

# **Arbeitsentwurf**

## **des Bundesministeriums für Gesundheit**

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

(Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

#### **A. Problem und Ziel**

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

Da die Krankenhäuser seit vielen Jahren unter einer nicht ausreichenden Investitionsfinanzierung durch die Länder leiden, können sie den so entstandenen Investitionsstau bei dringend notwendigen Anschaffungen oder baulichen Maßnahmen teilweise 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. Qualitätsdefizite in der Versorgung sind die Folge, die sich negativ auf das Wohl der Patientinnen und Patienten auswirken können.

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

Mit der Krankenhausreform werden daher drei zentrale Ziele verfolgt: Gewährleistung von Versorgungssicherheit (Daseinsvorsorge), Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität sowie Entbürokratisierung.

#### **B. Lösung**

Mit Einführung einer Vorhaltevergütung wird die Vorhaltung von Strukturen in Krankenhäusern künftig weitgehend unabhängig von der Leistungserbringung gesichert und der Anreiz für die Krankenhäuser gesenkt, Fallmengen auszuweiten. Die Mittel für die Vorhaltevergütung werden generiert, indem das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) den gesetzlichen Auftrag erhält, die bestehenden Fallpauschalen abzusenken und je Land und Leistungsgruppe auszuweisen. Die Krankenhäuser erhalten die Vorhaltevergütung für diejenigen Leistungsgruppen, die ihnen durch die Planungsbehörde der Länder zugewiesen wurden und deren Qualitätskriterien sie grundsätzlich erfüllen.

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

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

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

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

## **C. Alternativen**

[...]

## **D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand**

[...]

## **E. Erfüllungsaufwand**

[...]

### **E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger**

[...]

## **E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft**

[...]

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

[...]

## **E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung**

[...]

## **F. Weitere Kosten**

[...]

VERTRAULICH

# Arbeitsentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

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

### (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

Vom ...

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:

#### Artikel 1

### Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 16. August 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 217) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

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

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

„2. die nach § 135e geltenden Qualitätskriterien nicht erfüllt, soweit in dem Versorgungsvertrag Leistungsgruppen vereinbart werden sollen; § 6a Absatz 1 Satz 4 bis 9 sowie Absatz 2 Satz 1 bis 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gilt entsprechend oder“.
  - b) Nach Satz 2 wird folgender Satz 3 eingefügt:

„Mit der Genehmigung gelten die vereinbarten Leistungsgruppen als zugewiesen im Sinne von § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.“
4. Nach § 115f werden die folgenden §§ 115g und 115h eingefügt:

„§ 115g

Behandlung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung

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

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

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

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

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

1. welche stationären Leistungen der Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin oder Geriatrie nach § 135e sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen mindestens anbieten müssen,
2. welche weiteren stationären Leistungen der Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Geriatrie und welche stationären Leistungen der Leistungsgruppe Allgemeine Chirurgie oder weiterer Leistungsgruppen nach § 135e ebenfalls in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen erbracht werden können und
3. welche Anforderungen an die Qualität und Dokumentation der Leistungserbringung nach den Nummern 1 und 2 gestellt werden.

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

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

## § 115h

### Medizinisch-pflegerische Versorgung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen

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

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

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

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

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

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

5. § 116a wird wie folgt gefasst:

„§ 116a

Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung

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

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

6. § 121 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„Belegärztliche Leistungen und sonstige ärztliche Leistungen im Krankenhaus“.

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

c) Folgender Absatz 7 wird angefügt:

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

7. § 135d Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:

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

b) Folgende Nummer 8 wird angefügt:

„8. die Einhaltung oder Nichteinhaltung der Qualitätskriterien nach § 135e, einschließlich der Information, sobald einem Krankenhaus Leistungsgruppen

nach § 6a Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen sind.“

8. Nach § 135d wird folgender § 135e eingefügt:

„§ 135e

Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung

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

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

Die Qualitätskriterien sollen den aktuellen Stand der medizinisch wissenschaftlichen Erkenntnisse berücksichtigen und zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen.

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

1. Leistungsgruppen und Qualitätskriterien nach Absatz 1,
2. Regelungen zur Zulässigkeit der Einhaltung der Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbänden,
3. Regelungen, für welche Leistungsgruppen in Einzelfällen zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung von den Qualitätskriterien abgewichen werden kann und für welche Leistungsgruppen dies ausgeschlossen ist, sowie
4. das Nähere zum Verfahren.

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit richtet einen Ausschuss ein, der Empfehlungen zu den Inhalten der Rechtsverordnung nach Absatz 2 Nummern 1 bis 3 beschließt. Der Ausschuss wird durch das Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam mit den obersten Gesundheitsbehörden der Länder geleitet. Soweit das Bundesministerium für Gesundheit oder ein Land die Weiterentwicklung der Inhalte der Rechtsverordnung nach Absatz 2 Nummern 1 bis 3 beraten möchte, hat der Ausschuss zunächst einen Vorschlag der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften einzuholen. Zudem beauftragt der Ausschuss das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte mit Unterstützungsleistungen. Der Ausschuss ist in gleicher Zahl besetzt mit Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen einerseits und Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Bundesärztekammer und der Berufsorganisationen der Pflegeberufe andererseits. Die Patientenorganisationen nach § 140f

können beratend an den Sitzungen des Ausschusses teilnehmen. Der Ausschuss legt das Nähere zur Arbeitsweise, Besetzung und Beschlussfassung des Ausschusses in einer Geschäftsordnung fest. Die Geschäftsordnung und ihre Änderung bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Kommt die Geschäftsordnung bis zum ...[einsetzen: Datum 4 Monate nach Inkrafttreten] nicht zustande, legt das Bundesministerium für Gesundheit die Geschäftsordnung fest. Zur Koordinierung der Arbeit des Ausschusses richtet das Bundesministerium für Gesundheit eine Geschäftsstelle ein.

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

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

Soweit die Qualitätskriterien nach Satz 1 Nummer 2 Vorgaben enthalten, die nur für das Land Nordrhein-Westfalen gelten, erarbeitet und veröffentlicht der Medizinische Dienst Bund bis zum [drei Monate nach Inkrafttreten dieses Gesetzes] eine bundeseinheitliche Prüfgrundlage zur Anwendung der entsprechenden Vorgaben des jeweiligen Landes im Rahmen der Prüfungen nach § 275a . hierzu. Bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach Absatz 2 ist die Einhaltung von Qualitätskriterien einer Leistungsgruppe in Kooperationen und Verbänden unter den Voraussetzungen des § 6a Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zulässig.“

9. § 136c wird wie folgt geändert:

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

10. § 137 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- a) In den Sätzen 1 bis 3 und 6 wird jeweils das Wort „Kontrollen“ durch das Wort „Prüfungen“ ersetzt.
- b) In Satz 1 werden nach der Angabe „§ 275a“ die Wörter „Absatz 1 Satz 1 Nummer 3“ angefügt.
- c) In Satz 1 werden die Wörter „§ 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 oder § 136a Absatz 5“ durch die Wörter „§ 136a Absatz 2 und 5“ ersetzt.
- d) In Satz 5 werden die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.

- e) In Satz 6 werden nach der Angabe „§ 275a“ die Wörter „Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 sowie eine Vereinheitlichung der Prüfungen des Medizinischen Dienstes zu stationären Strukturen und weiteren Anforderungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1“ angefügt.

11. § 275a wird wie folgt gefasst:

„§ 275a

Prüfungen zu Strukturen in Krankenhäusern und weitere Qualitätsprüfungen

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

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

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

(2) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat vor der Zuweisung von Leistungsgruppen nach § 6a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes den Medizinischen Dienst mit Prüfungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 zu beauftragen. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen haben vor dem

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

(3) Nach Abschluss des Verfahrens gemäß Absatz 2 Satz 5 übermittelt der Medizinische Dienst der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen und dem geprüften Krankenhaus auf elektronischem Wege das Gutachten über das Ergebnis der Prüfung. Das Gutachten gilt längstens für einen Zeitraum von zwei Jahren als Nachweis über die Einhaltung der Qualitätskriterien der jeweiligen Leistungsgruppen. Krankenhäuser, die eines oder mehrere Qualitätskriterien einer oder mehrerer Leistungsgruppen über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht einhalten, haben dies unverzüglich dem zuständigen Medizinischen Dienst, der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen auf elektronischem Wege mitzuteilen. Stellt der Medizinische Dienst fest, dass ein Krankenhaus seiner Mitteilungspflicht nach Absatz 3 Satz 3 nicht oder nicht rechtzeitig nachgekommen ist, informiert er darüber unverzüglich die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde sowie die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen. Der Medizinische Dienst informiert das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen unverzüglich über die Nichteinhaltung von Qualitätskriterien auf Grundlage der Meldung nach Satz 3 oder aufgrund sonstiger Erkenntnisse nach Satz 4.

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

(5) Krankenhäuser haben die Einhaltung von Strukturmerkmalen auf Grund des vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 durch den Medizinischen Dienst nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 begutachten zu lassen, bevor sie entsprechende Leistungen abrechnen. Die Prüfung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 wird durch einen Bescheid abgeschlossen. Die Krankenhäuser erhalten vom Medizinischen Dienst in elektronischer Form das Gutachten und bei Einhaltung der Strukturmerkmale eine Bescheinigung über das Ergebnis der Prüfung, die auch Angaben darüber enthält, für welchen Zeitraum die Einhaltung der jeweiligen Strukturmerkmale als erfüllt angesehen wird. Die Krankenhäuser haben die Bescheinigung nach Satz 3 den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jeweils anlässlich der Vereinbarungen nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 11 der

Bundespflegesatzverordnung auf elektronischem Wege zu übermitteln. Krankenhäuser, die eines oder mehrere der nachgewiesenen Strukturmerkmale über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht einhalten, haben dies unverzüglich auf elektronischem Wege den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie dem zuständigen Medizinischen Dienst mitzuteilen. Krankenhäuser, die die strukturellen Voraussetzungen nach Satz 1 nicht erfüllen, dürfen die Leistungen nicht vereinbaren und nicht abrechnen.

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

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

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

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

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

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

(8) Werden bei Durchführung einer Prüfung nach Absatz 1 Satz 1 Anhaltspunkte für erhebliche Qualitätsmängel offenbar, die außerhalb des Prüfauftrags oder Prüfgegenstands liegen, teilt der Medizinische Dienst diese dem Krankenhaus und der für die

Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen oder bei Prüfungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 dem Krankenhaus und dem jeweiligen Auftraggeber unverzüglich mit.“

12. § 275c Absatz 6 wird wie folgt geändert:

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

13. § 275d wird aufgehoben.

14. § 276 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
  - aa) In Satz 1 wird die Angabe „275d“ durch die Angabe „275c“ ersetzt.
  - bb) In Satz 2 werden die Wörter „§ 275 Absatz 1 bis 3 und 3b, § 275c oder § 275d“ durch die Wörter „§ 275 Absatz 1 bis 3 und 3b, § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 oder § 275c“ ersetzt.
  - cc) In Satz 3 wird die Angabe „275d“ durch die Angabe „275c“ ersetzt.
- b) Absatz 4a wird wie folgt geändert:
  - aa) In den Sätzen 1 bis 4 wird jeweils das Wort „Kontrollen“ durch das Wort „Prüfungen“ ersetzt.
  - bb) In den Sätzen 1 bis 3 werden jeweils nach der Angabe „§ 275a“ die Wörter „Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 3 und 4“ angefügt.
  - cc) In Satz 1 werden nach der Angabe „§ 137 Absatz 3“ die Wörter „oder der Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3“ angefügt.
  - dd) In Satz 4 wird die Angabe „Absatz 4“ durch die Wörter „Absatz 1 Satz 1 Nummer 4“ ersetzt.

15. § 277 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 6 werden die Wörter „Kontrollen nach § 275a“ durch die Wörter „Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 3“ und wird das Wort „Kontrollergebnisse“ durch das Wort „Prüfergebnis“ ersetzt.
- b) In Satz 7 wird jeweils das Wort „Kontrollergebnis“ durch das Wort „Prüfergebnis“ ersetzt.

16. § 278 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

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

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

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

b) Folgender Absatz 5 wird angefügt:

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

17. § 280 wird wie folgt geändert:

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

18. § 283 wird wie folgt geändert:

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

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

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

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

c) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

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

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

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

d) Folgender Absatz 5 wird eingefügt:

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

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

Die Verarbeitung und Veröffentlichung der Daten in der Datenbank nach Satz 1 erfolgt ohne Personenbezug. Die Datenbank ist fortlaufend auf Basis neuer Erkenntnisse der Medizinischen Dienste zu aktualisieren. Die Medizinischen Dienste berichten dem Medizinischen Dienst Bund regelmäßig die für die Datenbank erforderlichen Daten und erhalten auf die für ihr Zuständigkeitsgebiet relevanten und für die jeweilige Prüfung erforderlichen Daten Zugriff. Sobald die Datenbank nach Satz 1 umgesetzt ist, werden die Übermittlungen nach § 275a Absatz 3 Satz 1, 4 und 5, Absatz 5 Satz 4 und Absatz 6 Satz 3 durch Gewährung eines direkten Zugriffs der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde, der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen, des Landesausschusses des Verbandes der Privaten Krankenversicherung sowie des Instituts für

Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen auf die jeweils für die Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben erforderlichen standortbezogenen Daten ihres Zuständigkeitsgebiets ersetzt. Als Standorte eines Krankenhauses sind die Standorte gemäß § 135d Absatz 3 Satz 3 anzusehen. Das Nähere zum Verfahren, zu den Nutzer- und Zugriffsrechten und zu den konkreten Daten regelt die Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3. Der Medizinische Dienst Bund setzt die Datenbank erstmals bis zum [6 Monate nach Inkrafttreten]um.“

e) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 6.

19. § 299 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „§ 27b Absatz 2, § 135b Absatz 2, § 136 Absatz 1 Satz 1, den §§ 136b, 136c Absatz 1 und 2 sowie“ durch die Wörter „§ 27b Absatz 2, § 135b Absatz 2, § 136 Absatz 1 Satz 1 und § 136b sowie“ ersetzt.

b) In Absatz 1a werden die Wörter „§ 27b Absatz 2, § 135b Absatz 2, § 136 Absatz 1 Satz 1, den §§ 136b, 136c Absatz 1 und 2, § 137 Absatz 3 und § 137b Absatz 1 sowie“ durch die Wörter „§ 27b Absatz 2, § 135b Absatz 2, § 136 Absatz 1 Satz 1, § 136b, § 137 Absatz 3 und § 137b Absatz 1 sowie“ ersetzt.

c) Absatz 7 Satz 1 wird wie folgt geändert:

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

bb) Folgende Nummer 4 wird angefügt:

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

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

21. Die §§ 411 und 412 werden aufgehoben.

22. In der Überschrift der Anlage 2 wird die Angabe „Anlage 2“ durch die Angabe „Anlage 3“ ersetzt.

23. Nach Anlage 1 wird folgende Anlage 2 eingefügt:

„Anlage 2 (zu § 135e)

### Qualitätskriterien für bestimmte Leistungsgruppen

Qualitätskriterien der in Anlage 1 genannten Leistungsgruppe Nummer 3 (Infektiologie):

[...]

Qualitätskriterien der in Anlage 1 genannten Leistungsgruppe Nummer 16 (Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie):

[...]

Qualitätskriterien der in Anlage 1 genannten Leistungsgruppe Nummer 27 (Spezielle Traumatologie):

[...]

Qualitätskriterien der in Anlage 1 genannten Leistungsgruppe Nummer 47 (Spezielle Kinder- und Jugendmedizin):

[...]

Qualitätskriterien der in Anlage 1 genannten Leistungsgruppe Nummer 65 (Notfallmedizin):

[...]“.

## Artikel 2

### Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

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

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

## Artikel 3

### Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 26. Juli 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 202) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 6 wird Absatz 1a aufgehoben.
2. § 6a wird wie folgt gefasst:

„§ 6a

Zuweisung von Leistungsgruppen

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

(2) Abweichend von Absatz 1 Satz 3 kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen dem Krankenhaus Leistungsgruppen zuweisen, deren Qualitätskriterien nicht erfüllt sind, wenn dies

1. nach der Verordnung aufgrund § 135e Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht ausgeschlossen ist und
2. zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist.

