie mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome	Röntgen täglich rund um die Uhr, CT täglich rund um die Uhr oder MRT täglich rund um die Uhr, Teleradiologischer Befund möglich	FA Viszeralchirurgie ZW Spezielle Viszeralchirurgie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr Davon mindestens ein FA mit ZW	

Tabl.Brgings

				Angebot Strahlentherapie				
		Auswahlkriterium	LG Lebertransplantation LG Palliativmedizin LG Pankreaseingriffe LG Komplexe Gastroenterologie mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome Angebot Strahlentherapie		täglich rund um die Uhr interventionelle Endoskopie einschließlich endoskopische retrograde Cholangiopankreatikographie (ERC/P), interventionelle Radiologie täglich rund um die Uhr, diagnostische Angiographie täglich rund um die Uhr			
32	Ösophaguseingriffe	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex	Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome Angebot Strahlentherapie	Röntgen täglich rund um die Uhr, CT täglich rund um die Uhr oder MRT täglich rund um die Uhr, Teleradiologischer Befund möglich, interventionelle Endoskopie täglich rund um die Uhr	FA Viszeralchirurgie ZW Spezielle Viszeralchirurgie FA Innere Medizin und Gastroenterologie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr Davon mindestens ein FA mit ZW Zwei FA Innere Medizin und Gastroenterologie	

Tabelle.Briefings

		Auswahlkriterium	LG Komplexe Gastroenterologie LG Palliativmedizin Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome Angebot Strahlentherapie	LG Thoraxchirurgie	Diagnostische Angiographie			
33	Pankreaseingriffe	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex	Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome Angebot Strahlentherapie	Röntgen täglich rund um die Uhr, CT täglich rund um die Uhr oder MRT täglich rund um die Uhr, Teleradiologischer Befund möglich, Interventionelle Endoskopie einschließlich ERC/P	FA Viszeralchirurgie ZW Spezielle Viszeralchirurgie FA Innere Medizin und Gastroenterologie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr Davon mindestens ein FA mit ZW und zwei FA Innere Medizin und Gastroenterologie	
		Auswahlkriterium	LG Komplexe Endokrinologie und Diabetologie LG Lebereingriffe LG Palliativmedizin		Interventionelle Radiologie, Diagnostische Angiographie			

Table.Briefings

			mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome Angebot Strahlentherapie					
34	Tiefe Rektumeingriffe	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Komplexe Gastroenterologie mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome Angebot Strahlentherapie	Röntgen täglich rund um die Uhr, CT täglich rund um die Uhr oder MRT täglich rund um die Uhr, Teleradiologischer Befund möglich	FA Viszeralchirurgie ZW Spezielle Viszeralchirurgie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr Davon mindestens ein FA mit ZW	
		Auswahlkriterium	LG Komplexe Gastroenterologie LG Palliativmedizin LG Urologie mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation		Interventionelle Endoskopie täglich rund um die Uhr	ZW Proktologie		

Table Briefings

			oder LG Leukämie und Lymphome Angebot Strahlentherapie					
35	Augenheilkunde	Mindestvoraussetzung		LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Sonographiegerät, Gonioskopie, Ophtalmoskopie, Fluoreszenzangiographie	FA Augenheilkunde	Drei FA mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr oder vertragliche Vereinbarung mindestens drei Belegärzte	
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Innere Medizin LG MKG mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)		Optische Kohärenztomographie (OCT)			
36	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin Für Krankenhäuser, die nicht als Fachkrankenhaus tätig sind: LG Allgemeine Chirurgie	LG Allgemeine Frauenheilkunde LG Urologie Angebot Strahlentherapie Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine	Lasertherapie, Photo(chemo)therapie Balneophototherapie	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	Drei FA mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr	

Table.Briefings

			LG Allgemeine Innere Medizin	Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin				
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Frauenheilkunde LG Neurochirurgie LG Urologie Angebot Strahlentherapie Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	LG HNO LG MKG LG Thoraxchirurgie Angebot Infektiologie		FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie ZW Allergologie		
37	MKG	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin Für Krankenhäuser, die nicht als Fachkrankenhaus tätig sind: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Panendoskop, B-Bild-Sonograph, CT, Orthopantomogramm (OPG)-Röntgengerät	FA Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr oder vertragliche Vereinbarung mindestens drei Belegärzte	
		Auswahlkriterium	LG Neurochirurgie mindestens eine der folgenden LG:	LG Augenheilkunde LG HNO				

Tabe.Briefings

			LG Endoprothetik Hüfte oder LG Endoprothetik Knie oder LG Revision Hüftendoprothetik oder LG Revision Knieendoprothese Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin					
38	Urologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Komplexe Nephrologie	Endoskop Laparoskop, Sonographiegerät (einschließlich Doppler- oder Duplex-Sonographie)	FA Urologie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr	
		Auswahlkriterium	LG Komplexe Nephrologie	LG Allgemeine Frauenheilkunde Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome Angebot Infektiologie	CT, MRT, PET oder PET-CT, Roboter-assistierte Chirurgie	ZW Andrologie		

Table Briefings

				Angebot Nuklearmedizin Angebot Schmerztherapie Angebot Strahlentherapie				
39	Allgemeine Frauenheilkunde	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin			FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Drei FA mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr oder vertragliche Vereinbarung mindestens drei Belegärzte	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG Urologie mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe			FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin		

Table.Briefings

40	Ovarial-CA	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Frauenheilkunde LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Urologie		FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe SP Gynäkologische Onkologie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr Davon mindestens ein FA mit SP	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG Palliativmedizin LG Senologie LG Urologie mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe	Angebot Nuklearmedizin Angebot Strahlentherapie		FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin		

Tipp.Briefings

41	Seno-logie	Min-dest-vo-raus-set-zung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Frauenheil-kunde LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivme-dizin			FA Frauenheil-kunde und Ge-burtshilfe	Drei FA mindestens Rufbereitschaft: täg-lich rund um die Uhr	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festge-legten Pflegeperso-naluntergrenzen
		Aus-wahl-krite-rium	LG Ovarial-CA LG Palliativme-dizin LG Plastische und Rekonstruk-tive Chirurgie mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzell-transplantation oder LG Leukä-mie und Lym-phome Angebot Strah-lentherapie	Angebot Nukle-armedizin		FA Frauenheil-kunde und Ge-burtshilfe mit SP Gynäkologische Onkologie FA für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie		
42	Gebur-ten	Min-dest-vo-raus-set-zung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Frauenheil-kunde LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivme-dizin	LG Allgemeine Kinder- und Ju-gendmedizin		FA Frauenheil-kunde und Ge-burtshilfe	Drei FA mindestens Rufbereitschaft: täg-lich rund um die Uhr	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festge-legten Pflegeperso-naluntergrenzen

Tipp.e.Briefings

		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin LG Kinder- und Jugendchirurgie			FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	täglich rund um die Uhr fachärztliche Anwesenheit	
43	Perinataler Schwerpunkt	Mindestvoraussetzung						Einhaltung der Anforderungen der Versorgungsstufe III gemäß Nummer III der Anlage 2 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über eine Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen vom 20. September 2005 (BAnz S. 15 684 vom 28.10.2005), der durch Beschluss vom 2. Dezember 2021 (BAnz. AT 22.12.2021 B5) geändert wurde Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen

Table.Briefings

44	Perinatalzentrum Level 1	Mindestvoraussetzung						Einhaltung der Anforderungen der Versorgungsstufe I gemäß Nummer I der Anlage 2 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über eine Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen vom 20. September 2005 (BAnz S. 15 684 vom 28.10.2005), der durch Beschluss vom 2. Dezember 2021 (BAnz. AT 22.12.2021 B5) geändert wurde Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium				FA Kinder- und Jugendmedizin mit SP Neuropädiatrie		
45	Perinatalzentrum Leven 2	Mindestvoraussetzung						Einhaltung der Anforderungen der Versorgungsstufe II gemäß Nummer II der Anlage 2 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-

Table.Briefings

								BA über eine Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen vom 20. September 2005 (BAnz S. 15 684 vom 16.06.2005), der durch Beschluss vom 2. Dezember 2021 (BAnz. AT 22.12.2021 B5) geändert wurde Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
46	Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	Mindestvoraussetzung		LG Intensivmedizin		FA Kinder- und Jugendmedizin	Drei FA mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG Perinataler Schwerpunkt oder LG Perinatalzentrum Level 1 oder LG Perinatalzentrum Level 2 LG Geburten LG Intensivmedizin LG Kinder- und Jugendchirurgie			FA Kinder- und Jugendchirurgie		

Table.Briefings

47	Spezielle Kinder- und Jugendmedizin	Mindestvoraussetzung	Erfüllung der Mindestvoraussetzungen der LG 46 Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin (KJ) Darüber hinaus mindestens ein SP gemäß nachfolgenden Spezifizierungen: • KJ-Endokrinologie und Diabetologie, • KJ-Gastroenterologie und Hepatologie, • KJ-Infektiologie, • KJ-Intensivmedizin, • KJ-Kardiologie, • KJ-Nephrologie, • KJ-Notfallmedizin, • KJ-Pneumologie, Allergologie			FA Kinder- und Jugendmedizin FA Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzqualifikation im SP (sofern Zusatzqualifikation verfügbar)	Fünf FA mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr Davon drei FA mit Zusatzqualifikation im SP (sofern Zusatzqualifikation verfügbar)	

Table.Briefings

			und Schlafmedizin, • KJ-Rheumatologie, • Neuropädiatrie, • Sozialpädiatrie, • Pädiatrische Stoffwechselmedizin, • KJ-Palliativmedizin Zusätzlich außer in Fachkliniken zum Beispiel für Kinder- und Jugendrheumatologie, Neuropädiatrie, Sozialpädiatrie: LG Perinatalzentrum Level 2 LG Intensivmedizin					
		Auswahlkriterium	LG Kinder- und Jugendchirurgie LG Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie					

Table.Briefings

			Mindestens eine der folgenden LG: LG Perinataler Schwerpunkt oder LG Perinatalzentrum Level 1 oder LG Perinatalzentrum Level 2					
48	Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Stammzelltransplantation	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex	LG Kinder- Hämatologie und -Onkologie - Leukämie und Lymphome LG Palliativmedizin	CT täglich rund um die Uhr oder MRT täglich rund um die Uhr, Zentrales Monitoring von EKG, Blutdruck und Sauerstoffsättigung auf der Station, Nichtinvasive Beatmung (einschließlich HFNC) Sofern allogene Stammzelltransplantationen durchgeführt werden: Einzelzimmer mit eigener Schleuse und kontinuierlichem Überdruck und gefilterter Luftzufuhr	FA Kinder- und Jugendmedizin	Drei FA mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen Einhaltung der Anforderungen gemäß §§ 4ff der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über eine Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern- und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten vom 16. Mai 2006 (BAnz Nr. 129, S. 4997), der durch Beschluss vom 3. November 2021 (BAnz AT 26.11.2021 B5) geändert wurde

Tool: Briefings

		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Leukämie und Lymphome LG Komplexe Pneumologie LG Neurochirurgie LG Palliativmedizin LG Stammzelltransplantation Angebot Strahlentherapie	LG Kinder- und Jugendchirurgie LG Leukämie und Lymphome	Telemedizinische Behandlung	FA Transfusionsmedizin FA Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie		

Tole.Briefings

49	Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Leukämie und Lymphome	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Kinder- Hämatologie und -Onkologie - Stammzelltransplantation LG Palliativmedizin	CT täglich rund um die Uhr oder MRT täglich rund um die Uhr	FA Kinder- und Jugendmedizin	Drei FA mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen Einhaltung der Anforderungen gemäß §§ 4ff der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über eine Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern- und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten vom 16. Mai 2006 (BAnz Nr. 129, S. 4997), der durch Beschluss vom 3. November 2021 (BAnz AT 26.11.2021 B5) geändert wurde
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltransplantation LG Komplexe Pneumologie LG Leukämie und Lymphome	LG Kinder- und Jugendchirurgie LG Stammzelltransplantation	Telemedizinische Behandlung	FA Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie		

Table.Briefings

			LG Neurochirurgie LG Palliativmedizin Angebot Strahlentherapie					
50	HNO	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin		Elektrische Reaktionsaudiometrie (ERA)	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Drei FA mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr oder vertragliche Vereinbarung mindestens drei Belegärzte	
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	LG MKG Angebot Strahlentherapie	MRT, PET-CT, Doppler- oder Duplex-Sonographien	ZW Allergologie		
51	Cochleaimplantate	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG HNO LG Intensivmedizin		Elektrische Reaktionsaudiometrie (ERA)	FA für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Drei FA mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr	
		Auswahlkriterien	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	LG MKG	MRT, PET-CT, Doppler- oder Duplex-Sonographien	FA Phoniatrie und Pädaudiologie		

Triple.Briefings

52	Neurochirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Allgemeine Neurologie LG Stroke Unit Angebot Polytrauma	Elektroenzephalogramm (EEG), evozierte Potentiale, Elektromyographie (EMG), Elektroneurographie (ENG), Sonographie einschließlich extra- und intrakranielle Doppler- und Farbduplexsonographie, CT täglich rund um die Uhr, MRT	FA Neurochirurgie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr	
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Neurologie LG Stroke Unit LG Wirbelsäulenchirurgie Angebot Polytrauma Mindestens eine der folgenden LG: LG Endoprothetik Hüfte oder LG Endoprothetik Knie oder LG Revision Hüftendoprothetik oder LG Revision Knieendoprothese	LG HN LG MK LG Palliativmedizin Angebot Strahlentherapie	MRT täglich rund um die Uhr	FA Radiologie mit SP Neuroradiologie ZW Spezielle Schmerztherapie		

Table-Briefings

53	Allgemeine Neurologie	Mindestvoraussetzung	Für Krankenhäuser, die nicht als Fachkrankenhaus tätig sind: LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	CT oder MRT (Teleradiologie möglich), EEG, EMG, evozierte Potentiale, ENG, Sonographie einschließlich extra- und intrakranielle Doppler- und Farbduplexsonographie, Schluckdiagnostik	FA Neurologie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG Geriatrie LG Neurochirurgie Mindestens einer der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie Angebot Schmerztherapie Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Chirurgie LG Augenheilkunde LG HNO	Polysomnographie	ZW Geriatrie ZW Intensivmedizin ZW Palliativmedizin ZW Schlafmedizin		

Table.Briefings

54	Stroke Unit	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Allgemeine Neurologie LG Intensivmedizin	LG Neurochirurgie Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/ interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäß	CT täglich rund um die Uhr oder MRT täglich rund um die Uhr, CT-Angiographie täglich rund um die Uhr oder MR-Angiographie täglich rund um die Uhr, Intra- und extrakranielle Sonographie einschließlich Farbduplex täglich rund um die Uhr, Transthorakale Echokardiographie (TTE), TEE, Systemische Fibrinolyse täglich rund um die Uhr	FA Neurologie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG Neurochirurgie LG Neuro-Frührehа (NNF, Phase B) Mindestens einer der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/ interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße		Neuroradiologische Behandlungsmöglichkeit (einschließlich Thrombektomie) täglich rund um die Uhr mindestens in Kooperation, DSA	FA Radiologie mit SP Neuroradiologie FA Innere Medizin und Kardiologie		

Table.Briefings

			Mindestens eine der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie					
55	Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Innere Medizin LG Allgemeine Neurologie	CT oder MRT (Teleradiologie möglich), EKG, EEG, EMG, EVP, Motorisch evozierte Potenziale (MEP), Mobiles Ultraschallgerät einschließlich Farbduplex	FA Neurochirurgie FA Neurologie FA Neuropädiatrie FA Rehabilitationsmedizin	Drei FA mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Innere Medizin LG Allgemeine Neurologie					
56	Geriatrie	Mindestvoraussetzung	Für Krankenhäuser, die nicht als Fachkrankenhaus tätig sind: LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Urologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)	CT (wenn Stand alone Leistungserbringung oder für Fachkrankenhäuser mindestens in Kooperation)	ZW Geriatrie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr Davon mindestens zwei FA mit ZW	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen

Tabe.Briefings

				Mindestens eine der folgenden LG: LG Endoprothetik Hüfte oder LG Endoprothetik Knie oder LG Revision Hüftendoprothese oder LG Revision Knieendoprothese Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin				
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Chirurgie LG Palliativmedizin Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B) Mindestens eine der folgenden LG: LG Endoprothetik Hüfte oder LG					

Table Briefings

			Endoprothetik Knie oder LG Revision Hüftendoprothese oder LG Revision Knieendoprothese Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin					
57	Palliativmedizin	Mindestvoraussetzung	Für Krankenhäuser, die nicht als Fachkrankenhaus tätig sind: LG Allgemeine Innere Medizin oder LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Innere Medizin oder LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin		ZW Palliativmedizin	Drei FA mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr Davon mindestens zwei FA mit ZW	
		Auswahlkriterium	LG Intensivmedizin LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Leukämie und Lymphome LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltransplantation	LG Geriatrie Angebot Schmerztherapie		FA Kinder- und Jugendmedizin		

Table.Briefings

			Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzell-transplantation oder LG Leukämie und Lymphome Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B) Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Innere Medizin oder LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin					
58	Darm-trans-plantation	Min-dest-vo-raus-set-zung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitäts-anforderung Hochkomplex Mindestens eine der folgenden LG:		Röntgen, CT täglich rund um die Uhr, Teleradiologischer Befund möglich, MRT	FA Viszeralchirurgie ZW Transplantationsmedizin	Drei FA mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr Davon mindestens ein FA mit ZW	Transplantationsbeauftragter Interdisziplinäre Transplantkonferenz

Table.Briefings

			LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophageuseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe					
		Auswahlkriterium	LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/ interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße			FA Allgemeinchirurgie FA Gefäßchirurgie FA Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit ZW Transplantationsmedizin		
59	Herztransplantation	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie-Kinder und Jugendliche Mindestens eine der folgenden LG: LG	Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Chirurgie	Herzkatheterlabor (Rechts- und Linkskatheter), Herz-Lungen-Maschine, Röntgen, CT täglich rund um die Uhr, Teleradiologischer Befund möglich, MRT	FA Herzchirurgie FA Innere Medizin und Kardiologie ZW Transplantationsmedizin	Sechs FA mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr Davon mindestens drei FA Herzchirurgie und drei FA Innere Medizin und Kardiologie Davon mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin	Transplantationsbeauftragter Interdisziplinäre Transplantkonferenz

Table.Briefings

			EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie Für Krankenhäuser, die nicht als Fachkrankenhaus tätig sind: LG Allgemeine Chirurgie					
		Auswahlkriterium	LG Thoraxchirurgie Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Chirurgie		ECMO	FA Thoraxchirurgie FA Innere Medizin und Pneumologie FA Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit ZW Transplantationsmedizin		
60	Lebertransplantation	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex LG Komplexe Gastroenterologie mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG		Röntgen, CT täglich rund um die Uhr, Teleradiologischer Befund möglich, MRT	FA Viszeralchirurgie FA Innere Medizin und Gastroenterologie ZW Transplantationsmedizin	Sechs FA je Disziplin mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr Davon mindestens drei FA Viszeralchirurgie und drei FA Innere Medizin und Gastroenterologie Davon mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin	Transplantationsbeauftragter Interdisziplinäre Transplantkonferenz

Table.Briefings

			Ösophagus-eingriffe oder LG Pankreas-eingriffe oder LG Tiefe Rektum-eingriffe					
		Auswahl-kriterium	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/ interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße			FA Allgemeinchirurgie FA Gefäßchirurgie FA Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit ZW Transplantationsmedizin		
61	Lungen-transplantation	Mindest-voraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex LG Komplexe Pneumologie und		Herz-Lungen-Maschine, Röntgen, CT täglich rund um die Uhr, Teleradiologischer Befund möglich, MRT	FA Herzchirurgie FA Thoraxchirurgie ZW Transplantationsmedizin	Fünf FA Herzchirurgie und ein FA Thoraxchirurgie mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr oder drei FA Thoraxchirurgie und ein FA Herzchirurgie mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr Davon mindestens ein FA mit ZW	Transplantationsbeauftragter Interdisziplinäre Transplantkonferenz

Table.Briefings

			LG Herzchirurgie oder LG Thoraxchirurgie					
		Auswahlkriterium			ECMO	FA Kinder- und Jugendmedizin mit ZW Transplantationsmedizin		
62	Nierentransplantation	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex Mindestens zwei der folgenden LG: LG Komplexe Nephrologie oder LG Urologie oder mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe	Sofern nicht bereits am Standort erbracht: LG Komplexe Nephrologie LG Urologie mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriff	Röntgen, CT täglich rund um die Uhr, Teleradiologischer Befund möglich, MRT	FA Viszeralchirurgie FA Urologie FA Innere Medizin und Nephrologie ZW Transplantationsmedizin	Neun FA mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr Davon mindestens drei FA Viszeralchirurgie, drei FA Urologie und drei FA Innere Medizin und Nephrologie Davon mindestens ein FA mit ZW	Transplantationsbeauftragter Interdisziplinäre Transplantkonferenz

Tabu.Briefings

		Auswahlkriterium	LG Urologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophageseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/ interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße			FA Allgemeinchirurgie FA Gefäßchirurgie FA Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit ZW Transplantationsmedizin		
63	Pankreastransplantation	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische		Röntgen, CT täglich rund um die Uhr, Teleradiologischer Befund möglich, MRT	FA Viszeralchirurgie ZW Transplantationsmedizin	Drei FA mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr Davon mindestens ein FA mit ZW	Transplantationsbeauftragter Interdisziplinäre Transplantkonferenz

Table.Briefings

			Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophageuseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe					
		Auswahlkriterium	mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/ interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße			FA Allgemeinchirurgie FA Gefäßchirurgie FA Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit ZW Transplantationsmedizin		
64	Intensivmedizin	Mindestvoraussetzung			Notfall-Labor am Standort oder Notfall-Labor in Kooperation plus PoC-Laboranalytik	FA aus einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung ZW Intensivmedizin FA Anästhesiologie	Drei intensivmedizinisch erfahrene FA mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr Davon mindestens ein FA mit ZW Intensivmedizin oder ein FA Anästhesiologie	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Qualitätsanforderung			Verfügbarkeit folgender Untersuchungs-/ Behandlungsverfahren auf der Intensivstation: a. Kontinuierliche	FA aus einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung	Drei intensivmedizinisch erfahrene FA mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen

Table.Briefings

		Komplex			Nierenersatzverfahren (täglich rund um die Uhr) b. Flexible Bronchoskopie (täglich acht Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 18 Uhr) c. Ultraschall-Verfahren (täglich acht Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 18 Uhr): Abdomen, TTE, TEE am Standort (täglich acht Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 18 Uhr), Notfall-Labor am Standort plus PoC-Laboranalytik	ZW Intensivmedizin	Davon mindestens zwei FA mit ZW Intensivmedizin Ständige Arztpräsenz auf der Intensivstation (Arzt kann zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz innerhalb des Krankenhauses hinzugezogen werden)	
		Qualitätsanforderung Hochkomplex			Verfügbarkeit folgender Untersuchungs- oder Behandlungsverfahren auf der Intensivstation: a. Kontinuierliche Nierenersatzverfahren (täglich rund um die Uhr) b. Flexible Bronchoskopie (täglich rund um die Uhr) c. Ultraschall-Verfahren (täglich rund um die Uhr): Abdomen, TTE, TEE am Standort, (täglich acht Stunden im Zeitraum von 6 Uhr	ZW Intensivmedizin	Drei FA mit ZW Intensivmedizin, mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr Täglich rund um die Uhr Arztpräsenz auf der Intensivstation (Arzt kann zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz innerhalb des Krankenhauses hinzugezogen werden)	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen

Table.Briefings

					bis 18 Uhr),, Notfall-Labor am Standort plus PoC-Laboranalytik			
65	Notfallmedizin	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin LG Allgemeine Innere Medizin LG Allgemeine Chirurgie		Ultraschall, Videolaryngoskopie, Möglichkeit zur nichtinvasiven und invasiven Beatmung oder Transportbeatmung, Sauerstofftherapie, Blutgasanalyse, Röntgen, CT täglich rund um die Uhr, Telemedizinische Behandlung, Monitoring von Elektrokardiogramm (EKG)	FA Innere Medizin oder FA Chirurgie oder FA Anästhesiologie oder FA Neurologie FA Innere Medizin oder FA Chirurgie oder FA Anästhesiologie oder FA Neurologie jeweils mit ZW Klinische Akut- und Notfallmedizin	Fünf FA, die zu mindestens 80% in der Notaufnahme tätig sind mindestens Rufbereitschaftsdienst: täglich rund um die Uhr davon mindestens drei FA mit der ZW Klinische Akut- und Notfallmedizin	Erfüllung der Voraussetzungen der Basisnotfallversorgung gemäß §§ 8ff der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.05.2018 B4), der durch Beschluss vom 20. November 2020 (BAnz AT 24.12.2020 B2) geändert worden ist

Table.Briefings

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.

Zudem befinden sich zahlreiche Krankenhäuser in Deutschland in einer zunehmend angespannten wirtschaftlichen Lage. Verschiedene Faktoren wie eine zu niedrige Investitionsförderung sowie inflationsbedingt stark gestiegene Kosten für Energie, Lebensmittel und Medizinprodukte in den Krankenhäusern aber auch der zunehmende Personalmangel verschlimmern die Lage. Eine Debatte über Krankenhausschließungen und die Insolvenzgefahr von Versorgungseinrichtungen ist entbrannt. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes meldeten im Jahr 2023 mittlerweile 35 Krankenhäuser Insolvenz an, 25 mehr als im Jahr 2022.

Durch die seit vielen Jahren nicht ausreichende Investitionsfinanzierung durch die Länder können die Krankenhäuser 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.

Das Gesundheitswesen sieht sich darüber hinaus noch zusätzlichen Herausforderungen gegenüber: weniger Menschen, die in die Sozialversicherungen einzahlen, immer mehr ältere Patientinnen und Patienten und gleichzeitig immer weniger potenzielle neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Der Druck auf die sozialen Sicherungssysteme wächst und trifft auf vielfach nicht mehr bedarfsgerechte Krankenhausstrukturen, was zu einem Risiko für die Gesundheitsversorgung der Gesamtbevölkerung wird.

Daher ist eine Reform der Krankenhausversorgung und -finanzierung geboten. 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.

Referentenentwurf

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 eine 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 zur Weiterentwicklung der Landeskrankenhausplanung Nordrhein-Westfalen basiert. Hiernach erarbeiten Bund und Länder gemeinsam die Festlegung und Weiterentwicklung der Leistungsgruppen mit Qualitätskriterien, die durch eine zustimmungsbedürftige Rechtsverordnung festgelegt werden. Die Ausdifferenzierung und Weiterentwicklung der Leistungsgruppen mit Qualitätskriterien solle in einem mehrstufigen Verfahren durch Bund und Länder unter Einbindung unter anderem 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 Verschlankung der bürokratischen Vorgaben.

Mit der Krankenhausreform sollen folgende zentrale Ziele verfolgt werden: Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität, Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für Patientinnen und Patienten, Steigerung der Effizienz in der Krankenhausversorgung 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:

Ärzte Briefings

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, eine möglichst hohe Anzahl an Patientinnen und Patienten zu behandeln, 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 für die Krankenhäusern eine schnelle Finanzierung ihrer Vorhalteaufwände zu gewährleisten. Vorgesehen wird zudem eine Konvergenzphase als Übergangsregelung, damit ein stufenweiser 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. Die finanziellen Auswirkungen krankenhausplanerischer Entscheidungen auf die Vorhaltevergütung werden durch die Konvergenzphase stufenweise, 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 der Internetadresse https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Eckpunktepapier_Krankenhausreform.pdf veröffentlicht. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf soll eine Ermächtigungsgrundlage geschaffen werden, auf deren Grundlage das BMG mit Zustimmung des Bundesrats eine Rechtsverordnung zur Festlegung und Weiterentwicklung der Leistungsgruppen und Qualitätskriterien erlassen kann.

Referentenentwurf

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 den §§ 275a und 275d SGB V 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 wird verpflichtet, eine Datenbank zu errichten, in welcher Prüfergebnisse und Mitteilungen der Medizinischen Dienste gebündelt werden.

In diesem 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 Sicherung einer qualitativ hochwertigen und wirtschaftlichen Leistungserbringung in Krankenhäusern auch Mindestvorhaltezahlen je Leistungsgruppe gelten. Mindestvorhaltezahlen sind Mindestzahlen der an einem 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 1 SGB V aufgeführte Leistungen zu erbringen. Für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen werden zusätzliche ambulante Versorgungsmöglichkeiten, unter anderem in der hausärztlichen Versorgung, geschaffen (§ 116a SGB V). Die Regelungen stellen einen wichtigen Schritt hin zu einer sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung dar.

Die Vergütung stationärer Krankenhausleistungen erfolgt über degressive krankenhausindividuelle Tagesentgelte.

Weitere Regelungen

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

Hier Briefings

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 an Stelle des anteiligen Orientierungswerts 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.

Die Laufzeit des seit 2016 bestehenden, für die Unterstützung von Umstrukturierungsprozessen in der Krankenhausversorgung eingerichteten Krankenhausstrukturfonds wird um ein Jahr bis Ende 2025 verlängert. Um insbesondere weitere Umstrukturierungsprozesse in den Krankenhäusern, die mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz angestoßen werden, finanziell zu unterstützen, wird ab 2026 ein Transformationsfonds errichtet. 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 beziehungsweise die Krankenhausträger werden beibehalten.

In Folge der Einführung des Transformationsfonds wird die Obergrenze der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds befristet für die Jahre 2025 bis 2034 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.

Zugleich wird der Anwendungsbereich der in § 187 Absatz 9 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) vorgesehenen Freistellung von der Fusionskontrolle erweitert und auch auf Krankenhauszusammenschlüsse erstreckt, die aus Mitteln des Transformationsfonds gefördert werden. Hierdurch soll die mit dem Transformationsfonds bezweckte Förderung von Umstrukturierungsprozessen auch wettbewerbsrechtlich erleichtert werden.

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

Referentenentwurf

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.

Um Abrechnungslücken von Krankenhäusern ohne strahlentherapeutischen Versorgungsauftrag zu vermeiden, werden in Umsetzung eines Urteils des Bundessozialgerichts strahlentherapeutische Leistungen unter bestimmten Voraussetzungen von den allgemeinen Krankenhausleistungen ausgenommen.

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 folgt zum einen aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 des Grundgesetzes (GG, Sozialversicherung) sowie aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19a GG (wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und Regelung der Krankenhauspflegesätze) in Verbindung mit Artikel 72 Absatz 2 GG.

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 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 sowie zur Sicherung des überragend wichtigen Gemeinwohlbelangs der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung.

In die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze fallen sämtliche finanzielle Aspekte der Krankenhausversorgung. Der Kompetenztitel gestattet dem Bund, Regelungen zu treffen, die die Entgelte der Krankenhausleistungen nach Höhe und Struktur beeinflussen, und damit auch, Regelungen zur Ergänzung der fallbezogenen Vergütung durch eine Vorhaltevergütung einzuführen.

Da allerdings Regelungen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser oftmals Auswirkungen auf die Krankenhausplanung und -organisation haben bzw. Wechselwirkungen zwischen diesen Materien bestehen, können auch grundsätzliche und allgemeine Regelungen des Bundes zur Krankenhausplanung und -organisation auf Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19a GG gestützt werden, sofern deren Bezug zur wirtschaftlichen Sicherung nahe liegend und offensichtlich ist und den Ländern eigenständige und umfangmäßig erhebliche Ausgestaltungsspielräume bleiben.

Table.Briefings

Die vorliegenden Regelungsinhalte betreffen unmittelbar die Finanzierung der vorhandenen Krankenhausstrukturen und wirken sich allenfalls mittelbar auf die Krankenhausplanung der Länder aus. Soweit sie punktuell die Krankenhausplanung der Länder betreffen, ist ihr Bezug zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser nahe liegend und offen-sichtlich. Dies gilt insbesondere für die Regelungen, die die Zahlung einer Vorhaltevergütung an die Zuweisung von Leistungsgruppen knüpfen. Die Einführung einer Vorhaltevergütung ist Kernelement der Finanzierungsreform und dient daher unmittelbar der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser. Soweit hierdurch für die Länder ein Anreiz für eine leistungsgruppenbezogene Krankenhausplanung geschaffen wird, steht dieser daher in einem nahe liegenden und offensichtlichen Bezug zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser. Diese Mitregelung von Planungsaspekten ist erforderlich, um die vielfach stark finanziell und personell angeschlagene Krankenhauslandschaft weiterhin mit den für die Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten erforderlichen begrenzten finanziellen Mittel auszustatten. Über die Zielsetzung des effektiven Einsatzes der Finanzmittel und einer effizienten und effektiven Verwendung der Mittel der Sozialversicherung können insofern auch punktuell bundesrechtliche Regelungen zur Krankenhausplanung der Länder notwendig werden, um Krankenhäuser auch in Zukunft wirtschaftlich sichern zu können und eine bundeseinheitliche Mindeststrukturqualität der Krankenhausbehandlung zu erreichen. Die bundesweite Funktionsfähigkeit der Krankenhäuser und die Funktionsfähigkeit der Sozialversicherung sind vor dem Hintergrund ihrer elementaren Bedeutung für die Lebensverhältnisse in der Bundesrepublik Deutschland nicht isoliert zu betrachten, weshalb Kompetenzverschränkungen erforderlich werden. Den Ländern verbleibt im Rahmen des hiesigen Regelungskomplexes ein weitreichender, dem Kompetenzgefüge des Grundgesetzes entsprechender Ausgestaltungs- und Konkretisierungsspielraum im Hinblick auf die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung durch leistungsfähige Krankenhäuser und die Fragen der Krankenhausorganisation.

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 und sollen soweit möglich vereinheitlicht beziehungsweise zusammengeführt werden, um Synergieeffekte und eine Bürokratieentlastung für die Beteiligten zu erreichen. In diesem Zusammenhang werden nicht mehr erforderliche Regelungen aus der Übergangsphase der Einführung der Strukturprüfung gestrichen.

Kopie-Briefings

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 (zum Beispiel Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene, 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 (vergleiche § 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. unter anderem 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 unvertretbare 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 Tarifrefinanzierung 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.

Referentenentwurf

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 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 unter anderem 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 unter anderem 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 beziehungsweise Minderausgaben gegenüber. Diese ergeben sich aus den verschiedenen Regelungen und ihren Wirk- und Anreizmechanismen. Durch die Einführung einer mengenunabhängigen Vorhaltevergütung samt entsprechender Verringerung der Fallpauschalen um den Vorhalteanteil sowie die Einführung von Fallzahlkorridoren werden Anreize zur Mengenausweitung seitens der Krankenhäuser erheblich reduziert, so dass auch angesichts des aktuell im langfristigen Vergleich geringen Fallzahlniveaus bzw. der geringeren Auslastung von einer zukünftig reduzierten Mengendynamik auszugehen ist. Die Zuweisung von Leistungsgruppen

Ref. BMG

in Verbindung mit Vorhaltezahlen und Qualitätskriterien fördert auf Ebene der Krankenhäuser eine stärkere Spezialisierung und reduziert Anreize zur Gelegenheitsversorgung in vielen verschiedenen medizinischen Fachgebieten. Gemeinsam mit der gezielten Förderung der Schließung von nicht bedarfsnotwendigen Stationen und Standorten im Rahmen des Transformationsfonds wird dies zu einem Abbau der im internationalen Vergleich hohen, aber nur mittelmäßig ausgelasteten Bettenkapazität führen, was die laufenden Gesamtkosten mitsamt der Belastung der Kostenträger senken wird. Darüber hinaus führt die stärkere Spezialisierung, welche zusätzlich im Rahmen der Regelungen zur Förderung von Konzentrationsbemühungen und Verbesserungen der Qualität im Bereich der Onkologie unterstützt wird, zu einer qualitativ besseren Behandlung der bestehenden Fälle inklusive einer Reduzierung von Wiederaufnahme- und Komplikationsraten samt entsprechender Kosten für die Kostenträger. Die Einführung und gezielte Förderung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen wird angesichts der im internationalen Vergleich überdurchschnittlichen Zahl von Belegungstagen je Einwohner und langer Verweildauern dazu beitragen, die hohen Ambulantisierungspotenziale zu heben, so dass insbesondere ein Teil der heute im Rahmen kurzer Krankenhausaufenthalte von unter drei Tagen vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten zukünftig verstärkt im Rahmen kosteneffizienterer, ambulanter Versorgungsmodelle behandelt werden wird.