Die Zuweisung der Leistungsgruppen ist im Fall des Satzes 1 mit der Auflage der Erfüllung der Qualitätskriterien nach Absatz 1 Satz 3 innerhalb einer Frist von höchstens einem Jahr zu verbinden. Die Frist nach Satz 2 kann im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen einmalig um bis zu ein Jahr verlängert werden, wenn die Voraussetzungen nach Satz 1 vorliegen und die Qualitätskriterien bis zum Ablauf der Frist aufgrund bereits eingeleiteter konkreter Maßnahmen zur Qualitätssteigerung voraussichtlich erfüllt werden. Die Einleitung der Maßnahmen nach Satz 3 ist der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde nachzuweisen. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann sich für die Erteilung einer Auflage nach Satz 2 sowie zur Bewertung der Maßnahmen nach Satz 3 durch den Medizinischen Dienst beraten lassen. Bei der Entscheidung nach den Sätzen 1 und 3 handeln die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung gemeinsam mit der Deutschen

Krankenhausgesellschaft vereinbaren bis zum [Einsetzen: letzter Tag des ersten Jahres nach dem Inkrafttreten des Gesetzes] Kriterien für die Beurteilung, wann eine Zuweisung zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 7 nicht oder nicht fristgerecht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 den Inhalt der Vereinbarung ohne Antrag einer Vertragspartei fest.

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

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

Ist absehbar, dass der Grund für die nach § 275a Absatz 3 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gemeldete Nichterfüllung der Qualitätskriterien nicht länger als drei Monate andauert, kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde abweichend von Satz 1 dem Krankenhaus eine Frist von bis zu drei Monaten zur Erfüllung der für die Leistungsgruppe geltenden Qualitätskriterien setzen. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes zu der voraussichtlichen Dauer der Nichterfüllung der Qualitätskriterien einzuholen. Sind die Qualitätskriterien nach Ablauf der Frist nach Satz 2 nicht erfüllt, gilt Satz 1 Nummer 3. In den Fällen des Satzes 1 Nummer 3 und 4 kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde von der Aufhebung der Zuweisung der Leistungsgruppe absehen, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 2 Satz 1 vorliegen; Absatz 2 Satz 2 bis 6 gilt entsprechend. Absatz 1 Satz 10 und 11 gilt entsprechend. Widerspruch und Anfechtungsklage gegen den Bescheid haben keine aufschiebende Wirkung.

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

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

4. den vollständigen oder teilweisen Zusammenschluss mehrerer Krankenhäuser sowie den Zeitpunkt des Zusammenschlusses und
5. im Fall der erstmaligen Erbringung einer Leistung einer Leistungsgruppe die Planfallzahl.

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

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

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

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

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

„§ 6b

#### Bestimmung als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung

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

(2) Zur Förderung der Qualität der Versorgung durch Transparenz nach § 135d Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch hat die für die Krankenhausplanung

zuständige Landesbehörde dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch unverzüglich, spätestens innerhalb von vier Wochen, die Bestimmung als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung und diesbezügliche Änderungen mitzuteilen.“

4. In § 8 werden die Absätze 1a bis 1c aufgehoben.
5. § 17b wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach der Angabe „Absatz 4“ die Wörter „und Absatz 4b“ eingefügt.
  - b) In Absatz 3 Satz 4 werden nach dem Wort „Pflegepersonalkosten“ die Wörter „und des nach Absatz 4b Satz 1 auszugliedernden Anteils für die Vorhaltevergütung“ eingefügt.
  - c) Absatz 4a Satz 1 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Nummer 2 Buchstabe f wird das Wort „und“ am Ende gestrichen.
    - bb) In Nummer 3 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.
    - cc) Folgende Nummern 4 und 5 werden angefügt:
      - „4. als Auszubildende in der Pflege Personen, die eine berufliche oder hochschulische Ausbildung in einem Beruf nach Nummer 1, Nummer 2 Buchstabe a oder b absolvieren, in dem Umfang der nach § 17a Absatz 1 Satz 3 und § 27 Absatz 2 des Pflegeberufgesetzes anzurechnenden Anteile der Kosten der Auszubildenden und
      5. als Pflegekräfte im Anerkennungsverfahren Personen, die einen Anpassungslehrgang nach § 40 Absatz 3 Satz 2 oder § 41 Absatz 2 Satz 4 oder Absatz 3 Satz 2 des Pflegeberufgesetzes absolvieren.“
  - d) Nach Absatz 4a werden die folgenden Absätze 4b und 4c eingefügt:

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

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

- e) In Absatz 5 Satz 1 wird die Angabe „bis 4“ durch die Angabe „bis 4b“ ersetzt.
  - f) Absatz 7 Satz 1 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Nummer 1 werden nach der Angabe „Absatz 4“ die Wörter „und die Vorhaltevergütung nach Absatz 4b“ eingefügt.
    - bb) In Nummer 2 werden nach der Angabe „Absatz 4“ die Wörter „sowie der Vorhaltevergütung nach Absatz 4b“ eingefügt.
6. § 17c wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter „Absatz 2 Satz 5“ durch die Wörter „Absatz 2 Satz 6“ ersetzt.
  - b) Absatz 6 wird wie folgt geändert:
    - aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:
      - aaa) In Nummer 6 wird das Komma durch einen Punkt ersetzt.
      - bbb) Nummer 7 wird aufgehoben.
    - bb) Satz 4 wird aufgehoben.
    - cc) In Satz 6 wird die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 4“ ersetzt.
  - c) In Absatz 7 Satz 2 wird die Angabe „275d“ durch die Wörter „275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2“ ersetzt.
7. In § 25 Absatz 4 Satz 3 werden die Wörter „§ 275d Absatz 1 Satz 1“ durch die Wörter „§ 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2“ ersetzt.
8. § 28 Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- a) In Nummer 4 wird nach den Wörtern „sonstigen Entgelte“ das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und werden vor dem Komma am Ende ein Komma und die Wörter „der Vorhaltevergütung und der krankenhausesindividuellen Tagesentgelte“ eingefügt.
  - b) In Nummer 5 werden nach dem Wort „Bewertungsrelationen“ die Wörter „einschließlich der Summe der Pflegebewertungsrelationen und der Summe der Vorhaltebewertungsrelationen“ eingefügt.

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

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

9. Nach § 36 werden die folgenden §§ 37 bis 39 angefügt:

### „§ 37

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

(1) Im Anschluss an die Übermittlung nach § 6a Absatz 4 Satz 1 ermittelt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus jeweils im selben Jahr bis zum 30. November für dieses Land die Summe der Vorhaltebewertungsrelationen (Vorhaltevolumen). Die Grundlage für das Vorhaltevolumen je Land bilden die nach § 21 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Vorjahr übermittelten Fälle, die mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütet werden, und die Vorhaltebewertungsrelationen für das Folgejahr. Das nach Satz 1 ermittelte Vorhaltevolumen je Land ist nach den Leistungsgruppen gemäß § 135e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu gliedern. Das Vorhaltevolumen je Land und je Leistungsgruppe ist auf die Krankenhausstandorte, denen die Leistungsgruppe nach § 6a zugewiesen worden ist, entsprechend den nach Absatz 2 Satz 1 oder 3 ermittelten Anteilen aufzuteilen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erstellt erstmals bis zum 30. September 2024 ein Konzept zur Vorgehensweise bei der Ermittlung des Vorhaltevolumens je Land, je Leistungsgruppe sowie je Krankenhausstandort und veröffentlicht dieses barrierefrei auf seiner Internetseite.

(2) Im Anschluss an die Übermittlung nach § 6a Absatz 4 Satz 1 ermittelt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für jeden Krankenhausstandort in diesem Land, dessen Leistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz vergütet werden, seinen Anteil an der Vorhaltevergütung in der jeweiligen Leistungsgruppe. Der Anteil ergibt sich, indem die Anzahl der Fälle des Krankenhausstandorts nach Satz 3 in der jeweiligen ihm nach § 6a zugewiesenen Leistungsgruppe mit dem Durchschnitt seiner Vorhaltebewertungsrelationen (Vorhalte-Casemixindex) in dieser Leistungsgruppe multipliziert und das Produkt durch die über alle Krankenhausstandorte dieses Landes in dieser Leistungsgruppe addierten Produkte geteilt wird. Sofern die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde nach § 6a Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 oder Nummer 5 Planfallzahlen übermittelt, sind diese und ansonsten die Anzahl der mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergüteten Fälle aus den nach § 21 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Leistungsdaten bei der Ermittlung des Anteils nach Satz 2, 4, 5 und 6 zu nutzen; der Vorhalte-Casemixindex ist aus den Leistungsdaten zu ermitteln. Im Fall von § 6a Absatz 4 Satz 1 Nummer 5 ermittelt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus mit Wirkung ab dem Folgejahr den Anteil nach Satz 2 durch Multiplikation der Planfallzahl mit dem Vorhalte-Casemixindex in der Leistungsgruppe im jeweiligen Land. Die Ermittlung nach Satz 2 oder Satz 4 erfolgt bis zum 30. November des Jahres, in dem die Übermittlung nach Satz 1 vorliegt,; eine neue Ermittlung ist nach zwei Jahren und danach alle drei Jahre jeweils bis zum 30. November eines Jahres durchzuführen. Bei der Ermittlung nach Satz 2 oder Satz 4 ist in der jeweiligen dem Krankenhausstandort nach § 6a zugewiesenen Leistungsgruppe zu verwenden

1. der aktuelle Vorhalte-Casemixindex sowie

2. als Fallzahl

- a) die Planfallzahl, sofern diese nach § 6a Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 oder Nummer 5 übermittelt wird, und anderenfalls
- b) anstelle der bei der vorangegangenen Ermittlung zugrunde gelegten Fallzahl die aktuelle Fallzahl nach § 21 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes, sofern diese gegenüber der vorangegangenen Ermittlung um mehr als 20 Prozent abweicht und kein Wechsel von Planfallzahl auf Fallzahl nach § 21 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes stattgefunden hat.

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

(3) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus addiert für jedes Krankenhaus die nach Absatz 1 Satz 4 ermittelten Vorhaltevolumina jeweils für das Jahr 2027 und 2028 über alle Leistungsgruppen, die dem Krankenhausstandort oder den Krankenhausstandorten des Krankenhauses nach § 6a zugewiesen worden sind. Das jeweilige Ergebnis nach Satz 1 ist jeweils von der Summe der für das Jahr 2026 vereinbarten und genehmigten Vorhaltebewertungsrelationen des Krankenhauses abzuziehen und die Differenz ist im Jahr 2028 für das Jahr 2027 mit 66 Prozent sowie im Jahr 2029 für das Jahr 2028 mit 33 Prozent zu multiplizieren. Die nach Satz 2 ermittelten Ergebnisse sind von dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus je Land jeweils für das Jahr 2027 und 2028 unter Beachtung des Vorzeichens zu saldieren. Das Vorhaltevolumen je Land nach Absatz 1 Satz 1 ist um den jeweiligen landesbezogenen Saldo nach Satz 3 abzusenken, wenn dieser negativ ist, und um den jeweiligen landesbezogenen Saldo nach Satz 3 zu erhöhen, wenn dieser positiv ist.

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

(5) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erlässt jährlich bis zum 10. Dezember eines Jahres für das Folgejahr, erstmals bis zum 10. Dezember 2026 für das Jahr 2027, gegenüber dem Krankenhausträger einen Bescheid über die Höhe des je Krankenhausstandort und je Leistungsgruppe aufgeteilten Vorhaltevolumens nach Absatz 1 Satz 4 sowie über die Höhe der standortindividuellen Förderbeträge nach § 39 Absatz 2 Satz 4. Für die Jahre 2025 und 2026 hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus jährlich im Anschluss an die Übermittlung nach § 6a Absatz 4 Satz 1 bis zum 10. Dezember desselben Jahres für das Folgejahr dem Krankenhausträger eine Information über die Höhe des je Krankenhausstandort und je Leistungsgruppe aufgeteilten Vorhaltevolumens nach Absatz 1 Satz 4 zu übermitteln. Soweit für einen Krankenhausstandort unterjährig eines der Ereignisse nach § 6a Absatz 4 Satz 1

Nummer 2 bis Nummer 4 eintritt, ist der Bescheid nach Satz 1 mit Wirkung vom Zeitpunkt des Eintritts des Ereignisses nach Maßgabe von Satz 4 insoweit aufzuheben. Den Umfang des nach Satz 3 aufzuhebenden Teils des Bescheides nach Satz 1 bestimmt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, indem es die Höhe des je Krankenhausstandort und je Leistungsgruppe aufgeteilten Vorhaltevolumens nach Absatz 1 Satz 4 sowie die Höhe der standortindividuellen Förderbeträge nach § 39 Absatz 2 Satz 4 durch 365 geteilt und mit der Zahl der Kalendertage multipliziert wird, die zwischen dem Ereignis nach § 6a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 bis Nummer 4 und dem Ende des Jahres lagen, in dem das Ereignis eingetreten ist.

### § 38

#### Aufträge an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Zusammenhang mit Zuschlägen zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben

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

### § 39

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

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

Pädiatrie: 288 Millionen Euro,

Geburtshilfe: 120 Millionen Euro,

Stroke Unit: 35 Millionen Euro,

Spezielle Traumatologie: 65 Millionen Euro,

Intensivmedizin: 30 Millionen Euro.

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

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

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

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

## Artikel 4

### Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

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

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

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

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

„Der Fixkostendegressionsabschlag wird letztmalig für das Jahr 2026 angewendet und entsprechend Satz 1 erhoben.“
  - c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 3 werden nach dem Wort „Hundert“ die Wörter „und ab dem Jahr 2027 zu 0 vom Hundert“ eingefügt.
    - bb) In Satz 5 werden nach dem Wort „vereinbaren“ ein Semikolon und die Wörter „ab dem Jahr 2027 gilt diese Vorgabe der abweichenden Ausgleichsvereinbarung nur für Mehrerlösausgleiche“ eingefügt.
    - cc) In Satz 7 werden die Wörter „1, 2 und 5“ durch die Wörter „1, 2, 5 und 6b“ ersetzt.
3. § 5 wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 2b Satz 1 bis 3 und 5 wird jeweils die Angabe „und 2024“ durch ein Komma und die Angabe „2024, 2025 und 2026“ ersetzt.
  - b) Absatz 2c wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 1, 4 und 7 wird jeweils die Angabe „oder 2024“ durch ein Komma und die Angabe „2024, 2025 oder 2026“ ersetzt.

bb) In Satz 3 werden nach dem Wort „werden“ ein Semikolon und die Wörter „der nach Satz 1 berechnete Zuschlag für das Jahr 2025 ist bei Patientinnen oder Patienten abzurechnen, die zwischen dem 1. Januar 2025 und dem 31. Dezember 2025 zur Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden; der nach Satz 1 berechnete Zuschlag für das Jahr 2026 ist bei Patientinnen oder Patienten abzurechnen, die zwischen dem 1. Januar 2026 und dem 31. Dezember 2026 zur Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden“ eingefügt.

c) Nach Absatz 3i werden die folgenden Absätze 3j bis 3l eingefügt:

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

(3k) Zur Förderung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen erheben Krankenhäuser und besondere Einrichtungen nach § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für die Jahre 2025 und 2026 einen Zuschlag. Hierzu ermittelt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bis zum 30. November 2024 auf der Grundlage der ihm nach § 21 Absatz 1 übermittelten Daten die im Jahr 2023 für die maßgeblichen Fälle nach Satz 3 erbrachte Summe der effektiven Bewertungsrelationen übergeleitet auf das Entgeltsystem für das Jahr 2024; dabei sind die tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a nicht zu berücksichtigen. Maßgebliche Fälle sind alle voll- oder teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten, die zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Krankenhaus über 28 Tage und unter 16 Jahre alt sind. Für die Ermittlung eines Erlösvolumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist die nach Satz 2 berechnete Summe der effektiven Bewertungsrelationen vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus mit dem einheitlichen Basisfallwert nach § 10 Absatz 9 Satz 1 des Jahres 2024 zu multiplizieren und um den für das Jahr 2025 maßgeblichen Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1 zu erhöhen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus berechnet einen Prozentsatz für das Jahr 2025 als Verhältnis eines Betrages in Höhe von 300 Millionen Euro und des nach Satz 4 ermittelten Erlösvolumens, das um 90 Millionen Euro zu erhöhen ist und veröffentlicht den Prozentsatz barrierefrei bis zum 15. Dezember 2024 auf seiner Internetseite. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus berechnet einen Prozentsatz für das Jahr 2026 als Verhältnis eines Betrages in Höhe von 300 Millionen Euro und dem um den für das Jahr 2026 maßgeblichen Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1 erhöhten nach Satz 4 ermittelten Erlösvolumen, das um 90 Millionen Euro zu erhöhen ist und veröffentlicht den Prozentsatz barrierefrei bis zum 15. Dezember 2025 auf seiner Internetseite. Die nach den Sätzen 5 und 6 berechneten Prozentsätze sind kaufmännisch auf drei Nachkommastellen zu runden. Das Krankenhaus berechnet den nach Satz 5 ermittelten

Prozentsatz als Zuschlag für die im Zeitraum vom 1. Januar 2025 bis 31. Dezember 2025 zur voll- oder teilstationären Behandlung aufgenommenen maßgeblichen Fälle nach Satz 3, auf die im auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog bewerteten Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und die Vorhaltevergütung nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b und weist diesen Prozentsatz jeweils gesondert in der Rechnung aus. Das Krankenhaus berechnet den nach Satz 6 ermittelten Prozentsatz als Zuschlag für die im Zeitraum vom 1. Januar 2026 bis 31. Dezember 2026 zur voll- oder teilstationären Behandlung aufgenommenen maßgeblichen Fälle nach Satz 3, auf die im auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog bewerteten Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und die Vorhaltevergütung nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b und weist diesen Prozentsatz jeweils gesondert in der Rechnung aus. Besondere Einrichtungen nach § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, die im Jahr 2025 von der Anwendung der DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte ausgenommen sind, berechnen für die maßgeblichen Fälle nach Satz 3, die im Zeitraum vom 1. Januar 2025 bis 31. Dezember 2025 zur voll- oder teilstationären Behandlung aufgenommen wurden, einen Zuschlag in Höhe des Prozentsatzes nach Satz 5 auf die nach § 6 Absatz 1 Satz 1 vereinbarten fall- oder tagesbezogenen Entgelte und weisen diesen jeweils gesondert in der Rechnung aus. Besondere Einrichtungen nach § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, die im Jahr 2026 von der Anwendung der DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte ausgenommen sind, berechnen für die maßgeblichen Fälle nach Satz 3, die im Zeitraum vom 1. Januar 2026 bis 31. Dezember 2026 zur voll- oder teilstationären Behandlung aufgenommen wurden, einen Zuschlag in Höhe des Prozentsatzes nach Satz 6 auf die nach § 6 Absatz 1 Satz 1 vereinbarten fall- oder tagesbezogenen Entgelte und weisen diesen jeweils gesondert in der Rechnung aus.

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

4. § 6 wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 2a Satz 1 werden die Wörter „§ 7 Satz 1 Nr. 1 und 2“ durch die Wörter „§ 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2“ ersetzt und werden in Nummer 2 nach dem Wort „Höhe“ die Wörter „der Vorhaltevergütung und“ eingefügt.
  - b) In Absatz 3 Satz 5 werden nach dem Wort „Erhöhungsbetrag“ die Wörter „auf Verlangen einer Vertragspartei über das Budget des laufenden Pflegesatzzeitraums und ansonsten“ eingefügt.
5. In § 6a Absatz 1 Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „dies gilt nicht für Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.
6. Nach § 6a werden die folgenden §§ 6b und 6c eingefügt:

„§ 6b

Vergütung eines Vorhaltebudgets

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

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

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

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

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

Zur Ermittlung des Ausgleichsbetrages bestimmt das Krankenhaus bis zum 28. Februar die Summe der abgerechneten Entgelte nach § 7 Absatz 2 Satz 1 Nummer 5 aller bis zum 31. Dezember des Vorjahres entlassenen Fälle; noch nicht abgerechnete Entgelte sind dabei vom Krankenhaus sachgerecht zu schätzen. Über einen Zeitraum von 12 Wochen nach der Genehmigung nach § 14 Absatz 1a wird der auf der Grundlage nach Satz 2 ermittelte Ausgleichsbetrag über einen prozentualen Zu- oder Abschlag auf die Entgelte nach § 7 Absatz 2 Satz 1 Nummer 5 abgerechnet. Das Krankenhaus übermittelt das Ergebnis der Summe der abgerechneten Entgelte nach Satz 2 unter

Berücksichtigung der sachgerechten Schätzung, die Höhe des Ausgleichsbetrages, die Höhe des prozentualen Zu- oder Abschlags und dessen Abrechnungszeitraum sowie den der Berechnung zu Grunde liegenden Bescheid nach § 37 Absatz 5 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde auf elektronischem Wege. Spätestens mit endgültiger Berechnung des Ausgleichs nach § 4 Absatz 3 wird auch der Ausgleich für das Vorhaltebudget endgültig vereinbart. § 4 Absatz 3 Satz 7 gilt entsprechend.

(5) Nach der budgetneutralen Einführung der Vorhaltevergütung schließt sich in den Jahren 2027 und 2028 eine Konvergenzphase an. Für die Ermittlung des für die Jahre 2027 und 2028 jeweils geltenden Konvergenzbetrages nach Satz 6 wird zunächst der für das Jahr 2027 und 2028 jeweils geltende Ausgangswert nach Maßgabe der Sätze 3 und 4 ermittelt. Die für das Jahr 2026 vereinbarten und genehmigten Vorhaltebewertungsrelationen des Krankenhauses werden für die Jahre 2027 und 2028 jeweils mit dem für das Anwendungsjahr vereinbarten oder festgesetzten Landesbasisfallwert multipliziert. Das Produkt nach Satz 3 bildet den Ausgangswert zur Ermittlung des jeweiligen Konvergenzbetrages nach Satz 6. Zielwert der Konvergenz des Krankenhauses ist das jeweils für die Jahre 2027 und 2028 ermittelte Gesamtvorhaltebudget nach Absatz 1 Satz 3 ohne Berücksichtigung der Förderbeträge nach § 39 Absatz 2 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Für eine schrittweise Heranführung an den Zielwert wird die Differenz zwischen Ausgangswert und Zielwert unter Beachtung des Vorzeichens im Jahr 2027 zu 66 vom Hundert und im Jahr 2028 zu 33 vom Hundert ausgeglichen (Konvergenzbetrag). Der Konvergenzbetrag wird von den Vertragsparteien nach § 11 vereinbart und über einen prozentualen Zu- oder Abschlag auf die Entgelte nach § 7 Absatz 2 Satz 1 Nummer 5 abgerechnet. Absatz 4 Satz 5 und 6 gilt entsprechend.

#### § 6c

Vergütung von Krankenhäusern, die als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen bestimmt sind

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

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

(2) Das Gesamtvolumen nach Absatz 1 ist von den Vertragsparteien nach § 11 sachgerecht zu kalkulieren. Bei der Ermittlung des Gesamtvolumens ist der voraussichtlich zu erbringende Leistungsinhalt und -umfang des einzelnen Krankenhauses zu berücksichtigen und die Kosten und Leistungen zu anderen Leistungsbereichen der

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

(3) Bei Patientinnen und Patienten, die über den Jahreswechsel im Krankenhaus nach § 115g Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch stationär (Überlieger) oder im Rahmen der medizinisch-pflegerischen Versorgung behandelt werden, werden die Erlöse aus den Tagesentgelten tagesbezogen dem Jahr zugeordnet, in dem sie durch eine Behandlung anfallen. Für das Gesamtvolumen nach Absatz 1 Satz 1 gilt § 4 Absatz 4 entsprechend. Das Gesamtvolumen darf das um den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1 veränderte Gesamtvolumen des Vorjahres nur überschreiten, sofern die Überschreitung durch Kostensteigerungen für Pflegepersonal für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen bedingt ist oder soweit Veränderungen von Art und Menge der krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Leistungen vorliegen. Wird eine Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbart, so ist das von den Vertragsparteien nach § 11 vereinbarte Gesamtvolumen um die nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbarte anteilige Erhöhungsrates nach § 10 Absatz 5 Satz 5 zu erhöhen; für diese Erhöhung des Gesamtvolumens gilt keine Begrenzung durch den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1.

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

(5) Weicht die Summe der auf das Vereinbarungsjahr entfallenden Erlöse des Krankenhauses aus den Entgelten nach Absatz 1 Satz 2 von dem Gesamtvolumen nach Absatz 1 Satz 1 ab, werden Mindererlöse zu 40 vom Hundert und Mehrerlöse zu 65 vom Hundert ausgeglichen. Ausgenommen hiervon sind Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen, für diese sind Mehr- oder Mindererlöse vollständig auszugleichen. Für den Ausgleich der Mehr- oder Mindererlöse sind die Erlöse des Krankenhauses aus den Entgelten nach Absatz 1 Satz 2 den Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen gemäß ihrem Anteil am Gesamtvolumen zuzuordnen. Zur Ermittlung der Mehr- oder Mindererlöse hat der Krankenhausträger eine vom Jahresabschlussprüfer bestätigte Aufstellung über die Erlöse aus den krankenhausesindividuellen Tagesentgelten nach Absatz 1 Satz 2 oder den vorläufigen Tagesentgelten nach

Absatz 8 Satz 4 sowie die tatsächlich entstandenen Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen vorzulegen. Der ermittelte Ausgleichsbetrag wird im Rahmen der nächstmöglichen Vereinbarung nach Absatz 6 für das Krankenhaus ermittelt und über erhöhte oder abgesenkte Tagesentgelte abgerechnet. Mehr- und Mindererlöse infolge der Weitererhebung bisheriger krankenhausesindividueller Tagesentgelte nach Absatz 8 oder vorläufiger Tagesentgelte nach Absatz 8 Satz 4 werden im restlichen Vereinbarungszeitraum ausgeglichen.

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

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

(8) Die für das Kalenderjahr zu vereinbarenden krankenhausesindividuellen Tagesentgelte werden vom Beginn des neuen Vereinbarungszeitraums an erhoben. Wird die Vereinbarung erst nach diesem Zeitpunkt genehmigt, sind die Entgelte ab dem ersten Tag des Monats zu erheben, der auf die Genehmigung folgt, soweit in der Vereinbarung oder Schiedsstellenentscheidung kein anderer zukünftiger Zeitpunkt bestimmt ist. Bis dahin sind die bisher geltenden Entgelte der Höhe nach weiter zu erheben. Sofern bei der erstmaligen Bestimmung eines Krankenhauses nach § 115g Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zum Beginn des Vereinbarungszeitraums noch keine krankenhausesindividuellen Tagesentgelte vereinbart und genehmigt wurden, werden die von den Vertragsparteien auf Bundesebene in ihrer Vereinbarung nach § 9 Absatz Nummer 10 vereinbarten vorläufigen Tagesentgelte abgerechnet.“

7. § 7 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

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

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

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

ccc) Nach Nummer 7 wird folgende Nummer 8 eingefügt:

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

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

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

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

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

„5. eine Vorhaltevergütung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b; die sich aus dem bundeseinheitlichen Entgeltkatalog ergebende Vorhaltebewertungsrelation wird mit dem Landesbasisfallwert multipliziert,

6. Tagesentgelte nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 unter Berücksichtigung der Degression werden tagesbezogen berechnet.“

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

8. § 8 wird wie folgt geändert:

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

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

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

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Ferner dürfen ab dem Jahr 2027 Entgelte für Leistungen nicht berechnet werden, für die einem Krankenhaus keine Leistungsgruppe nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurde, dies gilt nicht für die Behandlung von Notfallpatienten.“

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

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

9. § 9 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

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

bb) Nach Nummer 9 wird folgende Nummer 10 angefügt:

„10. innerhalb von drei Monaten nach Zustandekommen der Vereinbarung oder Festlegung nach § 115g Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nähere Einzelheiten zur Verhandlung des Gesamtvolumens nach § 6c Absatz 1 Satz 1 und der sachgerechten Ermittlung der krankenhausesindividuellen Tagesentgelte nach § 6c Absatz 1 Satz 2, insbesondere zu den vorzulegenden Unterlagen und den wesentlichen Rechengrößen zur Herleitung der zu berücksichtigenden Kosten einschließlich der dabei zu berücksichtigenden Zu- und Abschläge, eine einheitliche Form der Dokumentation der Höhe des vereinbarten Gesamtvolumens, der vereinbarten Tagesentgelte, der berücksichtigten Kosten und der wesentlichen Rechengrößen sowie Regelungen zur unterjährigen Refinanzierung von Tarifsteigerungen, Abrechnungsbestimmungen für die krankenhausesindividuellen Tagesentgelte nach § 6c Absatz 1 Satz 2 und vorläufige Tagesentgelte.“

b) In Absatz 1a Nummer 5 werden nach dem Semikolon am Ende die Wörter „ab dem Jahr 2027 sind die Zuschläge für eine Teilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung um insgesamt 33 Millionen Euro zu erhöhen;“ eingefügt.

10. § 10 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 4 Satz 4 werden nach der Angabe „§ 6a“ die Wörter „sowie mit der Einführung der Vorhaltevergütung nach § 6b“ eingefügt.

b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „2020“ durch die Angabe „2024“ ersetzt.

bb) In Satz 4 werden nach dem Wort „vereinbaren“ die Wörter „innerhalb von vier Wochen nach Abschluss der maßgeblichen tarifvertraglichen Vereinbarungen nach Satz 3 für das laufende Kalenderjahr“ und werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „kommt eine Vereinbarung nicht fristgerecht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen“ eingefügt.

cc) Folgender Satz 8 wird angefügt:

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

11. § 11 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

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

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

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

12. In § 12 Satz 1 werden die Wörter „oder über“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Entgelte“ die Wörter „oder über die Höhe des Gesamtvolumens und der krankenhausesindividuellen Tagesentgelte“ eingefügt.
13. In § 13 Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „Vereinbarung nach“ die Wörter „§ 6c Absatz 6,“ eingefügt.
14. § 14 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 1 wird nach der Angabe „§ 6a“ das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Abschläge“ die Wörter „des Gesamtvolumens nach § 6c Absatz 1 Satz 1 und der krankenhausesindividuellen Tagesentgelte nach § 6c Absatz 1“ eingefügt.
- b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:
- „(1a) Bei der zuständigen Landesbehörde ist die Genehmigung
1. des Ausgleichsbetrages nach § 6b Absatz 4 Satz 1 vom Krankenhausträger sowie
2. des Konvergenzbetrages nach § 6b Absatz 5 Satz 6 von einer der Vertragsparteien
- zu beantragen. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. Die zuständige Landesbehörde entscheidet jeweils innerhalb von 14 Tagen nach Eingang über die Anträge nach Satz 1.“
15. § 18 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:
- „Für die in Krankenhäusern nach § 115g Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch durch Belegärztinnen und -ärzte behandelten Belegpatientinnen und -patienten gelten die krankenhausesindividuellen Tagesentgelte nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 2; die erbrachten belegärztlichen Leistungen werden nach § 121 Absatz 2 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet.“
- b) Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:
- „Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit Belegbetten, die nach § 121 Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Vergütung der belegärztlichen Leistungen mit Belegärzten Honorarverträge schließen, rechnen für die von Belegärztinnen und -ärzten mit Honorarverträgen behandelten Belegpatientinnen und -patienten die krankenhausesindividuellen Tagesentgelte nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 1.“
16. § 21 Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- a) Nummer 1 wird wie folgt geändert:
- aa) Buchstabe d) wird wie folgt gefasst:
- „d) Summe der vereinbarten und abgerechneten DRG-Fälle, der vereinbarten und abgerechneten Summe der Bewertungsrelationen des Fallpauschalen-Katalogs und des Pflegeerlöskatalogs sowie der Ausgleichsbeträge nach § 5 Absatz 4 sowie der Zahlungen zum

Ausgleich der Abweichungen zwischen den tatsächlichen und den vereinbarten Pflegepersonalkosten nach § 6a Absatz 2, jeweils für das vorangegangene Kalenderjahr, sowie die Summe der vereinbarten und abgerechneten Fälle, die mit krankenhausindividuellen Tagesentgelten nach § 6c abgerechnet werden, sowie der Ausgleichsbeträge nach § 6c Absatz 5 jeweils für das vorangegangene Kalenderjahr; in den Jahren 2026 und 2027 jeweils zusätzlich die Summe der für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr vereinbarten und abgerechneten Vorhaltebewertungsrelationen,“.