Die Herausnahme strahlentherapeutischer Leistungen aus den allgemeinen Krankenhausleistungen ist für Bund, Länder und Kommunen als Träger der Beihilfe voraussichtlich finanzneutral, da den mit der künftig ambulanten Leistungserbringung verbundenen Ausgaben Einsparungen für den Wegfall der stationären Leistungserbringung in mindestens selbiger Höhe gegenüberstehen.

Gesetzliche Krankenversicherung

Die Einführung der vollständigen und umfassenden Tarifrefinanzierung aller Beschäftigtengruppen bewirkt ab dem Jahr 2024 einen dauerhaften und basiswirksamen Haushaltsaufwand. Der gesetzlichen Krankenversicherung entstehen hierdurch für Tarifsteigerungen 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 Mehrausgaben von jährlich 495 Millionen Euro.

Die Einführung der gesonderten unbefristeten Zuschläge zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und zur Finanzierung der speziellen Vorhaltung von

Hoppe Printing

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 beziehungsweise 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 Neuausrichtung 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.

Entwurf

Den Mehrausgaben stehen ab dem Jahr 2025 Effizienzgewinne beziehungsweise Minderausgaben gegenüber. Diese ergeben sich aus den verschiedenen Regelungen und ihren Wirk- und Anreizmechanismen. Durch die Einführung einer mengenunabhängigen Vorhaltevergütung samt entsprechender Verringerung der Fallpauschalen um den Vorhalteanteil sowie die Einführung von Fallzahlkorridoren werden Anreize zur Mengenausweitung seitens der Krankenhäuser erheblich reduziert, so dass auch angesichts des aktuell im langfristigen Vergleich geringen Fallzahlniveaus bzw. der geringeren Auslastung von einer zukünftig reduzierten Mengendynamik auszugehen ist. Bereits eine jährliche Reduktion der Mengendynamik um einen Prozentpunkt reduziert den Ausgabenzuwachs jedes Jahr um rund 650 Millionen Euro. Die Zuweisung von Leistungsgruppen in Verbindung mit Vorhaltezahlen und Qualitätskriterien fördert auf Ebene der Krankenhäuser eine stärkere Spezialisierung und reduziert Anreize zur Gelegenheitsversorgung in vielen verschiedenen medizinischen Fachgebieten. Gemeinsam mit der gezielten Förderung der Schließung von nicht bedarfsnotwendigen Stationen und Standorten im Rahmen des Transformationsfonds wird dies zu einem Abbau der im internationalen Vergleich hohen, aber nur mittelmäßig ausgelasteten Bettenkapazität führen, was die laufenden Gesamtkosten mitsamt der Belastung der Kostenträger senken wird. Darüber hinaus führt die stärkere Spezialisierung, welche zusätzlich im Rahmen der Regelungen zur Förderung von Konzentrationsbemühungen und Verbesserungen der Qualität im Bereich der Onkologie unterstützt wird, zu einer qualitativ besseren Behandlung der bestehenden Fälle inklusive einer Reduzierung von Wiederaufnahme- und Komplikationsraten samt entsprechender Kosten für die Kostenträger. Die Einführung und gezielte Förderung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen wird angesichts der im internationalen Vergleich überdurchschnittlichen Zahl von Belegungstagen je Einwohner und langer Verweildauern dazu beitragen, die hohen Ambulantisierungspotenziale zu heben, so dass insbesondere ein Teil der heute im Rahmen kurzer Krankenhausaufenthalte von unter drei Tagen vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten zukünftig verstärkt im Rahmen kosteneffizienterer, ambulanter Versorgungsmodelle behandelt werden wird. In der Gesamtbetrachtung ist aufgrund dieser Wirkmechanismen im Jahr 2025 für die gesetzlichen Krankenkassen von Minderausgaben in Höhe 330 Millionen Euro auszugehen. Diese Minderausgaben steigen 2026 auf eine Milliarde Euro und nachfolgend jährlich um jeweils eine Milliarde Euro an.

Die Herausnahme strahlentherapeutischer Leistungen aus den allgemeinen Krankenhausleistungen ist für die gesetzlichen Krankenkassen voraussichtlich finanzneutral, da den mit der künftig ambulanten Leistungserbringung verbundenen Ausgaben Einsparungen für den Wegfall der stationären Leistungserbringung in mindestens selbiger Höhe gegenüberstehen.

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):

Kohlhammer Fachinfos

- Für die Vereinbarung des stationären Leistungsrahmens von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen, § 115g Absatz 3 SGB V entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand und laufender Erfüllungsaufwand durch die regelmäßige Aktualisierung für die Deutsche Krankenhausgesellschaft und infolge des Benehmens für den Verband der privaten Krankenversicherungen. Wird das auf Erfahrungswerte basierende vereinfachte Verfahren aus dem Leitfaden zur Ermittlung des Erfüllungsaufwands (Quellenzugang siehe oben; Anhang 4, S. 61) ersatzweise angewendet, ergibt sich ein einmaliger Aufwand für die Durchführung eines komplexen Verfahrens von rund 30 000 Euro. Wird eine Aktualisierung alle drei Jahre angesetzt, so wird von einem maximalen jährlichen Aufwand von circa 10 000 Euro ausgegangen (30 000/3 gleich 10 000 Euro; eine Aktualisierung dürfte aber weniger Aufwand als die erstmalige Vereinbarung machen).

- Durch die 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 Pflegeberufegesetz (PflBG) mit einer Belastung von 4 000 Euro). Es entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand.

- Durch die Informationspflicht und der Vorgabe einer Berichtspflicht im zweijährigen Turnus über die Auswirkungen der Leistungserbringung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen an das BMG, § 115g Absatz 4 SGB V entstehen 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, darunter rund 27 000 Euro für den Normadressaten Wirtschaft bei einer angenommenen Drittelung des Aufwands auf die Berichtspflichtigen.

- Weitere Vorgabe Wirtschaft Überprüfung des Ermächtigungsbeschlusses zur vertragsärztlichen Versorgung durch Krankenhäuser im Falle der Unterversorgung, § 116a SGB V. Es fällt die Zweijahresperiodizität der Überprüfung der Ermächtigung weg, zukünftig erfolgt eine Überprüfung nach Bedarf durch den Zulassungsausschuss. Der jährliche Erfüllungsaufwand nimmt ab. Anwendung des auf Erfahrungswerte basierenden vereinfachten Verfahrens aus dem Leitfaden zur Ermittlung des Erfüllungsaufwands: Es ergibt sich ein Aufwand für die Durchführung eines mittleren Verfahrens von rund 7 000 Euro, aufgrund des 2-Jahres-Turnus von 3 500 Euro pro Jahr und Fall (gleich 7 000/2). Wird ersatzweise angenommen, dass alle 4 Jahre Bedarf für eine Überprüfung entsteht, so halbiert sich der verbleibende Erfüllungsaufwand um 1 750 Euro auf 1 750 Euro pro Jahr und Fall.

- Wegen der Informationspflicht zum Antrag auf Ermächtigung seitens einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung bei drohender Unterversorgung, § 116a Absatz 2 SGB Vist mit einem moderaten Anstieg des Erfüllungsaufwands für die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen zu rechnen. Die Zahl der zukünftigen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen lässt sich derzeit nicht

Ressortabstimmung

abschätzen. Auch hier erfolgt die ersatzweise Anwendung des auf Erfahrungswerte basierenden vereinfachten Verfahrens aus dem Leitfaden zur Ermittlung des Erfüllungsaufwands: Es ergibt sich ein vernachlässigbarer Aufwand für die Antragstellung mit Nachweis bei mittlerer Komplexität von rund 1 000 Euro je zehn Anträge.

- Wegen der Informationspflicht zum Antrag auf Ermächtigung seitens einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen zur hausärztlichen Versorgung, § 116a Absatz 3 SGB Vist mit einem moderaten Anstieg des Erfüllungsaufwands für die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen zu rechnen. Die Zahl der zukünftigen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen lässt sich derzeit nicht abschätzen. Ebenfalls ersatzweise Anwendung des auf Erfahrungswerte basierenden vereinfachten Verfahrens aus dem Leitfaden zur Ermittlung des Erfüllungsaufwands: Es ergibt sich ein vernachlässigbarer Aufwand für die Antragstellung mit Nachweis bei mittlerer Komplexität von rund 1 000 Euro je zehn Anträge.

- 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 beziehungsweise 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 in Verbindung mit § 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 beziehungsweise 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. Wird aus der Zeitwerttabelle der Wirtschaft des

Leitfadens zur Ermittlung und Darstellung des Erfüllungsaufwands die Standardaktivität „Anpassung von internen Prozessen“ mit hoher Komplexität berücksichtigt, so beträgt der Zeitaufwand pro sektorenübergreifender Versorgungseinrichtung 3 280 Minuten, Bewertet mit durchschnittlichen Lohnkosten im Gesundheitswesen in Höhe von 37,80 Euro je Stunde (gemäß Statistisches Bundesamt, Lohnkostentabelle 2021, Wirtschaftszweig Q86) ergibt sich ein Erfüllungsaufwand pro sektorenübergreifender Versorgungseinrichtung von geschätzt rund 2 070 Euro (gleich 3 280/60*37,80). Die Anzahl der zukünftigen sektorübergreifenden Versorgungseinrichtungen kann nicht abgeschätzt werden, somit auch nicht der Gesamtaufwand.

- Krankenhäusern, die als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt werden und zukünftig zusätzliche ambulante Leistungen erbringen, die sie bisher nicht erbracht haben, entsteht durch die Anwendung unterschiedlicher Abrechnungsregelungen geringfügiger laufender Erfüllungsaufwand (§ 115g SGB V). Gleichzeitig entfällt Erfüllungsaufwand, da nicht mehr viele unterschiedliche Fallpauschalen, Pflegeentgelte und Zu- und Abschläge, sondern für stationäre Behandlung nur noch ein oder wenige Tagesentgelte abgerechnet werden. Ausgehend von den in OnDEA vorhandenen Informationspflichten „Abrechnung der stationären Krankenhausbehandlung“ (ID 2006110208473114) mit 4 Minuten pro Fall und „Abrechnung ärztlicher Leistungen“ (ID 2006110208473110) mit 1,28 Minuten pro Fall wird ein Zeitaufwand von 1 Minute pro stationärem Fall angesetzt. Ebenfalls bewertet mit den durchschnittlichen Lohnkosten im Gesundheitswesen in Höhe von 37,80 Euro je Stunde beträgt der Aufwand pro Fall geschätzt rund 0,60 Euro. Die Anzahl der zukünftigen sektorübergreifenden Versorgungseinrichtungen und die Verteilung auf stationäre und ambulante Leistungen kann nicht abgeschätzt werden, somit auch nicht der Gesamtaufwand. Es ist jedoch insgesamt von einer Einsparung von Erfüllungsaufwand auszugehen.

Hierzu gehören weiter die Vorgaben mit Bezug auf das KHG (Artikel 2):

- Informationspflicht Wirtschaft Selbsteinschätzung des Krankenhauses, § 6a Absatz 2 Satz 3 und Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 KHG. Aufgrund der Annahme, dass in Einzelfällen eine Selbsteinschätzung abgegeben wird, entsteht geringfügiger jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 3 000 Euro (Bürokratiekosten aus Informationspflichten).

- Weitere Vorgabe Wirtschaft Vereinbarung zwischen Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Verband der Privaten Krankenversicherung und Deutscher Krankenhausgesellschaft, § 6b 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 in Höhe von rund 4 000 Euro.

- 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 in Höhe von rund 4 000 Euro.

- 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

Hier Bearbeitung

nehmen. Es entsteht geringfügiger einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 4 000 Euro.

- Weitere Vorgabe Wirtschaft Vereinbarung zur Finanzierung, § 17b Absatz 5 KHG. Es entsteht geringfügiger einmaliger Erfüllungsaufwand beim Verband der Privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft in Höhe von rund 4 000 Euro.

- Weitere Vorgabe Wirtschaft Vereinbarung von Stichprobenprüfungen, § 17c Absatz 1a Satz 2 KHG. Es entsteht geringfügiger einmaliger Erfüllungsaufwand für die Deutsche Krankenhausgesellschaft in Höhe von rund 4 000 Euro.

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

- Weitere Vorgabe Wirtschaft Geltend machen von Ansprüchen des Krankenhauses auf das jährliche Vorhaltebudget, § 7 Absatz 1 KHEntgG. Da die Krankenhäuser auch schon vor der Gesetzesänderung ihre erbrachten Leistungen geltend machen mussten, ist eine Veränderung des Erfüllungsaufwands nicht zu erwarten.

- Weitere Vorgabe Wirtschaft Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene zu Einzelheiten für die Verhandlungen zum Gesamtvolumen und für die krankenhausindividuelle 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 von jeweils rund 4 000 Euro 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 BPflV. Hierbei entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand für den Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft von rund 4 000 Euro.

- 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 jährlicher Erfüllungsaufwand von rund 4 000 Euro angenommen. Ein einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 4 000 Euro wird 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 PflBG 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 mit rund 4 000 Euro 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 BPflV 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

Ressortabstimmung BPflV 2025

dabei nur die Anpassung an den neu vereinbarten Landesbasisfallwert zu vereinbaren ist, ist von einem einmaligen Erfüllungsaufwand von rund 4 000 Euro 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):

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 circa 125 000 EUR zu rechnen (ausweislich der vom G-BA durchgeführten Bürokratiekostenerhebung anlässlich der Erstfassung der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136 Absatz 1 in Verbindung mit § 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 (vergleiche § 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 unter anderem 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 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**, fällt unter die Vorbereitung von Rechtsetzungsverfahren, womit aus methodischer Sicht kein Erfüllungsaufwand verursacht wird.

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, beziehungsweise 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), gegebenenfalls mit Kooperationspartnern, Beschaffung von Daten/ Unterlagen, Ausfüllen von Formularen, Digitalisierung der Unterlagen, Versendung und Archivierung, gegebenenfalls Beschäftigung mit Nachfragen.

Referentenentwurf

Die weiteren 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).

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 675 Krankenhäusern für die vorgenannten Standardaktivitäten, insofern sie der Erfüllung einer Informationspflicht (Datenbeschaffung und Dokumentation) infolge der neuen Prüfungen gemäß § 275a Absatz 1 Satz 1 SGB V dienen, geschätzt jährlich rund 102 000 Euro an Bürokratiekosten entstehen; dies erfolgt unter der Annahme, dass im Durchschnitt je ein Mitarbeiter jeweils circa 4 Stunden benötigt (somit gleich 675 Krankenhäuser x 4 Std. x 37,80 Euro). Diese Bürokratiekosten aus Informationspflichten entstehen schätzungsweise insbesondere im Rahmen der erstmaligen Prüfung (bis 2026) der Erfüllung der Qualitätskriterien nach § 135e 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 .

Durch die neuen Prüfungen gemäß § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V entsteht zudem weiterer Erfüllungsaufwand in Höhe von geschätzt rund 281 000 Euro jährlich, unter der Prämisse, dass im Durchschnitt je ein Mitarbeiter jeweils circa 11 Stunden dafür benötigt (somit gleich 675 Krankenhäuser x 11 Std. x 37,80 Euro). Da der Medizinische Dienst gemäß § 275a Absatz 1 SGB V (neu) 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.

Durch die Vereinheitlichung und Zusammenführung bestehender Prüfungen zu Strukturanforderungen 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 (vergleiche § 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.

Ansonsten entstehen den Krankenhäusern für die Prüfungen gemäß § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V Bürokratiekosten aus Informationspflichten für die Meldung einer Nichterfüllung eines oder mehrerer Qualitätskriterien einer oder mehrerer

Leistungsgruppen gemäß § 275a Absatz 3 Satz 2 SGB V (neu). Unter der Prämisse, dass im Durchschnitt je Meldung je Krankenhaus ein Mitarbeiter jeweils 15 Minuten benötigt, entstehen dem einzelnen Krankenhaus dafür Bürokratiekosten aus Informationspflichten in Höhe von geschätzt 9,45 Euro.

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 17.6.2022[1]). 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 Beschäftigte mit hohem Qualifikationsniveau (73,20 Euro je Stunde) beteiligt sind. Für eine Prüfung vor Ort belaufen sich somit die Lohnkosten für ein 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 7 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

[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.

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 (Artikel 3):

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 krankenhausindividuellen Tagesentgelten finanziert werden sollen. **Die Vorgabe für die Wirtschaft zur Vereinbarung eines Pflegebudgets nach § 6a KHEntgG** für die krankenhausindividuelle 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 krankenhausindividuellen Vereinbarungen gemäß § 6c Absatz 1 KHEntgG kompensiert werden.

Wird bei der Informationspflicht zur Mitteilung der Höhe des Ausgleichsbetrages des Krankenhauses an Vertragsparteien und Landesbehörde, § 6b Absatz 5 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 4 KHEntgG,** und **Antrag des Krankenhauses auf einen Ganzjahresausgleich, § 6b Absatz 4 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.

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), die sich größtenteils auf die Verwaltungsebene Selbstverwaltung beziehungsweise Sozialversicherung beziehen:

- Für die Vereinbarung zum stationären Leistungsrahmen von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen, § 115g Absatz 3 SGB V entstehen einmaliger Erfüllungsaufwand und laufender Erfüllungsaufwand durch die regelmäßige Aktualisierung und die Benehmensherstellung für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. In Anlehnung an die Wirtschaftsvorgabe wird von einem einmaligen Erfüllungsaufwand von circa 30 000 Euro und einem maximalen laufenden Erfüllungsaufwand für die Aktualisierung von circa 10 000 Euro ausgegangen.

- Für die Festlegung des Vereinbarungsinhalts zum stationären Leistungsrahmen von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen durch die Schiedsstelle im Falle der Nichteinigung, § 115g Absatz 3 SGB V wird von einem vergleichbaren einmaligen Erfüllungsaufwand wie bei der Wirtschaftsvorgabe ausgegangen (gleich 4 000 Euro).

- Für die Berichtspflicht im zweijährigen Turnus über die Auswirkungen der Leistungserbringung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen an das BMG, § 115g Absatz 4 SGB V entstehenErfüllungsaufwand 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, darunter rund 13 000 Euro für

Nur Entwurf

den Normadressaten Verwaltung bei einer angenommenen Drittelung des Aufwands auf die Berichtspflichtigen.

- Überprüfung des Ermächtigungsbeschlusses zur vertragsärztlichen Versorgung durch Krankenhäuser im Falle der Unterversorgung, § 116a Absatz 1 SGB V. Es fällt die Zweijahresperiodizität der Überprüfung der Ermächtigung weg, zukünftig erfolgt eine Überprüfung nach Bedarf durch den Zulassungsausschuss. Abnahme des jährlichen Erfüllungsaufwands. Wird ersatzweise angenommen, dass alle 4 Jahre Bedarf für eine Überprüfung entsteht, so halbiert sich der Erfüllungsaufwand in Analogie zur Wirtschaftsvorgabe um 1 750 Euro auf 1 750 Euro pro Jahr und Fall.

- 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.

- 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 sich auf Bagatellfallniveau bewegen. Es wird geschätzt, dass der laufende Aufwand pro Halbjahr jeweils einen Personenmonat, somit jeweils zwei Personenmonate pro Jahr für drei Beschäftigte beträgt (mit einem Personenmonat von 134 Stunden je Beschäftigtem; siehe Leitfaden zur Ermittlung und Darstellung des Erfüllungsaufwands, S. 51), insgesamt also 804 Stunden pro Jahr (gleich 2 x 3 x 134). Bewertet mit durchschnittlichen Lohnkosten für die Selbstverwaltung/Sozialversicherung in Höhe von 45,20 Euro pro Stunde beträgt der laufende Aufwand pro Jahr insgesamt geschätzt rund 36 400 Euro.

- Festlegung von Mindestvorhaltezahlen für die Krankenhausbehandlung, § 135f SGB V. Durch die Aufgaben in diesem Zusammenhang entsteht dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) 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 sich auf Bagatellfallniveau bewegen. Es wird geschätzt, dass der laufende Aufwand pro Halbjahr einen Personenmonat, somit zwei Personenmonate pro Jahr für drei Beschäftigte beträgt (mit einem Personenmonat von 134 Stunden je Beschäftigtem, insgesamt also 804 Stunden pro Jahr, gleich 2 x 3 x 134). Bewertet mit durchschnittlichen Lohnkosten für den Bund in Höhe von 42,20 Euro pro Stunde beträgt der laufende Aufwand pro Jahr insgesamt geschätzt rund 34 000 Euro.

- Bescheid und Mitteilung zur Vorhaltung der Leistungsgruppe zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung durch ein Krankenhaus seitens der zuständigen Landesbehörde, § 135f Absatz 4SGB V. Der laufende Aufwand dürfte vernachlässigbar 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 beziehungsweise den Wegfall von Kontrollen der Einhaltung der Mindestanforderungen. Es ist jedoch nicht absehbar, welche Mindestanforderungen oder Richtlinien nach § 136

Hybrid Health Systems

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 6 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 4 Satz 3 SGB V über Feststellung, dass ein Krankenhaus eine Nichterfüllung von Qualitätskriterien nicht oder nicht rechtzeitig mitgeteilt hat. 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 in Verbindung mit § 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 2):

- Zuweisung und Aufhebung von Leistungsgruppen per Bescheid durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde, § 6a Absatz 1 bis 5 KHG. Es entsteht sowohl geringfügiger einmaliger Erfüllungsaufwand bei der erstmaligen Zuweisung zu allen Krankenhäusern in Höhe von rund 121 000 Euro als auch geringfügiger jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 60 000 Euro.

- Stellungnahme durch den Medizinischen Dienst zur voraussichtlichen Dauer der Nichterfüllung der Qualitätskriterien bei einem Krankenhaus, § 6a Absatz 5 KHG. Wie häufig dieser Fall eintritt, kann derzeit nicht abgeschätzt werden. Unter Annahme, dass bis zu zehn Krankenhäuser pro Jahr betroffen sind, entsteht wahrscheinlich geringfügiger jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 23 000 Euro (der Medizinische Dienst ist der Verwaltungsebene Selbstverwaltung beziehungsweise Sozialversicherung zugeordnet).

Ressortabstimmung

- Jährliche Übermittlung von Daten durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), § 6a Absatz 6 KHG. Es entsteht geringfügiger jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 14 000 Euro.

- Unverzügliche 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 7 KHG. Es entsteht sowohl geringfügiger einmaliger Erfüllungsaufwand bei der erstmaligen Meldung zu allen Krankenhäusern in Höhe von rund 14 000 Euro sowie auch geringfügiger jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 7 000 Euro.

- Zuweisung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben an Krankenhäuser durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, § 6b Satz 1 KHG. Es entsteht geringfügiger einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 2 000 Euro.

- Vereinbarung zwischen Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Verband der Privaten Krankenversicherung und Deutscher Krankenhausgesellschaft, § 6b 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 beziehungsweise Sozialversicherung) in Höhe von rund 3 000 Euro.

- Jährliche Übermittlung der Zuweisung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben an das InEK durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde, § 6b Satz 7 KHG. Es entsteht geringfügiger Erfüllungsaufwand für die jährliche Datenübermittlung an das InEK in Höhe von rund 200 Euro.

- Bei entsprechender Entscheidung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde, 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, § 6c Absatz 1 KHG entsteht geringfügiger einmaliger und gegebenenfalls auch jährlicher Erfüllungsaufwand, der nicht genauer beziffert werden kann, da sich die Zahl der zukünftigen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen derzeit nicht abschätzen lässt.

- Unverzügliche 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), § 6c Absatz 2 KHG. Es entsteht geringfügiger einmaliger und ggf. auch jährlicher Erfüllungsaufwand, der nicht genauer beziffert werden kann, da sich die Zahl der zukünftigen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen derzeit nicht abschätzen lässt.

- Auswertung der Wirkung der Förderung nach § 14 KHG. Es entsteht geringfügiger jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von schätzungsweise rund 63 000 Euro, 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).

Regierungsentwurf

- 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 beziehungsweise Sozialversicherung) entsteht jährlich geringfügiger zusätzlicher Erfüllungsaufwand für die Vereinbarung in Höhe von rund 3 000 Euro.

- Stellungnahme von Spitzenverband Bund der Krankenkassen (Verwaltungsebene Selbstverwaltung beziehungsweise 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 in Höhe von rund 3 000 Euro.

- Vereinbarung zur Finanzierung, § 17b Absatz 5 KHG. Es entsteht geringfügiger einmaliger Erfüllungsaufwand beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen (Verwaltungsebene Selbstverwaltung beziehungsweise Sozialversicherung) in Höhe von rund 3 000 Euro.

- Konzept für Stichprobenprüfungen durch den Medizinischen Dienst Bund, § 17c Absatz 1a Satz 1 KHG. Es entsteht geringfügiger einmaliger Erfüllungsaufwand (Verwaltungsebene Selbstverwaltung beziehungsweise Sozialversicherung) in Höhe von rund 3 000 Euro.

- Vereinbarung von Stichprobenprüfungen, § 17c Absatz 1a Satz 2 KHG. Es entsteht geringfügiger einmaliger Erfüllungsaufwand beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen (Verwaltungsebene Selbstverwaltung beziehungsweise Sozialversicherung) in Höhe von rund 3 000 Euro.

- 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). Die jährliche Entlastung wird insgesamt auf rund 39 000 Euro geschätzt.

- 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

Regierungsentwurf

auszuwertenden Merkmale werden erweitert. Der zuständige Fachbereich im Statistischen Bundesamt geht von einem sehr geringen einmaligen Arbeitsaufwand von 3 bis 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 in Höhe von rund 4 000 Euro und jährlich geringfügiger Aufwand für die Anpassung in Höhe von rund 200 Euro.

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

- 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. Das InEK ist seitens des Statistischen Bundesamtes der Verwaltungsebene Bund zugeordnet. Eine Veröffentlichung verursacht einen jährlichen Erfüllungsaufwand von rund 500 Euro.

- Mitteilung des InEK über das Gesamtvorhaltebudget an das Krankenhaus, § 6b Absatz 1 KHEntgG. Die Erfüllung der Vorgabe ist innerhalb des bestehenden Aufgaben-Portfolios des Instituts angesiedelt. Es ist mit einem jährlichen Erfüllungsaufwand von rund 16 000 Euro zu rechnen.

- Verarbeitung der Daten und Evaluation durch das InEK, § 21 KHEntgG. Die Erfüllung der Vorgabe ist innerhalb des bestehenden Aufgaben-Portfolios des Instituts angesiedelt. Der jährliche Erfüllungsaufwand befindet sich im unteren Bagatellbereich und wird auf rund 7 000 Euro geschätzt.

- Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene zu Einzelheiten für die Verhandlungen zum Gesamtvolumen und für die krankenhausindividuelle Ermittlung der Tagesentgelte für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen, § 9 Absatz 1 Nummer 10 KHEntgG. Hierbei entsteht einmaliger und laufender Erfüllungsaufwand von jeweils rund 3 000 Euro 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 BPflV. Hierbei entsteht geringfügiger einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 3 000 Euro 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 ein durchschnittlicher jährlicher Erfüllungsaufwand von rund 3 000 Euro angenommen. Ein einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 3 000 Euro 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 beziehungsweise Selbstverwaltung zugeordnet. Die Schiedsstelle wird im Ausnahmefall tätig, so dass ein Erfüllungsaufwand von rund 29 000 Euro als einmalig angesetzt wird.

- Neuvereinbarung des Budgets bei Krankenhäusern und der Erlössumme bei Besonderen Einrichtungen für das Jahr 2025, § 11 Absatz 3 KHEntgG und § 11 Absatz 3 BPflV 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 von rund 3 000 Euro 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):

Die 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, fällt unter die Vorbereitung von Rechtsetzungsvorhaben, womit aus methodischer Sicht kein Erfüllungsaufwand verursacht wird.. Das gleiche gilt für 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**.

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 SGB V (neu)**. 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 SGB V (neu) 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 beziehungsweise 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 17.6.2022[2]). 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 beziehungsweise 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

[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.

Entwurf - Referentenentwurf

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. 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 2):

Die Laufzeit des Krankenhausstrukturfonds nach den §§ 12 und 12a KHG wird um ein Jahr bis Ende 2025 verlängert. Ab dem Jahr 2026 wird **nach § 12b KHG ein Transformationsfonds** mit einer Laufzeit von 10 Jahren errichtet. Die Vorschrift orientiert sich an den gesetzlichen Grundlagen des Krankenhausstrukturfonds. Zur Verwaltung des Transformationsfonds entsteht dem BAS im Jahr 2025 für konzeptionellen Vorarbeiten zur Umsetzung des Transformationsfonds, zur Konzeption und Programmierung eines Onlineportals für die Antragstellung und einer Fachanwendung.ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 500 000 Euro (VZÄ (2,0 hD, 3,0 gD und 1,0 mD)). Zur Konzeption eines Onlineportals und einer Fachanwendung entsteht dem BAS zusätzlich einmaliger Erfüllungsaufwand, u. a. für externe Dienstleistungen, in Höhe von rund 500 000 Euro. Die anfallenden Kosten werden aus den Mitteln des Transformationsfonds gedeckt.

Ab 2026 entsteht dem BAS jährlicher Erfüllungsaufwand für die Fallbearbeitung und den Betrieb des Online-Portals und der Fachanwendung in Höhe von insgesamt rund 1,4 Mio. Euro (16,5 VZÄ (4,5 hD, 10,0 gD und 2,0 mD)). Die Schätzung erfolgt auf Grundlage der Erfahrungen aus dem Verwaltungsaufwand zum Krankenhausstrukturfonds unter Berücksichtigung der zusätzlichen Vorgaben und Anpassungen zum Transformationsfonds. Da das Fördervolumen dem Zehnfachen des Förder-volumens des Krankenhausstrukturfonds entspricht, ist mit einem signifikant höheren Antragsvolumen und daraus resultierendem höheren Verwaltungsaufwand beim BAS auszugehen. Mit den Vorhaben gemäß § 12b Absatz 1 Nummer 1 und 2 KHG (neu) werden zwei Fördertatbestände geschaffen, die den neuen Entwicklungen und Vorgaben im Rahmen des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes Rechnung tragen und eine gezielte Förderung von Vorhaben zur Umsetzung der Ziele dieses Gesetzes ermöglichen sollen. Es werden insgesamt rund 4 000 Anträge in der Laufzeit von zehn Jahren angenommen.

Aufgrund der Verlängerung der Laufzeit des **Krankenhausstrukturfonds** um ein Jahr bis Ende 2025 ist von einem einmaligen Erfüllungsaufwand beim BAS in Höhe von 270 000 Euro auszugehen.

Dies zieht auch eine Änderung des Erfüllungsaufwands bei den Antragstellenden nach sich. Beim Antrag auf eine Förderung von Vorhaben aus dem Krankenhausstrukturfonds entstand bisher ein Erfüllungsaufwand in Höhe von insgesamt rund 41 000 Euro jährlich während der Laufzeit (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

Kabinettfassung

Absatz 2 KHG). Aufgrund der Verlängerung der Laufzeit des Krankenhausstrukturfonds entsteht im Jahr 2025 einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 41 000 Euro. Es wird davon ausgegangen, dass für den Antrag auf eine Förderung aus dem Transformationsfonds nach § 12b KHG ein ähnlicher Aufwand pro Fall entsteht (1 866 Minuten). Es werden insgesamt rund 4 000 Anträge in der Laufzeit von zehn Jahren angenommen, sodass für 400 Anträge jährlich ein Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 812 000 Euro zu erwarten ist.

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 Stichprobenprüfungen** 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 1 KHG festzulegen sind und auf dessen Basis der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft Stichprobenprüfungen zu vereinbaren haben.

Dem InEK entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von schätzungsweise insgesamt rund 0,5 MAK für die **Schaffung von neuen Regelungen zur Datenübermittlung und zu Verfahren (§ 6a Absatz 6 Satz 3 KHG und § 6b Satz 8 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) . 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 6 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 3):

Der Wegfall der Vereinbarungen zum Fixkostendegressionsabschlag bei der **Vorgabe auf der Verwaltungsebene Sozialversicherung beziehungsweise 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 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 krankenhausindividuellen Tagesentgelten finanziert werden sollen. Die Vorgabe auf der **Verwaltungsebene Sozialversicherung beziehungsweise 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 Bundeamtes 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 Tarifrefinanzierung 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

Entwurf

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 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 beziehungsweise 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.

Die Herausnahme strahlentherapeutischer Leistungen aus den allgemeinen Krankenhausleistungen ist für die Private Krankenversicherung voraussichtlich finanzneutral, da den mit der künftig ambulanten Leistungserbringung verbundenen Ausgaben Einsparungen für den Wegfall der stationären Leistungserbringung in mindestens selbiger Höhe gegenüberstehen.

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.

Heute Briefing

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, Steigerung der Effizienz in der Krankenhausversorgung sowie Entbürokratisierung) enthalten. Die Berichte zur Evaluation sollen dem BMG zum 31. Dezember 2028, zum 31. Dezember 2033 und zum 31. Dezember 2038 vorgelegt werden.

Die durch die Maßnahmen dieses Gesetzes hervorgerufenen Konzentrationswirkungen auf die Krankenhausstruktur können etwa anhand der Anzahl der Krankenhauszusammenschlüsse oder der abgeschlossenen Kooperationsvereinbarungen zwischen Krankenhausträgern ermittelt werden. Auch die Verteilung der Fallzahlen kann einen Aufschluss über die Konzentration von Krankenhausstrukturen geben.

Im Zusammenhang mit den Prüfungen der Einhaltung der Qualitätskriterien durch den Medizinischen Dienst kann insbesondere die Dauer, innerhalb derer die Prüfungen abgeschlossen werden, sowie die Anzahl der nach § 275a Absatz 2 Satz 5 SGB V vorgesehenen Korrekturverfahren untersucht werden. Die bezweckte Vereinheitlichung der Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 SGB V kann zum Beispiel anhand von Einschätzungen durch die Medizinischen Dienste festgestellt werden. Hierzu kann auch untersucht werden, ob das Verfahren und die Durchführungsbestimmungen für die einzelnen Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 SGB V hinsichtlich der konkreten Prüfabläufe, Kommunikationsformen und Prüffristen soweit möglich angeglichen wurden.

Für die Untersuchung der Auswirkungen des Gesetzes auf die Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten können Kriterien wie die Erreichbarkeit von Krankenhausleistungen – zum Beispiel eine mögliche Verlängerung von Transportwegen und damit einhergehende Verlegungsrisiken – in Betracht gezogen werden. Außerdem kann die Auswirkung der Maßnahmen dieses Gesetzes auf die Behandlungsqualität berücksichtigt werden, zum Beispiel durch eine Untersuchung von Komplikationsraten während und nach einer Behandlung und der Anzahl von Rehospitalisierungen.

Für die Evaluation der Veränderung der Personalstrukturen in den Krankenhäusern kann insbesondere die Verteilung der Ärzteschaft, auch unter Berücksichtigung der jeweiligen Facharztbezeichnung, untersucht werden. Es kann darüber hinaus die Entwicklung der für Leitungsaufgaben nach § 115g SGB V qualifizierten Pflegekräfte in den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen untersucht werden. Auch ein Vergleich der personellen

Hospitalisierung

Ausstattung im Verhältnis zu dem Leistungsumfang des jeweiligen Krankenhauses kann für die Evaluation der Veränderung der Personalstrukturen herangezogen werden.

Die Auswirkungen auf die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser können unter anderem durch Jahresabschlüsse der Krankenhäuser, die nach § 325 des Handelsgesetzbuchs (HGB) offengelegt werden, oder durch die Anzahl beantragter Insolvenzverfahren erfasst werden. Zur Evaluation der Auswirkungen des Gesetzes auf die Ausgaben der Krankenkassen kann zum Beispiel die Entwicklung der Beitragssätze herangezogen werden.

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).

Das InEK hat darüber hinaus zu analysieren, welche Auswirkungen die Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von onkochirurgischen Leistungen auf die Versorgung in den Jahren 2027 bis 2031 hat (§ 40 Absatz 3 KHG). Dazu hat es Empfehlungen zur Weiterentwicklung zu geben. Die Ergebnisse seiner Analyse hat das InEK bis zum 30. Juni 2032 zu veröffentlichen.

Darüber hinaus wird der durch die Förderung nach § 12b KHG bewirkte Strukturwandel untersucht. Hierzu gibt das Bundesamt für Soziale Sicherung nach § 14 KHG in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium der Finanzen eine begleitende Auswertung in Auftrag und legt ab dem 31. Dezember 2027 jährlich Zwischenberichte hierüber vor.

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 in Absatz 1 Satz 1 genannten Voraussetzungen nunmehr ebenso in einem anderen

Interne Briefings

Krankenhaus erbracht werden können, sofern es sich um eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung handelt. Der Anspruch ist zu den eingangs genannten Leistungen nachrangig. Die erforderliche Leistung eines Krankentransports 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 (§ 109)

Zu Buchstabe a

Mit der Änderung werden redaktionelle Korrekturen vorgenommen, die keine inhaltliche Änderung bewirken.

Zu Buchstabe b

Durch die Änderung wird die Regelung in § 109 Absatz 2 Satz 2 ergänzt. Danach entscheiden die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen bei der notwendigen Auswahl zwischen mehreren geeigneten Krankenhäusern, die sich um den Abschluss eines Versorgungsvertrags bewerben, nunmehr auch unter Berücksichtigung der in § 135e Absatz 4 Satz 2 genannten Auswahlkriterien. Hierbei handelt es sich um Qualitätskriterien, die in der Anlage 1 zu § 135e SGB V für bestimmte Leistungsgruppen geregelt werden und die die Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität übersteigen. Krankenhäuser, die die Auswahlkriterien erfüllen, werden dem Erfordernis einer qualitativ hochwertigen Krankenhausbehandlung in der Regel in besonderem Maß gerecht, sodass die Erfüllung der Auswahlkriterien bei der notwendigen Auswahl zwischen mehreren geeigneten Krankenhäusern nach Satz 2 zu berücksichtigen ist.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Nummer 2 in § 109 Absatz 3 Satz 1 wird neu gefasst, da die Regelungen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren in § 136c Absatz 1 und 2 aufgehoben werden. Die neue Nummer 2 normiert nunmehr einen neuen Ausschlussgrund, der dem Abschluss eines Versorgungsvertrags entgegensteht. Ein Versorgungsvertrag darf danach auch dann nicht abgeschlossen werden, wenn das Krankenhaus an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für bestimmte Leistungsgruppen nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt, wenn diese Leistungsgruppen in dem Versorgungsvertrag 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.

Table-Briefings

Zu Doppelbuchstabe bb

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 6 und 7 KHG geregelte Pflicht zur Meldung der zugewiesenen Leistungsgruppen an das InEK und an das IQTIG durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde.

Zu Buchstabe d

Durch diese Änderung wird in § 109 ein neuer Absatz 3a eingefügt. Dieser enthält Vorschriften zur Konkretisierung des in Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 geregelten Ausschlussgrundes. Nach Satz 1 ist die Erfüllung der für die zu vereinbarenden Leistungsgruppen maßgeblichen Qualitätskriterien durch das jeweilige Krankenhaus vor Abschluss des Versorgungsvertrags nachzuweisen. Dieser Nachweis wird nach Satz 2 durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 4 Satz 1 über die Prüfung der Erfüllung der für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien erbracht. Die Entscheidung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen über den Abschluss eines Versorgungsvertrags soll stets auf aktuellen Daten über die Erfüllung der Qualitätskriterien beruhen. Voraussetzung für den Nachweis ist daher nach Satz 2 zudem, dass die Übermittlung des Gutachtens des Medizinischen Dienstes an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu dem Zeitpunkt des Abschlusses des Versorgungsvertrags nicht länger als zwei Jahre zurückliegt.

Satz 3 regelt eine weitere Nachweismöglichkeit für die Krankenhäuser, für den Fall, dass das Ergebnis der Prüfung des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 4 Satz 1 zum Zeitpunkt des Abschlusses des Versorgungsvertrags noch nicht vorliegt. Danach kann die Erfüllung der Qualitätskriterien bis zur Übermittlung des Gutachtens des Medizinischen Dienstes durch eine begründete Selbsteinschätzung des Krankenhauses nachgewiesen werden, wenn der Medizinische Dienst bereits mit der Prüfung nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 beauftragt wurde. Gegenstand der Selbsteinschätzung sind die Leistungsgruppen, deren Prüfung die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen bereits beauftragt haben. In der Selbsteinschätzung sind die Leistungsgruppen zu bezeichnen, deren Qualitätskriterien nach Einschätzung des Krankenhauses erfüllt sind. Die Erfüllung der Qualitätskriterien ist im Rahmen der Selbsteinschätzung durch das Krankenhaus substantiiert zu begründen. Das Krankenhaus muss konkret darlegen, welche Qualitätskriterien es an dem jeweiligen Krankenhausstandort in welcher Weise erfüllt. So ist beispielsweise für den Nachweis über die Erfüllung fachärztlicher Vorgaben für die Personalausstattung unter anderem die Anzahl der an dem Krankenhausstandort beschäftigten Fachärztinnen und Fachärzte und deren Bezeichnung mitzuteilen, sowie die Angabe, für welche Leistungsgruppen die jeweiligen Fachärztinnen und Fachärzte angerechnet werden. Hierdurch soll gewährleistet werden, dass die Selbsteinschätzung des Krankenhauses für die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen nachvollziehbar ist und bei Bedarf gezielt nachgeprüft werden kann.

Satz 4 regelt, wann ein Versorgungsvertrag abgeschlossen werden darf, obwohl ein Krankenhaus die Qualitätskriterien an dem jeweiligen Krankenhausstandort nicht erfüllt. Abweichungen von den geltenden Qualitätskriterien sollen in eng begrenzten Ausnahmefällen nur

Referentenentwurf

dann möglich sein, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist und wenn dies nicht nach der Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 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 4 geregelten Ausnahme und damit eine insgesamt hohe Strukturqualität in der stationären Versorgung gewährleistet wird, bemisst sich die Erforderlichkeit für die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung nach einheitlich festgelegten Kriterien. Der Abschluss eines Versorgungsvertrags ist nach Satz 5 zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich, wenn ein anderes Krankenhaus, dem die jeweilige Leistungsgruppe nach § 6a Absatz 1 Satz 1 KHG zugewiesen ist oder das die jeweilige Leistungsgruppe in einem genehmigten Versorgungsvertrag vereinbart hat, für einen erheblichen Teil der Einwohner des jeweiligen Versorgungsgebiets nicht innerhalb der in § 6a Absatz 4 Satz 3 KHG genannten Fahrzeit mit einem Kraftfahrzeug erreichbar ist. Die danach maßgebliche Fahrzeit beträgt für die Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie 30 Minuten und für die übrigen Leistungsgruppen 40 Minuten. Die Festlegung des jeweils maßgeblichen Versorgungsgebiets ist den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen im Rahmen ihres Beurteilungsspielraums überlassen. Auch hinsichtlich der Beurteilung, ob im Einzelfall ein erheblicher Teil der Einwohner von längeren Fahrzeiten betroffen wäre, verfügen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen über einen eigenen Spielraum. Zur Ermittlung des Bevölkerungsbezugs können sie sich 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. Bei der Entscheidung über die Erforderlichkeit eines Abschlusses eines Versorgungsvertrags trotz unzureichender Strukturqualität sollen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen nach Möglichkeit auch verfügbare ambulante Versorgungsangebote berücksichtigen.

Nach Satz 6 ist der Versorgungsvertrag im Fall des Satzes 4 auf höchstens drei Jahre zu befristen und mit der Bedingung abzuschließen, dass das jeweilige Krankenhaus die für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien innerhalb einer Frist, die höchstens drei Jahre betragen darf, zu erfüllen hat. Hierdurch soll dem Krankenhaus ermöglicht werden, die erforderliche Strukturqualität durch schrittweise Maßnahmen der Qualitätssteigerung zu erreichen.

Satz 7 sieht die Möglichkeit vor, einen Versorgungsvertrag ausnahmsweise abweichend von Satz 6 unbefristet abzuschließen, 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 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 Fahrzeitminuten 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 des Abschlusses eines unbefristeten Versorgungsvertrags für die genannten Krankenhäuser soll Versorgungslücken insbesondere in dünn besiedelten Regionen entgegengewirkt werden. Bei der Entscheidung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen sind das Interesse an der Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung

und das Interesse an einer Mindeststrukturqualität 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.

Zu Buchstabe e

Die Geltungsdauer der von den Krankenkassen einzuhaltenden Zahlungsfrist von fünf Tagen für Rechnungen der Krankenhäuser über erbrachte Krankenhausleistungen wird dauerhaft eingeführt. Um die Funktionsfähigkeit von Krankenhäusern aufrechtzuerhalten und eine Liquiditätslücke zu vermeiden, hat die Bundesregierung erstmalig mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 580) die Zahlungsfrist für in Rechnung gestellte Krankenhausleistungen verkürzt. Aufgrund der massiven auch wirtschaftlichen Belastungen der Krankenhäuser in der Coronavirus-Pandemie wurde eine Übergangsregelung zur Zahlungsfrist von Krankenhausrechnungen geregelt. Zur Verbesserung der Liquidität der Krankenhäuser wurde die grundsätzlich 30 tägige Zahlungsfrist für Krankenhausrechnungen auf fünf Tage verkürzt. Diese zunächst bis 30. Juni 2021 geltende Regelung wurde seither mehrfach in der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser, die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 8. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 356) geändert worden ist, verlängert. Die Übergangsregelung endet derzeit mit Ablauf des 31. Dezember 2024.

Die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser ist nach wie vor angespannt. Dies beruht auf verschiedenen Faktoren, unter anderem auf einer zu niedrigen Investitionsförderung durch die Länder sowie auf inflationsbedingt stark gestiegenen Kosten für Energie, Lebensmittel und Medizinprodukte in den Krankenhäusern. Die Bundesregierung konnte zwar durch zahlreiche begleitende Maßnahmen wie der Preisbremse für leitungsgebundenes Erdgas und Wärme, den krankenhausindividuellen Ausgleichszahlungen und Erstattungsbeträgen zum Ausgleich der Steigerung von Energiekosten und zum pauschalen Ausgleich von mittelbar durch den Anstieg der Energiepreise verursachten Kostensteigerungen die Situation für die Krankenhäuser stabilisieren. Dennoch sind die Krankenhäuser auch weiterhin auf eine schnelle Refinanzierung durch die Kostenträger angewiesen.

Die verkürzte Zahlungsfrist hat sich in den letzten Jahren bewährt. Mit der Verstetigung dieser Regelung ist keine Veränderung der Kostensituation der Krankenkassen verbunden.

Zu Nummer 3 (§ 110)

Zu Buchstabe a

Durch die Änderung wird § 110 Absatz 1 Satz 1 neu gefasst. In Nummer 2 wird ein neuer Kündigungsgrund für den Versorgungsvertrag geregelt. Danach kann der Versorgungsvertrag auch gekündigt werden, wenn die Übermittlung des jeweils letzten Gutachtens des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 4 Satz 1 über die Prüfung der Erfüllung der für die vereinbarten Leistungsgruppen maßgeblichen Qualitätskriterien an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen länger als zwei Jahre zurückliegt. Das bedeutet, dass der Medizinische Dienst die Qualitätskriterien alle zwei Jahre zu prüfen hat und die Landesverbände der Krankenassen und die Ersatzkassen den Medizinischen Dienst in diesem Prüfturnus zu beauftragen haben. Hat der Medizinischen Dienst jedoch das entsprechend beauftragte Gutachten noch nicht übermittelt, kann das Krankenhaus den Nachweis über die Erfüllung der Qualitätskriterien durch eine begründete Selbsteinschätzung erbringen, wenn der Medizinische Dienst bereits mit der Prüfung nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V beauftragt wurde. Für die Begründung der Selbsteinschätzung gelten dieselben Maßstäbe wie für die Begründung der in § 109 Absatz 3a Satz 3 geregelten Selbsteinschätzung anlässlich des Abschlusses des Versorgungsvertrags. Das Krankenhaus muss also konkret darlegen, welche Qualitätskriterien es an dem jeweiligen Krankenhausstandort in welcher Weise erfüllt.

Referentenentwurf

Zu Buchstabe b

Die Kündigung des Versorgungsvertrags hat infolge der Änderung in § 109 Absatz 1 Satz 2 auch dann zu erfolgen, wenn der in Satz 1 Nummer 2 genannte Kündigungsgrund vorliegt. Liegt die Übermittlung des letzten Gutachtens des Medizinischen Dienstes länger als zwei Jahre zurück und kann die Erfüllung der Qualitätskriterien auch nicht durch eine Selbsteinschätzung des Krankenhauses nachgewiesen werden, ist der Versorgungsvertrag im Interesse der Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen Versorgung ohne Ermessensspielraum für die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen zu kündigen.

Zu Buchstabe c

Durch die Änderung wird in § 110 Absatz 1 Satz 4 eine Ausnahme von der in Satz 2 vorgesehenen verpflichtenden Kündigung des Versorgungsvertrags geregelt.

Nach Satz 4 Nummer 1 gilt Satz 2 nicht, solange ein Versorgungsvertrag nach § 109 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 3a Satz 6 oder 7 vereinbart ist. Wurde ein Versorgungsvertrag nach Maßgabe des § 109 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 3a Satz 4 zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung vereinbart, obwohl das jeweilige Krankenhaus die Qualitätskriterien nicht erfüllt, gilt die Pflicht zur Kündigung des Versorgungsvertrags nicht, solange die in § 109 Absatz 3a Satz 6 geregelte Frist noch nicht abgelaufen ist oder solange das Krankenhaus in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG aufgenommen ist und der Versorgungsvertrag unbefristet abgeschlossen wurde.

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können zudem im Fall einer nur kurzfristigen Nichterfüllung der Qualitätskriterien von der Kündigung des Versorgungsvertrags unter den in Satz 4 Nummer 2 genannten Voraussetzungen vorübergehend absehen. Danach gilt die Pflicht zur Kündigung des Versorgungsvertrags nicht für drei Monate ab Mitteilung des Krankenhauses über die Nichterfüllung der Qualitätskriterien nach § 275a Absatz 4 Satz 2, wenn die Landesverbände der Krankenkassen oder die Ersatzkassen Anhaltspunkte dafür haben, dass die Dauer der Nichterfüllung drei Monate nicht überschreitet. Hat ein Krankenhaus eine Nichterfüllung der Qualitätskriterien nicht oder nicht rechtzeitig nach § 275a Absatz 4 Satz 2 SGB V gemeldet, gilt Satz 4 Nummer 2 hingegen nicht, sodass der Versorgungsvertrag zu kündigen ist.

Werden die Qualitätskriterien nach Ablauf der dreimonatigen Frist weiterhin nicht erfüllt, ist der Versorgungsvertrag nach Satz 2 zu kündigen.

Zu Nummer 4 (§ 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

Referentenentwurf

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, zum Beispiel 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 § 6c 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 aufgeführten Leistungen erbringen.

Die Aufzählung in Satz 1, mit der bestimmt wird, welche Leistungen durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen erbracht werden können, ist nicht abschließend, so dass perspektivisch auch die Erbringung weiterer 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 (zum Beispiel Nummern 2, 3 und 4).

Dies gilt auch für die in Nummer 1 genannten ambulanten Leistungen aufgrund einer Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung. Für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen wird die Möglichkeit zur Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung sowie zur Ermächtigung bei drohender Unterversorgung 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 Vergütung der meisten genannten Leistungen erfolgt nach den schon bisher geltenden Regelungen. Die Vergütung der der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung vom Land zugewiesenen voll- und teilstationären Leistungen erfolgt gemäß § 6c KHEntgG durch krankenhausindividuelle Tagesentgelte. Vor dem Hintergrund, dass keine unterjährige Umstellung des Vergütungssystems auf Tagesentgelte nach § 6c Absatz 1 KHEntgG erfolgt,

Public Briefing

wird der Status als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung oftmals erst später, nämlich bei Jahreswechsel, finanzwirksam.

Satz 3 bestimmt, dass sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen stationäre Leistungen erbringen, soweit sie von der Vereinbarung nach Absatz 3 Nummer 1 umfasst und die Anforderungen nach Absatz 3 Nummer 4 erfüllt sind, einschließlich belegärztlicher Leistungen, in dem durch den Versorgungsauftrag des Landes bestimmten Umfang.

Satz 4 ermöglicht die Erbringung von pflegerischen Leistungen nach den §§ 39c, 39e 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 5 ergibt sich, dass die bereits bestehende Möglichkeit für Krankenhäuser, die nicht als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt sind, stationäre Leistungen nach Absatz 3 Nummer 1 bis 3 und Leistungen nach Satz 1 Nummer 1, 2 und 4 zu erbringen, von den Bestimmungen unberührt bleibt.

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

Zu Absatz 2

Aus Absatz 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.

Hinsichtlich der Erbringung von Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI und von Tages- und Nachtpflege nach § 41 SGB XI in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen gibt Absatz 2 zudem 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 (beziehungsweise 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.

Heft-Print

Die Vorgabe des Absatzes 2 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.

Zu Absatz 3

Absatz 3 verpflichtet die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und den GKV-Spitzenverband im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband), 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 Inneren Medizin und der Geriatrie. Die Leistungen sollen den Leistungen der jeweiligen Leistungsgruppen „Allgemeine Innere Medizin“ und „Geriatrie“ nach § 135e Absatz 2 Satz 2 entsprechen.. Diese Leistungsgruppen umfassen die wesentlichen Leistungen der Allgemeinmedizin. Den Vertragspartnern wird aufgrund ihres fachlichen Sachverstandes aufgegeben zu vereinbaren, welche stationären Leistungen der Inneren Medizin und der 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 weitere Leistungen weiterer Leistungsgruppen zu bestimmen, die durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen erbracht werden können. Dabei haben DKG und GKV-Spitzenverband im Benehmen mit dem PKVVerband 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 und Geriatrie nach § 135e Absatz 2 Satz 2 weitestgehend oder vollständig entsprechen, grundsätzlich die Qualitätskriterien nach § 135e Absatz 2 Satz 2 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 Absatz 2 Satz 2 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. Soweit inhaltlich berührt, sind auch weitere Versorgungsbereiche, im Rahmen der Evaluation zu berücksichtigen.

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 Nummer 5 (§ 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

Right-Briefing

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 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 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

Referentenentwurf

Prozent oder mehr vorliegt (§ 24 der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, BAnz AT 31.12.2012 B7, zuletzt geändert am 16. März 2023, BAnz AT 02.06.2023 B2). 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). 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.

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 6 (§ 121)

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Aufhebung der Regelungen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren in § 136c Absatz 1 und 2 (siehe auch die Begründung zur Aufhebung von § 136c Absatz 1 und 2). § 5 Absatz 3a KHEntgG ist zudem weggefallen.

Zu Nummer 7 (§ 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

Zu Doppelbuchstabe aa

Es wird klargestellt, dass bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 1 die Leistungsgruppen nach Anlage 1 gelten. Ab Inkrafttreten der Rechtsverordnung sind die darin normierten Leistungsgruppen maßgeblich.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es erfolgt eine redaktionelle Folgeänderung durch Anfügung der Nummern 8 und 9.

Zu Doppelbuchstabe cc

Zu Nummer 8

Um Patientinnen und Patienten angemessen über die Qualität der Leistungserbringung in Krankenhäusern zu informieren und ihnen eine selbstbestimmte Entscheidung für das aus ihrer Sicht bestgeeignete Krankenhaus zu ermöglichen, sollen die standortbezogenen

Tabu.Briefings

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, dass im Transparenzverzeichnis mit Einfügung der Nummer 8 zukünftig für jede Leistungsgruppe eines Krankenhausstandortes in geeigneter Form darzustellen ist, ob ein oder mehrere Qualitätskriterien eingehalten oder nicht eingehalten wird oder werden. Dies umfasst auch die als zugewiesen geltenden Leistungsgruppen nach § 109 Absatz 3 Satz 3, also Leistungsgruppen, die in einem Versorgungsvertrag nach § 109 vereinbart wurden. Eine Veröffentlichung der Nichteinhaltung hat auch zu erfolgen, wenn einem Krankenhaus im Rahmen einer Ausnahmeregelung nach § 6a Absatz 4 KHG oder § 109 Absatz 3a Satz 4 eine Leistungsgruppe zugewiesen wurde, deren Qualitätskriterien nach § 135e nicht erfüllt sind. Die transparente Darlegung von zugewiesenen Leistungsgruppen im Rahmen einer Ausnahmeregelung 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 Buchstabe c

Mit der Änderung wird ermöglicht, dass das IQTIG direkt vom G-BA Informationen über die Einhaltung bzw. Nichteinhaltung der vom G-BA festgelegten Mindestmengen einschließlich der Informationen von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen über eine Leistungsberechtigung aufgrund einer Ausnahmegenehmigung nach § 136b Absatz 5a erhält. Die konkreten für die Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis erforderlichen Informationen sind mit dem IQTIG abzusprechen.

Zu Nummer 8 (§§ 135e, 135f neu)

Zu § 135e

Zu Absatz 1

In Absatz 1 Satz 1 wird die Ermächtigungsgrundlage für den Erlass einer Rechtsverordnung durch das BMG geschaffen. Damit wird das BMG berechtigt und verpflichtet, bundeseinheitlich Leistungsgruppen sowie Qualitätskriterien zu den Leistungsgruppen festzulegen. Durch die Verpflichtung zur Festlegung und damit auch zur Weiterentwicklung wird deutlich, dass es sich bei den Vorgaben der Rechtsverordnung um Inhalte eines sogenannten

Tagesspiegel Background

lernenden Systems handelt, das ermöglicht, flexibel auf Veränderungen von Versorgungsstandards zu reagieren. Zweck der Rechtsverordnung ist eine eindeutige, bundeseinheitliche Einteilung 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

Nach Nummer 1 sind in der Rechtsverordnung Leistungsgruppen festzulegen. Hierfür werden die von der Krankenhausbehandlung umfassten Leistungen (§ 39) in Leistungsgruppen eingeteilt. Bereits mit dem Krankenhaustransparenzgesetz vom 22. März 2024 sind in Anlage 1 zu § 135d die Leistungsgruppen der Krankenhausbehandlung benannt worden. Diese 65 Leistungsgruppen waren im Eckpunktepapier zur Krankenhausreform vom 10. Juli 2023 vereinbart worden. 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 erfolgte auf der Grundlage der in Nordrhein-Westfalen mit dem Krankenhausplan 2022 am 27. April 2022 eingeführten Leistungsgruppen. Ergänzt wurden diese 60 somatischen Leistungsgruppen um fünf ergänzende, fachlich gebotene Leistungsgruppen: Infektiologie, Notfallmedizin, Spezielle Traumatologie, Spezielle Kinder- und Jugendmedizin und Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie.

Die Gliederung des gesamten stationären Behandlungsspektrums in Leistungsgruppen dient einer sachgerechten, bundeseinheitlichen und transparenten Strukturierung der Versorgung. Über die Festlegung von Qualitätskriterien für 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 in eine gemeinsame Leistungsgruppe eingeteilt, die ähnliche Kompetenzen, Erfahrungen, personelle Qualifikationen und technische Ausstattungen benötigen. Weiterhin dienen die Leistungsgruppen als Grundlage für die Vorhaltefinanzierung.

Zu Nummer 2

Daneben soll die Rechtsverordnung gemäß Nummer 2 auch die für die jeweilige Leistungsgruppe geltenden Qualitätskriterien festlegen. Die Qualitätskriterien sollen Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität der in die Leistungsgruppe eingeteilten Leistungen beinhalten. Damit wird sichergestellt, dass Leistungen künftig nur noch dort erbracht werden, wo geeignete Struktur- und Prozessqualitätsmerkmale erfüllt werden. Bei der Normierung der Qualitätskriterien sollen die Festlegungen, wie im Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022, in verschiedenen Anwendungsbereichen festgelegt und weiterentwickelt werden. 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.

Zu Buchstabe a

Um die erforderliche Fachexpertise für einen Eingriff sicherzustellen, ist gemäß Buchstabe a Voraussetzung für die Erfüllung der Qualitätskriterien einer Leistungsgruppenzuordnung die Erbringung von Leistungen aus verwandten beziehungsweise sich ergänzenden Leistungsgruppen. Dafür sind die Kapazitäten zur Erbringung dieser Leistungen vorzuhalten, die für eine hohe Behandlungsqualität bei der Behandlung der Patientin oder des Patienten erforderlich beziehungsweise wahrscheinlich erforderlich sind, samt Einhaltung der für die entsprechenden Leistungsgruppen jeweils festgelegten Qualitätskriterien. So soll ein Krankenhaus zum Beispiel eine einfache Operation nur erbringen dürfen, wenn es neben einer

Referentenentwurf

Zuweisung der Leistungsgruppe Allgemeine Chirurgie auch über eine Diagnostik (Leistungsgruppe Allgemeine Innere Medizin) sowie eine Intensivbehandlung (Leistungsgruppe Intensivmedizin) am Standort verfügt.

Zu Buchstabe b

Vorzusehen sind nach Buchstabe b Kriterien zur Vorhaltung erforderlicher Geräte (auch hinsichtlich des zeitlichen Umfangs) einschließlich gegebenenfalls 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 Buchstabe c

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

Zu Buchstabe d

Daneben sind nach Buchstabe d sonstige erforderliche Struktur- und Prozesskriterien vorzusehen. Hier sollen insbesondere verbindliche Vorgaben des G-BA gemäß den §§ 135a ff. berücksichtigt werden.

Zu Nummer 3

Nach Nummer 3 soll die Rechtsverordnung auch Regelungen dazu enthalten, in welchen Fällen Qualitätskriterien nicht zwingend am Standort vorzuhalten sind, sondern auch mittels Kooperation mit einem anderen Krankenhaus oder im Krankenhausverbund sowie mit Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung erfüllt werden können.

Zu Nummer 4

Weiterhin ist nach Nummer 4 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 auszugestalten sind. Daneben sind in § 6a KHG weitere Regelungen zu Ausnahmen normiert. Die nach Satz 1 Nummer 2 festzulegenden Qualitätskriterien sollen gemäß Satz 2 den aktuellen Stand der medizinisch wissenschaftlichen Erkenntnisse berücksichtigen und eine leitliniengerechte Behandlung durch ärztliches Personal sowie durch Angehörige anderer Gesundheitsberufe unterstützen. Die Qualitätskriterien 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. Dabei soll 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

Hier Briefing

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.

Nach Satz 3 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 2

Satz 1 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. 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.

Satz 2 gibt vor, dass sich die maßgeblichen Leistungsgruppen und Qualitätskriterien nach der Rechtsverordnung gemäß Absatz 1 bestimmen. Für den Übergangszeitraum bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung ist Absatz 4 maßgeblich.

Zu Absatz 3

Absatz 3 enthält Vorgaben für die Einrichtung eines Ausschusses beim BMG, der in einem mehrstufigen Verfahren Empfehlungen für die Ausdifferenzierung und Weiterentwicklung der Leistungsgruppen und Qualitätskriterien vorlegt. Die inhaltliche Ausgestaltung der jeweiligen Verfahrensstufen erfolgt in der Rechtsverordnung.

Satz 1 ordnet 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. Der einzurichtende Ausschuss soll sich nach Beginn seiner Arbeiten auch mit der angemessenen Berücksichtigung von chemischen, biologischen, radiologischen und nuklearen (CBRN) Lagen im Rahmen der Weiterentwicklung der Leistungsgruppen auseinandersetzen. 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. Der Ausschuss kann einen Vorschlag der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften einholen. Satz 4 regelt, dass der Ausschuss bei der Weiterentwicklung der Inhalte der Rechtsverordnung auch vom InEK und vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) unterstützt werden kann. Die Inhalte der Unterstützungsleistung werden bei entsprechendem Beschluss des Ausschusses vom BMG gegenüber InEK und BfArM in einem Auftrag konkretisiert. Einen Auftrag an das BfArM kann das BMG im Rahmen seiner Fachaufsicht erteilen. Für die Finanzierung der Unterstützungsleistungen des InEK ist § 36 Satz 3 KHG einschlägig. Die Leistungen, die zur Unterstützung des Ausschusses beauftragt werden können, umfassen keine Änderungen der Klassifikationen (OPS/ ICD).

Nach Satz 5 ist der Ausschuss paritätisch im Hinblick auf Kostenträger einerseits und Leistungserbringer sowie Berufsorganisationen andererseits 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

Hasle Briefing

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 sollen hierzu sachkundige Personen benennen. 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. Die Geschäftsstelle nach Satz 11 soll darauf hinwirken, dass die angemessene Beteiligung nach Satz 7 sichergestellt wird. Die Empfehlungen des Ausschusses sollen veröffentlicht werden.

Das Nähere zur Arbeitsweise, Besetzung und Beschlussfassung des Ausschusses, insbesondere zur angemessenen Beteiligung der Länder sowie dem Umgang mit abweichenden Positionen ist in einer Geschäftsordnung festzulegen (Satz 8). Die Geschäftsordnung sowie ihre Änderung bedürfen der Genehmigung durch das BMG. Damit stellt Satz 9 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 festgelegt. Das Recht des BMG nach 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 für die Arbeitsfähigkeit des Ausschusses zwingend erforderlich.

Nach Satz 11 wird beim BMG eine Geschäftsstelle eingerichtet, die 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 Satz 1 die Leistungsgruppen und Qualitätskriterien der Anlage 1. Umfasst sind die 60 somatischen Leistungsgruppen, die auch der Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022 enthält. Hinzu kommen die Leistungsgruppen Infektiologie, Notfallmedizin, Spezielle Traumatologie, Spezielle Kinder- und Jugendmedizin und Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie. Die Zuordnung von Behandlungsfällen zu Leistungsgruppen richtet sich auch in der Übergangszeit nach § 21 Absatz 2 Buchstabe i) in Verbindung mit Absatz 3c KHEntgG. Die Qualitätskriterien für die 60 erstgenannten Leistungsgruppen orientieren sich dabei am Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022. Die Qualitätskriterien für die Leistungsgruppen sind in der Anlage 1 festgelegt.

Satz 2 regelt die Berücksichtigung der in der Tabelle in Anlage 1 als Auswahlkriterien enthaltenen Qualitätskriterien. Sofern mehrere Krankenhausstandorte die Mindestvoraussetzungen für eine Leistungsgruppe erfüllen, entscheidet die zuständige Planungsbehörde des Landes nach pflichtgemäßem Ermessen, welchem Krankenhaus die Leistungsgruppe zugewiesen wird. Bei dieser Entscheidung wird berücksichtigt, ob ein Krankenhausstandort auch die Auswahlkriterien erfüllt. Die genannten Auswahlkriterien sind allerdings nicht als abschließende Aufzählung zu verstehen.

Satz 3 normiert einzelne Vorgaben, die für die Erfüllung der Qualitätskriterien in der Anlage 1 gelten.

Zu Nummer 1

Nummer 1 gibt für die Erfüllung der Qualitätskriterien im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ vor, dass diese vom Krankenhaus, das eine Leistung in der

Referentenentwurf

Leistungsgruppe erbringt, ebenfalls zu erfüllen sind. Wenn die verwandten Leistungsgruppen in der Tabellenspalte „Standort“ aufgeführt sind, müssen die Qualitätskriterien am Standort erfüllt werden. Werden die verwandten Leistungsgruppen in der Tabellenspalte „Kooperation“ aufgeführt, gilt Nummer 8.

Zu Nummer 2

Enthalten die Anforderungsbereiche Mindestanforderungen für die Behandlung Erwachsener oder die Behandlung von Kindern und Jugendlichen, sind die für die jeweilige Behandlung geltenden Kriterien zu erfüllen (Nummer 2).

Zu Nummer 3

In einigen Leistungsgruppen sind auch besondere medizinische Angebote vorgesehen, die für die Erbringung von Leistungen der jeweiligen Leistungsgruppen relevant sind (Nummer 3). Die Angebote (beispielsweise Strahlentherapie) stellen entweder Auswahlkriterien dar und sind damit bei der Entscheidung der zuständigen Planungsbehörde eines Landes über die Zuweisung einer Leistungsgruppe zu berücksichtigen (siehe Satz 2) oder sie sind in Kooperation zu erbringen (siehe dazu Nummer 8).

Zu Nummer 4

Die Leistungsgruppe Nummer 64 Intensivmedizin enthält auch Qualitätsanforderungen für die komplexe oder hochkomplexe intensivmedizinische Versorgung. Sofern im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ bei der Leistungsgruppe Intensivmedizin auf Qualitätsanforderung komplex oder hochkomplex verwiesen wird, sind die entsprechenden Mindestvoraussetzungen der Leistungsgruppe Intensivmedizin einzuhalten.

Zu Nummer 5

Mit Nummer 5 wird klargestellt, dass die vorzuhaltende sachliche Ausstattung auch das für die Anwendung oder Bedienung erforderliche Personal in dem jeweils geforderten zeitlichen Umfang (beispielsweise täglich zehn Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 20 Uhr) umfasst.

Zu Nummer 6

Nummer 6 gibt vor, dass sich die Qualifikation der im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ zu beschäftigenden Fachärzte nach der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer richtet, die von einzelnen Ärztekammern angepasst wurden. Qualifikationen auf der Grundlage früherer Musterweiterbildungsordnungen werden anerkannt.

Zu Nummer 7

Nummer 7 enthält Vorgaben für die Verfügbarkeit hinsichtlich der personellen Ausstattung.

Zu Buchstabe a

Sofern die Tabelle Fachärzte benennt, sind damit am Standort beschäftigte Fachärzte gemeint, wobei ihr Vollzeitäquivalent einer Wochenarbeitszeit von 40 Stunden entspricht. Ziel dieser Qualitätsvorgaben ist es, eine 24-Stunden-Verfügbarkeit von Fachärztinnen und Fachärzten sicherzustellen. Die arbeitszeitlichen Vorgaben können in den Ländern je nach Arbeitgeber/Verband/Träger im Hinblick auf den zeitlichen Umfang der Wochenarbeitszeit variieren. Maßgeblich für die Prüfung, 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.

Table Briefings

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 den jeweiligen Leistungsgruppen zuzuordnenden Fallzahlen, aber auch die Qualifikation und Leistungsfähigkeit der tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie des pflegerischen und weiteren nichtärztlichen Personals zu berücksichtigen.

Zu Buchstabe b

Fachärztinnen und Fachärzte können mit ihrer Qualifikation auf die fachärztlichen Vorgaben in bis zu drei verschiedenen Leistungsgruppen voll angerechnet werden, 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 beziehungsweise 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 beziehungsweise 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 beziehungsweise 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 berücksichtigt werden. Dabei kann eine Person mit verschiedenen Facharztbezeichnungen nicht mehrfach in derselben Leistungsgruppe berücksichtigt werden.

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

Klarstellend wird darauf hingewiesen, dass die Nichtanrechnung bzw. Nichtberücksichtigung einer Fachärztin oder eines Facharztes in einer Leistungsgruppe nicht zu einem Behandlungsverbot der Fachärztin oder des Facharztes in dieser oder einer anderen Leistungsgruppe führt.

Zu Buchstabe c

Sofern in der Tabelle bei der personellen Ausstattung auch Belegärzte vorgesehen sind, können die Leistungen der Leistungsgruppe auch durch Belegärzte erbracht werden. Die Erfüllung der fachärztlichen Mindestvoraussetzungen ist anhand der Vereinbarungen im jeweiligen Belegarztvertrag des Facharztes mit dem Krankenhausträger nachzuweisen.

Zu Nummer 8

Referentenentwurf

Krankenhäuser können ihre Verpflichtung zur Erfüllung von Qualitätskriterien unter bestimmten Voraussetzungen auch in Kooperationen und Verbünden insbesondere mit anderen Krankenhäusern oder Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung erbringen. Hierfür 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 Kooperationsdauer).