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

## Artikel 5

### Änderung der Bundespflegesatzverordnung

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

1. Dem § 3 Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:

„Alternativ zu Absatz 4 Satz 1 kann das Krankenhaus ab der Vereinbarung einer Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes für den Rest des jeweiligen Jahres den Basisentgeltwert nach Satz 3 erhöht um 55 Prozent der nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen und unter Berücksichtigung des Zeitpunkts der erstmaligen Abrechnung bei der Abrechnung der mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte anwenden.“

2. In § 8 Absatz 3 und § 11 Absatz 1 Satz 1 wird jeweils die Angabe „§ 275d“ durch die Wörter „§ 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2“ ersetzt.

## Artikel 6

### Inkrafttreten

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

## **Begründung**

### **A. Allgemeiner Teil**

#### **I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen**

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

Da die Krankenhäuser seit vielen Jahren unter einer nicht ausreichenden Investitionsfinanzierung durch die Länder leiden, können sie den so entstandenen Investitionsstau bei dringend notwendigen Anschaffungen oder baulichen Maßnahmen teilweise 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. Qualitätsdefizite in der Versorgung sind die Folge, die sich negativ auf das Wohl der Patientinnen und Patienten auswirken können.

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

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

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

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

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

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

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

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

Zudem bedürfte es einer Verschlinkung der bürokratischen Vorgaben.

Mit der Krankenhausreform sollen dem Eckpunktepapier zufolge drei zentrale Ziele verfolgt werden: Gewährleistung von Versorgungssicherheit (Daseinsvorsorge), Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität sowie Entbürokratisierung.

## **II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs**

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

Der Entwurf dieses Gesetzes enthält daher im Wesentlichen folgende Regelungen:

### **Vorhaltevergütung**

Um die Bedeutung der Krankenhäuser für die Daseinsvorsorge zu unterstreichen und 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 Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) den gesetzlichen Auftrag, die Mittel aus den bestehenden Fallpauschalen auszugliedern; die Fallpauschalen werden abgesenkt. Hierdurch wird der Anreiz auf eine möglichst hohe Fallzahl gesenkt. Die Krankenhäuser erhalten die Vorhaltevergütung für diejenigen Leistungsgruppen, deren Qualitätskriterien sie grundsätzlich erfüllen und die ihnen durch die Planungsbehörden der Länder zugewiesen wurden. Durch die Festlegung und Fortentwicklung bundeseinheitlicher Qualitätskriterien für die jeweiligen Leistungsgruppen wird die Qualität der medizinischen Versorgung gestärkt.

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

Krankenhausfinanzierungssystematik, überwiegend durch Fallpauschalen, hin zu einer künftig um eine Vorhaltevergütung ergänzten Finanzierungssystematik gelingen kann.

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 Vorhaltevergütung erhalten die Krankenhäuser künftig für Leistungsgruppen, die ihnen durch die Planungsbehörde der Länder zugewiesen wurden und deren Qualitätskriterien sie grundsätzlich erfüllen. 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 und eine hohe Behandlungsqualität gefördert werden.

Die Leistungen der Krankenhausbehandlung werden differenziert nach 65 Leistungsgruppen. Die in Anlage 1 zu § 135dSGB V enthaltene Auflistung von Leistungsgruppen enthält die sechzig somatischen Leistungsgruppen nach dem Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen 2022. Aufgenommen wurden die fünf zusätzlichen Leistungsgruppen, die aus medizinisch wissenschaftlicher Sicht der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) vorgeschlagen und im Zuge des Eckpunkt-papiers für eine Krankenhausreform am 10. Juli 2023 gemeinsam mit den Ländern beschlossen wurden. Das Eckpunkt-papier ist unter nachfolgender Internetseite [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/K/Krankenhausreform/Eckpunkt-papier\\_Krankenhausreform.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Eckpunkt-papier_Krankenhausreform.pdf) veröffentlicht. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf wird die Ermächtigungsgrundlage geschaffen, damit das BMG mit Zustimmung des Bundesrats eine Rechtsverordnung zur Festlegung und Weiterentwicklung der Leistungsgruppen erlassen kann.

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

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

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

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

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

### **Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen**

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sind Krankenhäuser, die wohnortnah stationäre Krankenhausbehandlung mit ambulanten und pflegerischen Leistungen verbinden sollen. Indem die Länder Krankenhäuser zu sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen bestimmen können, wird Krankenhäusern die Möglichkeit eröffnet, über die stationären Leistungen hinaus weitere im Katalog nach § 115g Absatz 2 SGB V aufgeführte Leistungen zu erbringen. Dies stellt einen wichtigen Schritt hin zu einer sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung dar.

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

#### **Weitere Regelungen:**

Insbesondere Hochschulkliniken erhalten zukünftig für die ihnen zugewiesenen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zusätzliche finanzielle Mittel.

Daneben werden zur Verbesserung ihrer Liquidität sowohl für somatische Krankenhäuser und besondere Einrichtungen als auch für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser die schon bestehenden Regelungen zur Tarifkostenrefinanzierung so modifiziert, dass sie bereits unterjährig und nicht erst für das Folgejahr umgesetzt werden können.

### **III. Alternativen**

[...]

### **IV. Gesetzgebungskompetenz**

[...]

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

[...]

### **VI. Gesetzesfolgen**

[...]

#### **1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung**

[...]

#### **2. Nachhaltigkeitsaspekte**

[...]

### **3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand**

[...]

### **4. Erfüllungsaufwand**

[...]

### **5. Weitere Kosten**

[...]

### **6. Weitere Gesetzesfolgen**

[...]

## **VII. Befristung; Evaluierung**

[...]

## **B. Besonderer Teil**

### **Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch )**

#### **Zu Nummer 1 (§ 39e)**

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

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

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

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

## **Zu Nummer 2 (§ 73)**

### **Zu Buchstabe a und Buchstabe b**

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

## **Zu Nummer 3 (§ 109)**

### **Zu Buchstabe a**

Nummer 2 in § 109 Absatz 3 Satz 1 wird neu gefasst, da die Regelungen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren in § 136c Absätze 1 und 2 aufgehoben werden. Die neue Nummer 2 normiert nunmehr eine neue weitere Voraussetzung für den Abschluss eines Versorgungsvertrags. Ein Versorgungsvertrag darf danach auch dann nicht abgeschlossen werden, wenn das Krankenhaus die nach § 135e geltenden Qualitätskriterien nicht erfüllt, soweit in dem Versorgungsvertrag Leistungsgruppen vereinbart werden sollen. Durch diese Ergänzung sollen die für Plankrankenhäuser vorgesehenen Regelungen auch auf Vertragskrankenhäuser erstreckt werden. Leistungsgruppen dürfen somit auch in Versorgungsverträgen vereinbart werden, wenn die jeweils geltenden Qualitätskriterien erfüllt sind. Durch den Verweis auf § 6a Absatz 1 Satz 4 bis 9 sowie Absatz 2 Satz 1 bis 4 KHG werden die für die anderen zur GKV-Versorgung zugelassenen Krankenhäuser geltenden Regelungen zum Nachweis über die Erfüllung der Qualitätskriterien und zur Abweichung von den geltenden Qualitätskriterien für entsprechend anwendbar erklärt. Durch den Verweis auf § 6a Absatz 1 Satz 8 KHG wird klargestellt, dass die besonderen Aufträge der Bundeswehrkrankenhäuser und der Kliniken der gesetzlichen Unfallversicherung (BG Kliniken) auch bei der Vereinbarung der Leistungsgruppen berücksichtigt werden sollen.

Aufgrund der Bezugnahme in § 110 Absatz 1 Satz 2 auf § 109 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 gilt darüber hinaus nunmehr, dass der Versorgungsvertrag zu kündigen ist, wenn die für die vereinbarten Leistungsgruppen geltenden Qualitätskriterien nicht erfüllt werden. Damit sollen die mit dem Gesetz geschaffenen Regelungen auch auf Vertragskrankenhäuser erstreckt werden.

### **Zu Buchstabe b**

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

## **Zu Nummer 4 (§§ 115g, 115h)**

Zu § 115g

Die Einführung des § 115g kommt dem Auftrag aus dem Koalitionsvertrag nach und stellt einen wichtigen Schritt in Richtung einer sektorenübergreifenden Gesundheits- und Pflegepolitik dar. Wie in dem gemeinsamen Eckpunktepaper von Bund und Ländern 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. 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.

#### Zu Absatz 1

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

#### Zu Absatz 2

Absatz 2 konkretisiert die sektorenübergreifenden Leistungen, die durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen erbracht werden können. Die Aufzählung in Satz 1 ist nicht abschließend, so dass perspektivisch auch die Erbringung weiterer sektorenübergreifender Leistungen in den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen möglich ist.

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

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

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

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

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

Satz 4 gibt hinsichtlich der Erbringung von Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI und von Tages- und Nachtpflege nach § 41 SGB XI (nach Satz 2) in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen vor, dass diese Leistungen in selbständigen, organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennten Pflegeabteilungen zu erbringen sind, die als stationäre Pflegeeinrichtung gemäß § 72 SGB XI zugelassen sind. Damit gilt für diejenigen Abteilungen der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen, die als selbstständige Pflegeeinrichtungen betrieben werden, das Leistungs- und Leistungserbringungsrecht des SGB XI. Das bedeutet, dass sich insbesondere die Leistungsansprüche der Versicherten, die von den Pflegebedürftigen zu tragenden Eigenanteile, die Zulassung, die Vergütung der Einrichtungen sowie die für diese geltenden Vorgaben zur Personalbemessung nach SGB XI richten. Leistungen nach dem SGB XI bedürfen keiner ärztlichen Verordnung. Die Leistungserbringung hat dabei alle im SGB XI geregelten Leistungsbestandteile abzudecken und muss organisatorisch, personell und räumlich so aufgestellt sein, dass dies möglich ist und gewährleistet wird. Die Zulassung nach dem SGB XI ist unter anderem erforderlich, weil diese Leistungen nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung vergütet werden, sondern von den Pflegekassen (bzw. den privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen) sowie den Pflegebedürftigen selbst. Daneben ist mit dem Versorgungsvertrag nach SGB XI auch ein Abschluss einer Vergütungsvereinbarung einschließlich deren Leistungs- und Qualitätsmerkmale möglich. Mit der Zulassung ist außerdem ein Anknüpfungspunkt für die Qualitätssicherung der Leistungserbringung nach SGB XI gegeben. Die Vorgabe des Satzes 3 eröffnet den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen überdies die Möglichkeit, Anträge auf Förderung nach § 9 Absatz 2 Nummer 6 KHG oder aus Mitteln des Krankenhausstrukturfonds nach §§ 12, 12a KHG zu stellen.

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

#### Zu Absatz 3

Absatz 3 verpflichtet die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und den GKV-Spitzenverband im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung, den abstrakten stationären Leistungsrahmen von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen festzulegen. Für welche Leistungen innerhalb dieses allgemeinen Rahmens dem einzelnen Krankenhaus letztlich konkret ein Versorgungsauftrag erteilt wird, entscheiden die Länder im Rahmen ihrer Planungshoheit. In dem nach Satz 1 zu schließenden Vertrag sind diejenigen stationären Leistungen zu bestimmen, die durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen mindestens angeboten werden müssen (Nummer 1) sowie diejenigen stationären Leistungen, die zusätzlich erbracht werden können (Nummer 2). In Anlehnung an das Eckpunktepapier von Bund und Ländern zur Krankenhausreform vom 10. Juli 2023 konzentriert sich das stationäre Leistungsspektrum der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen auf Leistungen der Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin oder Geriatrie aufgrund des § 135e. Diese Leistungsgruppen umfassen die wesentlichen Leistungen der Allgemeinmedizin. Den Vertragspartnern wird aufgrund ihres fachlichen Sachverständnisses aufgegeben zu vereinbaren, welche stationären Leistungen der Leistungsgruppe Allgemeine Innere Medizin oder Geriatrie durch die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen im Sinne einer Untergrenze mindestens angeboten werden müssen. Um das mögliche stationäre Leistungsspektrum der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen abschließend zu bestimmen, wird in Satz 1 Nummer 2 der DKG und dem GKV-Spitzenverband ebenfalls aufgegeben, im Benehmen mit dem PKV-Verband eine

Höchstgrenze an Leistungen aus den in Satz 1 Nummer 1 genannten zwei Leistungsgruppen sowie an Leistungen der Leistungsgruppe Allgemeine Chirurgie oder weiterer Leistungsgruppen zu bestimmen, die durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen erbracht werden können. Dabei haben DKG und GKV-Spitzenverband im Benehmen mit dem PKV Verband zu prüfen, welche Leistungen aus medizinisch-fachlicher Sicht geeignet sind, zusätzlich zu den nach Satz 1 Nummer 1 ermittelten Leistungen durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen in der erforderlichen Qualität erbracht zu werden. Ergänzend zu den Nummern 1 und 2 beinhaltet Satz 1 Nummer 3 den Auftrag an die DKG und den GKV-Spitzenverband im Benehmen mit dem PKV Verband, für jede der nach den Nummern 1 und 2 festgelegten Leistungen festzulegen, welche Anforderungen an die Qualität und Dokumentation zu stellen 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.

Eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen digital ausgestatteten, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern, wie sie als Ziel in der Zweckbestimmung des § 1 Absatz 1 KHG formuliert wird, erfordert auch eine hinreichende Digitalausstattung. Die im Rahmen der Krankenhausreform 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. Um den nötigen fachlich-medizinischen Austausch, z. B. zu Krankenhäusern höherer Versorgungsstufen, sicherzustellen und Hemmnisse im Übergang zu anderen Versorgungsbereichen zu vermeiden, ist es wichtig, die Möglichkeiten der Telemedizin auszuschöpfen. Hierfür bedarf es der notwendigen technischen Ausstattung, so dass Telekonsilien, telemedizinische Fallbesprechungen und auch Videobehandlungen im erforderlichen Maße durchgeführt werden und der Versorgungsqualität zu Gute kommen können. Bei der Vereinbarung haben die Vertragsparteien die Möglichkeiten, die sich aus einer telemedizinischen Vernetzung mit Krankenhäusern höherer Versorgungsstufen ergeben, zu berücksichtigen.

Zu Absatz 4

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

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

Krankenkassen, den Pflegekassen, den Krankenhäusern und den Kassenärztlichen Vereinigungen anonymisiert zur Verfügung zu stellen sind.

Zu § 115h

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

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

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

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

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

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

Zu Absatz 1

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

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

Zu Absatz 2

Satz 1 setzt den sektorenübergreifenden Ansatz der medizinisch-pflegerischen Versorgung um, indem festgelegt wird, dass die ärztliche Leistung auch von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten, mit denen die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung entsprechende Kooperationsvereinbarungen abgeschlossen hat, erbracht werden kann. Ziel ist, die Behandlungskontinuität durch enge Abstimmung mit den behandelnden Vertragsärztinnen und Vertragsärzten zu sichern. Ob von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht wird oder ob die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung die gesamte Leistung in eigener

Verantwortung erbringt, sich in Bezug auf die ärztlichen Leistungen also angestellter Ärztinnen oder Ärzte oder nicht angestellter Honorarärztinnen und -ärzte bedient, hat sie jeweils nach den konkreten Gegebenheiten vor Ort zu entscheiden.