Zu Buchstabe a

Kooperationen sind im Übergangszeitraum bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach Absatz 1, die auch Regelungen zur Zulässigkeit der Einhaltung von Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden enthalten wird, auch zulässig, wenn in der Tabelle in Anlage 1 Kooperationen ausdrücklich vorgesehen sind. Dabei sind Lösungen im unmittelbaren regionalen Umfeld im Vergleich zu Kooperationen über weite Distanzen grundsätzlich zu bevorzugen.

Zu Buchstabe b

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

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 Verbünden 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.

Zu § 135f

Zu Absatz 1

Um eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Leistungserbringung in Krankenhäusern sicherzustellen, werden für die jeweiligen nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Leistungsgruppen Mindestvorhaltezahlen (MVHZ) festgelegt (Satz 1).

Nur, wenn ein Krankenhaus für einen Krankenhausstandort die jeweils geltende MVHZ für eine Leistungsgruppe erfüllt, die ihm von der zuständigen Landesbehörde zugewiesen worden ist, besteht der vergütungsrechtliche Anspruch auf ein Vorhaltebudget (Satz 2). Maßgeblich für die Erfüllung oder Nichterfüllung der jeweils geltenden MVHZ sind die Fallzahlen des jeweils vorangegangenen Jahres für das nächste Kalenderjahr.(Satz 1). 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 MVHZ erforderlichen Fallzahlen erreicht hat.

Table Briefing

Eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte flächendeckende stationäre Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern wird auf Dauer nur gelingen, wenn das vorhandene ärztliche und pflegerische Personal sowie die zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel effektiver als bisher eingesetzt werden. Der Verwirklichung dieser Gemeinwohlbelange kommt gerade wegen der knappen Ressourcen außerordentlich hohe Bedeutung zu. Die Festlegung von MVHZ dient einerseits der Leistungsfähigkeit und angemessenen Kostenbelastung im Gesundheitswesen, da Mittel der solidarisch finanzierten gesetzlichen Krankenversicherung sinnvoll eingesetzt werden müssen und dies in besonderem Maße bei der Vergütung der Vorhaltung möglicher Leistungserbringung gilt, anstatt der Vergütung von erbrachten Leistungen. MVHZ bezwecken andererseits - neben einem ressourcenschonenden Einsatz knapper personeller sowie finanzieller Mittel - eine Steigerung der Qualität der Versorgung. Sie fördern eine sachgerechte Konzentration von Versorgungsstrukturen und verhindern dadurch patientengefährdende Gelegenheitsversorgung. Dabei geht es nicht darum, größeren Krankenhäusern zwingend eine höhere Qualität der Leistungserbringung zu unterstellen; sofern eine nach wissenschaftlichen Maßstäben belegte Wahrscheinlichkeit für einen Zusammenhang zwischen der erfahrungssteigernden Menge an erbrachten Behandlungsfällen und ihrer Qualität besteht, sind Mindestvorhaltezahlen ein geeignetes Instrument um eine qualitativ hochwertige Versorgung zu erzielen. Aus diesem Grund wird das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in das Verfahren einbezogen und in Absatz 2 mit der Vorlage von Empfehlungen für die Festlegung und Weiterentwicklung der MVHZ betraut. Die wissenschaftlichen Empfehlungen des IQWiG werden durch Auswirkungsauswertungen des InEK ergänzt, Absatz 3. Es ist geboten, kontinuierlich den wissenschaftlichen Erkenntnisstand im Hinblick auf das Verfahren der Ermittlung von MVHZ zu bestimmen und zu überprüfen. Durch die Einbeziehung der wissenschaftlichen Expertise wird die jeweilige MVHZ begründbar und damit sichergestellt, dass die Patienten- und Leistungserbringerinteressen nicht unverhältnismäßig beeinträchtigt werden. Auf dieser wissenschaftlich gesicherten Basis erfolgt die normative Festsetzung der Mindestvorhaltezahlen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates, Absatz 4

Satz 3 fördert die Konzentration des stationären Leistungsgeschehens, indem er regelt, dass die zuständige Landesplanungsbehörde sogenannte Leistungsverlagerungen festlegen kann. Sofern die Landesplanungsbehörde für mindestens zwei Krankenhausstandorte eine Leistungsverlagerung festlegt, werden die Fallzahlen des vorangegangenen Jahres in der betreffenden Leistungsgruppe aller von der Leistungsverlagerung erfassten Krankenhausstandorte summiert und zugunsten desjenigen Krankenhausstandorts berücksichtigt, der die Leistungsgruppe im Folgejahr noch erbringt. Die erbrachten Fallzahlen der weiteren Krankenhausstandorte werden also dem Krankenhausstandort, der weiterhin die Versorgung in der Leistungsgruppe anbietet, hinzugerechnet. Ein Krankenhausstandort kann demnach in einem Kalenderjahr eine Vorhaltevergütung für Leistungen erhalten, obwohl an diesem Standort im vorvergangenen Kalenderjahr nicht ausreichend Behandlungsfälle erbracht wurden. Die Landesplanungsbehörde hat den betroffenen Krankenhausträgern im Vorfeld der Festlegung einer Leistungsverlagerung Gelegenheit zur Stellungnahme einzuräumen; betroffene Krankenhausträger sind all jene, die in einem Planungsbereich die MVHZ in einer Leistungsgruppe an einem oder mehreren Krankenhausstandorten nicht erfüllt haben. Dies gilt auch für eine Leistungsverlagerung zwischen zwei oder mehreren Krankenhausstandorten desselben Krankenhausträgers, wie Satz 4 vorsieht. Voraussetzung für die von Satz 3 abweichend zu ermittelnden Fallzahlen ist, dass die anderen von der Leistungsverlagerung betroffenen Krankenhausstandorte zukünftig auf die Erbringung von Leistungen in der betroffenen Leistungsgruppe zugunsten des Krankenhausstandortes, auf den die Leistungserbringung übertragen wird, verzichten. Die Festlegung einer Leistungsverlagerung erfolgt als verwaltungsinterne, vorbereitende Maßnahme der Landesplanungsbehörde sowohl für die Zuweisung von Leistungsgruppen, § 6a Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) als auch für den vom InEK zu erlassenden Bescheid nach § 37 Absatz 5 KHG über die Höhe des je Krankenhausstandorts und je Leistungsgruppe aufgeteilten Vorhaltevolumens.

Die Festlegung der Leistungsverlagerung durch die Planungsbehörden ermöglicht, dass die Planungsbehörden der Länder die Erfüllung oder Nichterfüllung der MVHZ bereits bei der Zuweisung von Leistungsgruppen (vgl. § 6a KHG) berücksichtigen können und die Leistungsverlagerungen den krankenhausplanerischen Zielen und Festlegungen entsprechen. Zudem können Leistungsverlagerungen aus Mitteln des Transformationsfonds gefördert werden.

Satz 6 normiert eine Meldepflicht. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde, die eine Leistungsverlagerung festgelegt 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 7 wird ermöglicht, dass Bundeswehrkrankenhäuser und Krankenhäuser der gesetzlichen Unfallversicherung bei der Berechnung der MVHZauch 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 der Angabe 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 4 Satz 2 genannten Kriterien (die Verpflichtung rund um die Uhr einen Facharztstandard vorzuhalten, das Ziel der Sicherstellung einer bedarfsgerechten, flächendeckenden, stationären Versorgung sowie die Wahrung des Wirtschaftlichkeitsgebots gemäß § 12). Außerdem berücksichtigt das IQWiG die vom IQTIG 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

Referentenentwurf

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 Mindestvorhaltezahl abzugeben. Das InEK hat bei den Empfehlungen die Kriterien nach Absatz 4 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 in der Rechtsverordnung nach Absatz 4 festgelegten Mindestvorhaltezahlen zu informieren.

Zu Absatz 4

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. Die Festlegung von Mindestvorhaltezahlen erfolgt erstmals binnen eines Jahres nach Inkrafttreten dieses Gesetzes mit Wirkung ab dem Kalenderjahr 2027. Das BMG beobachtet die Auswirkungen der Mindestvorhaltezahlen und prüft, ob Mindestvorhaltezahlen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates anzupassen sind oder eine in einer Leistungsgruppe festgelegte Mindestvorhaltezahl 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.

Die Mindestvorhaltezahlen sind unter Berücksichtigung der Verpflichtung rund um die Uhr einen Facharztstandard vorzuhalten, des Ziels der Sicherstellung einer bedarfsgerechten, flächendeckenden, stationären Versorgung sowie der Wahrung des Wirtschaftlichkeitsgebots 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.

Die Regelung zu den MVHZ ist verhältnismäßig. Sie stellt einen Eingriff in die Berufsausübung der Krankenhausträger dar. Für den Krankenhausträger geht es um die Ausgestaltung des Unternehmens und nicht um eine Frage der freien Berufswahl. Die Maßstäbe der höchstrichterlichen Rechtsprechung zu staatlicher Planung und Subventionierung von Krankenhäusern sind bei MVHZ in modifizierter Weise zu berücksichtigen. Die Rechtsfolgen sind nicht vergleichbar und die o.g. Rechtsprechung berücksichtigt noch nicht das im Planungs- und Leistungsrecht gewandelte Qualitätsverständnis des Gesetzgebers. In dem maßgeblichen Beschluss vom 12. Juni 1990 (1 BvR 355/86) ging es um die Nichtaufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan eines Landes. Die Nichtaufnahme wiegt in ihrer Eingriffsintensität wesentlich schwerer als ein Ausschluss aus der Vorhaltevergütung für eine Leistungsgruppe. Rechtsfolge der Nichterfüllung einer MVHZ ist auch weder ein Leistungsverbot noch ein vollständiges Abrechnungsverbot. Die Rechtsfolge ist rein vergütungsrechtlicher Natur.

Referentenentwurf

Gemäß § 1 KHG ist eine „qualitativ hochwertige und patientengerechte Krankenhausversorgung“ ein eigenes Zielkriterium. Mit dieser Ergänzung der Qualität auf hohem Niveau räumt der Gesetzgeber der Qualität und dem Patientenschutz besonderes Gewicht ein. Die qualitätsvolle und am Wohle des Patienten orientierte Krankenhausbehandlung stellen ausdrücklich normierte Gemeinwohlbelange von hoher Bedeutung dar. Es ist nicht mehr erforderlich wie in der o.g. Rechtsprechung diese Zielsetzungen in den auslegungsbedürftigen unbestimmten Rechtsbegriff der Leistungsfähigkeit hineinzulesen. Ein qualitativ hohes Niveau der Versorgung ist folglich nicht als gesundheitspolitisches Fernziel einzuordnen, sondern bildet heute den von jedem Krankenhaus anzustrebenden Qualitätsstandard ab. Die MVHZ sind vor dem Hintergrund dieser Zielsetzung nicht unverhältnismäßig. Sie sind geeignet, erforderlich und für die Krankenhausträger zumutbar. Ihr Sinn würde verfehlt, wenn jeder Krankenhausstandort unabhängig von der Zahl an erbrachten Behandlungsfällen eine Vergütung allein für das Vorhalten möglicher Leistungserbringung erhielte. Eine Auswahl anhand sachlicher, wissenschaftlich begründbarer Kriterien ist erforderlich. IQWIG und InEK werden einbezogen, damit der Verordnungsgeber seine Entscheidungen auf ausreichend sachverständiger Grundlage treffen kann. Medizinische Standards entwickeln sich ständig weiter und entziehen sich deshalb weitgehend einer generellen und abstrakten Regelung. Durch die Einbeziehung von IQWiG und InEK ist eine dem Grundrechtsschutz angemessene Verfahrensgestaltung gewählt worden, die die Weiterentwicklung der Bewertungsmaßstäbe abbildet.

Zu Nummer 9 (§ 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 Bestimmungen in Richtlinien beziehungsweise die 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 10 (§ 136c)

Zu Buchstabe a

Die Regelungen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren werden aufgehoben. Die Berücksichtigung von Qualitätskriterien im Rahmen der Zuweisungen von Leistungsgruppen durch die 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 von § 136c Absatz 1 und 2).

Nicht bringen.

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 von § 136c Absatz 1 und 2).

Zu Buchstabe d

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

Zu Nummer 11 (§ 137)

Zu Buchstabe a

Aufgrund der Neufassung des § 275a erfolgt eine redaktionelle Folgeänderung in der Überschrift.

Zu Buchstabe b

Der Satz 1 wird neugefasst. Konkret werden dabei Folgeänderungen aufgrund der Neufassung des § 275a umgesetzt. So werden insbesondere Verweisänderungen und eine redaktionelle Änderung vorgenommen. Es erfolgt zudem eine redaktionelle Korrektur aufgrund der Umbenennung des Medizinisches Dienstes in Folge des MDK-Reformgesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789).

Des Weiteren wird in Satz 1 zur Entbürokratisierung und Reduktion des Aufwands, der den Krankenhäusern und dem Medizinischen Dienst im Rahmen regelmäßiger und gegebenenfalls 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 Anforderungen nach § 136a Absatz 2 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 zu bestimmten (wiederkehrenden) Anlässen, beispielsweise bei erstmaliger oder wiederholter 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 aufgenommen Prüfungen gemäß § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 werden die Krankenhäuser künftig bereits regelmäßig vom Medizinischen Dienst zur Erfüllung 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 nach § 136a Absatz 2 und zur Richtlinie zu Anforderungen an die Qualität der Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien nach § 136a Absatz 5 zunächst bestehen.

Zu Buchstabe c

Es erfolgen redaktionelle Folgeänderungen aufgrund der Neufassung des § 275a.

Zu Buchstabe d

In Satz 5 erfolgt eine redaktionelle Korrektur aufgrund der Umbenennung des Medizinisches Dienstes in Folge des MDK-Reformgesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789).

Zu Buchstabe e

Durch die Neufassung von 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 unterschiedliche Prüfverfahren aufweisen, wo dies erforderlich ist.

Zu Nummer 12 (§ 221)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

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

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Regelung wird ein Verweis angepasst. Die §§ 13 und 14 KHG enthalten keine Regelungen, die die Finanzierung des Strukturfonds aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds betreffen und sind hier daher nicht in Bezug zu nehmen. Inhaltliche Änderungen sind mit dieser Anpassung nicht verbunden. Zudem wird eine redaktionelle Folgeänderung zur Regelung in Doppelbuchstabe cc vorgenommen.

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

Der neu gefasste Satz 3 übernimmt unverändert die bisherigen Regelungen zur Zuführung der Anteile der landwirtschaftlichen Krankenkasse an den Innovationsfonds und an den Strukturfonds. Zusätzlich wird geregelt, dass der Anteil der landwirtschaftlichen Krankenkasse am Transformationsfonds dem Transformationsfonds zugeführt wird.

Der neu gefasste Satz 4 übernimmt unverändert die bisherigen Regelungen zum Verfahren der Festsetzung des Anteils der landwirtschaftlichen Krankenkasse am Innovationsfonds

Table.Briefings

und Strukturfonds sowie deren Abrechnung mit der landwirtschaftlichen Krankenkasse. Zusätzlich wird das Verfahren der Festsetzung des Anteils der landwirtschaftlichen Krankenkasse am Transformationsfonds sowie dessen Abrechnung mit der landwirtschaftlichen Krankenkasse geregelt.

Zu Nummer 13 (§ 271)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

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 2034 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 Ende des Geschäftsjahres 2034 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 Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Doppelbuchstabe aa. Auch Mittel, die die für die Geschäftsjahre 2025 bis 2034 vorübergehend geltende Obergrenze der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in Höhe von 50 Prozent einer Monatsausgabe überschreiten, sind in die Einnahmen des Gesundheitsfonds im Folgejahr zu überführen.

Zu Buchstabe b

Mit dem neu gefassten Satz 1 werden die bisherigen Regelungen zur Zuführung von Mitteln aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds an den Strukturfonds unter

Apotheke Briefing

Berücksichtigung der Verlängerung der Laufzeit des Strukturfonds um ein Jahr bis zum 31. Dezember 2025 übernommen. Zudem werden Verweiskorrekturen und sprachliche Anpassungen vorgenommen, mit denen keine Änderungen des bisherigen Verfahrens einhergehen.

Mit den neuen Sätzen 2 bis 4 wird das Verfahren der Finanzmittelzuführung an den Transformationsfonds nach § 12b KHG aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds geregelt. Dem Transformationsfonds werden in den Jahren 2026 bis 2035 Finanzmittel in Höhe von insgesamt bis zu 25 Milliarden Euro zugeführt, in Abhängigkeit von den nach Antragstellung durch Zuteilung an die Länder nach den gesetzlichen Vorgaben abgerufenen Finanzmitteln Die jährliche Zuführung der Finanzmittel erfolgt in der Höhe, in der im jeweiligen Jahr Fördermittel vom BAS an die Länder zugeteilt werden, wobei ein Höchstbetrag nicht überschritten werden darf. Der Höchstbetrag für ein Jahr ergibt sich aus der Summe eines Betrags in Höhe von 2,5 Milliarden Euro und einem möglichen Mittelübertrag aus den Finanzmitteln des jeweiligen Vorjahres, jeweils abzüglich des Anteils der landwirtschaftlichen Krankenkasse am Transformationsfonds, der dem Transformationsfonds nach den Vorgaben des § 221 Absatz 3 zugeführt wird. Die Höhe der für ein Jahr zu übertragenden Mittel ergibt sich aus der Differenz des im Vorjahr zur Verfügung stehenden Höchstbetrags und der den Ländern im Vorjahr zugeteilten Finanzmittel. Demnach beträgt der Höchstbetrag für das Jahr 2026 als Startjahr des Transformationsfonds 2,5 Milliarden Euro. Für das Jahr 2027 beträgt der Höchstbetrag 2,5 Milliarden Euro zuzüglich des Betrags, der vom Höchstbetrag des Vorjahres nicht ausgeschöpft wurde. In Folgejahren ergibt sich der Höchstbetrag des Vorjahres aus der Summe des Betrags von 2,5 Milliarden Euro und des jeweiligen bereits erfolgten Mittelübertrags infolge nicht abgerufener Beträge. Mit der Regelung zum Mittelübertrag in Folgejahre wird sichergestellt, dass in einem Jahr nicht zugeteilte Finanzmittel bis zum Ende der Laufzeit des Transformationsfonds für eine Zuteilung zur Verfügung stehen und somit für den gesamten Zeitraum des Transformationsfonds von 2026 bis 2035 insgesamt bis zu 25 Milliarden Euro bereitgestellt werden.

Zu Nummer 14 (§ 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 (Prüfungen von Strukturmerkmalen) zum einen und den neuen Prüfungen zu den Qualitätskriterien nach § 135e zum anderen. 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 Absatz 2 noch festzulegenden Qualitätskriterien mit dem Ziel der weiteren Entbürokratisierung geprüft werden, ob und inwieweit die Prüfungen weiter zusammengefasst beziehungsweise in ein einziges 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 die Krankenhausstandorte 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.

Referentenentwurf

Dies betrifft gemäß Nummer 1 die Prüfung der Einhaltung der nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Qualitätskriterien . Mit der Ergänzung des § 135e werden künftig für bestimmte Leistungsgruppen bundeseinheitliche Qualitätskriterien festgelegt, die insbesondere die Strukturqualität in Krankenhäusern 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 den §§ 136 bis 136c 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.

Das Nähere zu den Prüfungen nach Satz 1 Nummer 1 und 2 wird 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 SGB V in Verbindung mit § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 SGB V (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 und 4 erfolgen – wie bisher auch – in der Richtlinie nach § 137 Absatz 3.

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, Unterlagen und Auskünfte der Krankenhäuser erfolgen. Lediglich in den Fällen, in denen eine Prüfung vor Ort erforderlich ist, etwa weil noch keine Auskünfte, Nachweise, Unterlagen 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.

Satz 4 stellt klar, dass unangemeldete Prüfungen bei den Krankenhäusern nur in begründeten Ausnahmefällen und nur im Rahmen der Prüfungen zu Satz 1 Nummer 1, 3 und 4 eröffnet sind. Regelhaft 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

Referentenentwurf

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. Rechtsverbindliche 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 sich eine Prüfung auf verschiedene Leistungsgruppen (in dem nach Satz 1 Nummer 1 genannten Fall) oder auf verschiedene Operationen- und Prozedurenschlüssel (in dem in Satz 1 Nummer 2 genannten Fall) handelt. Unverändert gültige Nachweise aus einer vorangegangenen Prüfung sind zu nutzen. Soweit der Medizinische Dienst also im Rahmen einer Prüfung feststellt beziehungsweise Erkenntnisse erlangt, dass das Vorliegen oder Nichtvorliegen beispielsweise 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.

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 standardisiert abbilden. Zudem soll der Medizinische Dienst auch die im Transparenzverzeichnis nach § 135d veröffentlichten Daten, etwa zu den am Standort vorgehaltenen Ärztinnen und Ärzten, berücksichtigen.

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 7 entsprechend den bisherigen Regelungen, etwa in § 275d Absatz 1 Satz 3, geregelt. 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 8 vor, dass die Übersendung einschließlich der Annahme von Prüfunterlagen 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 9 können Krankenhäuser dem Medizinischen Dienst die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen und Daten auch über ein vom jeweiligen Medizinischen Dienst angebotenes, geschütztes digitales Informationsportal bereitstellen. Die Medizinische Dienste führen hierzu jeweils ein entsprechendes Informationsportal. Dabei können bei den Medizinischen Diensten vorhandene informationstechnische Strukturen beziehungsweise Datenbanken ergänzt und genutzt werden. Für die Aktualität der in dem Informationsportal bereitgestellten Daten hat das Krankenhaus zu sorgen. Es ist sicherzustellen, dass personenbezogene Daten in einer Weise übermittelt und verarbeitet werden, die eine angemessene Sicherheit der personenbezogenen Daten nach dem aktuellen Stand der Technik gewährleistet, einschließlich des Schutzes vor unbefugter oder unrechtmäßiger Verarbeitung und

Entwurf BMG

vor unbeabsichtigtem Verlust, unbeabsichtigter Zerstörung oder unbeabsichtigter Schädigung. Die hierzu erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen sind durch die jeweils datenschutzrechtlich Verantwortlichen sicherzustellen.

Die Prüfungen erfolgen gemäß Satz 10 grundsätzlich durch den Medizinischen Dienst, der örtlich für das zu begutachtende Krankenhaus zuständig ist. Soweit diese Möglichkeit in der Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 eröffnet wird, kann auch ein Medizinischer Dienst beauftragt werden, der örtlich nicht für das zu begutachtende Krankenhaus zuständig ist. Dies soll sich jedoch auf begründete Einzelfälle beschränken und lediglich im gegenseitigen Einvernehmen zwischen dem Medizinischem Dienst und der jeweils beauftragenden Stelle stattfinden.

Es wird die Definition von Standorten eines Krankenhauses gemäß der Vereinbarung nach § 2a Absatz 1 KHG zugrunde gelegt. Bei der Prüfung von Bundeswehrkrankenhäusern sind von den Medizinischen Diensten alle vorgehaltenen Ressourcen zu berücksichtigen.

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.

Da die Einhaltung der Qualitätskriterien von Leistungsgruppen auch Voraussetzung für den Abschluss von Versorgungsverträgen nach § 109 ist, wenn 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 zu beauftragen. Doppelprüfungen sollen von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen vermieden werden.

Gemäß Satz 3 können die beauftragenden Stellen im Bedarfsfall zu jederzeit eine Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Qualitätskriterien beauftragen. Zur Sicherstellung einer sachgerechten Auftragsbearbeitung sollten entsprechende Aufträge mit dem jeweils zuständigen Medizinischen Dienst abgestimmt werden. Ein Bedarfsfall für entsprechende Prüfaufträge kann insbesondere gegeben sein, wenn Anhaltspunkte für erhebliche Qualitätsdefizite gemäß Absatz 8 vorliegen oder wenn im Rahmen einer Prüfung festgestellt wird, dass die Qualitätskriterien für eine Leistungsgruppe durch ein Krankenhaus nicht erfüllt sind und deswegen eine Nachprüfung beauftragt werden soll.

In Satz 4 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 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 5 aufgetragen, mit einer Prüfung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 unverzüglich nach Eingang einer Beauftragung zu beginnen und die Prüfung im Regelfall innerhalb von zehn Wochen ab dem Zeitpunkt des Beginns der Prüfung abzuschließen. Der Abschluss der Prüfung erfolgt durch die Erstellung eines Gutachtens durch den Medizinischen Dienst und dessen Übersendung an die jeweils beauftragende Stelle. Um eine bessere Planbarkeit zu

Highlight Briefings

gewährleisten, bietet es sich an, wenn 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 Landesbehörden zur Vorbereitung einer Zuweisung nach § 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 oder Unklarheiten im Gutachten prüfen und darüber dem Medizinischen Dienst einen Hinweis erteilen. In dem Fall hat die beauftragende Stelle diese Unstimmigkeiten oder Unklarheiten innerhalb von zwei Wochen ab der Erteilung des Hinweises mit dem Medizinischen Dienst zu erörtern. Sofern offensichtliche Unstimmigkeiten oder Unklarheiten festgestellt wurden, ist das Gutachten unverzüglich durch den Medizinischen Dienst 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 Datenübermittelung 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 7 und 8 setzen Fristen für die erstmalige Beauftragung und den Abschluss von Prüfungen des Medizinischen Dienstes nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, die nach Satz 1 von den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden zur Vorbereitung einer Zuweisung nach § 6a KHG sowie nach Satz 2 von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zur Vorbereitung des Abschlusses eines Versorgungsvertrags nach § 109 zu beauftragen sind. Es wird 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 diesen 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 rechtzeitiger Abschluss der Prüfungen, die auf Grund von Satz 1 vor einer voraussichtlich vor dem 1. November 2026 erfolgenden Zuweisung oder auf Grund von Satz 2 vor einem voraussichtlich vor dem 1. November 2026 erfolgenden Abschluss eines Versorgungsvertrags zu beauftragen sind, gefährdet. Sofern diese Prüfungen nicht bereits innerhalb der Frist nach Satz 5 von in der Regel zehn Wochen abgeschlossen werden können, hat der Medizinische Dienst diese spätestens bis zum 30. Juni 2026 abzuschließen. Damit soll gewährleistet werden, dass die Feststellungen des Medizinischen Dienstes zur Erfüllung 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 KHG an das InEK vorzunehmen ist.

Zu Absatz 3

Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde beziehungsweise die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen haben in einem zweiten Schritt Folgebeauftragungen rechtzeitig vor Ablauf der jeweiligen zweijährigen Frist zu beauftragen, um die Aufhebung einer Zuweisung einer Leistungsgruppe beziehungsweise die Kündigung eines Versorgungsvertrags abzuwenden. Davon unberührt besteht die Möglichkeit, im Bedarfsfall eine (Nach-) Prüfung zu beauftragen.

Nicht zur Verbreitung

Zu Absatz 4

In Absatz 4 wird der Umgang mit den Prüfergebnissen und Feststellungen des Medizinischen Dienstes im Rahmen der Prüfungen zur Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Qualitätskriterien normiert.

Das jeweilige Gutachten des Medizinischen Dienstes wird nach Abschluss des Korrekturverfahrens gemäß Absatz 2 Satz 6 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 6 auf offensichtliche Unstimmigkeiten oder Unklarheiten hinweist, hat der Medizinische Dienst nach Ablauf dieser zweiwöchigen Frist das Gutachten an die Stellen nach Absatz 4 Satz 1 zu übermitteln. Das Gutachten ist folglich auch bei nicht stattgefundener Korrektur erneut der jeweils beauftragenden Stelle zu übermitteln. Das Gutachten 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 4 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.

Das Gutachten des Medizinischen Dienstes gilt gemäß § 6a KHG beziehungsweise § 109 für längstens zwei Jahre ab dem Zeitpunkt der jeweiligen Übermittlung dieses Gutachtens nach Satz 1 als Nachweis über die Erfüllung der maßgeblichen Qualitätskriterien, soweit die Erfüllung der Qualitätskriterien im Rahmen der Prüfung festgestellt wurde. Das Gutachten soll bei festgestellter Erfüllung der Qualitätskriterien auch kurz und in übersichtlicher Form die im Rahmen der Prüfung festgestellte Erfüllung 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 bei Bedarf rechtzeitig vor Ablauf der Gültigkeit des Gutachtens zu beauftragen.

Satz 2 regelt das Verfahren für die Fälle, in denen Krankenhäuser Qualitätskriterien länger als einen Monat nicht 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 6 Satz 6 für die Strukturprüfung angelehnt. Krankenhäuser, die eines oder mehrere Qualitätskriterien, die im Rahmen einer Prüfung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 als erfüllt festgestellt wurden, über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht mehr erfüllt, 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, dass eine Nichterfüllung mitgeteilt werden muss, wenn diese über einen Zeitraum von mehr als einem Monat besteht, dient der Vermeidung von Bürokratieaufbau und gewährleistet ein verhältnismäßiges Vorgehen für kurze Zeiträume,

Referentenentwurf

in denen Qualitätskriterien, zum Beispiel durch einen Defekt eines Großgerätes oder durch Krankheit des Personals, nicht erfüllt sind.

Gemäß Satz 3 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 Satz 3 nachgekommen ist.

Der Medizinische Dienst informiert das IQTIG unverzüglich über die Nichterfüllung von Qualitätskriterien auf Grundlage der Meldung nach Satz 2 oder aufgrund sonstiger Feststellungen nach Satz 3.

Zu Absatz 5

Absatz 5 regelt die Folgen in dem Fall, dass Krankenhäuser ihrer Mitteilungspflicht nach Absatz 4 Satz 2 nicht oder nicht rechtzeitig nachkommen. Hierbei ist anzunehmen, dass die Nichterfüllung 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 Mitteilungspflicht 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 Erfüllung der maßgeblichen Qualitätskriterien erbringt, ab dem Zeitpunkt der zugrundeliegenden Nichterfüllung bis zur Aufhebung der Zuweisung der jeweiligen Leistungsgruppe beziehungsweise der Kündigung des jeweiligen Versorgungsvertrags keine Vergütung erhält.

Der Anspruch auf Vergütung besteht wieder, wenn und solange die zuständige Landesbehörde nach § 6a Absatz 5 Satz 2 Nummer 1 und 2 KHG die Zuweisung der Leistungsgruppe nicht aufhebt oder die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen den jeweiligen Versorgungsvertrag nach § 110 Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 und 2 nicht kündigen.

Zu Absatz 6

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 6 des § 275a (neu) integriert. Dies umfasst die Prüfung zu der Erfüllung 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 Nicht-Erfüllung 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 6 des § 275a das Vereinbarungs- und Abrechnungsverbot für Krankenhäuser, soweit Strukturmerkmale nicht erfüllt sind. Hinsichtlich der örtlichen Zuständigkeit des Medizinischen Dienstes gilt für die Prüfung zu der Erfüllung von Strukturmerkmalen 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 7

Referentenentwurf

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 7 des § 275a 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 – mindestens zwölf Monate, siehe Nummer 2 – 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, derer 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 Mitteilungspflicht 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 Mitteilungspflicht gilt mit dem Ziel der Entlastung von Bürokratieaufwand ebenfalls statt 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.

Darüber hinaus erfolgen redaktionelle Anpassungen vor dem Hintergrund der Integration der Prüfungen von Strukturmerkmalen in den neuen Absatz 1.

Zu Absatz 8

In Absatz 8 erfolgen im Wesentlich Folgeänderungen aufgrund der Neufassung des § 275a. So werden weitere Regelungen zu den Prüfungen des Medizinischen Dienstes zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 genannten Qualitätsanforderungen festgelegt. Bei diesen Prüfungen handelt es sich um die bisherigen, 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 Regelungen des bisherigen § 275a entsprechen. Nach Satz 1 können Prüfungen nur durch die in der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 festgelegten Stellen 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. Davon umfasst ist 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 Regelung im bisherigen § 275a Absatz 3 Satz 2.

Zu Absatz 9

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 9 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 jeweiligen Auftraggeber und dem Krankenhaus unverzüglich mitzuteilen. Der Umgang mit erheblichen Qualitätsmängeln entspricht der Regelung im bisherigen § 275a Absatz 2 Satz 4 und wird künftig auf alle Prüfungen nach Absatz 1 Satz 1

Entwurf

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 Absatz 10

Mit der Vorschrift wird klargestellt, dass insbesondere die jeweilige für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde, das IQTIG sowie die jeweils zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen Zugang zu den in der Datenbank des Medizinischen Dienst Bund nach § 283 Absatz 5 enthaltenen standortbezogenen Daten ihres Zuständigkeitsgebiets erhalten. Dies soll künftig die Übermittlungen, Mitteilungen oder Informationen nach Absatz 4 Satz 1, 2 und 3 an die entsprechenden Adressaten ersetzen und dient der Automatisierung und insoweit der Aufwandsreduktion von Prozessen. Durch die Datenbank des Medizinischen Dienst Bund künftig ersetzt werden soll auch das Übermittlungsverfahren nach § 275a Absatz 6 Satz 4 und 5 sowie Absatz 7 Satz 3, das heißt 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 7 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 § 275a Absatz 6 Satz 4 nicht über die Pflegesatzvereinbarungen Kenntnis über die jeweils erfüllten Strukturmerkmale erlangt.

Von den in Bezug genommenen Übermittlungen, Mitteilungen oder Informationen ist folglich abzusehen, wenn die darin enthaltenen Angaben beziehungsweise die davon umfassten Unterlagen dem jeweiligen Empfänger in der Datenbank des Medizinischen Dienst Bund nach § 283 Absatz 5 zugänglich sind.

Zu Nummer 15 (§ 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 der Vergütung des Vorhaltebudgets nach § 7 Absatz 1 Satz Nummer 6b nicht Anlass einer einzelfallbezogenen Prüfung sein darf. Prüfergebnisse aus anderweitigen Prüfanlässen, 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 5 KHEntgG, wonach Abweichungen der Erlöse von der Höhe des dem Krankenhaus zustehenden Gesamtvorhaltebudgets vollständig auszugleichen sind.

Nicht Prüfrelevant

Zu Nummer 16 (§ 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 6 und 7 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 17 (§ 276)

Zu Buchstabe a

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

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 die geregelten Befugnisse des Medizinischen Dienstes für die Prüfung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erforderlich sind.

Zu Nummer 18 (§ 277)

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

Zu Nummer 19 (§ 278)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich einerseits um redaktionelle Folgeänderungen aufgrund der Integration der Prüfungen von Strukturmerkmalen 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 Prüfungen zu der Erfüllung von Strukturmerkmalen gestärkt. Infolge der Erfahrungen im Zusammenhang mit der Prüfung von Strukturmerkmalen, die mit dem MDK-Reformgesetz vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) zum Jahr 2020 eingeführt und deren erstmalige Anwendung infolge der COVID-19-Pandemie auf das Jahr 2021 verschoben wurde, hat sich die Erforderlichkeit gezeigt, in kürzeren Abständen Erkenntnisse über das Prüfgeschehen vonseiten der Medizinischen Dienste zu erlangen. Ein künftig einjähriger Turnus der Berichte durch die Medizinischen Dienste ist auch geeignet, Anpassungen der OPS-Kodes beziehungsweise 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

Referentenentwurf

wird sichergestellt, dass künftig darüber hinaus auch eine nach Strukturmerkmalen differenzierte Darstellung der Anzahl und Ergebnisse der Prüfungen erstellt wird 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 Prüfung von Strukturmerkmalen, die sie nach einer Anzeige nach Absatz 6 (bislang Absatz 1a) beantragt haben, keine Bescheinigung erteilt wurde. Zudem sollen die Berichte der Medizinischen Dienste künftig auch die Anzahl der Anzeigen nach Absatz 6 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 in § 275a Absatz 10 genannten Mitteilungen, Informationen und Übermittlungen 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. Dies gilt umso mehr, als der jeweilige Medizinische Dienst die Daten in der Datenbank zudem auch zur Erfüllung seiner Pflichten nach § 275a Absatz 1 Satz 5 verwenden können soll, unter anderem 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 Fortbestand ist zur Versorgung des von den Medinischen Diensten im Rahmen des Gesundheits-Reformgesetzes vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477) von den Vertrauensärztlichen Diensten übernommenen verbeamteten Personals erforderlich, bis die Dienstherrenfähigkeit bei allen Medizinischen Diensten entfallen ist.