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

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

Zu Absatz 3

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

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

Zu Absatz 4

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

### **Zu Nummer 5 (§ 116a)**

Zu Absatz 1

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

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

#### Zu Absatz 2

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

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

#### **Zu Nummer 6 (§ 121)**

##### **Zu Buchstabe a**

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

##### **Zu Buchstabe b**

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

##### **Zu Buchstabe c**

Die Regelungen geben die Vergütung und die Abrechnung der Leistungserbringung der zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärztinnen und Ärzte vor, soweit diese Leistungen für Krankenhäuser, die als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nach § 115g bestimmt sind, im Rahmen einer Kooperation zu erbringen haben. Die Regelungen beziehen sich lediglich auf die Fälle, bei denen im Rahmen der stationären Behandlung sowie der medizinisch-pflegerischen Versorgung nach § 115h für das Krankenhaus medizinische Leistungen zu erbringen sind und wenn in dem Tagesentgelt nach § 6c KHEntgG keine Kosten für durch diese Versorgungseinrichtungen vergütete Ärztinnen und Ärzte umfasst sind. Für diese Sondervergütung wird zum einen auf den im Standardbewertungssystem, das Grundlage der Kalkulation der abrechnungsfähigen Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs ist, enthaltenen ärztlichen Leistungsanteil und den vom Bewertungsausschuss jährlich festzulegenden bundeseinheitlichen Punktwert als Orientierungswert in Euro abgestellt, soweit der Bewertungsausschuss keinen davon abweichenden Beschluss trifft. Der ärztliche Leistungsanteil wird von bestimmten arztbezogenen Parametern beeinflusst: dem kalkulatorischen Arztlohn, der Arbeitszeit und der Produktivität des Arztes in Bezug auf eine Kostenstelle, der für die einzelne Leistung benötigten Qualifikation des Arztes sowie dem Schweregrad der Leistungserbringung, der Notwendigkeit einer ärztlichen Assistenz sowie dem kalkulatorischen Zeitbedarf des Arztes. Zusammengenommen wirken

diese Parameter auf die Bewertung der ärztlichen Leistung. Der technische Leistungsanteil bleibt bei der Vergütung unberücksichtigt, da dieser von den Kostenparametern des Praxisbetriebs bestimmt wird, die jedoch bei einer Tätigkeit für das Krankenhaus keinen Aufwand verursachen. Ferner sind entsprechende stationäre Behandlungskosten von dem Tagessentgelt bereits abgedeckt. Die Sondervergütung erfolgt außerhalb der vertragsärztlichen Gesamtvergütung, da es sich nicht um dem ambulanten Bereich zuzurechnende Leistungen handelt. Die Sondervergütungen werden vom Institut des Bewertungsausschusses jährlich beginnend zum Jahr 2024 in entsprechenden Übersichten veröffentlicht, soweit der Bewertungsausschuss nichts Abweichendes beschließt. Die erbrachten Leistungen werden jeweils mit der Krankenkasse des behandelten Versicherten abgerechnet. Gegebenenfalls kann die Abrechnung über die für den Leistungserbringenden zuständige Kassenärztliche Vereinigung abgewickelt werden, sofern diese damit beauftragt wurde. Zur Ermöglichung der Prüfung der Richtigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und -abrechnung durch die Krankenkasse sind dieser auf Verlangen die Kooperationsnachweise der Leistungserbringer vorzulegen.

### **Zu Nummer 7 (§ 135d)**

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

### **Zu Nummer 8 (§ 135e neu)**

#### Zu Absatz 1

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

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

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

#### Zu Nummer 1

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

#### Zu Nummer 2

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

#### Zu Nummer 3

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

#### Zu Nummer 4

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

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

#### Zu Absatz 2

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

Die Rechtsverordnung bedarf der Zustimmung des Bundesrates.

#### Zu Nummer 1

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

Daneben regelt die Rechtsverordnung auch Qualitätskriterien zur inhaltlichen Ausgestaltung der jeweiligen Leistungsgruppe. Qualitätskriterien sind grundsätzlich am Krankenhausstandort zu erfüllen. Der Standort eines Krankenhauses bestimmt sich nach § 2 der zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemäß § 2a Absatz 1 KHG getroffenen Vereinbarung über eine Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen vom 29. August 2017, die auf der Internetseite der Deutschen Krankenhausgesellschaft veröffentlicht ist. Die festzulegenden Qualitätskriterien sollen möglichst evidenzbasiert sein und zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen. 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. Bei der Normierung der Qualitätskriterien sollen die Festlegungen, wie im Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022, in verschiedenen Anwendungsbereichen festgelegt werden.

Zu Nummer 2

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

Zu Nummer 3

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

Zu Nummer 4

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

Zu Absatz 3

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

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

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

Nach Satz 5 ist der Ausschuss paritätisch im Hinblick auf Kostenträger und Leistungserbringer sowie Berufsorganisationen zu besetzen. Seine Besetzung stellt sicher, dass die Perspektive und das Fachwissen der gemeinsamen Selbstverwaltung und der Pflege sachgerecht einzubeziehen sind. Satz 6 bezieht die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen gemäß § 140f in Form eines Mitberatungsrechts ein; die Organisationen benennen hierzu sachkundige Personen. Das Mitberatungsrecht gewährleistet, dass auch die Patientenperspektive angemessen in die Arbeit des Ausschusses einfließt.

Das Nähere zur Arbeitsweise, Besetzung und Beschlussfassung in dem Ausschuss, insbesondere zur angemessenen Beteiligung der Länder sowie dem Umgang mit abweichenden Positionen ist in einer Geschäftsordnung festzulegen (Satz 7). Die Geschäftsordnung sowie ihre Änderung bedarf der Genehmigung durch das BMG. Satz 8 stellt sicher, dass bereits im Verfahren der Einsetzung des Ausschusses und aller künftigen Änderungen eine Möglichkeit der Überprüfung, ob die Geschäftsordnung alle notwendigen Vorgaben für eine effektive Aufgabenerfüllung des Ausschusses vorgibt, enthalten ist. Für den Fall, dass die Geschäftsordnung vier Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes nicht zustande kommt, wird sie vom BMG erlassen. Das Recht des BMG aus Satz 9, bei fruchtlosem Fristablauf die Inhalte der Geschäftsordnung vorzugeben, ist notwendig, da es ansonsten keinen Mechanismus gibt, wie mit abweichenden Positionen innerhalb des Ausschusses umzugehen ist. Ein Konfliktlösungsmechanismus ist zwingend erforderlich, da die Arbeitsfähigkeit des Ausschusses zwingende Voraussetzung für die Erreichung der Ziele der Krankenhausreform ist. Denn die Gliederung des gesamten stationären Behandlungsspektrums in Leistungsgruppen und die Einführung einer Vorhaltevergütung hängt maßgeblich von der Ausdifferenzierung der Leistungsgruppen ab.

Nach Satz 10 wird beim BMG eine Geschäftsstelle eingerichtet, welche künftig die Arbeit des Ausschusses koordiniert und organisiert.

Zu Absatz 4

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

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

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

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

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

In Absatz 2 Nummer 2 wird vorgegeben, dass die zu erlassende Rechtsverordnung auch Regelungen zur Zulässigkeit der Einhaltung von Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbänden enthält. Im Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022 ist für bestimmte Leistungsgruppen die Erbringung verwandter Leistungsgruppen auch in Kooperationen vorgesehen. Da diese Konzeption nicht für alle Bundesländer passgenau ist, ist für den Übergangszeitraum bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung die Einhaltung von Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbänden grundsätzlich zulässig, sofern die Voraussetzungen des § 6a Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 KHG für die ausnahmsweise Zuweisung von Leistungsgruppen vorliegen. Demnach kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde im Einvernehmen 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.

## **Zu Nummer 9 (§ 136c)**

### **Zu Buchstabe a**

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

### **Zu Buchstabe b**

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

### **Zu Buchstabe c**

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

### **Zu Buchstabe d**

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

## **Zu Nummer 10 (§ 137)**

### **Zu Buchstabe a**

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

### **Zu Buchstabe b**

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

### **Zu Buchstabe c**

Des Weiteren wird in Satz 1 zur Entbürokratisierung und Reduktion des Aufwands, der den Krankenhäusern und dem Medizinischen Dienst im Rahmen regelmäßiger und ggf. wiederkehrender Prüfungen entsteht, die Berechtigung des G-BA beschränkt, neben stichproben- und anhaltspunktbezogenen auch anlassbezogene Kontrollen für Qualitätsanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vorzusehen. Unberührt von dieser Änderung bleiben anlassbezogene Kontrollen zur Einhaltung der Personalanforderungen nach § 136a Absatz 2 Satz 1 sowie zur Einhaltung der Qualitätsanforderungen zur Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien gemäß § 136a Absatz 5, diese können insoweit weiterhin durchgeführt werden. Anlassbezogene Kontrollen sollten ermöglichen, dass der Medizinische Dienst auch regelmäßig, bspw. bei erstmaliger Erklärung eines Krankenhauses zur Erbringung einer Leistung, die Erfüllung der vom G-BA festgelegten Qualitätsanforderungen kontrollieren kann. Diese regelmäßige Überprüfung der Einhaltung der Qualitätsanforderungen sollte eine Ergänzung zur Prüfung der Strukturmerkmale im Operationen- und Prozedurenschlüssel darstellen. Mit der gesetzlichen Neufassung des § 275a sollen die

Prüfungen des Medizinischen Dienstes zu stationären Strukturen und weiteren Anforderungen künftig stärker vereinheitlicht und harmonisiert werden. Ziel ist auch, Doppelkontrollen zu vermeiden und Aufwände wo möglich abzubauen. Aufgrund der neu aufgenommenen Prüfungen gemäß § 275a Absatz 1 Nummer 1 werden die Krankenhäuser künftig bereits regelmäßig vom Medizinischen Dienst zur Einhaltung der für die jeweiligen Leistungsgruppen festgelegten bundeseinheitlichen Qualitätskriterien nach § 135e kontrolliert. Es ist davon auszugehen, dass durch diese Prüfungen insoweit bereits eine bundeseinheitlich hohe Qualität, insbesondere hinsichtlich vorzuhaltender Strukturen, regelmäßig geprüft und sichergestellt werden kann; anlassbezogene Kontrollen zu den Qualitätsanforderungen des G-BA nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 können insoweit angemessen ersetzt werden. Zumal aufwandsarme Stichprobenprüfungen und Kontrollen aufgrund von Anhaltspunkten erhalten bleiben. Da derzeit jedoch lediglich somatische Leistungsgruppen vorgesehen und darin keine Vorgaben zur Anwendung von Arzneimitteln enthalten sind, bleiben anlassbezogene Kontrollen zur Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal (PPP-RL) und zur Richtlinie zu Anforderungen an die Qualität der Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien (ATMP-QS-RL) zunächst bestehen.

#### **Zu Buchstabe d**

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

#### **Zu Buchstabe e**

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

#### **Zu Nummer 11 (§ 275a)**

Mit der Regelung erfolgt eine Neufassung des § 275a zu den Prüfungen des Medizinischen Dienstes zu stationären Strukturen und weiteren Anforderungen. Die Neufassung dient der Entbürokratisierung sowie Vereinheitlichung der bestehenden Prüfungen nach den derzeitigen §§ 275a (Qualitätskontrollen) und 275d (Strukturprüfungen) einerseits und den neuen Prüfungen zu den Qualitätskriterien nach § 135e andererseits. Hintergrund ist, dass in den verschiedenen Regelungskreisen jeweils Anforderungen an Krankenhäuser festgelegt werden können, bei denen aufgrund inhaltlicher Überschneidungen Abgrenzungsprobleme und insoweit Doppelprüfungen des Medizinischen Dienstes nicht auszuschließen sind. Mit dem Ziel der Entbürokratisierung sollen die entsprechenden Prüfungen aufwandsarm und möglichst einheitlich erfolgen. So werden insbesondere durch die wechselseitige Berücksichtigung vorhandener Erkenntnisse und Nachweise vermeidbare Aufwände bei den Krankenhäusern und beim Medizinischen Dienst eingespart. Perspektivisch soll auf der Grundlage der durch die Rechtsverordnung nach § 135e noch festzulegenden Qualitätskriterien mit dem Ziel der weiteren Entbürokratisierung geprüft werden, ob und inwieweit die Prüfungen weiter zusammengefasst beziehungsweise in ein Verfahren überführt werden können.

#### **Zu Absatz 1**

In Absatz 1 Satz 1 werden die Prüfungen des Medizinischen Dienstes gebündelt, die sich wesentlich mit Strukturen und weiteren Anforderungen an den Krankenhausstandorten

befassen und für die eine bessere Integration und Vereinheitlichung erreicht werden soll. Die Prüfungen erfolgen standortbezogen. Der Medizinische Dienst hat eine angemessene ärztliche oder pflegerische Qualifikation seiner Prüferinnen und Prüfer sicherzustellen.

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

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

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

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

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

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

Satz 4 stellt klar, dass unangemeldete Prüfungen bei den Krankenhäusern nur im Rahmen der Prüfungen zu Satz 1 Nummer 1, 3 und 4 sowie nur in begründeten Ausnahmefällen eröffnet sind. 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 Satz 1 Nummer 1 als auch nach Satz 1 Nummer 2 notwendig ist, sollen diese Prüfungen

durch den Medizinischen Dienst in einem Prüfungsvorgang durchgeführt werden. Die Vorgabe zur Sicherstellung möglichst einheitlicher Prüfungen bezieht sich bei den Prüfungen nach Satz 1 Nummer 1 ausschließlich auf Verfahrensfestlegungen. Konkretisierungen oder Auslegungen des Medizinischen Dienstes zu den Qualitätskriterien für die jeweiligen Leistungsgruppen sind nicht möglich. Insbesondere zur Vermeidung von Doppelprüfungen hat der Medizinische Dienst ferner Erkenntnisse aus anderen Prüfungen nach diesem Absatz wechselseitig zu berücksichtigen und zu verwenden. Unterlagen zur Überprüfung desselben Sachverhalts sind nicht mehrfach anzufordern. Dies gilt auch, wenn es sich bei einer Prüfung um verschiedene Leistungsgruppen nach Satz 1 Nummer 1 oder verschiedene Operationen- und Prozedurenschlüssel nach Satz 1 Nummer 2 handelt. Unverändert gültige Nachweise aus einer vorangegangenen Prüfung sind zu nutzen. Soweit der Medizinische Dienst also im Rahmen einer Prüfung feststellt bzw. Erkenntnisse erlangt, dass das Vorliegen oder Nichtvorliegen bspw. einer oder mehrerer Strukturanforderungen bereits im Rahmen einer anderen laufenden oder abgeschlossenen Prüfung festgestellt wurde, sollen, bei inhaltlicher Überschneidung der Strukturanforderungen im vorliegenden Falle mit der eines anderen Regelungskreises, diese Erkenntnisse und das Prüfergebnis entsprechend im Rahmen der vorliegenden Prüfung berücksichtigt werden können. U. a. zu diesem Zweck wird der Medizinische Dienst Bund gemäß § 283 Absatz 5 mit dem Aufbau einer standortbezogenen Datenbank zu den jeweiligen Prüferkenntnissen aus den unterschiedlichen Prüfungen nach diesem Absatz beauftragt. Da etwa die Prüfungen nach Satz 1 Nummer 3 neben stationären Strukturen auch Prozessanforderungen oder Anforderungen an die Richtigkeit der Dokumentation umfassen können, werden neben „stationären Strukturen“ auch „weitere Anforderungen“ als möglicher Gegenstand der Prüfungen des Medizinischen Dienstes erwähnt.

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

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

Nach Satz 8 können Krankenhäuser dem Medizinischen Dienst die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen und Daten auch über ein vom Medizinischen Dienst angebotenes, geschütztes digitales Informationsportal bereitstellen. Für die Aktualität der in dem Informationsportal bereitgestellten Daten hat das Krankenhaus zu sorgen.

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

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

Einhaltung der Qualitätskriterien nach § 135e zu ergänzen. Die entsprechenden Festlegungen für die Prüfungen nach Satz 1 Nummer 3 erfolgen in der Richtlinie nach § 137 Absatz 3.

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

Zu Absatz 2

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

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

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

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

Zur Gewährleistung einer besseren Planbarkeit für die Zuweisung von Leistungsgruppen durch die Länder sowie den Abschluss von Versorgungsverträgen durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen wird dem Medizinischen Dienst in Satz 4 aufgetragen, die Prüfung eines Krankenhauses nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 unverzüglich nach Eingang einer Beauftragung durchzuführen, und die Prüfung im Regelfall innerhalb von zehn Wochen abzuschließen. Der Abschluss der Prüfung erfolgt durch die Erstellung eines Gutachtens durch den Medizinischen Dienst und dessen Übersendung an die jeweils beauftragende Stelle nach Satz 1 oder 2. Um eine bessere Planbarkeit zu gewährleisten, können die beauftragenden Stellen die zeitliche Taktung der Prüfaufträge mit dem Medizinischen Dienst abstimmen.

Satz 5 regelt, dass die beauftragende Stelle das Gutachten, vor Übersendung durch den Medizinischen Dienst an weitere Beteiligte, innerhalb von zwei Wochen ab dessen Zugang auf offensichtliche Unstimmigkeiten/ Fehler und Unklarheiten prüfen und darüber dem Medizinischen Dienst einen Hinweis erteilen kann. In dem Fall hat die beauftragende Stelle diese innerhalb von weiteren zwei Wochen mit dem Medizinischen Dienst abzuklären. Sofern offensichtliche Fehler Grundlage des Prüfungsergebnisses waren, ist dieses gegebenenfalls zu korrigieren. Das Verfahren soll somit verhindern, dass erkennbar fehlerhafte Gutachten im weiteren Verfahren verwendet werden. Sofern erforderlich, können die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde oder die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen eine Nachprüfung beauftragen.

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

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

#### Zu Absatz 3

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

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

Die Übermittlung der Prüfergebnisse und der Mitteilungen des Medizinischen Dienstes zu dessen Feststellungen im Rahmen einer Prüfung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 an die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie ans IQTIG sind erforderlich. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde sowie die Landesverbände der Krankenkassen

und die Ersatzkassen benötigen diese Informationen für ihre Aufgaben nach § 6a KHG und § 109. Das IQTIG benötigt die Informationen für seine Aufgaben nach § 135d.

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

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

Gemäß Satz 4 informiert der Medizinische Dienst unverzüglich die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde sowie die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, wenn er etwa im Rahmen einer Prüfung feststellt, dass ein Krankenhaus Qualitätskriterien nicht erfüllt, hierzu aber nicht oder nicht rechtzeitig seiner Mitteilungspflicht nach Absatz 3 Satz 3 nachgekommen ist.

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

Zu Absatz 4

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

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

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

Zu Absatz 5

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

#### Zu Absatz 6

Mit der Vorschrift werden die bislang in § 275d Absatz 1a und Absatz 3 Satz 4 vorgesehenen Regelungsinhalte für die Prüfung von Strukturmerkmalen gebündelt und in den neuen Absatz 6 des § 275a – neu – integriert. Dies umfasst die übergangsweisen Ausnahmeregelungen für den Fall der Erbringung erstmals vergütungsrelevanter OPS-Kodes (Satz 1) sowie der erstmaligen oder nach einer längeren Unterbrechung erneuten Leistungserbringung (Satz 2).

Mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfIEG) wurde im Rahmen der Ausnahmeregelung für den Fall der erstmaligen oder nach einer längeren Unterbrechung erneuten Leistungserbringung als eine Voraussetzung geregelt, dass Krankenhäuser eine Anzeige vorzunehmen haben. Diese Anzeige dürfen sie erst vornehmen, wenn sie die Strukturmerkmale des der Leistung zugrunde liegenden OPS-Kodes über einen Zeitraum von drei Kalendermonaten vor dieser Anzeige als erfüllt und nachweisbar ansehen (bisheriger § 275d Absatz 1a Satz 2 Nummer 1). Um zu vermeiden, dass Krankenhäuser dadurch zunächst drei Monate Leistungen erbringen müssen, bevor sie eine Anzeige stellen können, die ab dem Zeitpunkt zur Abrechnung dieser Leistungen bis zum Abschluss der Strukturprüfung, längstens bis zu sechs Monate ab dem Tag der Anzeige, berechtigen, wird die Drei-Monats-Vorgabe gestrichen. Krankenhäuser können somit künftig im Falle erstmaliger oder nach einer längeren Unterbrechung erneuter Leistungserbringung die Anzeige stellen, ohne vor dem Tag der Anzeige bereits die Strukturmerkmale des entsprechenden OPS-Kodes als erfüllt und nachweisbar ansehen zu müssen (künftiger Absatz 6 Satz 2 Nummer 1). Die Voraussetzung der Abrechnungsbefugnis wird insofern an diejenige für die Erbringung erstmalig vergütungsrelevanter Leistungen nach Satz 1 Nummer 1 angeglichen.

Darüber hinaus wird die bislang in § 275d Absatz 3 Satz 4 vorgesehene Mitteilungsverpflichtung für Krankenhäuser, denen nach Abschluss der Strukturprüfung, die sie nach einer Anzeige nach Satz 1 oder Satz 2 beantragt haben, keine Bescheinigung durch den Medizinischen Dienst erteilt wurde, an die betreffenden Stellen im neuen Satz 3 geregelt. Hierbei wird die Mitteilung auf elektronischem Wege vorgegeben, um eine Einheitlichkeit der Meldungen und hierdurch eine Entbürokratisierung zu erreichen.

#### Zu Absatz 7

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

In den Sätzen 1 und 2 werden Voraussetzungen und Vorgaben für die Durchführung der Prüfungen bestimmt, die im Wesentlichen den bisherigen Regelungen des § 275a

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

Zu Absatz 8

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

#### **Zu Nummer 12 (§ 275c)**

##### **Zu Buchstabe a**

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

##### **Zu Buchstabe b**

Mit der Regelung wird vorgegeben, dass die Abrechnung von Vorhaltebewertungsrelationen nicht einzelfallbezogen geprüft werden darf. Prüfergebnisse aus anderweitigen 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 4 KHEntgG, wonach Abweichungen der Erlöse von der Höhe des dem Krankenhaus zustehenden Gesamtvorhaltebudgets vollständig auszugleichen sind.

#### **Zu Nummer 13 (§ 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 4 und 5 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 14 (§ 276)**

### **Zu Buchstabe a**

#### **Zu Doppelbuchstabe aa bis Doppelbuchstabe cc**

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

### **Zu Buchstabe b**

#### **Zu Doppelbuchstabe aa**

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

#### **Zu Doppelbuchstabe bb und Doppelbuchstabe cc**

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

#### **Zu Doppelbuchstabe dd**

Aufgrund der Neufassung des § 275a erfolgt eine Verweisänderung.

## **Zu Nummer 15 (§ 277)**

### **Zu Buchstabe a bis Buchstabe b**

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

## **Zu Nummer 16 (§ 278)**

### **Zu Buchstabe a**

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

Darüber hinaus wird das Berichtswesen der Medizinischen Dienste im Hinblick auf die künftig in § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 geregelten Strukturprüfungen gestärkt. Infolge der Erfahrungen im Zusammenhang mit der Strukturprüfung, die mit dem MDK-Reformgesetz zum Jahr 2020 eingeführt sowie infolge der COVID-19-Pandemie auf das Jahr 2021 zur erstmaligen Anwendung verschoben wurde, hat sich die Erforderlichkeit gezeigt, in kürzeren Abständen Erkenntnisse über das Prüfgeschehen vonseiten der Medizinischen Dienste zu erlangen. Ein künftig einjähriger Turnus der Berichte durch die Medizinischen Dienste ist auch geeignet, Anpassungen der OPS-Kodes bzw. von Strukturmerkmalen zeitnah und insoweit parallel zum jährlichen Verfahren des OPS nachzuvollziehen. Zudem ist es

erforderlich, eine differenziertere Aufbereitung der Ergebnisse der Prüfungen zu erhalten. Die Medizinischen Dienste nehmen bereits heute im Rahmen ihrer Berichterstattung differenzierte Unterteilungen nach den in der Strukturprüfungs-Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 jeweils gültigen Antragsarten sowie den jeweils gültigen, mit Strukturmerkmalen versehenen OPS-Kodes vor. Mit der vorliegenden Regelung wird sichergestellt, dass künftig darüber hinaus auch eine nach Strukturmerkmalen differenzierte Darstellung der Anzahl und Ergebnisse der Prüfungen sowie Erhebungen erstellt werden zur Anzahl der Mitteilungen von Krankenhäusern, die eines oder mehrere der nachgewiesenen Strukturmerkmale über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht mehr einhalten oder denen nach Abschluss der Strukturprüfung, die sie nach einer Anzeige nach Absatz 5 (bislang Absatz 1a) beantragt haben, keine Bescheinigung erteilt wurde. Zudem sollen die Berichte der Medizinischen Dienste künftig auch die Anzahl der Anzeigen nach Absatz 5 enthalten, die Krankenhäuser zum Zwecke der vorübergehenden Abrechnung von Leistungen vorzunehmen haben, bevor der Medizinische Dienst die Einhaltung von Strukturmerkmalen begutachtet hat.

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

#### **Zu Buchstabe b**

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

#### **Zu Nummer 17 (§ 280)**

#### **Zu Buchstabe a und Buchstabe b**

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

Mit den Änderungen in § 280 wird festgelegt, dass die Kosten des Medizinischen Dienstes, entsprechend der bestehenden Regelungen für die sogenannten Qualitätskontrollen nach dem bisherigen § 275a und den sogenannten Strukturprüfungen nach dem bisherigen

§ 275d, künftig für sämtliche Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 3 durch die Umlage nach Absatz 1 Satz 1 aufgebracht werden. Prüfungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 sind dagegen von dem jeweiligen Auftraggeber durch aufwandsorientierte Nutzerentgelte zu vergüten.

### **Zu Nummer 18 (§ 283)**

#### **Zu Buchstabe a**

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

Die Regelung ist eine Folgeänderung aufgrund der Neustrukturierung der Prüfungen in § 275a. Darüber hinaus vollzieht sie hinsichtlich der nach § 278 Absatz 4 Satz 2 vorgesehenen Verpflichtung der Medizinischen Dienste, künftig im Jahresturnus an den Medizinischen Dienst Bund über die Strukturprüfung zu berichten, die Berichtspflicht des Medizinischen Dienstes Bund an das BMG nach. Zum Zwecke der zeitnahen Kenntniserlangung über das 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, zumindest für die Jahre, in denen angesichts des Zwei-Jahres-Turnus des Berichtswesens für die anderen Prüfungen kein Bericht vorzulegen ist. Zudem wird eine Klarstellung vorgesehen vor dem Hintergrund, dass der GKV-Spitzenverband künftig keine statistischen Angaben zu Anzahl und Ergebnissen der Strukturprüfungen nach § 275d (künftig § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2) mehr in seiner Jahresstatistik auszuweisen hat (siehe die Änderung zu § 17c Absatz 6 Satz 1 Nummer 7 KHG), sondern allein die Medizinischen Dienste über die Daten berichten. Mit dem Ziel, dem GKV-SV sowie der DKG zu ermöglichen, ihrer Berichtspflicht gegenüber dem BMG über die Auswirkungen der Weiterentwicklung der

Krankenhausabrechnungsprüfung nach § 17c Absatz 7 Satz 1 KHG nachkommen zu können, wird daher geregelt, dass der MD Bund seiner Stellungnahme an die Spitzenverbände zu diesem Zweck die ihm durch die Medizinischen Dienste im Rahmen ihrer Berichte nach § 278 Absatz 4 Satz 2 übermittelten statistischen Angaben zugrunde zu legen hat.

### **Zu Buchstabe d und Buchstabe e**

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

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

Die Verarbeitung dieser Daten in einer Datenbank ist insbesondere erforderlich, damit der Medizinische Dienst seine Prüfungen gemäß § 275a Absatz 1 Satz 5 vereinheitlichen, aufeinander abstimmen und bestehende Erkenntnisse wechselseitig verwenden und berücksichtigen kann. So sollen die Medizinischen Dienste etwa Prüfungen möglichst in einem Prüfverfahren durchführen, vorliegende Nachweise verwenden und Prüfunterlagen nicht mehrfach anfordern. Hierzu benötigen sie einen standortbezogenen Überblick, in welchem Krankenhaus welche Prüfung mit welchem Ergebnis durchgeführt wurde. Vor diesem Hintergrund sollen die standortbezogenen Informationen der Datenbank des Medizinischen Dienstes Bund auch von den Medizinischen Diensten selbst für ihr jeweiliges Bundesland genutzt werden können. Zu diesem Zweck sieht Satz 5 neben der Pflicht der Medizinischen Dienste, regelmäßig an den Medizinischen Dienst Bund Daten zu übermitteln, auch Zugriffsrechte auf die in ihrem Zuständigkeitsbereich liegenden und für die jeweilige Prüfung erforderlichen Krankenhausinformationen vor.

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

Gemäß Satz 6 erhalten auch die jeweilige für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde sowie die jeweils zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen Zugriff auf die standortbezogenen Daten ihres Zuständigkeitsgebiets. Dies soll künftig die Übermittlungen nach § 275a Absatz 3 Satz 1, 4 und 5 ersetzen und dient der Automatisierung und insoweit der Aufwandsreduktion von Prozessen. Durch die Datenbank künftig ersetzt werden soll auch das Übermittlungsverfahren nach § 275a Absatz 5 Satz 4 sowie Absatz 6 Satz 3, d.h. die bislang vorgesehene Übermittlungspflicht der Krankenhäuser über ihnen durch den jeweiligen Medizinischen Dienst ausgestellte Bescheinigungen über die Erfüllung der Strukturmerkmale sowie die Verpflichtung, Mitteilungen an die

entsprechenden Stellen darüber vorzunehmen, soweit ihnen nach Abschluss einer Strukturprüfung, die sie nach einer Anzeige nach § 275a Absatz 6 Satz 1 oder 2 beantragt haben, keine Bescheinigung durch den jeweiligen Medizinischen Dienst ausgestellt wurde. In diesem Rahmen erhält der Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung Zugriff auf die Datenbank, da dieser anders als bei Vorlage der Bescheinigung nach Absatz 5 Satz 4 nicht über die Pflegesatzvereinbarungen Kenntnis über die jeweils erfüllten Strukturmerkmale erlangt.

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

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

Gemäß Satz 9 hat der Medizinischen Dienst Bund die Datenbank bis zum [6 Monate nach Inkrafttreten] umzusetzen, sodass die Medizinischen Dienste zeitnah erforderliche Datenlieferungen umsetzen können.

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

#### **Zu Nummer 19 (§ 299)**

##### **Zu Buchstabe a**

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

##### **Zu Buchstabe b**

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

##### **Zu Buchstabe c**

##### **Zu Doppelbuchstabe aa**

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

##### **Zu Doppelbuchstabe bb**

Durch die Regelung wird das IQTIG berechtigt und verpflichtet, die Daten, welche der Medizinische Dienst Bund ihm gemäß § 275a Absatz 3 Satz 1 und 5 übermittelt, zum Zweck des § 135d zu verarbeiten. Sobald die Datenbank des Medizinischen Dienstes Bund aufgebaut ist, besteht gemäß § 283 Absatz 5 ein direktes Zugriffsrecht des IQTIG auf die Daten zu den Ergebnissen aus den Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Medizinischen Dienstes Bund, insbesondere zur Einhaltung oder Nichteinhaltung der

Qualitätskriterien nach § 135e sowie der gemäß § 6a Absatz 4 Satz 1 KHG von den Ländern übermittelten Daten zu Leistungsgruppen, die einem Krankenhaus im Rahmen einer Ausnahmeregelung nach § 6a Absatz 2 KHG zugewiesen sind. Zum Zweck des § 135d darf das IQTIG diese Daten verarbeiten und mit den in § 299 Absatz 1 Satz 1 sowie Absatz 7 Satz 1 genannten Daten zusammenführen und auswerten.