Zu Nummer 20 (§ 280)

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 Prüfungen von Strukturmerkmalen 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.

Referentenentwurf

Zu Nummer 21 (§ 283)

Zu Buchstabe a

Die Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 bildet die Grundlage für die Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2. 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 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 zu ergänzen beziehungsweise 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 rechtsverbindlichen Auslegungen oder Konkretisierungen des Medizinischen Dienstes zu den Qualitätskriterien nach § 135d gestattet. Gemäß § 283 Absatz 5 Satz 7 ist in der Richtlinie daneben auch das Nähere zur Datenbank nach Absatz 5 Satz 1, u. a. durch Konkretisierungen zu den Datenübermittlungen der Medizinischen Dienste nach § 278 Absatz 4 Satz 4, zu bestimmen; dies kann auch in einer Anlage zur Richtlinie erfolgen. Die Anpassung der bestehenden Strukturprüfungs-Richtlinie hat der Medizinische Dienst Bund sechs Monate nach Inkrafttreten 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 die nach § 278 Absatz 4 Satz 2 vorgesehenen Verpflichtung der Medizinischen Dienste, künftig im Jahresturnus an den Medizinischen Dienst Bund über die Prüfungen zu der Einhaltung von Strukturmerkmalen zu berichten, für die Berichtspflicht des Medizinischen Dienstes Bund an das BMG nach. Zum Zwecke der zeitnahen Kenntniserlangung über das Prüfgeschehen 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,. Zudem wird eine Klarstellung vorgesehen vor dem Hintergrund, dass der GKV-SV 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 Medizinische Dienst Bund seiner Stellungnahme an die Spitzenverbände zu diesem Zweck die ihm durch die Medizinischen

Nicht Referentenentwurf

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. Dies umfasst auch die Unterlagen nach § 275a Absatz 4 Satz 1 und § 275a Absatz 6 Satz 3. . Zudem sind standortbezogen die Mitteilungen von Krankenhäusern aufzunehmen, soweit diese eines oder mehrere der nachgewiesenen Strukturmerkmale beziehungsweise für eine oder mehrere Leistungsgruppen maßgebliche Qualitätskriterien über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nach § 275a Absatz 4 Satz 2 und Absatz 6 Satz 5 nicht mehr erfüllen. Darüber hinaus aufzunehmen sind die Mitteilungen nach § 275a Absatz 7 Satz 3. Auch die in Absatz 4 Satz 3 genannte Feststellung einer Nichterfüllung der Mitteilungspflicht ist aufzunehmen.

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 Nachweise und 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 6 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 6 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. 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 § 275a Absatz 10 ist von den dort genannten Übermittlungen, Mitteilungen oder Informationen abzusehen, wenn die darin enthaltenen Angaben und Unterlagen dem jeweiligen Empfänger in der Datenbank des Medizinischen Dienst Bund die davon umfassten Unterlagen nach § 283 Absatz 5 1zugänglich sind. Dies soll zur Automatisierung und Aufwandsreduktion von Prozessen beitragen.

Die Datenbank ist standortbezogen zu führen. Dazu wird 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 7 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

Referentenentwurf

Satz 1 Nummer 3 festzulegen. Soweit erforderlich und sinnvoll, kann der Medizinische Dienst Bund Näheres zur Datenbank auch in einer gesonderten Anlage zur vorgenannten Richtlinie ergänzen. 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 8 hat der Medizinischen Dienst Bund die nach Satz 7 erforderliche Ergänzung seiner Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 sowie die Umsetzung der Datenbank zwölf Monate nach Inkrafttreten dieses Gesetzes vorzunehmen, 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 22 (§ 299)

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

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

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 unter anderem 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 beispielsweise 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 unter anderem 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 (zum Beispiel Diagnosen, Behandlungsart) können zuverlässig nur über die fallbezogenen Dokumentationsdaten der Krankenhäuser und Arztpraxen erhoben werden. Die jeweils

Inoffizielle Fassung

erforderlichen Daten sind dabei vom Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß den Sätzen 2 und 3 in seinen Richtlinien und Beschlüssen festzulegen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit dem neuen Satz 11 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 in Satz 3) sind zukünftig auch solche Daten von der Übermittlungsbefugnis umfasst, die für die Risikoadjustierung der Ergebnisse beziehungsweise 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 sind, jeweils festzulegen und die Erforderlichkeit darzulegen.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einfügung eines neuen Satzes 11.

Zu Buchstabe d

Zu Doppelbuchstabe aa und Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Anfügung der neuen Nummern 4 und 5.

Zu Doppelbuchstabe bb und Doppelbuchstabe cc

Durch die Ergänzung der Nummer 4 wird das IQTIG berechtigt, die Daten, die der Medizinische Dienst Bund ihm gemäß § 275a Absatz 3 Satz 1 bis 3 übermittelt, zum Zweck der Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis nach § 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 in der Datenbank des Medizinischen Dienstes Bund zu den Ergebnissen aus den Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, insbesondere zur Einhaltung oder Nichteinhaltung der Qualitätskriterien nach § 135e.

Gemäß der Nummer 5 darf das IQTIG auch die Daten gemäß § 6a Absatz 7 KHG, die von den Ländern übermitteltet werden, zum Zweck der Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis nach § 135d verarbeiten. Dies umfasst Daten zu zugewiesenen Leistungsgruppen, auch solche die einem Krankenhaus im Rahmen einer Ausnahmeregelung nach § 6a Absatz 4 KHG zugewiesen sind sowie Daten zu als zugewiesen geltende Leistungsgruppen nach § 109.

Zum Zweck der Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis nach § 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 23 (§§ 411, 412, 415)

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

Hier Brief Entwurf

umgesetzt. Lediglich die weiterhin erforderlichen Regelungen des § 411 Absatz 3 Satz 2 bis 5 sowie des § 412 Absatz 4 werden in andere Paragraphen transferiert.

Bei der Aufhebung des § 415 handelt es sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 109 Absatz 5, mit der die bisher übergangsweise vorgesehene verkürzte Zahlungsfrist verstetigt wird.

Zu Nummer 24 (§ 426)

Die Regelung sieht eine Evaluation der Wirkungen des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes 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 Auswirkungen der 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 5 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 Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes 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. Maßgebender Parameter für dieser Beurteilung ist die Mengenentwicklung der stationären Versorgungskapazitäten, d. h. die Entwicklung der Zahl der Krankenhausstandorte und der Krankenhausbetten. Zu untersuchen sind in diesem Zusammenhang aber auch die Entwicklung der Zahl der stationären Fälle sowie die Fortschritte bei der Ambulantisierung.

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 Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes auf die wirtschaftliche Situation sowohl der Krankenhäuser als auch der Kostenträger soll frühzeitig Fehlanreize und Zielkonflikte offen legen und mögliche Ansatzpunkte zur Nachsteuerung aufzeigen.

Die Reform dient der Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für Patientinnen und Patienten. Zu diesem Zweck wird der Ausbau der sektorübergreifenden und integrierten Gesundheitsversorgung vorangetrieben. Aufgrund der notwendigen Verzahnung unterschiedlicher Versorgungsbereiche sind die Auswirkungen dieser Reform

Referentenentwurf

auch für diese Bereiche zu evaluieren. Insbesondere der Bereich der medizinischen Rehabilitation ist dabei in den Blick zu nehmen.

Soweit möglich, soll der Evaluationsbericht auch Ausführungen zu den übergeordneten Zielen des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes enthalten. Die zentralen Ziele sind: Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität, Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für Patientinnen und Patienten, Steigerung der Effizienz in der Krankenhausversorgung 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, zum Beispiel nach § 115g Absatz 4 oder nach § 283 Absatz 4 in Verbindung mit § 278 Absatz 4 können hier einfließen, so dass kein weitere Bürokratieaufwand entsteht. Sofern erforderlich, können sie kraft ihrer Gesellschafterstellung auch Auswertungen durch das InEK veranlassen.

Zu Nummer 25 (Anlage 1 neu)

Anlage 1 wird neu gefasst. Anlage 1 zu § 135e legt nun übergangsweise Qualitätskriterien für 65 Leistungsgruppen fest. Für die fünf Leistungsgruppen, die nicht im Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022 enthalten sind, erfolgten neue Festlegungen. Dabei handelt es sich um die Leistungsgruppen Infektiologie (Nummer 3), Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie (Nummer 16), Spezielle Traumatologie (Nummer 27), Spezielle Kinder- und Jugendmedizin (Nummer 47) und Notfallmedizin (Nummer 65. Diese 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 Vorgaben in § 135e Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 in den Anforderungsbereichen Erbringung verwandter Leistungsgruppen, sachliche Ausstattung, personelle Ausstattung sowie sonstige Struktur- und Prozesskriterien festgelegt. Bei den Festlegungen für die 60 Leistungsgruppen, die im Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022 enthalten sind, wurden die Qualitätskriterien weitestgehend überführt. Die in dieser Anlage genannten Leistungsgruppen und Qualitätskriterien gelten bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 1.

Zu Artikel 2 (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 von § 136c Absatz 1 und 2).

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 einem nach § 108 Nummer 1 und 2 SGB V zugelassenen Krankenhaus für einen Krankenhausstandort Leistungsgruppen zuweisen kann, wenn das Krankenhaus an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für diese Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien erfüllt. Leistungsgruppen bilden das Behandlungsspektrum der Krankenhäuser ab. Für

Ärzteblatt Briefings

sie gelten nach § 135e SGB V bundeseinheitliche Qualitätskriterien, deren Erfüllung Voraussetzung für die Zuweisung nach Satz 1 ist. Einem Krankenhaus dürfen Leistungsgruppen vorbehaltlich des in Absatz 4 geregelten Ausnahmetatbestandes nur dann zugewiesen werden, wenn es über die erforderliche sachliche und personelle Ausstattung verfügt und die sonstigen Struktur- und Prozesskriterien erfüllt. Hierdurch soll eine hochwertige Strukturqualität gewährleistet werden. Die Zuweisung der Leistungsgruppen durch die zuständige 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 bestimmen sich die maßgeblichen Leistungsgruppen und Qualitätskriterien nach § 135e Absatz 2 Satz 2 SGB V. Danach sind die in der Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 1 SGB V geregelten Leistungsgruppen und Qualitätskriterien maßgeblich und, bis zu deren Inkrafttreten, die Leistungsgruppen und Qualitätskriterien nach § 135e Absatz 4 SGB V.

Nach Satz 3 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.

Ein Anspruch des Krankenhauses auf Zuweisung einer Leistungsgruppe besteht nach Satz 4 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 Personalbemessungssystem der Bundesärztekammer) kann als Entscheidungskriterium herangezogen werden.

Übersteigt die Anzahl der geeigneten Krankenhäuser den von der zuständigen Landesbehörde festgestellten Versorgungsbedarf, sind bei der Ermessensentscheidung über die Zuweisung der Leistungsgruppen auch die in § 135e Absatz 4 Satz 2 SGB V geregelten Auswahlkriterien zu berücksichtigen. Dies regelt Satz 5, wonach die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern unter Berücksichtigung der Auswahlkriterien nach § 135e Absatz 4 Satz 2 SGB V nach pflichtgemäßem Ermessen entscheidet, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung des Landes am besten gerecht wird. Bei den Auswahlkriterien handelt es sich um Qualitätskriterien, die in der Anlage 1 zu § 135e SGB V für bestimmte Leistungsgruppen geregelt werden und die die Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität übersteigen. Krankenhäuser, die die Auswahlkriterien erfüllen, werden dem

Erfordernis einer qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung und damit einem zentralen Zielkriterium der Krankenhausplanung in der Regel in besonderem Maß gerecht, sodass die Erfüllung der Auswahlkriterien bei der notwendigen Auswahl zwischen mehreren geeigneten Krankenhäusern zu berücksichtigen ist.

Die Zuweisung der Leistungsgruppen erfolgt nach Satz 6 durch Bescheid. Gegen den Zuweisungsbescheid ist nach Satz 7 der Verwaltungsrechtsweg gegeben. Diese Regelung dient der Klarstellung im Interesse einer eindeutigen Rechtswegzuweisung. Bei der Zuweisung der Leistungsgruppen handelt es sich um eine Planungsentscheidung der zuständigen Landesbehörde und damit nicht um eine sozialversicherungsrechtliche Angelegenheit, die der besonderen Kompetenz der Sozialgerichte bedarf.

Zu Absatz 2

Die Erfüllung der Qualitätskriterien ist nach Satz 1 durch das Krankenhaus vor Zuweisung der jeweiligen Leistungsgruppen nachzuweisen. Der zuständigen Landesbehörde steht es frei, das Zuweisungsverfahren mit dem jeweiligen Krankenhausplanungsverfahren zu verknüpfen. Es bleibt daher landesrechtlichen Bestimmungen überlassen, ob für das Verfahren zur Zuweisung der Leistungsgruppen ein Antrag des Krankenhausträgers erforderlich ist oder es von Amts wegen erfolgt.

Satz 2 regelt, dass der Nachweis über die Erfüllung der Qualitätskriterien durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 4 Satz 1 SGB V über die Prüfung der Erfüllung der für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien erbracht wird. Die Zuweisungsentscheidung der zuständigen Landesbehörde soll stets auf aktuellen Daten über die Erfüllung der Qualitätskriterien beruhen. Voraussetzung für den Nachweis ist daher nach Satz 2 zudem, dass die Übermittlung des Gutachtens des Medizinischen Dienstes an die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde zu dem Zeitpunkt der Zuweisung der Leistungsgruppe nicht länger als zwei Jahre zurückliegt.

Satz 3 regelt eine weitere Nachweismöglichkeit für die Krankenhäuser, für den Fall, dass das Ergebnis der Prüfung des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 4 Satz 1 SGB V noch nicht vorliegt. Danach kann die Erfüllung der Qualitätskriterien bis zur Übermittlung des Gutachtens des Medizinischen Dienstes durch eine begründete Selbsteinschätzung des Krankenhauses nachgewiesen werden, wenn der Medizinische Dienst bereits mit der Prüfung nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V beauftragt wurde. 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 im Rahmen der Selbsteinschätzung durch das Krankenhaus substantiiert zu begründen. Das Krankenhaus muss konkret darlegen, welche Qualitätskriterien es an dem jeweiligen Krankenhausstandort in welcher Weise erfüllt. So ist beispielsweise für den Nachweis über die Erfüllung fachärztlicher Vorgaben für die Personalausstattung unter anderem die Anzahl der an dem Krankenhausstandort beschäftigten Fachärztinnen und Fachärzte und deren Bezeichnung mitzuteilen, sowie die Angabe, für welche Leistungsgruppen die jeweiligen Fachärztinnen und Fachärzte angerechnet werden. 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.

Wurde der Nachweis über die Erfüllung der Qualitätskriterien durch eine Selbsteinschätzung erbracht und ergibt das nach diesem Zeitpunkt übermittelte Gutachten des Medizinischen Dienstes, dass die für eine Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien

tatsächlich nicht erfüllt sind, ist eine bereits erfolgte Zuweisung der jeweiligen Leistungsgruppe nach Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 unverzüglich aufzuheben.

Zu Absatz 3

Absatz 3 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 grundsätzlich auch die Erfüllung der für die jeweiligen Leistungsgruppen maßgeblichen Qualitätskriterien.

Um der hohen Spezialisierung der BG Kliniken, insbesondere im Bereich der Behandlung von Schwerstunfallverletzten, adäquat Rechnung zu tragen, ist in Satz 2 eine Sonderregelung zur Erbringung der als Qualitätskriterien nach § 135e Absatz 2 Satz 2 SGB V vorgegebenen verwandten Leistungsgruppen vorgesehen. Den BG Kliniken ist aufgrund ihrer Aufgabenstellung (Behandlung von Unfallopfern) eine Vorhaltung von verwandten Leistungsgruppen in eigener Trägerschaft nicht in allen Disziplinen möglich. Dies ist dem gesetzlichen Auftrag der Unfallversicherungsträger und der mit diesem korrespondierenden Konzentration auf bestimmte Kernleistungsbereiche in den BG Kliniken geschuldet. Ein Neuaufbau von Abteilungen, die über den Kernauftrag hinausgehen, widerspräche dem gesetzlichen Auftrag der BG Kliniken. Ein solcher Neuaufbau von Abteilungen beziehungsweise Leistungsgruppen wäre daher auch durch die Aufsichtsbehörden zu beanstanden, da die Investitionskosten für die BG Kliniken aus den Beiträgen zur gesetzlichen Unfallversicherung getragen werden und die Unfallversicherungsträger entsprechend § 30 SGB IV nur Geschäfte zur Erfüllung ihrer gesetzlich vorgeschriebenen oder zugelassenen Aufgaben führen und ihre Mittel nur für diese Aufgaben verwenden dürfen. Vor diesem Hintergrund fokussieren sich die BG Kliniken auf ihren gesetzlichen Kernauftrag und stellen eine umfassende Notfallversorgung der Versicherten dadurch sicher, dass sie mit Kooperationspartnern, oftmals auf demselben Campus beziehungsweise in enger räumlicher Nähe, zusammenarbeiten. Mit der Regelung nach Satz 2 wird den BG Kliniken ermöglicht, auch in Zukunft in bewährter Weise die Versorgung schwer verunfallter Menschen in ihren Kernleistungsbereichen zu erbringen, unabhängig davon, ob es sich um ihre eigenen Versicherten oder Patientinnen und Patienten der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung handelt.

Zu Absatz 4

Absatz 4 bestimmt, wann eine Leistungsgruppe nach Absatz 1 Satz 1 zugewiesen werden darf, obwohl ein Krankenhaus die Qualitätskriterien an dem jeweiligen

Krankenhausstandort nicht erfüllt. 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 dies nicht nach der Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 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 Erforderlichkeit für die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung 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 oder das die jeweilige Leistungsgruppe in einem genehmigten Versorgungsvertrag nach § 109 Absatz 1 Satz 1 SGB V vereinbart hat, für einen erheblichen Teil der Einwohner des jeweiligen Versorgungsgebiets nicht innerhalb der vorgegebenen Fahrzeit mit einem Kraftfahrzeug erreichbar ist. Die maßgebliche Fahrzeit beträgt nach Satz 3 für die Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie 30 Minuten und für die übrigen Leistungsgruppen 40 Minuten. Die Festlegung des jeweils maßgeblichen Versorgungsgebiets ist den Landesbehörden im Rahmen ihrer Planungszuständigkeit überlassen. Auch hinsichtlich der Beurteilung, ob im Einzelfall ein erheblicher Teil der Einwohner von längeren Fahrzeiten betroffen wäre, verfügt die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde über einen eigenen Spielraum. Zur Ermittlung des Bevölkerungsbezugs kann sie sich 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 nach Satz 1 auf höchstens drei Jahre zu befristen und mit der Auflage zu verbinden, dass das Krankenhaus an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien innerhalb einer Frist, die höchstens drei Jahre betragen darf, zu erfüllen hat. 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 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 Bundesauschusses 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 Fahrzeitminuten 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

Arbeitsentwurf

KHEntgG ist hingegen keine Voraussetzung für eine Aufnahme in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG. Durch die Möglichkeit einer unbefristeten Leistungsgruppenzuweisung für die genannten Krankenhäuser soll Versorgungslücken insbesondere in dünn besiedelten Regionen entgegengewirkt werden. Bei der Entscheidung der zuständigen Landesbehörde über eine unbefristete Leistungsgruppenzuweisung sind das Interesse an der Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung und das Interesse an einer Mindeststrukturqualität 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 5

Absatz 5 enthält Vorgaben für die Aufhebung der Zuweisung einer Leistungsgruppe.

Satz 1 regelt Tatbestände, bei deren Erfüllung die Zuweisung einer Leistungsgruppe durch die zuständige Landesbehörde unverzüglich aufzuheben ist. Um eine Beeinträchtigung der Patientensicherheit infolge qualitativ minderwertiger Versorgungsstrukturen auszuschließen, handelt es sich dabei um eine gebundene Entscheidung der Landesbehörde.

Nach Nummer 1 ist die Zuweisung der betreffenden Leistungsgruppe aufzuheben, soweit das Krankenhaus aus dem Krankenhausplan herausgenommen wurde.

Nach Nummer 2 ist die Zuweisung der betreffenden Leistungsgruppe aufzuheben, wenn das Krankenhaus die jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt. Die zuständige Landesbehörde kann auf verschiedenen Wegen Kenntnis über die Nichterfüllung der Qualitätskriterien erlangen, zum Beispiel durch eine nach bereits erfolgter Leistungsgruppenzuweisung erneut beauftragte Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V, durch eine Mitteilung des Krankenhauses nach § 275a Absatz 4 Satz 2 SGB V oder durch eine Information des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 4 Satz 3 SGB V.

Die Zuweisung der betreffenden Leistungsgruppe ist nach Nummer 3 schließlich auch dann aufzuheben, wenn die Übermittlung des jeweils letzten Gutachtens des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 4 Satz 1 SGB V über die Prüfung der Erfüllung der für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien an die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde länger als zwei Jahre zurückliegt. Das bedeutet, dass der Medizinischen Dienst die Qualitätskriterien alle zwei Jahre zu prüfen hat und die Landesplanungsbehörde den Medizinischen Dienst in diesem Prüfturnus zu beauftragen hat. Hat der Medizinischen Dienst jedoch das entsprechend beauftragte Gutachten noch nicht übermittelt, kann das Krankenhaus den Nachweis über die Erfüllung der Qualitätskriterien durch eine begründete Selbsteinschätzung erbringen, wenn der Medizinische Dienst bereits mit der Prüfung nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V beauftragt wurde. Für die Begründung der Selbsteinschätzung gelten dieselben Maßstäbe wie für die Begründung der in Absatz 2 Satz 3 geregelten Selbsteinschätzung anlässlich der Zuweisung einer Leistungsgruppe. Das Krankenhaus muss also konkret darlegen, welche Qualitätskriterien es an dem jeweiligen Krankenhausstandort in welcher Weise erfüllt.

Triple Briefing

Satz 2 regelt eine Ausnahme von der in Satz 1 Nummer 2 vorgesehenen Pflicht der zuständigen Landesbehörde zur unverzüglichen Aufhebung der Leistungsgruppenzuweisung.

Nach Satz 2 Nummer 1 muss die Zuweisung einer Leistungsgruppe trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien nicht aufgehoben werden, solange eine Leistungsgruppe zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung nach Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 4 zugewiesen ist. Dies umfasst einerseits den Fall einer befristeten Zuweisung für die Dauer der in Absatz 4 Satz 4 geregelten Frist sowie andererseits den Fall einer unbefristeten Zuweisung nach Absatz 4 Satz 5, solange das Krankenhaus in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG aufgenommen ist.

Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann zudem im Fall einer nur kurzfristigen Nichterfüllung der Qualitätskriterien von der Aufhebung der Zuweisung unter den in Satz 2 Nummer 2 genannten Voraussetzungen vorübergehend absehen. Danach gilt die Pflicht zur unverzüglichen Aufhebung einer Leistungsgruppenzuweisung nicht für drei Monate ab Mitteilung des Krankenhauses über die Nichterfüllung der Qualitätskriterien nach § 275a Absatz 4 Satz 2 SGB V, wenn die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde Anhaltspunkte dafür hat, dass die Dauer der Nichterfüllung drei Monate nicht überschreitet. Hat ein Krankenhaus eine Nichterfüllung der Qualitätskriterien nicht oder nicht rechtzeitig nach § 275a Absatz 4 Satz 2 SGB V gemeldet, gilt Satz 2 Nummer 2 hingegen nicht, sodass die Leistungsgruppenzuweisung nach Satz 1 Nummer 2 unverzüglich aufzuheben ist.

Zur Beurteilung der voraussichtlichen Dauer der Nichterfüllung der Qualitätskriterien kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde nach Satz 3 eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einholen. Werden die Qualitätskriterien nach Ablauf der dreimonatigen Frist weiterhin nicht erfüllt, ist die Zuweisung der Leistungsgruppe nach Satz 1 Nummer 2 unverzüglich aufzuheben.

Die Aufhebung der Zuweisung erfolgt nach Satz 4 durch Bescheid. Nach Satz 5 ist gegen den Bescheid der Verwaltungsrechtsweg gegeben. Diese Regelung dient wie auch die Regelung in Absatz 1 Satz 7 der Klarstellung, dass der zulässige Rechtsweg für Streitigkeiten über die Aufhebung einer Leistungsgruppenzuweisung durch die zuständige Landesbehörde der Verwaltungsrechtsweg ist.

Satz 5 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. Andernfalls bestünde die Gefahr, dass Leistungen trotz einer Unterschreitung der maßgeblichen Qualitätskriterien als Mindestanforderungen an die Strukturqualität für unbestimmte Zeit und mit der Folge einer möglichen Gefährdung der Patientensicherheit weiter erbracht würden. Zudem bestünde der Anspruch des jeweiligen Krankenhauses auf Zahlung der Vorhaltevergütung trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien fort. Dies würde sich auch auf den Anteil der anderen Krankenhäuser an dem Vorhaltevolumen des Landes auswirken und einem effizienten Einsatz der begrenzten finanziellen Mittel der gesetzlichen Krankenversicherung widersprechen.

Zu Absatz 6

Absatz 6 regelt die Übermittlung bestimmter Daten im Zusammenhang mit der Zuweisung der Leistungsgruppen nach Absatz 1 durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde an das InEK.

Satz 1 bestimmt, dass die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde dem InEK bis zum 31. Oktober eines jeden Kalenderjahres, erstmals bis zum 31. Oktober 2026, zum Zweck der Berechnung der Vorhaltevergütung nach § 37 verschiedene Daten zu

Referentenentwurf

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 den Nummern 1 bis 6 übermittelt. Maßgeblich für den Zweck der Berechnung der Vorhaltevergütung für das folgende Kalenderjahr sind zudem nur diejenigen Ereignisse nach Satz 1, die in dem jeweils laufenden Kalenderjahr eingetreten sind.

Die Berechnung durch das InEK erfolgt erstmals in dem Jahr, in dem das Land dem InEK die Mitteilungen nach den Nummern 1 bis 6 gemacht hat. Dies hat erstmals bis zum 31. Oktober 2026 zu erfolgen. 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. 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 3 und 4 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), ob die Zulassung des jeweiligen Krankenhauses vollständig oder teilweise weggefallen ist oder ob das jeweilige Krankenhaus vollständig oder teilweise seinen Betrieb eingestellt hat, beispielsweise aufgrund einer Schließung (Nummer 3) oder ob 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 § 6c mitzuteilen hat, sofern es bis zu dem Zeitpunkt der Bestimmung stationäre Leistungen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 KHEntgG abgerechnet hat. Ebenfalls mitzuteilen ist der Zeitpunkt, ab dem das Krankenhaus krankenhausindividuelle Tagesentgelte nach § 6c Absatz 1 Satz 2 KHEntgG oder vorläufige Tagesentgelte nach § 6c Absatz 7 Satz 4 KHEntgG abrechnet. Das InEK benötigt diese Informationen, um gemäß § 37 Absatz 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.

Nach Satz 2 kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde die in Satz 1 genannten Daten bereits zum 31. Oktober 2025 an das InEK übermitteln. Das InEK übermittelt in diesem Fall nach § 37 Absatz 5 Satz 2 für das Folgejahr den Krankenhausträgern in dem jeweiligen Land jeweils eine Information über die Höhe des je Krankenhausstandort und je Leistungsgruppe aufgeteilten Vorhaltevolumens.

Das Nähere zur Datenübermittlung und zum Verfahren regelt nach Satz 3 das InEK.

Absatz 7

Absatz 7 enthält eine Meldepflicht der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde an das IQTIG und an die nach § 135d Absatz 1 Satz 3 SGB V benannte Stelle zur Förderung der Qualität der Krankenhausbehandlung durch Transparenz. Diese Regelung dient der Umsetzung des § 135d Absatz 1 SGB V, der durch das Krankenhaustransparenzgesetz vom 22. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 105) eingeführt wurde. Die Meldepflicht der zuständigen Landesbehörde umfasst nach Nummer 1 jede Leistungsgruppenzuweisung sowie nach Nummer 2 jede Aufhebung einer Leistungsgruppenzuweisung. Nach den Nummern 3 und 4 sind zudem jeder genehmigte Abschluss eines Versorgungsvertrags sowie jede Kündigung eines Versorgungsvertrags zu melden. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat bei der Meldung nach den Nummern 1 und 3 insbesondere anzugeben, ob das jeweilige Krankenhaus die für die jeweiligen Leistungsgruppen maßgeblichen Qualitätskriterien erfüllt oder ob stattdessen die Leistungsgruppe nach Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 4 Satz 1 zugewiesen bzw. der Versorgungsvertrag nach § 109 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 3a Satz 4 SGB V vereinbart wurde.

Zu Nummer 3 (§§ 6b, 6c)

Zu § 6b

Durch die Änderung in Nummer 3 wird ein neuer § 6b eingefügt.

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 Satz 1 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 COVID-19-Pandemie und die Koordination von erkrankten Kriegsgeflüchteten, bei denen sich jeweils gezeigt hat, dass insbesondere die Universitätskliniken die Funktion einer zentralen Krankenhausleitstelle übernahmen und damit maßgeblich zur Versorgungssicherheit beitrugen. Nach Satz 1 Nummer 1 können die Länder einem Krankenhaus Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben im Bereich der krankenhausübergreifenden Koordinierung von Versorgungsprozessen und -kapazitäten, insbesondere bei Großschadenslagen und bei Schadenslagen im Zusammenhang mit chemischen, biologischen, radiologischen und nuklearen Stoffen (CBRN-Lagen) zuweisen. Damit wird auch möglichen Herausforderungen aufgrund aktueller Krisenlagen Rechnung getragen. Mit der Regelung in Satz 1 Nummer 2 sollen die Konzeption und die Koordinierung 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, zum Beispiel 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 2 sind einem Krankenhaus gemeinsam, das heißt jeweils nur kumulativ, zuzuweisen. Ziel ist hierbei jeweils die fach- und klinikübergreifende Koordinierung 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 dem Inhalt der Aufgaben nach Satz 1 bestimmen, beispielsweise durch eine bundeseinheitliche Definition der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben.

Satz 3 bestimmt, dass die Übertragung der genannten Aufgaben aufgrund der besonderen Leistungsfähigkeit auf Hochschulkliniken beziehungsweise Krankenhäuser der Versorgungsstufe „Level 3U“ nach § 135d Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 SGB V, begrenzt ist. Ausnahmsweise dürfen die genannten Aufgaben nach Satz 4 auch einem Krankenhaus 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 Zuweisung erfolgt nach Satz 5 durch Bescheid. Gegen den Bescheid ist nach Satz 6 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 6 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 7 verweist für die Regelungen zur Datenübermittlung und zum Verfahren auf § 6a Absatz 6 Satz 3, der das InEK ermächtigt, das Nähere zur Datenübermittlung und zum Verfahren zu bestimmen.

Zu § 6c

Zu Absatz 1

Damit Krankenhäuser die Funktion einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung mit Leistungen nach § 115g SGB V 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 Krankenhausstandorte durch das Land. Dementsprechend kann 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 bestimmen, die zukünftig als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung betrieben werden und über ihren stationären Versorgungsauftrag hinaus Leistungen nach § 115g Absatz 1 SGB V erbringen sollen. Die Auswahl der betroffenen Krankenhausstandorte 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 1i zugeordnet werden Die Bestimmung einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung erfolgt durch Bescheid des Landes.

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 Versorgungseinrichtungen bestimmt und als solche in den Krankenhausplan aufgenommen werden. Voraussetzung hierfür ist jeweils, dass das Land in einer Gesamtbetrachtung des Bedarfs an stationären Leistungen und an sektorenübergreifenden Leistungen nach § 115g Absatz 1 SGB V von einem leistungsfähigen, wirtschaftlichen und bedarfsgerechten Betrieb ausgeht.

Arbeitsentwurf

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 Zweckmäßigkeitsgesichtspunkten zu gestalten ist.

Zu Absatz 2

Die Regelung in Absatz 2 dient der Umsetzung des § 135d Absatz 1 SGB V, der im Rahmen des Krankenhaustransparenzgesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 105) eingeführt wurde. Zur Förderung der Qualität der Versorgung durch Transparenz nach § 135d Absatz 1 SGB V. 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 von § 136c Absatz 1 und 2).

Zu Nummer 5 (§ 12a)

Durch die Änderungen in Absatz 1 Satz 1 und in Absatz 2 Satz 1 und 2 wird die Laufzeit des Strukturfonds 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 Strukturfonds, die bis zum Ende der Laufzeit des Strukturfonds nicht beantragt worden 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)

Um insbesondere weitere Umstrukturierungsprozesse in den Krankenhäusern, die mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz angestoßen werden, finanziell zu unterstützen, wird ein Transformationsfonds errichtet. 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 Strukturfonds nach den §§ 12 und 12a. Im Vergleich zwischen dem in § 12a vorgesehenen etablierten Verfahren und dem für den Transformationsfonds vorgesehenen Verfahren ergeben sich keine wesentlichen Unterschiede.

Zu Absatz 1

Gemäß Satz 1 wird der Transformationsfonds für die Jahre 2026 bis 2035 errichtet. Aus Satz 2 ergibt sich die Förderhöhe. Wie sich aus § 271 Absatz 6 Satz 2 bis 4 SGB V ergibt, wird dem Transformationsfonds jährlich ein Betrag von höchstens bis zu 2,5 Milliarden Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt, wobei gemäß § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 SGB V die landwirtschaftliche Krankenkasse jeweils einen Anteil an

Arbeitsentwurf

dieser Finanzierung des Transformationsfonds leistet. Damit werden dem Transformationsfonds insgesamt Mittel in Höhe von bis zu 25 Milliarden Euro zugeführt. Zudem wird dem Transformationsfonds der Betrag nach § 12a Absatz 2 Satz 4 zugeführt.

Die geförderten Vorhaben kommen sowohl den gesetzlich als auch den privat versicherten Krankenhauspatientinnen und -patienten zu Gute. Satz 3 sieht diesbezüglich vor, dass, soweit sich Unternehmen der privaten Krankenversicherung finanziell an der Förderung beteiligen, sich das Fördervolumen entsprechend erhöht.

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 von Qualitätskriterien nach § 135e Absatz 2 Satz 2 SGB V oder zur Erfüllung der Mindestvorhaltezahlen nach § 135f SGB V erforderlich ist. Wurde ein Krankenhaus gemäß § 6c 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 7 enthalten Fördertatbestände, die größtenteils bereits im Rahmen des Strukturfonds förderfähig waren, und die wegen ihrer besonderen gesundheitspolitischen Bedeutung im Rahmen des Transformationsfonds beibehalten werden. Entsprechend der Zwecksetzung des Transformationsfonds, nicht bedarfsnotwendige stationäre Versorgungsstrukturen abzubauen, wird der Fördertatbestand der Schließung von Krankenhäusern oder von Teilen eines Krankenhauses dahingehend konkretisiert, dass insbesondere Schließungen in Gebieten mit einer hohen Dichte an Krankenhäusern oder Krankenhausbetten gefördert werden. Die Konkretisierung dieser Voraussetzungen erfolgt in der Rechtsverordnung nach § 12b Absatz 5. 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.

Satz 5 entspricht der Regelung des § 12 Absatz 1 Satz 6.

Zu Absatz 2

Von dem Gesamtförderbetrag in Höhe von 25 Milliarden Euro zuzüglich einer möglichen finanziellen Beteiligung von Unternehmen der privaten Krankenversicherung 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. Satz 1 und Satz 2 ist zu entnehmen, , dass 95 Prozent 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 mehrere Krankenhäuser betrifft, 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.

Gemäß Satz 3 veröffentlicht das BAS, nachdem es die nach dem Königsteiner Schlüssel auf die Länder entfallenden Anteile an dem Fördervolumen ermittelt hat, diese Beträge für jedes Förderjahr auf seiner Internetseite. Gleiches gilt für den Betrag, der für die -Förderung länderübergreifender Vorhaben zur Verfügung steht.