#### **Zu Nummer 20 (§ 307)**

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

#### **Zu Nummer 21 (§§ 411, 412)**

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

#### **Zu Nummer 22 (Anlage 2)**

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

#### **Zu Nummer 23 (Anlage 2 neu)**

Anlage 2 zu § 135e legt übergangsweise Qualitätskriterien für die fünf Leistungsgruppen der Anlage 1 zu § 135d, die nicht im Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022 enthalten sind, fest. Dabei handelt es sich um die Leistungsgruppen Infektiologie (Nummer 3 der Anlage 1 zu § 135d), Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie (Nummer 16 der Anlage 1 zu § 135d), Spezielle Traumatologie (Nummer 27 der Anlage 1 zu § 135d), Spezielle Kinder- und Jugendmedizin (Nummer 47 der Anlage 1 zu § 135d) und Notfallmedizin (Nummer 65 der Anlage 1 zu § 135d).

#### **Zu Artikel 2 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

##### **Zu Nummer 1 (§ 135d)**

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

##### **Zu Nummer 2 (§ 307)**

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

##### **Zu Nummer 3 (Anlage 1 und Anlage 2)**

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

##### **Zu Nummer 4 (Anlage 2)**

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

### **Zu Artikel 3 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)**

#### **Zu Nummer 1 (§ 6)**

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

#### **Zu Nummer 2 (§ 6a)**

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

Zu Absatz 1

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

Satz 1 sieht vor, dass die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde den nach § 108 Nummer 1 und 2 SGB V zugelassenen Krankenhäusern standortbezogenen Leistungsgruppen nach § 135e SGB V zuweisen kann. Leistungsgruppen bilden das Behandlungsspektrum der Krankenhäuser ab. Für sie gelten nach § 135e SGB V bundeseinheitliche Qualitätskriterien, deren Erfüllung Voraussetzung für die Zuweisung nach Satz 1 ist. Hierdurch soll eine hochwertige Strukturqualität gewährleistet werden. Die Zuweisung der Leistungsgruppen durch die Landesbehörde dient daher der Verwirklichung des in § 1 Absatz 1 genannten Ziels einer qualitativ hochwertigen Versorgung. Zugleich werden durch die Zuweisung der mit einheitlichen und evidenzbasierten Qualitätskriterien hinterlegten Leistungsgruppen auch die in § 1 Absatz 1 genannten Ziele einer patienten- und bedarfsgeordneten 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 3 KHEntgG vor, dass keine Entgelte für Leistungen berechnet werden dürfen, für die einem Krankenhaus keine Leistungsgruppen zugewiesen wurden.

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

Zwingende Voraussetzung für die Zuweisung einer Leistungsgruppe ist nach Satz 3, dass die für die jeweilige Leistungsgruppe nach § 135e SGB V geltenden Qualitätskriterien erfüllt sind. Einem Krankenhaus dürfen Leistungsgruppen vorbehaltlich des in Absatz 2 geregelten Ausnahmetatbestandes nur dann zugewiesen werden, wenn es über die erforderliche sachliche und personelle Ausstattung verfügt und die sonstigen Struktur- und Prozesskriterien erfüllt. Ein Anspruch des Krankenhauses auf Zuweisung einer Leistungsgruppe besteht nach Satz 4 aber nicht. Dies gilt auch dann, wenn die für die jeweilige Leistungsgruppe geltenden Qualitätskriterien erfüllt sind. Bei der Zuweisung der Leistungsgruppen handelt es sich um eine Ermessensentscheidung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde. Bei der Entscheidung, ob und welche Leistungsgruppen einem Krankenhaus

zugewiesen werden sollen, sind weitere Kriterien wie zum Beispiel die Bedarfsgerechtigkeit des Krankenhauses zu berücksichtigen. Auch die Erfüllung der Anforderungen von Personalbedarfsbemessungssystemen für die Ärzteschaft (zum Beispiel das Personalbedarfsbemessungssystem der Bundesärztekammer) kann als Entscheidungskriterium herangezogen werden.

Satz 5 bestimmt, dass die Erfüllung der Qualitätskriterien durch das Gutachten des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 2 Satz 4 SGB V nachgewiesen wird.

Satz 6 regelt eine weitere Nachweismöglichkeit für die Krankenhäuser, für den Fall, dass das Ergebnis der erstmaligen Prüfung des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 2 Satz 6 SGB V noch nicht vorliegt. Danach kann die Erfüllung der Qualitätskriterien abweichend von Satz 5 bis zum Vorliegen des Gutachtens des Medizinischen Dienstes zum Abschluss der erstmaligen Prüfung nach § 275a Absatz 2 Satz 6 SGB V durch eine Selbsteinschätzung des Krankenhauses nachgewiesen werden. Gegenstand der Selbsteinschätzung sind die Leistungsgruppen, deren Prüfung die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde bereits beauftragt hat. In der Selbsteinschätzung sind die Leistungsgruppen zu bezeichnen, deren Qualitätskriterien nach Einschätzung des Krankenhauses erfüllt sind. Die Erfüllung der Qualitätskriterien ist nach Satz 7 im Rahmen der Selbsteinschätzung durch das Krankenhaus zu begründen. Hierdurch soll gewährleistet werden, dass die Selbsteinschätzung des Krankenhauses für die Landesbehörde zum Zweck der Leistungszuweisung nachvollziehbar ist und bei Bedarf gezielt nachgeprüft werden kann. Die Nachweismöglichkeit durch eine Selbsteinschätzung eröffnet der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde die Möglichkeit, Leistungsgruppen bereits vor Abschluss der Prüfung durch den Medizinischen Dienst zuzuweisen. Macht die Landesbehörde von dieser Möglichkeit Gebrauch, können die mit der Zuweisung der Leistungsgruppen verbundenen voraussichtlichen vergütungsrechtlichen Auswirkungen für einzelne Krankenhäuser möglichst frühzeitig ermittelt werden. § 37 Absatz 5 Satz 2 enthält hierzu eine Pflicht des InEK, dem Krankenhausträger für bereits vor dem Jahr 2027 zugewiesene Leistungsgruppen Informationen über die Höhe des je Krankenhausstandort und je Leistungsgruppe aufgeteilten Vorhaltevolumens zu übermitteln.

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

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

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

## Zu Absatz 2

Absatz 2 bestimmt, wann eine Leistungsgruppe in Abweichung von dem in Absatz 1 Satz 3 geregelten Grundsatz zugewiesen werden darf, obwohl die Erfüllung der Qualitätskriterien nicht nachgewiesen wurde. Abweichungen von den geltenden Qualitätskriterien bei der Zuweisung der Leistungsgruppen sollen in eng begrenzten Ausnahmefällen nur dann möglich sein, wenn ansonsten eine flächendeckende bedarfsnotwendige stationäre Versorgung der Bevölkerung nicht gewährleistet werden kann. Damit eine bundesweit einheitliche Anwendung der in Satz 1 geregelten Ausnahme und damit eine insgesamt hohe Strukturqualität in der stationären Versorgung gewährleistet wird, bemisst sich die Bedarfsnotwendigkeit nach einheitlich festgelegten Kriterien.

Voraussetzung für eine Abweichung von den geltenden Qualitätskriterien ist nach Nummer 1 zunächst, dass dies nach der Rechtsverordnung aufgrund § 135e Absatz 2 SGB V nicht 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.

Zudem muss die Zuweisung der Leistungsgruppe zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich sein. Die Vertragsparteien auf Bundesebene werden beauftragt, diese Vorgabe durch Vereinbarung innerhalb eines Jahres nach dem Inkrafttreten des Gesetzes zu konkretisieren, indem sie Kriterien dafür vereinbaren, wann eine zwingende Erforderlichkeit für die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung anzunehmen ist. Hierfür werden in erster Linie die anerkannten Erreichbarkeitsmaße in Betracht kommen, die für die Erreichbarkeit von Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung einerseits und für Krankenhäuser der Schwerpunkt- und Maximalversorgung differenzierte Zeiten vorsehen, innerhalb derer das jeweilige Krankenhaus erreichbar sein muss. Im Fall der Nichteinigung werden die Kriterien von der Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 festgelegt.

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 Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen. Hierdurch soll eine hinreichende Beteiligung der Kostenträger gewährleistet werden.

Nach Satz 2 ist die Zuweisung der Leistungsgruppe auf höchstens ein Jahr zu befristen und mit der Auflage der Erfüllung der für die Leistungsgruppe geltenden Qualitätskriterien zu verbinden. Hierdurch soll dem Krankenhaus ermöglicht werden, die erforderliche Strukturqualität durch schrittweise Maßnahmen der Qualitätssteigerung zu erreichen.

Die Frist kann im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nach Satz 3 einmalig um bis zu ein Jahr verlängert werden, wenn die Voraussetzungen nach Satz 1 vorliegen und die Qualitätskriterien bis zum Ablauf der Frist aufgrund bereits eingeleiteter konkreter Maßnahmen zur Qualitätssteigerung voraussichtlich erfüllt werden. Erforderlich für die einmalige Fristverlängerung ist daher, dass eine Abweichung von den geltenden Qualitätskriterien nach der Rechtsverordnung aufgrund § 135e Absatz 2 SGB V nicht ausgeschlossen ist und dass das Krankenhaus in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntG aufgenommen ist. Wird das Krankenhaus nach einer Prognose der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zudem die erforderliche Strukturqualität bis zum Ablauf der zu setzenden Frist aufgrund bereits eingeleiteter

konkreter Maßnahmen voraussichtlich erreichen, darf die befristete Zuweisung einmalig verlängert werden.

Die Einleitung der konkreten Maßnahmen zur Qualitätssteigerung ist nach Satz 4 der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde nachzuweisen.

Nach Satz 5 kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde sich für die Erteilung einer Auflage nach Satz 2 sowie zur Bewertung der Maßnahmen nach Satz 3 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 6 stellt klar, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen bei den Entscheidungen nach Satz 1 und Satz 3 gemeinsam und einheitlich handeln.

Zu Absatz 3

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

Nach Satz 1 Nummer 1 ist die Zuweisung der betreffenden Leistungsgruppe aufzuheben, wenn das Krankenhaus die Auflage zur Erfüllung der Qualitätskriterien gemäß Absatz 2 Satz 2 nach Ablauf der gesetzten Frist nicht erfüllt und die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde nicht von der Möglichkeit der einmaligen Fristverlängerung nach Absatz 2 Satz 3 Gebrauch macht.

Nach Satz 1 Nummer 2 ist die Zuweisung der betreffenden Leistungsgruppe zudem aufzuheben, wenn das Krankenhaus die oben genannte Auflage zur Erfüllung der Qualitätskriterien nach Ablauf der einmalig verlängerten Frist nicht erfüllt.

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

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

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

Wird ein Qualitätskriterium voraussichtlich nur für einen vorübergehenden und kurzfristigen Zeitraum nicht erfüllt, sieht Satz 2 die Möglichkeit der Landesbehörde vor, dem Krankenhaus vor einer Aufhebung der Leistungsgruppenzuweisung eine Frist zur Erfüllung der Qualitätskriterien zu setzen. Danach kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde dem Krankenhaus eine Frist von bis zu drei Monaten zur Erfüllung der für die Leistungsgruppe geltenden Qualitätskriterien setzen, wenn absehbar ist, dass der Grund für die Nichterfüllung der Qualitätskriterien nicht länger als drei Monate andauert. Voraussetzung ist, dass die Nichterfüllung der Qualitätskriterien durch das Krankenhaus nach § 275a

Absatz 3 Satz 3 SGB V gemeldet wurde. Die von der zuständigen Landesbehörde zu setzende Frist hat zudem die Erfüllung aller für die betroffene Leistungsgruppe geltenden Qualitätskriterien zu umfassen, um zu gewährleisten, dass die erforderliche Strukturqualität insgesamt innerhalb eines kurzen Zeitraums wieder erfüllt wird. Zur Beurteilung der voraussichtlichen Dauer der Nichterfüllung der Qualitätskriterien hat die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde nach Satz 3 eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen. Werden die Qualitätskriterien nach Ablauf der dreimonatigen Frist weiterhin nicht erfüllt, gilt nach Satz 4 die Vorgabe zur Aufhebung der Leistungsgruppe nach Satz 1 Nummer 3.

Nach Satz 5 kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde zudem von der Aufhebung der Zuweisung der Leistungsgruppe absehen, wenn die Voraussetzungen für eine Ausnahme nach Absatz 2 Satz 1 vorliegen. Das Absehen von der Aufhebung der Leistungsgruppenzuweisung muss daher nach Maßgabe des Absatz 2 Satz 1 insbesondere zur Sicherstellung einer flächendeckenden und bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung erforderlich sein. Die Ausnahmemöglichkeit ist auf die in Satz 1 Nummer 3 und 4 geregelten Fälle beschränkt. Macht die zuständige Landesbehörde von der Ausnahme Gebrauch, gilt Absatz 2 Satz 2 bis 6 entsprechend, d.h. der Verzicht auf die Aufhebung der Zuweisung kann nur befristet und unter Auflagen zur Qualitätssteigerung erfolgen.

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

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

Zu Absatz 4

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

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

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

Mit Nummer 1 wird vorgegeben, dass die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde dem InEK die einem Krankenhaus zugewiesenen Leistungsgruppen sowie die nach § 109 Absatz 3 Satz 3 SGB V als zugewiesen geltenden Leistungsgruppen als Grundvoraussetzung zur Berechnung der Vorhaltevergütung mitzuteilen hat. Dies soll im Rahmen einer Gesamtaufstellung über die den Krankenhausstandorten nach Absatz 1 zugewiesenen Leistungsgruppen sowie über die als zugewiesen geltenden Leistungsgruppen erfolgen. In der Aufstellung ist differenziert darzustellen, welche Leistungsgruppen jedem Krankenhausstandort zugewiesen worden sind. Sobald die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde die Zuweisung von Leistungsgruppen nach Absatz 1 für das Land abgeschlossen hat, soll das Land das InEK hierüber in Kenntnis setzen, sodass dieses zeitnah mit der Ermittlung nach § 37 Absatz 1 beginnen kann. Erfolgt die Meldung nicht oder nicht rechtzeitig bis zum 31. Oktober, liegt ein Fall nach § 8 Absatz 4 Satz 3 KHEntgG vor, sodass keine Entgelte für Leistungen berechnet werden dürfen, da dem Krankenhaus nicht oder nicht rechtzeitig Leistungsgruppen zugewiesen wurden. Weiterhin wird mit Nummer 1 vorgegeben, dass die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde dem InEK Planfallzahlen zu melden hat, wenn sie diese nutzt oder wenn Planfallzahlen im Versorgungsvertrag eines Krankenhauses vereinbart werden. Bei den Planfallzahlen handelt es sich um Fallzahlen, die die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde einem Krankenhausstandort für einen künftigen Zeitraum vorgibt oder, sofern es sich um Vertragskrankenhäuser handelt, die im Versorgungsvertrag vereinbart werden. Nach Maßgabe des § 37 können Fallplanzahlen 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 (Nr. 2), ein vollständiges oder teilweises Ausscheiden eines Krankenhauses aus der Krankenhausversorgung, beispielsweise aufgrund einer Schließung oder aufgrund der Kündigung bzw. teilweisen Kündigung eines Versorgungsvertrags, erfolgt ist (Nr. 3) oder ein vollständiger oder teilweiser Zusammenschluss mehrerer Krankenhäuser (Fusion) erfolgt ist (Nr. 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 3 den Anteil des Krankenhausstandortes 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.

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

Dienst gemäß Absatz 1 Satz 4 nicht erfüllt waren. Im Übrigen ist auch die Aufhebung einer Leistungsruppe nach Absatz 3 zu melden.

Zu Absatz 5

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

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

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

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

Satz 3 bestimmt, dass die Übertragung der genannten Aufgaben aufgrund der besonderen Leistungsfähigkeit auf Universitätskliniken bzw. Krankenhäuser der Versorgungsstufe „Level 3U“ nach § 135d Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 SGB V und auf Krankenhäuser der Versorgungsstufe „Level 3“, nach § 135d Absatz 4 Nummer 2 SGB V, begrenzt ist.