Arbeitsentwurf

Hat ein Land den ihm zustehenden Anteil der Fördermittel im Laufe eines Jahres nicht durch Zuteilung nach Absatz 3 Satz 1 ausgeschöpft, bleibt ihm gemäß Satz 4 dieser Anteil bis zum Ende der Laufzeit des Transformationsfonds am 31. Dezember 2035 erhalten und kann durch Anträge abgerufen werden. Der jährliche Betrag von bis zu 2,5 Milliarden Euro erhöht sich somit, wenn die in den Vorjahren jeweils zur Verfügung stehenden 2,5 Milliarden Euro nicht durch Zuteilung nach Absatz 3 Satz 1 vollständig ausgeschöpft wurden. Dabei erfolgt die Erhöhung um den nicht ausgeschöpften Betrag.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt die Voraussetzungen für die Zuteilung von Fördermitteln. Die Inanspruchnahme von Fördermitteln aus dem Transformationsfonds ist von den Ländern beim BAS zu beantragen. Satz 1 bestimmt, unter welchen Voraussetzungen das BAS den jeweiligen Ländern auf deren Antrag hin Mittel zuteilt.

Nach Satz 1 Nummer 1 sind Anträge für die Jahre 2026 bis 2035 jeweils spätestens bis zum 30. September des Vorjahres zu stellen. Das bedeutet, dass zum Beispiel Anträge für eine Förderung im Jahr 2026 bereits bis Ende September 2025 gestellt werden müssen. Dementsprechend werden im Jahr 2026 Projekte gefördert, die bereits im Jahr 2025, gegebenenfalls auch im Jahr 2024, geplant wurden. Gefördert werden dürfen nach Satz 1 Nummer 2 allerdings nur Vorhaben, die am 1. Januar 2026 noch nicht begonnen wurden. Das heißt, dass die Umsetzung erst im Jahr 2026 erfolgen darf.

Die Antragsfrist nach Satz 1 Nummer 1 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.

Voraussetzung nach Satz 1 Nummer 3 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 den Träger des Krankenhauses, auf das sich das zu fördernde Vorhaben bezieht, 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.

Referentenentwurf

Als weitere Voraussetzung wird in Satz 1 Nummer 4 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 2024 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.

Gemäß Satz 1 Nummer 5 sind bei der Zuteilung der Mittel die Voraussetzungen zu beachten, die sich aus der Verordnung nach Absatz 5 ergeben.

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.

Satz 3 stellt klar, dass das BAS einem Land Mittel aus dem Transformationsfonds nur insoweit gewähren darf, als das der Träger des Krankenhauses, auf das sich das zu fördernde Vorhaben bezieht, dem Land nicht Investitionskosten zurückerstatten muss.

Für den Fall, dass ein Land gegenüber dem Träger des Krankenhauses, auf das sich das zu fördernde Vorhaben bezieht, auf eine Rückzahlung von Investitionsmitteln des Landes verzichtet hat, bestimmt Satz 4, dass auch in diesem Fall keine Anrechnung dieses Betrages auf die Ko-Finanzierung im Rahmen des Transformationsfonds oder auf die in den Jahren 2026 bis 2035 aufzubringenden Investitionsmittel erfolgen darf

Gemäß Satz 5 sind überzahlte oder nicht zweckentsprechend verwendete Mittel 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

Das BAS verwaltet die Mittel und zahlt Fördermittel nach Prüfung des Antrags an das jeweilige Land aus. Satz 1 bestimmt, dass die dem BAS in diesem Zusammenhang entstehenden Personal- und Sachkosten aus dem Transformationsfonds gedeckt werden.

Die Regelung in Satz 2 wurde aufgenommen, da im Rahmen des Transformationsfonds eine Vielzahl von Anträgen zu erwarten ist, die einen erheblichen Verwaltungsaufwand beim BAS erzeugen werden. Im Rahmen des hohen Antragsaufkommens bei der Förderung nach dem Krankenhauszukunftsfonds nach § 14a KHG hat sich gezeigt, dass die vorherige Abstimmung einer strukturierten Vorgehensweise im Verwaltungsverfahren durch das BAS mit den Ländern die zügige und effiziente Bearbeitung der Anträge beim BAS sehr erleichtert.

Gemäß Satz 3 hat das BAS die Bearbeitung der Anträge der Länder auf Förderung aus Mitteln des Transformationsfonds bis zum 31. Dezember 2035 abzuschließen. In der Folge verbleiben bis zu diesem Zeitpunkt nicht durch das BAS zugeteilte Mittel beim Gesundheitsfonds. Satz 4 bestimmt, dass mit Abschluss des Transformationsfonds Mittel, die auf den Finanzierungsanteil von Unternehmen der privaten Krankenversicherungen entfallen, an diese zurückzuzahlen sind.

Zu Absatz 5

Referentenentwurf

Die Regelung enthält die Ermächtigung, durch Rechtsverordnung unter anderem das Nähere zu den Kriterien und Voraussetzungen und zum Verfahren der Förderung aus dem Transformationsfonds ab dem Jahr 2026 zu regeln.

Zu Nummer 7 (§ 14)

Wie für den Strukturfonds nach den §§ 12 und 12a ist auch für den Transformationsfonds nach § 12b durch das BAS in Abstimmung mit dem BMG und dem BMF eine begleitende Auswertung des durch die Förderung nach dem nach dem Transformationsfonds nach § 12b bewirkten Strukturwandels in Auftrag zu geben. Ein erster Zwischenbericht ist erstmals nach zwei Jahren zum 31. Dezember 2027 vorzulegen. Der neue Satz 6 bestimmt, dass die ab dem 1. Januar 2027 entstehenden Aufwendungen für die Auswertungen nach § 12a und § 12b aus dem Transformationsfonds gedeckt werden.

Zu Nummer 8 (§ 17b)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung, die aufgrund der Regelungen zur Einführung der Vorhaltevergütung nach Absatz 4b erforderlich ist. Die allgemeinen Krankenhausleistungen werden auch weiterhin über das pauschalierende Vergütungssystem vergütet, soweit 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 Regelungen zur Einführung der Vorhaltevergütung nach Absatz 4b erforderlich ist. Auch für die Vorhaltevergütung ist zu gewährleisten, dass die Kalkulation auf einer repräsentativen Grundlage erfolgt. Deshalb hat das InEK das Konzept anzupassen.

Zu Buchstabe c

Bis zum Jahr 2024 werden Kosten für Auszubildende in der Pflege und für ausländische Pflegekräfte im Anerkennungsverfahren über das Pflegebudget finanziert. Auf Grund einer Regelung aus dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz vom 7. November 2022 (BGBl. I S. 1990) (GKV-FinStG), die darauf abzielte, dass im Pflegebudget nur qualifiziertes Personal mit einschlägigem Berufsabschluss berücksichtigt wird, ist vorgesehen, dass die Kosten für Auszubildende in der Pflege und für ausländische Pflegekräfte im Anerkennungsverfahren 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 verfügen Auszubildende in der Pflege und ausländische Pflegekräfte im Anerkennungsverfahren per Definition noch nicht über den von ihnen angestrebten (deutschen) Abschluss in einem Pflegeberuf, sie werden ihn aber regelhalt 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. Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben zu vereinbaren, dass in der Definition der aus den Fallpauschalen auszugliedernden Pflegepersonalkosten auch

Nicht Bindend

die Kosten für Auszubildende in der Pflege und für ausländische Pflegekräfte im Anerkennungsverfahren zu berücksichtigen sind.

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 pauschaliertem DRG-Vergütungssystem, krankenhausindividueller 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. Nicht umfasst sind die Kosten für Zusatzentgelte und krankenhausindividuell 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 zugrunde 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 jeweils 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. 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 versehenden DRG ergibt sich diese auf der Grundlage der Subtraktion der Pflegepersonalkosten nach Absatz 4 von einem Betrag in Höhe 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 3). 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 4 wird vorgegeben, dass für die Abrechnung der Entgelte nach § 7 Absatz 2 Krankenhausentgeltgesetz die Vorhaltebewertungsrelationen für Fälle aus den Leistungsgruppen der Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin zu erhöhen sind. § 39 Absatz 3 regelt, wie der Prozentsatz für diese Erhöhung ermittelt wird. Mit dieser Regelung soll gewährleistet werden, dass die Förderbeträge der genannten Bereiche zeitnah den Krankenhäusern zur Verfügung stehen. Die erhöhten Vorhaltebewertungsrelationen sind gesondert auszuweisen und dienen den Krankenhäusern, die für ihre Krankenhausstandorte Anspruch auf die Förderbeträge haben, der zeitnahen Abrechnung.

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 5). 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 zugrunde zu legen.

Zu Absatz 4c

Das InEK wird verpflichtet, die Auswirkungen der Einführung der Vorhaltevergütung zu analysieren und auf der Grundlage dieser Analyse Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Vorhaltevergütung abzugeben (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 richten. Dabei ist auch die Wirkung des in § 37 Absatz 2 Satz 7 vorgegebenen Korridors zu würdigen, der vorgibt, ab welcher Höhe Fallzahlveränderungen bei der Vorhaltevergütung zu berücksichtigen sind. Hierzu kann das InEK insbesondere die jeweils 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 und seine Empfehlungen bis zum 31. Dezember 2029 in einem Zwischenbericht und bis zum 31. Dezember 2031 in einem abschließenden Bericht

Referentenentwurf

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 der Aufgaben des InEK nach diesem Absatz werden über den DRG-Systemzuschlag finanziert (Satz 4).

Zu Buchstabe e

Es handelt sich um eine Folgeänderung, mit der sichergestellt wird, dass auch die Aufgaben im Zusammenhang mit der Vorhaltevergütung über den DRG-Systemzuschlag finanziert werden. Zudem werden die Aufgaben im Zusammenhang mit der Anpassung der Definition der ab dem Jahr 2025 auszugliedernden Pflegepersonalkosten in die Finanzierung durch den DRG-Systemzuschlag einbezogen.

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 Fall 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 strukturierte Stichprobenprüfungen. Um für alle Krankenhäuser eine Entbürokratisierung und ein einheitliches Prüfverfahren zu erreichen, ist auch für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen ein Umstieg von Einzelfallprüfungen auf Stichprobenprüfungen vorgesehen. Die Stichprobenprüfungen finden für Aufnahmen von Patientinnen und Patienten ab dem 1. Januar 2027 in das Krankenhaus Anwendung. Sie werden vom Medizinischen Dienst durchgeführt und dienen der Prüfung von Rechnungen eines Krankenhauses über eine Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V, bei denen die gesetzliche Krankenversicherung Kostenträger ist. Die Begrenzung auf die gesetzliche Krankenversicherung ergibt sich, da der Zuständigkeitsbereich des Medizinischen Dienstes auf die Prüfung von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt ist.

Satz 1 sieht eine Beauftragung des Medizinisches Dienstes Bund vor, ein Konzept für Stichprobenprüfungen zu entwickeln. Dieses schriftlich verfasste Konzept ist bis zum 28. Februar 2026 an die DKG und den GKV-Spitzenverband zu übermitteln. Der Medizinische Dienst Bund unterstützt die DKG und den GKV-Spitzenverband insoweit mit seinem Wissen und seiner Erfahrung im Bereich der Krankenhausabrechnungsprüfung. Unter Würdigung des Berichtswesens des Medizinischen Dienstes Bund nach §§ 278 Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 und 283 Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 SGB V hat der Medizinische Dienst Bund das Konzept weiterzuentwickeln und das weiterentwickelte Konzept an den GKV-Spitzenverband und die DKG zu übermitteln.

Tagesspiegel Background

Daraufhin vereinbaren die DKG und der GKV-Spitzenverband unter Beachtung des übermittelten Konzepts das Verfahren zur Durchführung von Stichprobenprüfungen (Satz 2). Die Vereinbarung ist spätestens bis zum 30. Juni 2026 zu treffen. Hierdurch wird ein bundeseinheitliches Vorgehen bei dem Verfahren zur Durchführung von Stichprobenprüfungen gewährleistet. Sofern der Medizinische Dienst Bund sein Konzept weiterentwickelt, haben die DKG und der GKV-Spitzenverband die Vereinbarung anzupassen. Hierbei haben sie eine Frist von vier Monaten ab Vorlage des weiterentwickelten Konzepts durch den Medizinischen Dienst Bund zu beachten, wodurch eine zeitnahe Übertragung des weiterentwickelten Konzepts in die Vereinbarung gewährleistet werden soll. Im Rahmen der anzupassenden Vereinbarung haben die DKG und der GKV-Spitzenverband ebenfalls die Ergebnisse des Berichtswesens nach §§ 278 Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 und 283 Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 SGB V heranzuziehen und zu berücksichtigen.

Für Aufnahmen von Patientinnen und Patienten ab dem 1. Januar 2027 in das Krankenhaus findet die Einzelfallprüfung und das Prüfquotensystem nach § 275c SGB V für die Prüfung von Rechnungen eines Krankenhauses über eine Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V keine Anwendung mehr (Satz 3).

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, unter dessen Beachtung die Vertragsparteien nach Satz 2 eine Vereinbarung für ein Verfahren zur Durchführung von Stichprobenprüfungen zu treffen haben, werden mit Satz 4 Inhalte vorgegeben, die in dem Konzept zu berücksichtigen und in der Vereinbarung festzulegen sind. Dabei handelt es sich um eine nicht abschließende Aufzählung von Vorgaben:

- Zunächst ist zu beschreiben, wie die Stichprobenprüfung auszugestalten ist (Nummer 1), dazu gehören Vorgaben für ein nicht manipulierbares Verfahren zur Bestimmung der Stichprobe sowie deren Umfang. Für die Ausgestaltung der Stichprobe ist es erforderlich, Vorgaben zu treffen, wie die relevanten Fälle, auf die die Stichprobe bezogen werden soll, ermittelt werden (rechnerische Grundgesamtheit). Kriterien für die Auswahl der rechnerischen Grundgesamtheit können unter anderem Fachabteilungen oder bestimmte Organisationseinheiten sein, aber auch Behandlungen, die zum Beispiel durch Diagnosen und/oder Prozeduren bestimmt werden. Insofern entspricht die rechnerische Grundgesamtheit nicht zwingend allen GKV-Fällen eines Krankenhauses. Für die Bestimmung einer rechnerischen 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 unter anderem Vorgaben dazu zu treffen, wie häufig und in welchen zeitlichen Abständen Abrechnungen eines Krankenhauses im Wege von Stichprobenprüfungen 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. Die Abwicklung solcher Beanstandungen, der finanzielle Ausgleich von Beanstandungen und das Nähere für eine Hochrechnung der Ergebnisse einer Stichprobenprüfung auf die der Stichprobe zugrunde liegenden Fälle (rechnerische Grundgesamtheit) müssen ebenfalls Gegenstand des Konzepts und der Vereinbarung sein. Unter der Abwicklung von Beanstandungen ist das administrative Verfahren zu verstehen, das sich an eine Beanstandung anschließt. Zu klären ist unter anderem, inwieweit Einwendungen und Erörterungen möglich sein sollen. Beanstandungen können sowohl zugunsten der Krankenkasse als auch zugunsten der Krankenhäuser

ausfallen. Hinsichtlich des finanziellen Ausgleichs ist unter anderem vorzugeben, ob ein Ausgleich mit dem einzelnen Kostenträger stattfindet oder ein pauschaler Ausgleich über alle Kostenträger ermöglicht wird. Die Hochrechnung hat sich auf die rechnerische Grundgesamtheit nach Nummer 1 zu beziehen.

- Über die gesetzlichen und durch Richtlinien vorgegebenen Maßstäbe der Prüfung hinaus ist in dem Konzept und in der Vereinbarung vorzugeben, welche Dokumentationspflichten den in der Stichprobenprüfung Beteiligten hinsichtlich der Durchführung der Prüfungen 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 5). Ein Antrag einer der Vertragsparteien ist dazu nicht erforderlich. Die Bundesschiedsstelle hat das originäre beziehungsweise das im Fortgang weiterentwickelte Konzept des Medizinischen Dienstes Bund bei ihrer Festlegung ebenso wie den zu diesem Zeitpunkt getroffenen Stand der Vereinbarung durch die Vereinbarungspartner zu beachten. Der Medizinische Dienst Bund hat die Schiedsstelle über den Zeitpunkt der Vorlage des weiterentwickelten Konzepts zu informieren, damit diese Kenntnis erlangt, ab wann die sechs Wochen laufen, innerhalb derer sie eine Entscheidung zu treffen hat, sofern die Vertragsparteien keine Vereinbarung schließen (Satz 6).

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Es wird klargestellt, dass unabhängig vom Ausgang der Erörterung die Kosten für die Inanspruchnahme eines Dritten selbst zu tragen sind. Die Erörterung stellt ein konsensorientiertes Verfahren dar, indem sich die Krankenkasse und das Krankenhaus in einem Gleichordnungsverhältnis gegenüberstehen. Sie arbeiten bei der Erörterung konstruktiv zusammen und haben die Möglichkeit, strittige Fragen im Sinne eines Vergleiches zu beenden. Es ist sowohl der Krankenkasse, als auch dem Krankenhaus zumutbar, die Regelungen der Prüfverfahrensvereinbarung insbesondere ohne Einschaltung einer Anwaltskanzlei zu verstehen und umzusetzen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Einfügung eines neuen Satzes in § 17c Absatz 2b.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich einerseits um eine redaktionelle Korrektur. Die Textstelle wurde zuletzt durch Artikel 3 Nummer 2 Buchstabe g des MDK-Reformgesetzes 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 MDK-Reformgesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789). Dabei war die Satzzählung fehlerhaft. Sie wird durch die Änderung nun korrigiert. Darüber hinaus wird die Regelung dahingehend erweitert, dass auch gegen die nach Absatz 1a Satz 5 vorgesehene Entscheidung der Schiedsstelle der Sozialrechtsweg gegeben ist (Satz 7) Insoweit gilt auch hierfür der Ausschluss des Vorverfahrens sowie der Entfall der aufschiebenden Wirkung einer etwaigen Klage (Absatz 4 Satz 2).

Vorabfassung

Zu Buchstabe d

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 e

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. In dem Zusammenhang wird die Bezeichnung der Prüfungen an den Gesetzeswortlaut des § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 angepasst.

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. In dem Zusammenhang werden Bezeichnung der Prüfungen an den Gesetzeswortlaut des § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 angepasst.

Zu Nummer 11 (Titelbezeichnung neu „Titel 1 Zuständigkeiten, Statistik, Darlehen“)

Zur Strukturierung des 5. Abschnitts „Sonstige Vorschriften“ wird eine Titelüberschrift eingeführt.

Jahn Briefing

Zu Nummer 12 (§ 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 zum Einen nach der Höhe der Vorhaltevergütung und zum Anderen nach der 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 13 (Titelbezeichnung neu „Titel 2 Beleihung und Verpflichtungen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus“)

Zur Strukturierung des 5. Abschnitts „Sonstige Vorschriften“ wird eine Titelüberschrift eingeführt.

Zu Nummer 14 (§§ 37 und 38 neu)

Zu § 37

Zu Absatz 1

Für die Vorhaltevergütung stellen Vorhaltevolumina eine wesentliche Größe dar. Daher werden sie in Satz 1 definiert als Summe von Vorhaltebewertungsrelationen gemäß § 17 b Absatz 4b Satz 3. Die erhöhten Vorhaltebewertungsrelationen nach §17b Absatz 4b Satz 4 sind für die Ermittlung der Vorhaltevolumina nicht zu verwenden. Ein Vorhaltevolumen wird ermittelt, indem Fälle mit Vorhaltebewertungsrelationen bewertet werden und diese Vorhaltebewertungsrelationen addiert werden. Vorhaltevolumina werden für verschiedene Ebenen ermittelt und verwendet. So hat das InEK für jedes Land und je Leistungsgruppe ein Vorhaltevolumen zu ermitteln und dieses auf die Krankenhausstandorte zu verteilen.

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 (Satz 2). Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat bis zum 31. Oktober eines Jahres dem InEK eine Aufstellung über die den Krankenhäusern standortbezogen zugewiesenen Leistungsgruppen nach § 6a Absatz 6 Satz 1 zu übermitteln. Auf der Grundlage der übermittelten Daten hat das InEK nach Satz 2 in diesem Land ein Vorhaltevolumen zu ermitteln, indem es 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 mit den

Table.Briefings

Vorhaltebewertungsrelationen bewertet, die auf Basis des kalkulierten Entgeltkatalogs für das Folgejahr maßgeblich sind. Mit dem vorgesehenen Verfahren wird das Vorhaltevolumen je Land auf der Grundlage der aktuellsten Daten für ein Kalenderjahr ermittelt. Fälle von Krankenhäusern, die nach § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 6 zu sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen bestimmt worden sind, 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). Außerdem 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 3 Satz 5 SGB V lediglich für Zwecke des Transparenzverzeichnisses erfasst werden, ebenfalls nicht zu berücksichtigen. 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. Unterjährige Anpassungen der ermittelten Vorhaltevolumina sind nicht vorgesehen, um die Planungssicherheit und Finanzstabilität der Krankenhausstandorte nicht zu gefährden. Die Berechnung ist jeweils bis zum 30. November eines Jahres abzuschließen.

Im zweiten Schritt ist das ermittelte Vorhaltevolumen je Land nach den Leistungsgruppen rechnerisch aufzuteilen (Satz 3). Maßgebliches Kriterium für die rechnerische Aufteilung 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 § 6a Absatz 1 Satz. 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 den Anteilen nach Absatz 2 Satz 2 oder Satz 5 auf die Krankenhausstandorte, denen die Leistungsgruppe durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde zugewiesen wurde oder für die sie nach § 109 Absatz 3 Satz 3 SGB V als zugewiesen gilt, rechnerisch 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 6 Satz 1 Nummer 2, 3 und 6 genannt sind, zu beschreiben. Bei Bedarf sind Anpassungen am Konzept durch das InEK vorzunehmen.

Zu Absatz 2

Mit Satz 1 der Regelung wird das InEK verpflichtet, auf der Grundlage der übermittelten Daten nach § 6a Absatz 6 Satz 1 für jeden Krankenhausstandort dessen Anteil an der Vorhaltevergütung in der jeweiligen Leistungsgruppe zu ermitteln. Voraussetzung ist, dass das Krankenhaus die für die jeweilige Leistungsgruppe geltende Mindestvorhaltezahl nach § 135f Absatz 1 SGB V erfüllt oder eine Feststellung nach § 6b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes getroffen wurde.

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 nach § 109 Absatz 3 Satz 3 SGB V als zugewiesen geltenden Leistungsgruppen zu berechnen ist. Zunächst ist für jeden Krankenhausstandort in jeder ihm nach § 6a zugewiesenen oder nach § 109 Absatz 3 Satz 3 SGB V als zugewiesen geltenden Leistungsgruppe die Anzahl der 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 (rechnerische Grundgesamtheit). Der Anteil eines Krankenhausstandortes in einer Leistungsgruppe ergibt sich durch die Division seines im ersten Schritt ermittelten Ergebnisses durch die rechnerische 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 nach § 109 Absatz 3 Satz 3 SGB V als zugewiesen geltenden Leistungsgruppen nach § 6a Absatz 6 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 2 oder Satz 3 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 zuletzt verfügbaren 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 nach § 109 Absatz 3 Satz 3 SGB V als zugewiesen gilt, und er in dieser Leistungsgruppe erstmalig Leistungen erbringen soll. Da dem InEK für das erste und Folgejahre einer entsprechenden Zuweisung oder nach § 109 Absatz 3 Satz 3 SGB V als 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 6 Satz 1 Nummer 5 übermittelte Planfallzahl zu verwenden. Als Vorhalte-Casemixindex hat das InEK den Durchschnitt der Vorhalte-Casemixindizes in dieser Leistungsgruppe aller betreffenden Krankenhausstandorte im jeweiligen Land zu ermitteln und zugrunde zu legen. Die Planfallzahl ist mit dem vorgenannten durchschnittlichen Vorhalte-Casemixindex zu multiplizieren. Dieses Produkt ist durch die Summe aller Produkte aller Krankenhausstandorte in dieser Leistungsgruppe zu dividieren. Diese Regelung gilt bis zu dem Zeitpunkt, ab dem nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 KHEntgG die Anzahl der Fälle, wenn das Land keine Planfallzahlen übermittelt, und die Vorhaltebewertungsrelationen der Fälle verwendet werden können.

Referentenentwurf

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 nach § 109 Absatz 3 Satz 3 SGB V als zugewiesen geltenden Leistungsgruppen nach § 6a Absatz 6Satz 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 Satz 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 2 Nummer 2 KHEntgG übermittelten Fallzahl des Krankenhausstandortes in der einzelnen ihm zugewiesenen oder nach § 109 Absatz 3 Satz 3 SGB V als 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 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 6 Satz 1 Nummer 1 oder 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 2 Nummer 2 KHEntgG bei der Ermittlung der Anteile zugrunde zu legen. Leistungsverlagerungen nach § 135f Absatz 1 Satz 2 oder Satz 3 SGB V sind entsprechend der Regelung in Satz 3 Nummer 2 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 2 Nummer 2 KHEntgG keine Anwendung. Veränderungen des Vorhalte-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 der Anteile 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 6 Satz 1 Nummer 2, 3 und 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. Neuermittlungen entfalten damit Geltung für das Jahr, das auf das Jahr, in dem die Neuermittlung stattfindet, folgt. Die Kalenderjahre der Neuermittlung nach Satz 6 zweiter Halbsatz stehen fest und bleiben von einer Neuermittlung aufgrund eines unterjährigen Ereignisses nach § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 bis 4 oder Nummer 6 unberührt.

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 2 für die Jahre 2028 und 2029 vor der Aufteilung nach Leistungsgruppen und 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 nach § 109 Absatz 3 Satz 3 SGB V als 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 2 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 2 im Jahr 2027 (2028) für das Jahr 2028 (2029) umzusetzen.

Zu Absatz 4

Sofern für ein Krankenhaus während eines Kalenderjahres eines der Ereignisse nach § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 oder 3 eintritt, das heißt diesem eine oder mehrere

Referentenentwurf

Leistungsgruppen unterjährig entzogen werden oder dieses vollständig oder teilweise aus der somatischen Krankenhausversorgung ausscheidet, werden die für das Krankenhaus standortbezogen nach Absatz 1 Satz 4 ermittelten Vorhaltevolumina nach dem Ausscheiden oder dem Entzug nicht mehr abgerufen. Damit diese für die Krankenhausversorgung und die Vorhaltevergütung vorgesehenen Mittel dennoch den Krankenhäusern in dem betroffenen Land zufließen, hat das InEK daher bei der nächsten Ermittlung des Vorhaltevolumens je Land je Leistungsgruppe nach Absatz 1 Satz 3 in der betroffenen oder den betroffenen Leistungsgruppen in dem Land diese Mittel erhöhend zu berücksichtigen (Satz 1).

Dafür hat das InEK nach Satz 2 die nach Absatz 1 Satz 4 für die betroffenen Krankenhausstandorte eines Krankenhauses 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 nach § 109 Absatz 3 Satz 3 SGB V als zugewiesen geltenden Leistungsgruppen nach Absatz 1 Satz 4 und die Höhe der standortindividuellen Förderbeträge nach § 39 Absatz 2 Satz 5 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 Leistungsgruppe und je Krankenhausstandort aufgeteilten Vorhaltevolumens nach Absatz 1 Satz 4 sind daraufhin jährlich zu erlassen. Für zugewiesene Leistungsgruppen, für die die jeweilige Mindestvorhaltezahl nicht erfüllt wird und keine Ausnahmeregelung gilt, 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 6 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.

Die Sätze 3 und 4 sehen eine Sonderregelung vor für den Fall unterjähriger Strukturveränderungen eines Krankenhauses. Dies betrifft solche Strukturveränderungen, die nach § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 oder 3 durch die zuständige Landeskrankenhausplanungsbehörde dem InEK zum Zwecke der Ermittlung der Vorhaltevergütung jährlich zu übermitteln sind, namentlich die Aufhebung der Zuweisung einer Leistungsgruppe oder das vollständige oder teilweise Ausscheiden eines Krankenhauses aus der somatischen Krankenhausversorgung mehrerer Krankenhäuser. Das InEK wird entsprechend seinen Befugnissen nach § 31 Absatz 1 in Verbindung mit der vorliegenden Regelung gesetzlich berechtigt und verpflichtet, den ursprünglich erteilten Bescheid über die Höhe des Vorhaltevolumens je Leistungsgruppe und die Höhe der Förderbeträge nach § 39 Absatz 2 Satz 5 rückwirkend mit Wirkung vom Zeitpunkt des Eintritts des Ereignisses zu widerrufen. Die Vorhaltevolumina und die Förderbeträge werden insoweit abweichend von dem Bescheid und der dort ausgewiesenen Vorhaltevolumina sowie der standortindividuellen Förderbeträge nach § 39 Absatz 2 Satz 5 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

Public Review

dem das Ereignis nach § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 und 3 eingetreten ist. Die Differenz zwischen der Höhe der ursprünglichen Vorhaltevolumina sowie der Höhe der ursprünglichen Förderbeträge und der aufgrund der Anzahl der Kalendertage zwischen dem eingetretenen Ereignis und dem Ende desselben Jahres zu ermittelnden Höhe der Vorhaltevolumina und der Höhe der Förderbeträge ergibt die Höhe des durch das InEK zu widerrufenden Teils des Bescheids. Der Widerruf 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 und keine Förderbeträge mehr erhalten darf. Auf Vertrauensschutz, der einem Widerruf 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 Leistungsgruppe und je Krankenhausstandort aufgeteilten Vorhaltevolumens nach Absatz 1 Satz 4 sowie die Höhe der standortindividuellen Förderbeträge nach § 39 Absatz 2 Satz 5 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 6 Satz 1 Nummer 2 bis 4 eintritt, in dessen Folge das InEK den Bescheid teilweise widerruft. 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 5 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 der Wahrnehmung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben in Höhe von 125 Millionen Euro jährlich, erstmals für das Kalenderjahr 2027, auf die Länder zu verteilen (Satz 1). Die Verteilung der zusätzlichen Mittel auf die Länder erfolgt entsprechend der Verteilung des Vorhaltevolumens, also des Verhältnisses des Vorhaltevolumens eines jeden Landes im jeweiligen Kalenderjahr an der Summe der Vorhaltevolumina aller Länder im jeweiligen Kalenderjahr (Satz 2). 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 Beträge für die Wahrnehmung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben jährlich auf die Krankenhäuser, denen nach § 6b Satz 1 Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zugewiesen wurden, rechnerisch auf. Dazu ermittelt das InEK die Summe der dem jeweiligen Krankenhaus für seine Krankenhausstandorte nach § 37 Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach § 37 Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilten Vorhaltevolumina sowie die Summe aller für die Krankenhausstandorte von Krankenhäusern, denen nach § 6b Satz 1 Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zugewiesen wurden, nach § 37 Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach § 37 Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilten Vorhaltevolumina in dem jeweiligen Land. Die Verteilung der zusätzlichen Mittel auf die Krankenhäuser erfolgt dann entsprechend dem Anteil des Vorhaltevolumens des einzelnen Krankenhauses an der Summe der Vorhaltevolumina aller Krankenhäuser, denen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben im jeweiligen Land zugewiesen wurden. Das InEK veröffentlicht jährlich die für das folgende Kalenderjahr ermittelten Beträge je Land und je Krankenhaus, dem Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zugewiesen wurden, jeweils bis zum 10. Dezember,

Referentenentwurf

erstmals bis zum 10. Dezember 2026, barrierefrei auf seiner Internetseite. Sofern die für Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde dem InEK bis zum 31. Oktober eines Jahres die Krankenhäuser im jeweiligen Zuständigkeitsbereich nicht mitgeteilt hat, wird dem jeweiligen Land für das betreffende Kalenderjahr kein Anteil an dem Betrag zur Förderung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zugerechnet. Folglich werden den Krankenhäuser, denen von dem jeweiligen Land Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zugewiesen wurden, für das betreffende Kalenderjahr keine Beträge zur Förderung der Wahrnehmung dieser Aufgaben zugeteilt.

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 aufzuteilen. Die Verteilung erfolgt entsprechend der Verteilung des Vorhaltevolumens, also des Anteils des Vorhaltevolumens aller Standorte der einzelnen Hochschulklinik an der Summe der Vorhaltevolumina 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 von Hochschulkliniken erhalten. Das InEK veröffentlicht jährlich die ermittelten Beträge für das folgende Kalenderjahr je Hochschulklinik bis zum 10. Dezember, erstmals bis zum 10. Dezember 2026, barrierefrei auf seiner Internetseite.

Zu Nummer 15 (Titelbezeichnung neu „Titel 3 Förderbeträge und Förderung der Spezialisierung“)

Zur Strukturierung des 5. Abschnitts „Sonstige Vorschriften“ wird eine Titelüberschrift eingeführt.

Zu Nummer 16 (§§ 39 und 40 neu)

Zu § 39

Mit dem neuen § 39 werden Vorgaben für die Ermittlung der Förderbeträge für die geburtshilfliche und pädiatrische Versorgung sowie die Versorgung in Stroke Units, der Speziellen Traumatologie und der Intensivmedizin in Krankenhäusern und der Ermittlung des in § 17b Absatz 4b Satz 4 KHG genannten Prozentsatzes gemacht.

Zu Absatz 1

Die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin erhalten ab dem Jahr 2027 jährlich zusätzliche Förderbeträge. 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.

Das InEK teilt die zusätzlichen Mittel jährlich, erstmals ab dem Jahr 2027, rechnerisch auf die Standorte auf, auf die für das jeweilige Kalenderjahr mindestens eine den Bereichen nach Absatz 2 zugeordnete Leistungsgruppe ein Vorhaltevolumen aufgeteilt wurde. Für die rechnerische Aufteilung sind die Absätze 2 und 3 maßgeblich.

Die zusätzlichen finanziellen Mittel für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin betragen bundesweit ab dem Jahr 2027 für die Leistungen im Bereich Pädiatrie insgesamt 300 Millionen Euro (inklusive 12 Millionen Euro für Besondere Einrichtungen, siehe dazu § 5 Absatz 3l KHEntgG), für die Leistungen

Tape.Briefings

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 zukünftig ein Förderbetrag in Höhe von 288 Millionen Euro zusätzlich zum Vorhaltebudget der nach Absatz 2 dem Bereich zugeordneten 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 in Höhe von 12 Millionen Euro abgesenkt wird. Besondere Einrichtungen erheben ab dem Jahr 2027 den Zuschlag nach § 5 Absatz 3l KHEntgG für die pädiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Alter von über 28 Tagen und unter 16 Jahren weiter.

Zu Absatz 2

Um die Förderbeträge für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin auf die Krankenhausstandorte verteilen zu können, müssen diesen Bereichen zunächst Leistungsgruppen zugeordnet werden. Die maßgeblichen Leistungsgruppen bestimmen sich nach den Regelungen der Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 1 SGB V; bis zum Inkrafttreten dieser Rechtsverordnung bestimmen sie sich nach § 135e Absatz 4 SGB V (siehe § 135e Absatz 2 Satz 2 SGB V). Die Vertragsparteien auf der Bundesebene vereinbaren auf der Grundlage eines Konzepts des InEK bis zum 31. Mai 2026, welche Leistungsgruppen diesen Bereichen zugeordnet werden. Um sicherzustellen, dass bei der Zuordnung Änderungen an den maßgeblichen Leistungsgruppen regelmäßig berücksichtigt werden, ist das Konzept des InEK sowie entsprechend die Vereinbarung durch die Vertragsparteien auf der Bundesebene anzupassen, soweit sich durch eine Anpassung der Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 1 SGB V Bedarf ergibt. Kommt eine Vereinbarung 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 einem Monat fest. Durch die Fristen steht dem InEK die jeweils aktuelle Zuordnung für das folgende Jahr frühzeitig zur Verfügung. Gemäß § 18a Absatz 6 Satz 12 und 13 gelten der Verwaltungsrechtsweg gegen die Entscheidung der Schiedsstelle, der Ausschluss eines Vorverfahrens sowie der Entfall der aufschiebenden Wirkung einer Klage.

Zu Absatz 3

Das InEK wird mit Satz 1 verpflichtet, die bundesweit festgelegten Förderbeträge auf die den Bereichen Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie, Intensivmedizin zugeordneten Leistungsgruppen entsprechend der Anteile der jeweiligen Vorhaltevolumina zu verteilen. Hierzu hat das InEK das jeweilige Verhältnis des Vorhaltevolumens einer einem Bereich zugeordneten Leistungsgruppe zur bundesweiten Summe der Vorhaltevolumina aller dem jeweiligen Bereich 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 (Satz 3). Die Verteilung erfolgt entsprechend dem Anteil des landesweiten Vorhaltevolumens der jeweiligen Leistungsgruppe an dem vom InEK zu berechnenden bundesweiten Vorhaltevolumen der gesamten jeweiligen Leistungsgruppe (Satz 4).

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 (Satz 5). Die Förderbeträge je Leistungsgruppe werden für jeden Standort in seinem Bescheid nach § 37 Absatz 5 Satz 1 separat ausgewiesen.

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.

Zu Absatz 4

Die Auszahlung der Förderbeträge erfolgt nach § 17b Absatz 4b Satz 4, indem die Vorhaltebewertungsrelationen für Fälle aus den Leistungsgruppen der Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin erhöht werden.

Der prozentuale Zuschlag zur Erhöhung der Vorhaltebewertungsrelationen der den Bereichen zugeordneten Leistungsgruppen wird vom InEK jährlich ermittelt. In den Entgeltkatalogen ab dem Jahr 2027 sind nach § 17b Absatz 4b Satz 4 die prozentual erhöhten Vorhaltebewertungsrelationen separat auszuweisen. Dafür setzt das InEK den der Leistungsgruppe jeweils in der Aufteilung nach Absatz 3 Satz 1 für das jeweilige Jahr zugerechneten Betrag ins Verhältnis zum Produkt der Summe aller Vorhaltevolumina der Länder in dieser Leistungsgruppe für das jeweilige Kalenderjahr und des nach § 10 Absatz 9 Satz 1 KHEntgG aktuellsten berechneten einheitlichen Basisfallwerts. Da der nach § 10 Absatz 9 Satz 1 KHEntgG berechnete einheitliche Basisfallwert von den Vertragsparteien auf Bundesebene erst bis zum 15. März des jeweiligen Kalenderjahres zu vereinbaren ist, muss das InEK auf den einheitlichen Basisfallwert für das Jahr, in dem die Ermittlung stattfindet, zurückgreifen.

Zu Absatz 5

Sofern in einem Land während eines Kalenderjahres eines der Ereignisse nach § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 oder Nummer 3 eintritt und dem betroffenen Krankenhausstandort für mindestens eine Leistungsgruppe, die nach Absatz 2 einem der in Absatz 1 genannten Bereiche zugeordnet wurde, in der Aufteilung nach Absatz 3 Satz 5 ein Förderbetrag zugewiesen wurden, werden die für den Krankenhausstandort ermittelten Förderbeträge nach dem Ausscheiden aus der Krankenhausversorgung oder der Aufhebung der Zuweisung der betroffenen Leistungsgruppe 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).

Zur Ermittlung des Umfangs der Erhöhung hat das InEK zunächst für jeden betroffenen Krankenhausstandort den für das Jahr, in dem das Ereignis nach Satz 1 eintritt, nach Absatz 3 Satz 5 auf den Krankenhausstandort aufgeteilten Förderbetrag für jede betroffene Leistungsgruppe 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 (Satz 2). Der Umfang der Erhöhung für jede betroffene Leistungsgruppe im jeweiligen Land wird ermittelt, indem die so berechneten Produkte der betroffenen Krankenhausstandorte summiert werden (Satz 3).

Zu § 40

§ 40 enthält Aufträge an das BfArM und an das InEK zum Zweck der Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von chirurgischen Leistungen, die regelhaft auf Grund einer onkologischen Diagnose erbracht werden (onkochirurgische Leistungen). BfArM und InEK werden danach beauftragt, onkochirurgische Leistungen zu identifizieren sowie onkochirurgische Indikationsbereiche nach den folgenden Maßgaben zu definieren. Sofern Krankenhäuser mit ihren Standorten zu den Standorten gehören, die die wenigsten und zusammen

Referentenentwurf

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, insbesondere der Erhöhung der Überlebensrate. Mit dem durch den Innovationsfonds beim G-BA geförderten Projekt WiZen – „Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren“ wurde die Wirksamkeit der Versorgung in den nach dem Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten onkologischen Zentren anhand von elf Krebsarten untersucht. Die Ergebnisse zeigen, dass Patientinnen und Patienten mit Behandlung in einem zertifizierten Zentrum im Vergleich zu nicht-zertifizierten Einrichtungen einen größeren Überlebensvorteil haben (https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/wizen-wirksamkeit-der-versorgung-in-onkologischen-zentren.137).

Eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte flächendeckende stationäre Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern wird auf Dauer nur gelingen, wenn das vorhandene ärztliche und pflegerische Personal sowie die zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel effektiver als bisher eingesetzt werden. Der Verwirklichung dieser Gemeinwohlbelange kommt gerade wegen der knappen Ressourcen außerordentlich hohe Bedeutung zu. Die Identifikation von onkochirurgischen Leistungen und die nach Indikationsbereichen differenzierte Veröffentlichung der Krankenhausstandorte mit den geringsten Fallzahlen, denen die Abrechnung bestimmter Entgelte untersagt wird, dient einerseits der Leistungsfähigkeit und angemessenen Kostenbelastung im Gesundheitswesen, da Mittel der solidarisch finanzierten gesetzlichen Krankenversicherung sinnvoll eingesetzt werden müssen. Die Regelung verfolgt andererseits - neben einem ressourcenschonenden und effizienten Einsatz knapper personeller sowie finanzieller Mittel – das Ziel, eine sachgerechte Konzentration von Versorgungsstrukturen in dem Bereich der onkochirurgischen Leistungen zu fördern, die eine bedarfsgerechte, flächendeckende stationäre Versorgung auf qualitativ hohem Niveau sichert und eine patientengefährdende Gelegenheitsversorgung ausschließt.

Vor diesem Hintergrund unterliegt die Regelung nicht der Annahme, größere Krankenhäuser hätten zwingend eine höhere Qualität der Leistungserbringung. Da nach dem Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft u.a. eine bestimmte Anzahl an Primärfällen, d. h. Patientinnen und Patienten mit Erstdiagnose, nachzuweisen ist, belegt das Projekt WiZen die Wahrscheinlichkeit für einen Zusammenhang zwischen der erfahrungssteigernden Menge an erbrachten onkochirurgischen Leistungen und ihrer Qualität. Die vorliegende Regelung ist daher ein geeignetes Instrument, um eine qualitativ hochwertige Versorgung zu erzielen.

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 erstmals 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 3 zu veröffentlichende Liste bildet und die entsprechenden Fälle, bei denen onkochirugische 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. Das Bezugsjahr 2023 wird vorgegeben, um Fehlanreize zu vermeiden, die dadurch entstehen könnten, dass Krankenhäuser gezielt die Fallzahl an erbrachten onkochirurgischen Leistungen steigern, um die Voraussetzungen der Regelung zu erfüllen und dadurch dem Abrechnungsverbot zu entgehen.

Durch Satz 2 wird der Deutschen Krebsgesellschaft die Möglichkeit gegeben, für die Aufstellung der ICD- und OPS-Kodes für onkochirurgische Leistungen eine Stellungnahme abzugeben. Auf diese Weise wird der erforderliche wissenschaftliche Sachverstand bei der Identifizierung von onkochirurgischen Leistungen frühzeitig einbezogen. Die Deutsche

Entwurf

Krebsgesellschaft ist mit zahlreichen Fachgesellschaften, Organisationen, Verbänden und Einrichtungen des Gesundheitswesens vernetzt und zählt u.a. die AWMF zu den engen Kooperationspartnern. Es wird daher erwartet, dass die Deutsche Krebsgesellschaft aufgrund ihrer Schlüsselstellung im Bereich der Onkologie die Positionen weiterer Fachgesellschaften, Organisationen, Verbänden und Einrichtungen des Gesundheitswe-sens einbezieht. Daneben bleibt es dem BfArM unbenommen, selbst weitere Fachgesellschaften, Organisationen, Verbände und Einrichtungen des Gesundheitswesens im Rahmen der Erstellung der Aufstellung der ICD- und OPS-Kodes für onkochirurgische Leistungen zu beteiligen, wenn es dies für erforderlich hält. Die Stellungnahme der Deutschen Krebsgesellschaft 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 eine Stellungnahme der Deutschen Krebsgesellschaft und damit auch in diesem Stadium entsprechenden wissenschaftlichen Sachverstand zu berücksichtigen. Auch insofern wird erwartet, dass die Deutsche Krebsgesellschaft aufgrund ihrer Schlüsselstellung im Bereich der Onkologie die Positionen weiterer Fachgesellschaften, Organisationen, Verbänden und Einrichtungen des Gesundheitswesens einbezieht. Daneben kann das InEK die Stellungnahme weiterer Fachgesellschaften, Organisationen, Verbände und Einrichtungen des Gesundheitswesens einholen, wenn es dies für erforderlich hält. Die Definition von Indikationsbereichen für onkochirurgische Leistungen ist erforderlich, um die angestrebte Spezialisierung in der Onkochirurgie indikationsspezifisch zu fördern.

Das InEK erhält mit Satz 4 die Aufgabe, die ICD- und OPS-Kodes aus der Aufstellung des BfArM den nach § 135e Absatz 2 Satz 2 SGB V maßgeblichen 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 gilt, bei denen onkochirurgische Leistungen erbracht wurden, die Möglichkeit gegeben, Einsicht in die Liste zu nehmen.

Mit Satz 5 wird vorgegeben, dass sowohl das BfArM seine Aufstellung als auch das InEK seine Liste regelmäßig anzupassen hat. 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 wird spätestens nach der Publikation der amtlichen Fassung des Systematischen Verzeichnisses zur deutschen Fassung der Internationalen Klassifikation der Krankheiten Ende September eines Kalenderjahres und der amtlichen Fassung des Systematischen Verzeichnisses zum Operationen- und Prozedurenschlüssel Mitte Oktober eines Kalenderjahres möglich sein. Das BfArM hat die angepasste Aufstellung spätestens bis zum 15. November eines Kalenderjahres an das InEK zu übermitteln. Das InEK hat daraufhin zeitnah die Liste anzupassen und bis zum 31. Dezember eines Kalenderjahres 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.

Nach Satz 2 wählt das InEK aus der nach Satz 1 für jeden Indikationsbereich erstellten und sortierten Aufstellung jeweils die obersten Einträge, das heißt, die Krankenhausstandorte mit den geringsten Fallzahlen, aus. Dabei sind alle Krankenhausstandorte auszuwählen, die zusammen einen Anteil von mindestens 15 Prozent an der Anzahl der Fälle aller Krankenhausstandorte in der jeweiligen Aufstellung aufweisen. Der Krankenhausstandort, mit dessen Fällen der Fallzahlanteil von 15 Prozent eines Indikationsbereichs erreicht oder überschritten wird, ist somit ebenfalls auszuwählen. Für den Fall, dass die Fallzahl zweier oder mehrerer Krankenhausstandorte gleich hoch ist und für sich genommen jeweils dazu führen würde, dass der Fallzahlanteil von 15 Prozent eines onkochirurgischen Indikationsbereichs erreicht oder überschritten würde, sind alle diese Krankenhausstandorte auszuwählen. Die ausgewählten Krankenhausstandorte sind bis zum 31. Mai 2025 durch das InEK leistungsgruppenbezogen und bezogen auf die onkochirurgischen Indikationsbereiche barrierefrei auf seiner Internetseite zu veröffentlichen (Satz 3). Krankenhäuser mit Standorten, die in einem onkochirurgischen Indikationsbereich die wenigsten Fälle mit onkochirurgischen Leistungen aufweisen, erhalten durch die Veröffentlichung Kenntnis über das für sie nach § 8 Absatz 4 Satz 6 KHEntgG geltende Abrechnungsverbot bestimmter Entgelte bei Fällen, bei denen onkochirurgische Leistungen erbracht wurden. Darüber hinaus hat die Veröffentlichung für Krankenhausträger 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 4 hat das InEK bis zum 31. Mai 2025 Vorgaben für die eindeutige Zuordnung von Krankenhausfällen 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 5 wird das InEK verpflichtet, die Liste nach Satz 3 barrierefrei sowohl an das IQTIG als auch an die vom BMG benannte Stelle nach § 135d Absatz 1 Satz 3 SGB V zu übermitteln.

Die Regelung zu den onkochirurgischen Leistungen ist verhältnismäßig. Sie stellt einen Eingriff in die Freiheit der Berufsausübung des betroffenen Krankenhausträgers dar. Für den Krankenhausträger geht es um die Ausgestaltung des Unternehmens und nicht um eine Frage der freien Berufswahl. Die Maßstäbe der höchstrichterlichen Rechtsprechung zu staatlicher Planung und Subventionierung von Krankenhäusern sind bei onkochirurgischen Leistungen in modifizierter Weise zu berücksichtigen. Die Rechtsfolgen sind nicht vergleichbar und die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts berücksichtigt noch nicht das im Planungs- und Leistungsrecht gewandelte Qualitätsverständnis des Gesetzgebers. In dem maßgeblichen Beschluss vom 12. Juni 1990 (1 BvR 355/86) ging es um die Nichtaufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan eines Landes. Die Nichtaufnahme wiegt in ihrer Eingriffsintensität wesentlich schwerer als ein Ausschluss aus der Vergütung bestimmter Entgelte. Rechtsfolge in Bezug auf die von der Regelung betroffenen Krankenhausstandorte ist auch weder ein Leistungsverbot noch ein vollständiges Abrechnungsverbot. Die Rechtsfolge ist rein vergütungsrechtlicher Natur.

Gemäß § 1 KHG ist eine „qualitativ hochwertige und patientengerechte Krankenhausversorgung“ ein eigenes Zielkriterium. Mit dieser Ergänzung der Qualität auf hohem Niveau

räumt der Gesetzgeber der Qualität und dem Patientenschutz besonderes Gewicht ein. Die qualitätsvolle und am Wohle des Patienten orientierte Krankenhausbehandlung stellen ausdrücklich normierte Gemeinwohlbelange von hoher Bedeutung dar. Die Regelung zu den onkochirurgischen Leistungen ist vor dem Hintergrund dieser Zielsetzung nicht unverhältnismäßig. Sie ist geeignet, erforderlich und für die Krankenträger zumutbar. Ihr Sinn würde insbesondere verfehlt, soweit die Erbringung onkochirurgischer Leistungen ausschließlich durch das Instrument der Mindestvorhaltezahlen nach § 135f SGB V reguliert würde, da diese leistungsgruppenbezogen festzulegen sind, wohingegen onkochirurgische Leistungen voraussichtlich verschiedene Leistungsgruppen und hierbei in der Regel nur einen Ausschnitt des darin festzulegenden Leistungsspektrums betreffen werden. Insofern haben beide Instrumente verschiedene Anknüpfungspunkte innerhalb des Versorgungsgeschehens und tragen auf unterschiedliche Weise zu einer Versorgung auf qualitativ hohem Niveau bei. Ohne die vorliegende Regelung könnte ein Krankenhaus die Mindestvorhaltezahl einer ihm zugewiesenen Leistungsgruppe auch bei Erbringung einer nur sehr geringen Anzahl von onkochirurgischen Leistungen dieser Leistungsgruppe erreichen. Um die Erbringung onkochirurgischer Leistungen insofern qualitativ zu steuern, ist die vorliegende Regelung erforderlich. Die Vorgabe einer Analyse und die Abgabe von Empfehlungen durch das InEK nach Absatz 3 nach einem Zeitraum von fünf Jahren ab Geltung der vorliegenden Regelung stellt einen angemessenen Ausgleich zu den mit der Regelung verbundenen Wirkungen dar. Auf diese Weise bringt der Gesetzgeber die Notwendigkeit zum Ausdruck, die bestehende Regelung zu überprüfen und gegebenenfalls etwaige legislative Schritte einzuleiten.

Zu Absatz 3

Mit Satz 1 wird das InEK damit beauftragt, nach fünf Jahren eine Analyse der Auswirkungen der Veröffentlichung der Krankenhausstandorte mit den geringsten Fallzahlen in den onkochirurgischen Indikationsbereichen und des daraus folgenden Abrechnungsverbots und somit den Folgen für die Spezialisierung und Konzentration bei der Erbringung von onkochirurgischen Leistungen 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 3 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 zudem Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von onkochirurgischen Leistungen vorzulegen. Ein Teil der Empfehlung sollte die Klärung der Frage sein, ob eine Aktualisierung der Liste nach Absatz 2 Satz 3 erforderlich ist.

Zudem hat das InEK die Ergebnisse seiner Analyse und seine Empfehlungen barrierefrei auf seiner Internetseite bis zum 30. Juni 2032 zu veröffentlichen (Satz 2). Die Kosten des InEK für die Analyse und die Empfehlungen zur Weiterentwicklung werden über den DRG-Systemzuschlag finanziert (Satz 3).

Zu Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen infolge der Neueinfügung der Regelungen nach § 6b und § 6c KHEntgG.

Kopie Bundestag

Zu Nummer 2 (§ 2)

Zu Buchstabe a

Der Entscheidung des Bundessozialgerichtes (BSG) vom 29. August 2023 – B- 1 KR 18/22 R zufolge sind während einer Krankenhausbehandlung durchgeführte Strahlentherapien nicht als veranlasste Leistungen Dritter nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 KHEntgG durch das Krankenhaus abrechenbar, soweit das Krankenhaus keinen Versorgungsauftrag für diese Leistungserbringung durch das jeweilige Land zugewiesen bekommen hat. In der Versorgungsrealität werden Strahlentherapien, die fraktioniert stattfinden, vielfach bereits vor Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung erbracht und teilweise während einer solchen fortgeführt. Aus medizinischer sowie strahlenschutztechnischer Sicht ist es erforderlich, entsprechende strahlentherapeutische Leistungen auch während einer vollstationären Krankenhausbehandlung weiter durch den ursprünglichen Leistungserbringer fortzuführen und den geplanten Therapiezyklus nicht zu unterbrechen.

Die Regelung erfolgt vor dem Hintergrund, dass Krankenhäusern ohne strahlentherapeutischen Versorgungsauftrag, denen gleichwohl die Gesamtbehandlungsverantwortung während einer vollstationären Krankenhausbehandlung zukommt, strahlentherapeutisch veranlasste ambulante Drittleistungen nach der Entscheidung des BSG nicht mehr abrechnen können – auch jedoch infolge des Verbots der vertragsärztlichen Parallelbehandlung keine Abrechnungsmöglichkeit des ambulanten Leistungserbringers für entsprechende Leistungen besteht.

Mit dem Ziel, Krankenhäuser ohne strahlentherapeutischen Versorgungsauftrag von der Verpflichtung zur Erbringung strahlentherapeutischer Behandlungen zu entbinden und die ambulante Erbringung strahlentherapeutischer Leistungen zu stärken, wird insoweit eine Ausnahmeregelung normiert. Diese setzt voraus, dass das Krankenhaus über keinen eigenen Versorgungsauftrag für strahlentherapeutische Leistungen verfügt. Darüber hinaus muss es sich um eine fortgeführte strahlentherapeutische Behandlung handeln bzw. um eine solche, die bereits vor Aufnahme geplant war (erstellter Therapieplan durch einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Strahlentherapeuten), jedoch erst nach der Aufnahme begonnen wird. Unter diesen Voraussetzungen werden strahlentherapeutische Leistungen von den Krankenhausleistungen nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 ausgenommen. Hierdurch kann die Leistungsvergütung der parallel zur Krankenhausbehandlung durchgeführten Strahlentherapie bei nicht erteiltem Versorgungsauftrag des Krankenhauses und Durchführung der notwendigen Strahlentherapie durch einen anderen Leistungserbringer im ambulanten Bereich sichergestellt werden.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung infolge der Neuregelegung und entsprechenden Neufassung der bisherigen Nummer 2.

Zu Nummer 3 (§ 3)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeregelung zu Einführung des neuen § 6b.

Zu den Buchstaben b und c

Es handelt sich um eine Folgeregelung aufgrund der Einführung des neuen § 6c. Da die durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen erbrachten voll- und teilstationären Leistungen zukünftig mit einem finanziellen Gesamtvolumen und über krankenhausindividuelle Tagesentgelte vergütet werden, ist dieses in der Listung der Vergütung von allgemeinen Krankenhausleistungen zu ergänzen.

Hyle Printings

Zu Nummer 4 (§ 4)

Zu Buchstabe a

Die Ergänzung ist für die Budgetjahre 2025 und 2026 erforderlich, da in diesem Zeitraum gemäß § 17b Absatz 4b Satz 6 KHG bereits Vorhaltebewertungsrelationen in der Abrechnung zu berücksichtigen sein werden. In den Jahren 2025 und 2026 sind die Erlöse des Vorhaltebudgets Teil des Erlösbudgets nach § 4, so dass eine Budgetneutralität in diesen beiden Jahren sichergestellt ist.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

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 die sich der Fixkostendegressionsabschlag zukünftig bezöge, würden keinen relevanten Fixkostenanteil mehr enthalten und somit auch keiner beziehungsweise 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 Doppelbuchstabe bb

Für die Jahre 2023 und 2024 ist nach § 4a für die Versorgung von Kinder und Jugendlichen ein Erlösvolumen zu ermitteln. Dieses Erlösvolumen ist nach Absatz 1 Satz 1 nicht Teil des Erlösbudgets. Da diese Regelung nur bis einschließlich des Jahres 2024 gilt, sind die Leistungen für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Jahr 2025 wieder im Erlösbudget zu berücksichtigen. Die sich hieraus ergebende Erhöhung des Umfangs der mit Fallpauschalen bewerteten Leistungen in dem für das Jahr 2025 zu vereinbarenden Erlösbudget unterliegt nicht dem Fixkostendegressionsabschlag, weil es sich nicht um eine Leistungsausweitung handelt.

Zu Buchstabe c

Zu den Doppelbuchstaben aa und 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, das heißt 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

Referentenentwurf

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 ein Teil der Vorhaltung beziehungsweise der Fixkosten finanziert werden, wenn das Krankenhaus die vereinbarte Leistungsmenge nicht erreicht. Zukünftig werden die Vorhaltekosten durch ein Vorhaltebudget gedeckt, das dem Krankenhaus unabhängig von der Leistungserbringung zusteht. Somit sind Mindererlösausgleiche nicht mehr angezeigt.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die Erlöse des Vorhaltebudgets sind für den endgültigen Erlösausgleich nach § 6b Absatz 6 Satz 7 sowie Absatz 5 Satz 6 durch ein Testat zu bestätigen. Die Ergänzung um die Nummer 6b ist erforderlich, damit die Aufstellung der Entgelte, die die Jahresabschlussprüferin beziehungsweise der Jahresabschlussprüfer zur endgültigen Berechnung des Erlösausgleiches ausstellt, auch die Erlöse des Krankenhauses für das Vorhaltebudget enthält und dadurch eine Beauftragung eines gesonderten Testates im Rahmen einer wirtschaftlichen und effizienten Betriebsführung durch das Krankenhaus entfällt.

Zu Nummer 5 (§ 5)

Zu Buchstabe a

Mit der Regelung werden die Förderbeträge für bedarfsnotwendige Krankenhäuser erhöht. Krankenhäuser, die in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 aufgenommen wurden, erhalten zukünftig jeweils einen Sockelbetrag von 500 000 Euro jährlich. Der Betrag, den Krankenhäuser darüber hinaus erhalten, wenn sie mehr als zwei Fachabteilungen vorhalten, die die Vorgaben des G-BA nach § 136c Absatz 3 Satz 2 SGB V erfüllen, wird für jede weitere Fachabteilung, die die Vorgaben des G-BA erfüllt, auf jeweils 250 000 Euro jährlich angehoben. Ein Krankenhaus kann somit künftig maximal eine Förderung in Höhe von einer Million Euro pro Jahr erhalten.

Zu den Buchstaben b und c

Es handelt sich jeweils um eine Folgeänderung der Verlängerung der Förderung der geburtshilflichen Versorgung für die Jahre 2025 und 2026.

Zu Buchstabe d

Zu Absatz 3j

Der neue Absatz 3j regelt die Auszahlung der nach § 38 Absatz 1 Satz 3 aufgeteilten Beträge für die Wahrnehmung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben, die Universitätskliniken oder anderen Krankenhäusern, von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde nach § 6b Satz 1 KHG zugewiesen wurden. Die Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sind in § 6b KHG benannt. Die Auszahlung erfolgt in Form eines Rechnungszuschlags.

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 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 Krankenhäuser, denen für das jeweilige Jahr Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde zugewiesen wurden und denen vom InEK ein Betrag für die Wahrnehmung dieser Aufgaben

Fraktionsentwurf

zugewiesen wurde, zur Abrechnung dieses Betrags einen Zuschlag erheben. Sie erheben diesen Zuschlag erstmals im Jahr 2027 gegenüber Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 1. Januar und dem 31. Dezember des jeweiligen Jahres zur voll- oder teilstationären Behandlung aufgenommen werden, oder deren Kostenträgern. Satz 2 legt fest, dass die Höhe des Zuschlags durch den Krankenhausträger zu ermitteln ist, indem für das jeweilige Jahr der nach § 38 Absatz 1 Satz 5 KHG für das Krankenhaus veröffentlichte Betrag durch die voraussichtliche Summe der voll- und teilstationären Fälle des Krankenhauses in dem jeweiligen Jahr dividiert wird. Der vom Krankenhausträger ermittelte Zuschlag ist gemäß § 14 Absatz 1 von der für Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zu genehmigen. Die Genehmigung ist vom Krankenhausträger zu beantragen. Sofern die tatsächlich abgerechneten Zuschlagsbeträge für das jeweilige Kalenderjahr von dem nach § 38 Absatz 1 Satz 5 KHG veröffentlichten krankenhausindividuellen Betrag abweichen, sind die Mehr- und Mindererlöse über den Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche nach Absatz 4 Satz 1 im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum vollständig auszugleichen (Satz 3). Nach § 38 Absatz 1 Satz 6 KHG wird einem Land, für das in einem Kalenderjahr die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde die in § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 6 genannten Angaben nicht innerhalb der dort genannten Frist übermittelt, für dieses Jahr kein Betrag zur Förderung der Wahrnehmung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zugerechnet. In der Folge werden den Krankenhäusern in dem jeweiligen Land ebenfalls keine Beträge zur Förderung der Wahrnehmung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zugerechnet. Die in Satz 1 genannten Krankenhäuser in dem jeweiligen Land dürfen daher für das jeweilige Kalenderjahr abweichend von Satz 1 keinen Zuschlag erheben, auch wenn ihnen für das jeweilige Kalenderjahr Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zugewiesen worden sind.

Zu Absatz 3k

Für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen wurden nach § 4a in den Jahren 2023 und 2024 zusätzliche finanzielle Mittel, in Höhe von 300 Millionen Euro zur Verfügung gestellt. Ab dem Jahr 2027 werden diese zusätzlichen Mittel über erhöhte Vorhaltebewertungsrelationen der Leistungsgruppen der Pädiatrie finanziert. Für die Jahre 2025 und 2026 wird ein Zuschlag auf die Behandlung pädiatrischer Fälle für Krankenhäuser und besondere Einrichtungen eingeführt, um die Finanzierung der zusätzlichen Förderung auch für diese Jahre sicherzustellen.

Hierzu ermittelt das InEK auf Basis der ihm nach § 21 Absatz 1 und 2 übermittelten Daten, für die im Jahr 2023 erbrachten nach Satz 3 maßgeblichen Fälle, gruppiert mit dem Entgeltsystem für das Jahr 2024, die Summe der effektiven Bewertungsrelationen. Mit dem zweiten Halbsatz des zweiten Satzes wird sichergestellt, dass bei der Ermittlung der Summe der effektiven Bewertungsrelationen durch das InEK die Pflege in der unmittelbaren Patientenversorgung am Bett nicht berücksichtigt wird, da diese seit dem Jahr 2020 über das Pflegebudget finanziert wird. Als maßgebliche Fälle werden voll- oder teilstationäre Fälle definiert, bei denen die Patientinnen und Patienten 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 (Satz 3). Zur Ermittlung eines Erlösvolumens für das Kalenderjahr 2025 wird die Summe der effektiven Bewertungsrelationen mit dem Bundesbasisfallwert für das Kalenderjahr 2024 multipliziert und das Produkt um den Veränderungswert für das Kalenderjahr 2025 erhöht. Für das Anwendungsjahr 2026 erfolgt eine analoge Ermittlung, indem die nach Satz 2 ermittelte Summe der effektiven Bewertungsrelationen mit dem Bundesbasisfallwert für das Kalenderjahr 2025 multipliziert und das Produkt um den Veränderungswert für das Kalenderjahr 2026 erhöht wird.

Der Prozentsatz ergibt sich jeweils aus dem Verhältnis eines Betrages in Höhe von 300 Millionen Euro zu den jeweils für die Kalenderjahre 2025 und 2026 ermittelten Erlösvolumina für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen, die jeweils um einen Betrag in

Entwurf - Referentenentwurf

Höhe von 90 Millionen erhöht werden. Durch die analog zur Vorgehensweise in § 4a erfolgende Erhöhung der Summe der krankenhausindividuellen Erlösvolumina um 90 Millionen Euro und 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 bei der Ermittlung des Prozentsatzes berücksichtigt wird, da auch diese besonderen Einrichtungen den Zuschlag abrechnen können und so von den zusätzlichen Mitteln in Höhe von 300 Millionen Euro profitieren. Das InEK hat den so ermittelten Prozentsatz auf drei Nachkommastellen zu runden und den Prozentsatz für das Jahr 2025 bis zum 15. Dezember 2024 und den Prozentsatz für das Jahr 2026 bis zum 15. Dezember 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 jeweils ermittelte Zuschlag für die Kalenderjahre 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, dass der Zuschlag nicht auf andere Entgelte wie Zusatzentgelte, krankenhausindividuelle Entgelte oder Zu- und Abschläge nach § 5 erhoben wird.

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 die Kalenderjahre 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.

Zu Absatz 3l

Damit besondere Einrichtungen, die in einem Kalenderjahr aus dem Vergütungssystem ausgenommen sind, und keine Vorhaltevergütung nach § 7 Absatz Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b abrechnen, auch ab dem Jahr 2027 an der finanziellen Förderung des Bereichs Pädiatrie in Höhe von insgesamt 300 Millionen Euro jährlich teilhaben können, wird für besondere Einrichtungen der Zuschlag in Höhe des nach § 5 Absatz 3k Satz 5 für das Kalenderjahr 2026 ermittelten Prozentsatzes fortgeführt. Ab dem 1. Januar 2027 berechnen die besonderen Einrichtungen, die im jeweiligen Jahr aus dem Vergütungssystem ausgenommen sind, den Zuschlag für die maßgeblichen Fälle nach Absatz 3k Satz 3, also gegenüber allen Patientinnen und Patienten, die zum Zeitpunkt der Aufnahme über 28 Tage und unter 16 Jahre alt sind, und zur voll- oder teilstationären Behandlung in die besondere Einrichtung aufgenommen werden.

Zu Absatz 3m

Hochschulkliniken, denen nach § 38 Absatz 2 KHG ein Betrag zur Finanzierung ihrer speziellen Vorhaltung zugeteilt wurden, erheben ab dem 1. Januar 2027 gegenüber den Patientinnen oder Patienten, die zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden, oder ihren Kostenträgern einen Rechnungszuschlag. Die Höhe des Zuschlags ist vom Krankenhausträger zu ermitteln, indem für das jeweilige Jahr der durch das InEK ermittelte und veröffentlichte dem Krankenhaus zugerechnete Betrag durch die voraussichtliche Summe der voll- und teilstationären Fälle des Krankenhauses in dem

Referentenentwurf

jeweiligen Jahr dividiert wird. Der Zuschlag ist gemäß § 14 Absatz 1 von der für Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zu genehmigen. Die Genehmigung ist vom Krankenhausträger zu beantragen. Sofern die tatsächlich abgerechneten Zuschlagsbeträge für das jeweilige Kalenderjahr von dem krankenhausindividuellen Betrag nach § 38 Absatz 2 Satz 3 KHG abweichen, werden die Mehr- und Mindererlöse über den Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche nach Absatz 4 Satz 1 im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum vollständig ausgeglichen werden. Da es sich bei der finanziellen Förderung um Mittel der Sozialversicherungsträger handelt, sind damit Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben im Rahmen der Patientenversorgung, nicht jedoch im Bereich Forschung und Lehre zu fördern.

Zu Nummer 6 (§ 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 Verweisangabe.

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 Zeitraum abzuwickeln, 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 Erhöhungsrate gewährleistet. Eine Erhöhung des Budgets, das sowohl Personal- als auch Sachkosten umfasst, um die dann dementsprechend anteilige Erhöhungsrate entspricht einer vollständigen Tarifrefinanzierung für alle Beschäftigtengruppen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Durch die Regelung werden besondere Einrichtungen und andere Einrichtungen, die eine Erlössumme für krankenhausindividuelle Entgelte vereinbaren, sowie die 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, zu vereinbaren. Sofern die Erlössumme zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes bereits vereinbart worden ist, ist es innerhalb von zwei Monaten entsprechend anzupassen. Hierdurch wird gewährleistet, dass der volle Orientierungswert bereits ab dem Jahr 2025 für besondere Einrichtungen finanzwirksam wird. Der etwaige Vereinbarungsaufwand für die Selbstverwaltungspartner auf Ortsebene ist gering, weil gegenüber einer vorher für das

Referentenentwurf

Jahr 2025 geschlossenen Vereinbarung lediglich der neu vereinbarte Veränderungswert als neue Obergrenze für den Anstieg gegenüber dem Vorjahr zu berücksichtigen ist.

Zu Nummer 7 (§ 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 vollständig im Gesamtvolumen der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen zu berücksichtigen sind, besteht keine Notwendigkeit für diese Krankenhäuser, ein Pflegebudget nach § 6a zu vereinbaren.

Zu Nummer 8 (§§ 6b, 6c neu)

Zu § 6b

Zu Absatz 1

Ein Krankenhaus erhält künftig zeitnah, unabhängig von der tatsächlichen Leistungsinanspruchnahme, 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, ab dem 1. Januar 2027, 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 Mindestvorhaltezahl nach §135f Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt ist oder eine Feststellung nach Absatz 2 über eine Ausnahme von der Erfüllung der Mindestvorhaltezahl per Bescheid durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde 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 für ein Krankenhaus und eine Leistungsgruppe in einem Kalenderjahr vorgesehene Vorhaltebudget ergibt sich aus dem durch das InEK dem Krankenhaus einmal jährlich erteilten Bescheid, welcher für die Standorte des Krankenhauses, die jeweilige Leistungsgruppe und das jeweilige Kalenderjahr die festgestellten Förderbeträge nach § 39 Absatz 2 Satz 4 KHG sowie die Summe der für die Standorte des jeweiligen Krankenhauses, die jeweilige Leistungsgruppe und das jeweilige Kalenderjahr festgestellten Vorhaltevolumina (Vorhaltebewertungsrelationen) ausweist, die zusätzlich mit dem für das Anwendungsjahr geltenden Landesbasisfallwert zu multiplizieren ist. 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. Die Summe der Vorhaltebudgets eines Krankenhauses im jeweiligen Kalenderjahr für alle mindestens einem seiner Standorte zugewiesenen Leistungsgruppen bilden das Gesamtvorhaltebudget eines Krankenhauses für ein Kalenderjahr.

Zu Absatz 2

Die Erbringung von Leistungen einer Leistungsgruppe und damit verbunden die Zahlung der Vorhaltevergütung entsteht abweichend, 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,

Referentenentwurf

innerhalb der vorgesehenen Fahrzeitminuten mit einem Kraftfahrzeug flächendeckend erreichbar ist. Für die Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie beträgt die maximale Fahrzeit mit einem Kraftfahrzeug 30 Minuten. Für die übrigen Leistungsgruppen beträgt die maximale Fahrzeit mit einem Kraftfahrzeug 40 Minuten. Zur Beurteilung der flächendeckenden Erreichbarkeit kommt es neben den Fahrzeitminuten mit einem Kraftfahrzeug auch auf die Anzahl der Einwohnerinnen und Einwohner an, die im Fall einer unterbleibenden Zuweisung der Leistungsgruppe von längeren Fahrzeiten 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.

Zu Absatz 3

Es handelt sich um eine Ergänzung zur neuen Regelung nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b. Die Regelung stellt klar, dass der Anspruch eines Krankenhaus auf ein Vorhaltebudget im Rahmen der etablierten Zahlungswege, insoweit vorrangig durch die Abrechnung nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b, ausgezahlt wird. Damit ist sichergestellt, dass für die Auszahlung keine bürokratischen Zusatzaufwände entstehen. Zur Erfüllung des Anspruchs ergänzend zu berücksichtigen sind gegebenenfalls Zuschläge im Falle unterjährig geringer Erlöse nach Absatz 4 sowie Ausgleichsbeträge nach Absatz 5.

Zu Absatz 4

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 geringerem 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 das ihm für ein Viertel des jeweils laufenden Kalenderjahres zustehende Gesamtvorhaltebudget voraussichtlich um jeweils mindestens 10 Prozent unterschreitet, kann es verlangen, dass ihm für den Rest des Jahres, das heißt 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 beziehungsweise 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 jeweils gegenüber den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG, dem Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung sowie der zuständigen Landesbehörde anzuzeigen und die voraussichtliche Unterschreitung der erwarteten Vorhalteerlöse hierbei glaubhaft zu machen. 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 5 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 5 finanziell frühzeitig auszugleichen. Es wird klargestellt, dass der Zuschlag nicht zur Genehmigung bei der Landesbehörde vorzulegen ist, weil es sich nicht um einen krankenhausindividuell ermittelten Zuschlag im Sinne des § 14 Absatz 1 Satz 1 handelt.

Zu Absatz 5

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 5 SGB V entstehen. Satz 1 stellt sicher, dass Krankenhäuser die an die Kostenträger aufgrund der Anwendung der Vorschrift des § 275a Absatz 5SGB V zurückzuzahlenden Rechnungsbeträge nicht über den Erlösausgleich nachgezahlt bekommen und damit die Vorschrift des § 275a Absatz 5SGB V ins Leere laufen würde.

Mindererlöse, die aufgrund der Anwendung des § 275a Absatz 5 SGB V entstehen, sind von den Kostenträgern nicht auszugleichen.

Mehrerlöse, die aufgrund der Anwendung des § 275a Absatz 5 SGB V entstehen, sind vollständig zurückzuzahlen. Dazu ist für die betroffene Leistungsgruppe abweichend von der im Bescheid des InEK 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 Bescheid des InEK ausgewiesenen Vorhaltebewertungsrelationen anteilig für diesen Zeitraum zu kürzen.

Alle übrigen Mehr -oder Mindererlöse werden vollständig ausgeglichen.

Insgesamt gewährleistet die Regelung des Absatzes 5 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 6b 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 Erteilung der Genehmigung durch die Landesbehörde nach § 14. Hierfür teilt das Krankenhaus der Landesbehörde sowie darüber hinaus den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG die Summe der abgerechneten Entgelte nach § 7 Absatz 2 Satz 1 Nummer 6b, 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 Leistungsinanspruchnahme 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 beziehungsweise einen Jahresabschlussprüfer zu bestätigen.

Zu Absatz 6

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 (zum Beispiel 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 sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung im Sinne des § 115g Absatz 1 SGB V erbrachten stationären Krankenhausleistungen über ein von den Vertragsparteien nach § 11 zu vereinbarendes Gesamtvolumen sowie degressive krankenhausindividuelle Tagesentgelte und legt entsprechende Vorgaben für die Vereinbarung, Kalkulation, Abrechnung, Mehr- und Mindererlösausgleiche und die Laufzeit der krankenhausindividuellen Tagesentgelte fest. Vor dem Hintergrund, dass keine unterjährige Umstellung des Vergütungssystems auf Tagesentgelte erfolgt, wird der Status als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung frühestens im Kalenderjahr nach der 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 sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen erbrachten voll- und teilstationären Leistungen, die sie vom Land zugewiesen bekommen 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. Die Vertragsparteien bestimmten in der Vereinbarung, wie das Gesamtvolumen sachgerecht auf mindestens ein

Referentenentwurf

krankenhausindividuelles Tagesentgelt gemäß den Vorgaben des Satzes 2 aufzuteilen ist. Es gelten die allgemeinen Vorgaben zum Pflegesatzverfahren nach § 18 KHG.

Die Vertragsparteien auf Ortsebene vereinbaren ein krankenhausindividuelles Tagesentgelt, das 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. Zusätzlich ist dessen Degression festzulegen. Dabei ist zu vereinbaren, ab welchem Behandlungstag das krankenhausindividuelle Tagesentgelt um welche Höhe beziehungsweise welchen Prozentsatz vermindert wird. Mit dieser Degression soll bei längerer Behandlungsdauer einer Verringerung der dem Krankenhaus entstehenden Behandlungskosten Rechnung getragen und sollen 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, das 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 SGB V (Belegarzt) beziehungsweise nach § 121 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 von dem konkreten Leistungsgegenstand des Krankenhauses, für die einzelnen Leistungsbereiche jeweils geltende krankenhausindividuelle Tagesentgelte zu vereinbaren. Für die Leistungen im Sinne von § 115g Absatz 2 Satz 2 SGB V gelten die Vorgaben des SGB XI.

Die Vertragsparteien legen in ihrer Vereinbarung zusätzlich die Art und Menge der zu erbringenden voll- und teilstationären Leistungen fest, damit diese für die sachgerechte Aufteilung und für die Veränderung des Gesamtvolumens im nächsten Vereinbarungsjahr festgelegt sind. Sie vereinbaren auch die Höhe der Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen und den Anteil dieser Pflegepersonalkosten an dem Gesamtvolumen sowie die Mehr- und Mindererlösausgleiche nach Absatz 5.

Mit Satz 3 werden einige Vorgaben, die bereits für die Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus nach § 11 zwischen den Vertragsparteien auf Ortsebene gelten, unverändert auf die Vereinbarung der einzelnen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung angewendet. So gelten wie auch bei den anderen Krankenhäusern § 11 Absatz 1 Satz 2, 3 und 4 erster Halbsatz sowie Absatz 2 und sind entsprechend anzuwenden. Die Vereinbarung ist demnach für einen zukünftigen Zeitraum zu schließen. Ebenso hat die Vereinbarung Bestimmungen zu enthalten, die eine zeitnahe Zahlung der Entgelte an die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung gewährleisten; hierzu sollen insbesondere Regelungen über angemessene monatliche Teilzahlungen und Verzugszinsen bei verspäteter Zahlung getroffen werden. Hiermit sollen die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen anderen Krankenhäusern gleichgestellt werden. Zudem soll sichergestellt werden, dass sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen aufgrund verspäteter Zahlungen krankenhausindividueller Tagesentgelte nicht in Liquiditätsengpässe geraten. Ebenfalls gilt für die Vereinbarung für sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen 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. Gleichermaßen beträgt der Vereinbarungszeitraum ein Kalenderjahr, wenn das Krankenhaus ganzjährig betrieben wird. Es kann auch ein Zeitraum, der mehrere Kalenderjahre umfasst, vereinbart werden. Da es sich hier um eine besondere

Abweichungsmöglichkeit handelt, haben die Vertragsparteien die sonstigen Regelungen entsprechend auf den Einzelfall anzupassen.

Die Vereinbarung ist 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.

Auch die Regelungen des § 11 Absatz 3 werden analog auf die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen angewandt. So sind wie bisher die Verhandlungen sofort aufzunehmen, nachdem eine Vertragspartei dazu schriftlich oder elektronisch aufgefordert hat. Gleichermaßen gilt auch für sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen, dass die Verhandlung so rechtzeitig abzuschließen ist, damit das für das neue Vereinbarungsjahr geltende Gesamtvolumen sowie die krankenhausindividuellen Tagesentgelte noch vor dem Jahr, für das sie vereinbart werden, in Kraft treten können. Hierbei sollten sie auch die Dauer der Genehmigung der Vereinbarung durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde berücksichtigen. Auch für die Vereinbarung nach Satz 1 gilt die Sechswochenfrist des § 18 Absatz 4 KHG, wonach die Schiedsstelle auf Antrag einer Vertragspartei die krankenhausindividuellen Tagesentgelte unverzüglich festzusetzen hat, sofern eine Vereinbarung über die krankenhausindividuellen Tagesentgelte nicht innerhalb von sechs Wochen zustande kommt, nachdem eine Vertragspartei schriftlich oder elektronisch zur Aufnahme der Pflegesatzverhandlung aufgefordert hat.

Zu Absatz 2

Es werden Vorgaben für die Ermittlung des Gesamtvolumens festgelegt. Die Höhe des Gesamtvolumens soll so bemessen sein, dass sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung damit auskömmlich wirtschaften können.

Die Kalkulation des Gesamtvolumens hat unter Berücksichtigung des voraussichtlich zu erbringenden Leistungsinhalts (Art) und Leistungsumfangs (Menge) einer sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung zu erfolgen. Der Leistungsinhalt ergibt sich aus den vom Land zugewiesenen allgemeinen stationären voll- und teilstationären Leistungen 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 anderweitig finanzierten Leistungsbereiche der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung (zum Beispiel ambulante Leistungen oder 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 gemäß der für das jeweilige Vereinbarungsjahr geltenden bundeseinheitlichen Definition und Regelungen für die Zuordnung von Kosten von Pflegepersonal nach § 17b Absatz 4 KHG für voll- und teilstationäre Leistungen vollständig einzubeziehen. Für die vollständige Ermittlung und Finanzierung der Pflegepersonalkosten sind die Vorgaben nach § 6a Absatz 2 Satz 1 entsprechend anzuwenden.

Vor dem Hintergrund, dass sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen 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 des Gesamtvolumens erhöhend oder mindernd zu berücksichtigen, sofern ein Krankenhaus die für die jeweiligen Zu- und Abschläge entsprechenden Anforderungen erfüllt beziehungsweise nicht erfüllt. Die mit den Zu- und Abschlägen gesetzlich intendierten Anreiz- beziehungsweise

Sanktionsmechanismen sollen auch bei sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen 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.

Weichen die tatsächlichen Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen von den vereinbarten Pflegepersonalkosten, die gemäß Absatz 5 vom Jahresabschlussprüfer zu bestätigen sind, ab, erfolgt ein Spitzausgleich der Kosten. Damit soll sichergestellt werden, dass die den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen entstehenden Kosten für das Pflegepersonal für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen bei voll- und teilstationären Leistungen, wie auch in anderen somatischen Krankenhäusern, vollständig vergütet werden, auch wenn diese bei der Vereinbarung noch nicht bekannt waren, zum Beispiel aufgrund der Einstellung von zusätzlichem Pflegepersonal oder aufgrund unterjähriger Tarifsteigerungen für Pflegepersonal der unmittelbaren Patientenversorgung. Damit soll unter anderem ein Sparen zu Lasten der Pflege sowie eine Schlechterstellung der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen 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.

Zu Absatz 3

§ 7 Absatz 2 Satz 1 Nummer 6 sieht, vor dass die krankenhausindividuellen und die vorläufigen Tagesentgelte tagebezogen abgerechnet werden. In Absatz 3 Satz 1 wird präzisiert, dass diese Tagesentgelte tagesbezogen für den Tag zu erheben sind, an dem die jeweilige Behandlung erbracht wurde. Somit sind bei Überliegern Erlöse aus der stationären Behandlung einer Patientin oder eines Patienten tagesbezogen dem Jahr zuzuordnen, dem der jeweilige Behandlungstag kalendarisch zugeordnet wird.

Mit Satz 3 wird geregelt, dass § 4 Absatz 4 , der 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 auf das Gesamtvolumen der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen anzuwenden ist. Hiermit soll Einheitlichkeit zu den Regelungen anderer Krankenhäuser geschaffen werden.

Mit den Sätzen 4 und 5 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.

Nur zur Beratung

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 der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen nach ihrer Art und ihrer Anzahl im Vergleich zum Vorjahr. Wird für ein Kalenderjahr eine Erhöhungsrate für Tariferhöhungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbart, so ist das vereinbarte Gesamtvolumen des betroffenen Vereinbarungsjahres um die nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbarte anteilige Erhöhungsrate zu erhöhen.

Zu Absatz 4

Es werden Vorgaben für die Abrechnung von Entgelten für sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen für die von ihnen erbrachten stationären Leistungen festgelegt.

Um eine unbürokratische und einfache Vergütung für sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen zu schaffen, sind die von diesen erbrachten stationären Leistungen ausschließlich über die zu vereinbarenden krankenhausindividuellen Tagesentgelte oder vorläufigen Tagesentgelte abzurechnen. Unbenommen davon können im Fall von Absatz 6 Satz 1 erhöhte krankenhausindividuelle Tagesentgelte abgerechnet werden. Andere Entgelte nach den Regelungen des KHEntgG, wie zum Beispiel Fallpauschalen, Zusatzentgelte sowie Zu- und Abschläge, dürfen von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen nicht abgerechnet werden; die gesonderte Berechnungsmöglichkeit von Entgelten für Wahlleistungen, wie zum Beispiel Chefarztbehandlungen, sowie von anderen als allgemeinen Krankenhausleistungen wie zum Beispiel 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 andere Krankenhäuser auch bedürfen sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen einer Bescheinigung nach § 275a Absatz 6 Satz 3 SGB V, um einen OPS-Kode, der das geprüfte Strukturmerkmale enthält, vereinbaren und abrechnen zu können.

Darüber hinaus sind für die Abrechnung der Entgelte die von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu vereinbarenden Abrechnungsbestimmungen für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen anzuwenden, die weitere und nähere Vorgaben hinsichtlich der Abrechnung der krankenhausindividuellen Tagesentgelte, z. B. zu Verlegungen oder Wiederaufnahmen, machen.

Zu Absatz 5

Es werden Vorgaben zum Mehr- und Mindererlösausgleich festgelegt.

Sofern eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung durch die Abrechnung der krankenhausindividuellen Tagesentgelte mehr oder weniger erwirtschaftet, als im Rahmen des Gesamtvolumens vereinbart wurde, und die Summe der Erlöse insofern vom Gesamtvolumen abweicht, werden Mehr- und Mindererlöse ausgeglichen. Wie auch bei somatischen Krankenhäusern, die ein Pflegebudget vereinbaren, sollen bei sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen Mehr- und Mindererlöse bezüglich der Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen vollständig ausgeglichen werden (Nummer 1). Hierdurch soll sichergestellt werden, dass die Pflege am Bett vollständig finanziert und ein Sparen zu Lasten der Pflege vermieden wird. Da ein separates Tagesentgelt für die Finanzierung der Pflegepersonalkosten nicht vorgesehen ist, sondern die Erlöse zur Deckung der Pflegepersonalkosten in den Tagesentgelten nach Absatz 1 Satz 2 enthalten sind, wird mit Satz 2 vorgegeben, dass die Erlöse aus diesen Tagesentgelten den Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen gemäß ihrem Anteil am Gesamtvolumen zuzuordnen sind. Dieser Anteil ist von den Vertragsparteien in der Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 zu vereinbaren. Mindererlöse, die nicht den Mindererlösen für die Pflegepersonalkosten zuzurechnen

sind, , werden zu 40 Prozent ausgeglichen. Für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen soll damit eine weitgehende leistungsunabhängige Finanzierung zur Deckung ihrer Fixkosten gewährleistet werden. Der nunmehr festgelegte Mindererlösausgleich in Höhe von 40 Prozent orientiert sich an dem zunächst für andere Krankenhäuser gewährten einheitlichen Vorhalteanteil in Höhe von durchschnittlich 60 Prozent der DRG-Vergütung, von dem für die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen abgezogen werden, die vereinfachend pauschal mit 20 Prozent angesetzt werden können. Mehrerlöse, die nicht den Mindererlösen für die Pflegepersonalkosten zuzurechnen sind, sind – wie auch die Mehrerlöse anderer Krankenhäuser – grundsätzlich zu 65 Prozent auszugleichen.

Als Grundlage für die Ermittlung der Mehr- und Mindererlöse hat die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung eine Aufstellung über die Erlöse aus den krankenhausindividuellen Tagesentgelten oder den vorläufigen Tagesentgelten sowie über die tatsächlich entstandenen Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen von einem 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 sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen erfolgt. Der Ausgleichsbetrag wird über eine Erhöhung oder Absenkung des Gesamtvolumens der nächstmöglichen Vereinbarung ausgeglichen.

Sofern, zum Beispiel aufgrund einer noch ausstehenden Genehmigung durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde, die für ein Kalenderjahr vereinbarten krankenhausindividuellen Tagesentgelte nicht ab dem 1. Januar eines Jahres abgerechnet werden können, werden die dem Krankenhaus daraus entstehenden Mehr- und Mindererlöse ausgeglichen, indem die zu vereinbarenden krankenhausindividuellen Tagesentgelte entsprechend erhöht oder abgesenkt werden. Dies gilt ebenfalls, wenn es sich dabei um die erstmalige Vereinbarung krankenhausindividueller Tagesentgelte handelt, so dass die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung zunächst vorläufige Tagesentgelte nach Absatz 4 Satz 8 erhebt.

Zu Absatz 6

Es werden Vorgaben bezüglich einer möglichen Neuvereinbarung im laufenden Vereinbarungsjahr festgelegt.

Eine Neuvereinbarung des Gesamtvolumens und weiterer in Absatz 1 Satz 2 genannten Inhalte der Vereinbarung 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. Sie können im Voraus auch vereinbaren, dass das Gesamtvolumen und weitere in Absatz 1 Satz 2 genannte Inhalte der Vereinbarung nur teilweise neu zu vereinbaren sind.

Ergibt sich zwischen dem erstmalig vereinbarten Gesamtvolumen und dem neu vereinbarten Gesamtvolumen ein Unterschiedsbetrag, ist dieser über erhöhte oder abgesenkte Tagesentgelte entsprechend der Vorgaben nach Absatz 5 Satz 5 abzurechnen.

Zu Absatz 7

Es werden Vorgaben hinsichtlich der Laufzeit der krankenhausindividuellen Tagesentgelte getroffen, die sich an den bestehenden Regelungen nach § 15 orientieren. So sind vereinbarte krankenhausindividuelle Tagesentgelte ab Beginn des für sie geltenden Vereinbarungszeitraums zu erheben. Wird die Vereinbarung oder bei einer Anrufung der Schiedsstelle die Entscheidung der Schiedsstelle erst innerhalb des Vereinbarungsjahres

Referentenentwurf

genehmigt, sind die Entgelte abweichend von Satz 1 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 bestimmt nach § 6c Absatz 1 Satz 1 KHG ein Krankenhaus als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung. Da der Zeitraum zwischen der erstmaligen Bestimmung und dem Beginn eines neuen Vereinbarungszeitraums möglicherweise nicht ausreichend Zeit für die Verhandlung und Genehmigung eines Gesamtvolumens und krankenhausindividueller Tagesentgelte für die Vertragsparteien auf Ortsebene bietet, wird mit Satz 4 Folgendes geregelt: Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen, 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 sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen keine Abrechnungsgrundlage für die ihnen zugewiesenen stationären Krankenhausleistungen und es entstünde eine Liquiditätslücke. Satz 5 regelt, dass bei einer Bestimmung eines Krankenhauses nach § 6c Absatz 1 Satz 1 KHG als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung 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 unvertretbar 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 9 (§ 7)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

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 Abrechnung erfolgt hierbei, indem das Krankenhaus seinen Anspruch auf das Vorhaltebudget in der sich aus dem Bescheid des InEK ergebenden Höhe 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 den Doppelbuchstaben bb und cc

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.

Referentenentwurf

Künftig werden stationäre Krankenhausleistungen, sofern sie in Krankenhäusern nach § 115g Absatz 1 SGB V erbracht werden, über krankenhausindividuelle Tagesentgelte finanziert.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung, durch welche die bisherigen Nummern in Satz 1, die jeweils eigene Sätze bilden, rechtsförmlich in eben solche übertragen werden.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich bei der Übertragung der bisherigen Nummern 1 bis 4 in die künftigen Sätze 2 bis 5 um rechtsförmliche Anpassungen, da die jeweiligen Nummern ganze Sätze beinhalten, die in eigenständige Sätze übertragen werden.

Darüber hinaus wird durch die Ergänzung der Regelung um einen neuen Satz 6 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.

Mit dem neuen Satz 7 wird geregelt, dass bei der Ermittlung der Vergütung des Vorhaltebudgets nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b hinsichtlich der Krankenhausstandorte, für die ein Förderbetrag nach § 39 KHG vorgesehen ist, für die Fälle, die einem der Bereiche nach § 39 KHG zuzuordnen sind, die erhöhten Vorhaltebewertungsrelationen mit dem Landesbasisfallwert zu multiplizieren sind.

Aufgrund der Neueinführung der krankenhausindividuellen Tagesentgelte nach § 6c für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen wird eine Ergänzung in § 7 Absatz 2 notwendig. Mit dem neuen Satz 8 wird daher geregelt, dass die krankenhausindividuellen oder vorläufigen Tagesentgelte unter Berücksichtigung der für sie geltenden Degression tagesbezogen berechnet werden.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich einerseits um eine redaktionelle Anpassung infolge der Neustrukturierung sowie Ergänzung der vorhergehenden Sätze. Darüber hinaus werden, da die Vertragsparteien auf Bundesebene zukünftig gesonderte Abrechnungsbestimmungen für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen zu vereinbaren haben, diese in § 7 Absatz 2 Satz 9 neben den bisherigen Abrechnungsbestimmungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 3 ergänzt, um auf deren Anwendung bei der Abrechnung der krankenhausindividuellen Tagesentgelte hinzuweisen.

Zu Nummer 10 (§ 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 Änderung zur Angleichung der Begrifflichkeit an die folgenden Sätze.

Hahn Richtings

Zu Doppelbuchstabe bb

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

Zu Doppelbuchstabe cc

Die Regelung setzt für alle somatischen Krankenhäuser krankenhausentgeltrechtlich um, dass Krankenhäuser ab dem 1. Januar 2027 Leistungen, für die sie keine Leistungsgruppen durch die Landeskrankenhausplanungsbehörde zugewiesen bekommen haben, nicht abrechnen dürfen. Das Abrechnungsverbot gilt aufgrund der Regelung des § 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 wurde, diese Zuweisung aber in der Folge nach § 6a Absatz 5 KHG wieder aufgehoben wurde, da auch in diesen Fällen keine 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 Mindestvorhaltezahl nach § 135f Absatz 1 SGB V nicht erfüllt ist oder für die die zuständige Landesbehörde keine Ausnahme von der Erfüllung der Mindestvorhaltezahl nach § 6b Absatz 2 mitgeteilt hat. Die Geltung des Abrechnungsverbots ab dem 1. Januar 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 3 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 krankenhausindividuelle 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 3 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 3 KHG bereits im Jahr 2025 erstellt werden, gilt das Abrechnungsverbot ab dem 1. Januar 2027. Dies ist erforderlich, damit die Krankenhäuser, deren Standorte Teil der Liste nach § 40 Absatz 2 Satz 3 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

Hier Bitte Bitte

Fallpauschalen ist nicht zweckmäßig. Insofern erfolgt eine Ausweitung auf alle Entgelte, wie krankenhausindividuelle Entgelte und krankenhausindividuelle 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 krankenhausindividuelle Tagesentgelt mitgeteilt wird, sodass die entsprechende Ergänzung notwendig ist.

Zu Nummer 11 (§ 9)

Zu Buchstabe a

Zu den Doppelbuchstaben aa und bb

Zu Nummer 10

Die Vertragsparteien auf Bundesebene werden beauftragt, Vorgaben für die Verhandlung des Gesamtvolumens sowie für die sachgerechte Ermittlung der krankenhausindividuellen Tagesentgelte nach § 6c Absatz 1 Satz 2 zu vereinbaren. Zudem sind unter anderem die Abrechnungsbestimmungen der krankenhausindividuellen Tagesentgelte nach § 6c Absatz 1 Satz 2 zu vereinbaren. Ihnen wird dafür eine Frist von drei Monaten nach Zustandekommen einer Vereinbarung durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 115g Absatz 3 SGB V oder nach der Festlegung des Inhalts der Vereinbarung durch die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG eingeräumt, damit die Vertragsparteien auf der Ortsebene für die Vereinbarung nach § 6c Absatz 1 zeitnah über entsprechende Vorgaben verfügen.

Dabei haben die Vertragsparteien auf Bundesebene in ihrer Vereinbarung festzulegen, welche Kosten bei der Kalkulation zu berücksichtigen sind. Dazu gehören alle Kosten, die für die Erbringung der stationären 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 in der Definition und Abgrenzung nach § 17b Absatz 4 KHG, zu berücksichtigen. Bei der Kalkulation des krankenhausindividuellen Tagesentgelts nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 ist zusätzlich der Leistungserbringeranteil von fest an sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen 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 krankenhausindividuellen 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 krankenhausindividuellen Tagesentgelte zu enthalten. Dabei sind von den Vertragsparteien auf Bundesebene die berücksichtigungsfähigen Zu- und Abschläge festzulegen. 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.

Referentenentwurf

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 zum Beginn des Vereinbarungszeitraums noch kein krankenhausindividuelles 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 jährlich, das heißt 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 Tarifkostensteigerungen, 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.

Entwurf

Durch den ergänzten Regelungsteil werden die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene verpflichtet, den zum 31. Oktober 2024 vereinbarten Veränderungswert innerhalb von zwei Wochen nach dem Inkrafttreten des Gesetzes 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 12 (§ 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 Tariferhöhungen 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 Erhöhungsrate und die anteilige Erhöhungsrate 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 Erhöhungsrate und die anteilige Erhöhungsrate erzielen, wird zudem vorgesehen, dass die Schiedsstelle auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen nach Antragstellung eine Entscheidung über die Höhe der Erhöhungsrate und der anteiligen Erhöhungsrate fällt (Doppelbuchstabe dd). Um eine frühzeitige Verbesserung der Liquidität der Krankenhäuser zu ermöglichen, wird geregelt, dass die Erhöhungsrate 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 Erhöhungsrate entspricht einer

vollständigen Tarifrefinanzierung für alle Beschäftigtengruppen (Doppelbuchstabe ee). Die Vertragsparteien können die Tarifrefinanzierung 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 Veränderungswerts 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 von den Krankenhäusern zu erhebenden Daten 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 Ausgleiche 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 13 (§ 11)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich einerseits um Folgeänderungen durch die Einführung des Vorhaltebudgets nach § 6b.

Nicht Referenz

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

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, zu vereinbaren. Sofern das Erlösbudget zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes bereits vereinbart worden ist, ist es innerhalb von zwei Monaten entsprechend anzupassen. Hierdurch wird gewährleistet, dass Erlösausgleiche auf der richtigen Grundlage vorgenommen werden können. Der etwaige 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 14 (§ 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 15 (§ 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 1 Satz 1 entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 KHG auf Antrag einer der Vertragsparteien auf Landesebene oder der Vertragsparteien auf Ortsebene.

Zu Nummer 16 (§ 14)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeregelung aufgrund der Einführung des neuen § 6c. Das nach § 6c Absatz 1 Satz 1 vereinbarte Gesamtvolumen und die nach § 6c Absatz 1 Satz 2 vereibarten krankenhausindividuellen Tagesentgelte 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 17 (§ 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

Table.Briefings

Belegärzte behandelt werden, nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 gesonderte verringerte krankenhausindividuelle 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 von deren Leistungen durch das Krankenhaus das nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 vereinbarte krankenhausindividuelle Tagesentgelt zu erheben ist; die ärztlichen Leistungen dementsprechend bei der Vereinbarung des krankenhausindividuellen Tagesentgelts nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 zu berücksichtigen sind.

Zu Nummer 18 (§ 21)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Zu Dreifachbuchstabe aaa

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 den in § 6a Absatz 1 Satz 2 genannten krankenhausindividuellen Tagesentgelten abgerechnet werden, sowie der nach § 6c Absatz 5 Satz ? ermittelten Ausgleichsbeträge 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. Durch die Ergänzung wird sichergestellt, dass dem InEK im Rahmen der jährlichen Datenlieferung auch die vereinbarten Vorhaltebewertungsrelationen für das Kalenderjahr 2025 und 2026 übermittelt werden. Ohne diese Ergänzung wäre die Vorschrift des § 37 KHG nicht umsetzbar, darüber hinaus würde ein erheblicher Teil des Erlösbudgets in der Datenübermittlung fehlen. Ab den Budgetjahr 2027 ist die Übermittlung der vereinbarten Vorhaltebewertungsrelationen obsolet, da das InEK die Bescheide über die Vorhaltebewertungsrelationen selbst nach § 37 KHG ermittelt und festsetzt. Darüber hinaus wird für die ab dem Kalenderjahr 2027 abgerechneten Vorhaltebewertungsrelationen zur Umsetzung des § 37 Krankenhausfinanzierungsgesetz eine dauerhafte Übermittlungspflicht dieser Daten eingeführt.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund des Inkrafttretens der Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 1 SGB V und des Außerkrafttretens der Anlage zu § 135d SGB V. Welche Leistungsgruppen maßgeblich und daher durch die Krankenhäuser zu übermitteln sind, folgt aus § 135e Absatz 2 Satz 2 SGB V.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund des Inkrafttretens der Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 1 SGB V und des Außerkrafttretens der Anlage zu § 135d SGB V. Welche Leistungsgruppen maßgeblich und daher durch die Krankenhäuser zu übermitteln sind, folgt aus § 135e Absatz 2 Satz 2 SGB V.

Referentenentwurf

Zu Buchstabe b

Durch die Neufassung von Satz 3 wird zum Zweck der Verfahrensvereinfachung die Sanktionsregelung für die zusätzlichen quartalsweisen Übermittlungen der in Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe a und f genannten Daten zum ärztlichen Personal an die bereits bestehenden Sanktionsregelungen für die jährliche Datenübermittlung zum 31. März angepasst. So sind die in Absatz 5 Satz 2 ff. festgelegten Folgen einer nicht erfolgten, nicht vollständigen oder nicht fristgerechten Übermittlung entsprechend anzuwenden. Abweichend von Absatz 5 Satz 3 beträgt der Abschlagsbetrag für das Krankenhaus pauschal 20 000 Euro.

Zu Artikel 4 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Zu Nummer 1 (§ 2)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine unmittelbare und zwingende Folgeänderung, die aufgrund der gesetzlichen Änderungen und der Neustrukturierung des § 2 Absatz 2 Satz 3 KHEntgG erforderlich ist. Das KHEntgG gilt nur für allgemeine Krankenhäuser. Da die infolge des BSG-Urteils entfallende Abrechnungsmöglichkeit von strahlentherapeutisch veranlassten ambulanten Drittleistungen durch Krankenhäuser ohne strahlentherapeutischen Versorgungsauftrag, denen gleichwohl die Gesamtbehandlungsverantwortung während einer vollstationären Krankenhausbehandlung zukommt, und der sich daraus ergebende Handlungsbedarf auch für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser besteht und diese Einrichtungen rechtlich genauso behandelt werden sollen wie allgemeine Krankenhäuser, werden wie somatische Krankenhäuser auch psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen, die keinen Versorgungsauftrag zur Erbringung strahlentherapeutischer Leistungen haben, von der Verpflichtung zur Erbringung strahlentherapeutischer Behandlungen im Rahmen ihrer Gesamtbehandlungsverantwortung entbunden, soweit dadurch eine bereits vor Aufnahme geplante Strahlentherapie begonnen oder eine solche fortgeführt wird.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung infolge der Neuregelegung und entsprechenden Neufassung der bisherigen Nummer 2, welche ihrerseits eine unmittelbare und zwingende Folgeänderung zur Änderung und Neustrukturierung des § 2 Absatz 2 Satz 3 KHEntgG darstellt, sodass auch die Umsetzung der vorliegenden Regelung erforderlich ist, da andernfalls ein dem Grundsatz der Rechtsklarheit entgegenstehender Normwiderspruch zwischen den Regelungen des KHEntgG und der BPflV bestünde.

Zu Nummer 2 (§ 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 Erhöhungsrate 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 Tag des Inkrafttretens der Vereinbarung einer Erhöhungsrate für Tariferhöhungen 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 um den in Absatz 4 Satz 1 für eine retrospektive Tariflohnrefinanzierung vorgesehenen Prozentsatz, der in Abhängigkeit vom Zeitpunkt der Erhöhung des Basisentgeltwerts zu erhöhen ist. Die Regelung führt dazu, dass der Anstieg gegenüber dem ursprünglich für das Jahr ermittelten Basisentgeltwert umso höher ist, je später im Jahr der erhöhte Basisentgeltwert zur Abrechnung kommt. Hierdurch wird die angestrebte unverzügliche Tariflohnrefinanzierung realisiert. Die unterjährige Erhöhung des Basisentgeltwerts unterliegt keiner Begrenzung durch den Veränderungswert. 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 3 (§ 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 Widerspruch zwischen den Regelungen des SGB V und der BPflV bestünde.

Zu Nummer 4 (§ 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

Referentenentwurf

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 zum Beispiel 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 innerhalb von zwei Wochen nach Inkrafttreten des Gesetzes 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 5 (§ 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 Widerspruch zwischen den Regelungen des SGB V und der BPflV 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, zu vereinbaren. Sofern das Budget zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes bereits vereinbart worden ist, ist es innerhalb von zwei Monaten entsprechend anzupassen. Hierdurch wird gewährleistet, dass der volle Orientierungswert bereits im Jahr 2025 für die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser finanzwirksam wird. Der etwaige 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 5 (Änderung der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 109 Absatz 5 SGB V, mit der die bisher übergangsweise vorgesehene verkürzte Zahlungsfrist verstetigt wird.

Heft-Briefing

Zu Artikel 6 (Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen)

Zu Nummer 1

Durch die Änderung wird die Angabe des § 14 Absatz 2 Nummer 3 Buchstabe a gestrichen. Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Änderung des § 187 Absatz 9 Satz 1 Nummer 3.

Zu Nummer 2

Zu Buchstabe a

Mit der Änderung wird der Anwendungsbereich der für Zusammenschlüsse im Krankenhausbereich nach § 187 Absatz 9 geltenden Freistellung von der Fusionskontrollpflicht erweitert. Danach werden neben den Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 2 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung (KHSFV) auch solche Zusammenschlüsse von Krankenhäusern zeitlich befristet aus dem Anwendungsbereich der Fusionskontrolle ausgenommen, die aus Mitteln des Transformationsfonds nach § 12b Absatz 1 Satz 4 Nummer 1 KHG gefördert werden. Der Transformationsfonds wird errichtet, um insbesondere weitere Umstrukturierungsprozesse in den Krankenhäusern, die mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz angestoßen werden, finanziell zu unterstützen. Die Konzentration von Krankenhausstrukturen dient der Spezialisierung in der Versorgung und damit der Steigerung der Behandlungsqualität. Auch unter Berücksichtigung des durch die demografische Entwicklung bedingten zunehmenden Mangels an medizinischen und pflegerischen Fachkräften erscheint die Konzentration von Versorgungskapazitäten zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfsgerechten Versorgung erforderlich. Aus diesem Grund soll die für Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 2 KHSFV geschaffene wettbewerbsrechtliche Privilegierung auch auf Vorhaben erstreckt werden, die aus Mitteln des Transformationsfonds gefördert werden.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Änderung in § 187 Absatz 9 Satz 1 Nummer 3.

Zu Nummer 3

Mit der Änderung wird die Befristung der Freistellung von der Fusionskontrolle bis zum 31. Dezember 2038 verlängert und damit an die in § 12b KHG vorgesehene Laufzeit des Transformationsfonds, einschließlich einer angemessenen Zeit zur Umsetzung bewilligter Vorhaben, angepasst.

Zu Artikel 7 (Inkrafttreten)

Die Regelung sieht ein Inkrafttreten des Gesetzes am Tag nach der Verkündung vor.

Referentenbriefings