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

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

### **Zu Nummer 3 (§ 6b)**

#### **Zu Absatz 1**

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

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

Absatz 2 SGB V von einem leistungsfähigen, wirtschaftlichen und bedarfsgerechten Betrieb ausgeht.

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

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

Zu Absatz 2

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

#### **Zu Nummer 4 (§ 8)**

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

#### **Zu Nummer 5 (§ 17b)**

##### **Zu Buchstabe a**

Es handelt sich um eine Folgeänderung, die aufgrund der Einführung der Vorhaltevergütung nach Absatz 4b erforderlich ist. Die allgemeinen Krankenhausleistungen werden auch weiterhin über das pauschalierende Vergütungssystem vergütet, solange Absatz 4 für die Pflegepersonalkostenvergütung und Absatz 4b für die Vorhaltevergütung keine abweichenden Regelungen enthält.

##### **Zu Buchstabe b**

Es handelt sich um eine Folgeänderung, die aufgrund der Einführung der Vorhaltevergütung nach Absatz 4b erforderlich ist. Auch für die Vorhaltevergütung ist zu gewährleisten, dass die Kalkulation auf einer repräsentativen Grundlage erfolgt. Deshalb ist das von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu vereinbarende Konzept auf Basis eines Vorschlags des InEK anzupassen.

##### **Zu Buchstabe c**

Bis zum Jahr 2024 werden Kosten von Auszubildenden in der Pflege und von ausländischen Pflegekräften im Anerkennungsverfahren über das Pflegebudget finanziert. Auf Grund einer Regelung aus dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) ist vorgesehen, dass diese Kosten ab dem Jahr 2025 nicht mehr über das Pflegebudget, sondern wieder über die Fallpauschalen finanziert werden. Ziel der Regelung aus dem GKV-FinStG war es insbesondere, dass zukünftig die zwischen den Vertragsparteien vor Ort vielfach streitbehaftete Zuordnung des Personals mit sonstigem oder ohne Berufsabschluss zum Pflegebudget vermieden wird. Die mit der nunmehrigen Regelung vorgesehene Weiterfinanzierung der Kosten von Auszubildenden in der Pflege und von ausländischen Pflegekräften im Anerkennungsverfahren über das Pflegebudget steht dem Ziel des GKV-FinStG nicht entgegen, dass zukünftig nur noch Pflegefach- und -hilfskräfte im Pflegebudget zu

berücksichtigen sind. Zwar haben Auszubildende in der Pflege und ausländische Pflegekräfte im Anerkennungsverfahren per Definition noch nicht ihren angestrebten (deutschen) Abschluss in einem Pflegeberuf, werden ihn aber regelhaft in absehbarer Zeit erlangen. Daher ist es sachgerecht, diese beiden Berufsgruppen finanzierungsrechtlich den Pflegefach- und -hilfskräften gleichzustellen und sie auch über das Jahr 2024 hinaus im Pflegebudget zu berücksichtigen. Hierdurch wird die etablierte Zuordnung der Kosten für diese Berufsgruppen beibehalten und Umstellungsaufwand für die Vertragsparteien sowohl auf Bundes- als auch auf Ortsebene vermieden.

## **Zu Buchstabe d**

### Zu Absatz 4b

Mit der Einführung einer Vorhaltevergütung wird für somatische Krankenhäuser der ökonomische Druck reduziert, Fallzahlen zu generieren, um ihre Kosten zu decken. Die Vorhaltevergütung erfolgt über ein Vorhaltebudget, das unabhängig von der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen dem einzelnen Krankenhaus ausbezahlt wird. Die Krankenhäuser erhalten im Vorfeld eines Jahres eine Information über die Höhe ihrer Vorhaltevergütung. Dies erhöht die Planungssicherheit für die Krankenhäuser und sorgt für eine Stabilität ihrer Finanzen und personellen Ausstattung. Zur Einführung der Vorhaltevergütung wird die Krankenhausvergütung auf eine Kombination aus pauschalitem DRG-Vergütungssystem, krankenspezifischer Pflegepersonalkostenvergütung und einer leistungsgruppenbezogenen Vorhaltevergütung umgestellt. Die neuen Regelungen in § 17b schaffen dafür die Voraussetzungen.

Mit Satz 1 wird das InEK beauftragt, erstmals in der Kalkulation für das Jahr 2025 einen weiteren Anteil aus dem DRG-Fallpauschalensystem auszugliedern. Zur Einführung der Vorhaltevergütung werden die Kosten, die für die Kalkulation der bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen genutzt werden, herangezogen. Die bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen umfassen die Bewertungsrelationen für das DRG-Vergütungssystem, die Bewertungsrelationen für die nach Absatz 4 auszugliedernden Pflegepersonalkosten und die neu einzuführenden Bewertungsrelationen für die Vorhaltevergütung, die das Ergebnis der in Satz 1 geregelten Ausgliederung sind. Nicht umfasst sind die Kosten für Zusatzentgelte und krankenspezifisch individuell 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 jährlichen vorliegenden Kalkulationsgrundlage jedes Jahr durchzuführen, um Veränderungen der Kosten bei dem auszugliedernden Anteil für die Vorhaltevergütung zu berücksichtigen. Die Ergebnisse der Kalkulation sind vom InEK

weiterhin mit seinem jährlichen Abschlussbericht zur Kalkulation des Vergütungssystems zu veröffentlichen. Von der Einführung der Vorhaltevergütung und der dazu erfolgenden Ausgliederung für die Vorhaltevergütung bleiben die Zulieferung der Kosten- und Leistungsdaten durch die Krankenhäuser an das InEK und die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten unberührt.

Mit Satz 2 wird explizit geregelt, dass die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen und in Kreißsälen nach Absatz 4 zu dem Anteil nach Satz 1 gehören und damit als Vorhaltung gelten. Dies hat allerdings keine Auswirkungen auf die bisherige Ausgliederung und Vergütung der Pflegepersonalkosten nach Absatz 4. Diese werden unverändert vollständig über das Pflegebudget finanziert.

In Satz 3 wird dargelegt, wie die Bewertungsrelationen für die Vorhaltevergütung, die als Vorhaltebewertungsrelationen bezeichnet werden, zu ermitteln sind. Auf der Ebene der einzelnen, mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen zu versehenen DRG ergibt sich diese auf der Grundlage der Subtraktion der Pflegepersonalkosten nach Absatz 4 von 60 Prozent der verminderten Kosten nach Satz 1. Diese Berechnung ist durchzuführen, wenn der Anteil der Pflegepersonalkosten nach Absatz 4 unterhalb von 60 Prozent an den verminderten Kosten nach Satz 1 liegt.

Sofern in Ausnahmefällen der Anteil der Pflegepersonalkosten nach Absatz 4 an den verminderten Kosten nach Satz 1 60 Prozent entspricht oder oberhalb von 60 Prozent liegt, ist die Höhe der Vorhaltebewertungsrelation mit Null auszuweisen (Satz 4). Dies hat für die Krankenhäuser keine negativen Konsequenzen, da die Pflegepersonalkosten nach Absatz 4 zur Vorhaltung gehören und diese damit bereits den Anteil nach Satz 1 erfüllen, ohne in ihrer Höhe begrenzt zu werden. Es ist zu gewährleisten, dass durch die Änderungen keine Doppelfinanzierung von Leistungen oder Mehrausgaben jenseits der Finanzierung der Vorhaltung entstehen.

Mit Satz 5 wird vorgegeben, dass die Vorhaltebewertungsrelationen der Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin zu erhöhen sind. § 39 Absatz 3 regelt, wie diese Erhöhung vorzunehmen ist. Mit dieser Regelung soll gewährleistet werden, dass die Förderbeträge der genannten Bereiche zeitnah den Krankenhäusern zur Verfügung stehen.

Die auf diese Weise ermittelten Vorhaltebewertungsrelationen sind neben den Bewertungsrelationen für das DRG-Vergütungssystem und den Pflegebewertungsrelationen erstmals in dem Entgeltkatalog für das Jahr 2025 auszuweisen (Satz 6). Die Änderungen sind erstmals in der Fallpauschalenvereinbarung für das Jahr 2025 zu berücksichtigen. Der um die Vorhaltebewertungsrelationen ergänzte Entgeltkatalog ist ab dem Jahr 2025 von allen DRG-Krankenhäusern für die Abrechnung ihrer Leistungen zugrunde zu legen.

Zu Absatz 4c

Das InEK wird verpflichtet, die Auswirkungen der Einführung der Vorhaltevergütung zu analysieren und vor diesem Hintergrund Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Vorhaltevergütung zu geben (Satz 1). Bei der Analyse der Auswirkungen ist der Blick insbesondere auf die Veränderung der Versorgungsstrukturen und der Qualität der Versorgung auf Grund der Einführung der Vorhaltevergütung zu legen. Dabei ist auch die Wirkung des in § 37 Absatz 2 Satz 6 vorgegebenen Korridors zu würdigen. Dafür kann das InEK insbesondere die letzten Datenlieferungen nach § 21 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Nummer 2 KHEntgG heranziehen. Für die Weiterentwicklung der Vorhaltevergütung kann das InEK auch Empfehlungen geben, ob und inwieweit perspektivisch anstelle der normativen Festlegung der Vorhaltevergütung eine Kalkulation von Vorhaltekosten vorgenommen werden sollte. Der Zeitraum der Betrachtung ist auf die Jahre 2027 bis 2030 festgelegt. Mit Satz 2 wird das InEK verpflichtet, dem BMG die Ergebnisse seiner Analyse bis zum 31. Dezember 2029 in einem Zwischenbericht und bis zum 31. Dezember 2031 in einem abschließenden Bericht

vorzulegen. Das InEK hat die Berichte zeitnah und barrierefrei auf seiner Internetseite zu veröffentlichen. Satz 3 sieht vor, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene vor der Erstellung der Berichte durch das InEK Stellung zu den Auswirkungen der Einführung der Vorhaltevergütung, insbesondere hinsichtlich der Veränderung der Versorgungsstrukturen und der Qualität der Versorgung, gegenüber dem InEK zu nehmen haben. Die Kosten des InEK werden über den DRG-Systemzuschlag finanziert (Satz 4).

#### **Zu Buchstabe e**

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Einführung der Vorhaltevergütung nach Absatz 4b. Damit wird sichergestellt, dass auch die Aufgaben im Zusammenhang mit der Vorhaltevergütung über den DRG-Systemzuschlag finanziert werden.

#### **Zu Buchstabe f**

Bei den Änderungen in den Doppelbuchstaben aa und bb handelt es sich um Folgeänderungen, die aufgrund der Einführung der Vorhaltevergütung nach Absatz 4b erforderlich sind. Hierdurch wird sichergestellt, dass das BMG im Falle einer Ersatzvornahme auch Vorschriften zur Vorhaltevergütung nach Absatz 4b in der Rechtsverordnung erlassen kann.

#### **Zu Nummer 6 (§ 17c)**

##### **Zu Buchstabe a**

Es handelt sich um eine redaktionelle Korrektur. Die Textstelle wurde zuletzt durch Artikel 3 Nummer 2 Buchstabe g des Gesetzes vom 14. Dezember 2019, BGBl. I S. 2789 geändert. Bei dieser Änderung handelte es sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der geänderten Satzählung in § 17c Absatz 2, siehe Artikel 3 Nummer 2 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb des Gesetzes vom 14. Dezember 2019, BGBl. I S. 2789. Dabei war die Satzählung fehlerhaft. Sie wird durch die Änderung nun korrigiert.

##### **Zu Buchstabe b**

##### **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

Berichtersteller 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 c**

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

#### **Zu Nummer 7 (§ 25)**

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

#### **Zu Nummer 8 (§ 28)**

#### **Zu Buchstabe a**

Es handelt sich um eine Folgeregelung aufgrund der Einführung der neuen §§ 6b und 6c KHEntgG. Mit der Ergänzung wird sichergestellt, dass das Statistische Bundesamt in seiner jährlichen Bundesstatistik auch Auswertungen zu der Abrechnung der Leistungen je Behandlungsfall in Krankenhäusern einerseits nach Höhe der Vorhaltevergütung sowie andererseits nach § 115g Absatz 1 SGB V nach Höhe der krankenhausindividuellen Tagesentgelte durchführt.

#### **Zu Buchstabe b**

Es handelt sich um eine Folgeregelung aufgrund der Einführung des neuen § 17b Absatz 4b. Mit der Ergänzung wird sichergestellt, dass das Statistische Bundesamt in seiner jährlichen Bundesstatistik auch Auswertungen zu der Summe der Vorhaltebewertungsrelationen aufführt. Ergänzend werden zudem auch noch die bereits mit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung am Bett dem Statistischen Bundesamt vorliegenden Pflegebewertungsrelationen aufgenommen.

#### **Zu Buchstabe c**

Es handelt sich um eine Folgeregelung aufgrund der Einführung des neuen § 6c KHEntgG. Mit der Ergänzung wird sichergestellt, dass das Statistische Bundesamt in seiner jährlichen Bundesstatistik auch Auswertungen zu der Zahl der Fälle, die mit krankenhausindividuellen Tagesentgelten abgerechnet werden sowie die Ausgleichsbeträge aus den Mehr- und Mindererlösausgleichen aufführt.

#### **Zu Nummer 9 (§§ 37 bis 39 neu)**

Zu § 37

Zu Absatz 1

Das InEK hat in jedem Land und je Leistungsgruppe ein Vorhaltevolumen zu ermitteln und dieses auf die Krankenhausstandorte zu verteilen. Sofern die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde bis zum 31. Oktober eines Jahres dem InEK eine Aufstellung über die den Krankenhäusern standortbezogen zugewiesenen Leistungsgruppen nach § 6a Absatz 4 Satz 1 übermittelt, hat das InEK nach Satz 1 aus der Summe der Vorhaltebewertungsrelationen in diesem Land ein Vorhaltevolumen zu ermitteln. Die Berechnung ist erstmals in dem Jahr durchzuführen, in dem das Land die vorgenannte Übermittlung dem InEK bis zum 31. Oktober vorlegt. Daraufhin erfolgt die Berechnung jährlich neu, damit Veränderungen sachgerecht berücksichtigt werden. Die Berechnung ist jeweils bis zum 30. November eines Jahres abzuschließen.

Die Sätze 2 bis 4 geben vor, wie die Vorhaltevolumina je Land, je Leistungsgruppe und je Krankenhausstandort zu ermitteln sind. Im ersten Schritt hat das InEK das Vorhaltevolumen je Land zu berechnen. Dafür hat das InEK nach Satz 2 die abgerechneten Fälle, die mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütet werden, aus der letzten Datenlieferung nach § 21 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Nummer 2 KHEntgG zugrunde zu legen und mit den Vorhaltebewertungsrelationen zu bewerten, die auf Basis des kalkulierten Entgeltkatalogs für das Folgejahr maßgeblich sind. Damit wird das Vorhaltevolumen je Land auf der Grundlage der aktuellsten Daten für ein Kalenderjahr ermittelt. Dabei sind Fälle von Bundeswehrkrankenhäusern und Krankenhäusern der gesetzlichen Unfallversicherung, in denen sie nicht Zivilpatientinnen oder Zivilpatienten behandeln oder in denen die Kosten von der gesetzlichen Unfallversicherung getragen werden und die gemäß § 135d Absatz 5 SGB V lediglich für Zwecke des Transparenzverzeichnisses erfasst werden, nicht zu berücksichtigen. Dies gilt entsprechend der allgemeinen Einschränkung des Anwendungsbereichs nach § 1 Absatz 2 Satz 1 KHEntgG auch für die übrigen Regelungen zur Vorhaltevergütung in diesem Gesetz und im KHEntgG.

Im zweiten Schritt ist das ermittelte Vorhaltevolumen je Land nach den Leistungsgruppen zu gliedern (Satz 3). Maßgebliches Kriterium für die Gliederung ist der Anteil der Summe der Vorhaltebewertungsrelationen der Fälle einer Leistungsgruppe an der Summe der Vorhaltebewertungsrelationen aller Fälle in diesem Land. Es gelten die Leistungsgruppen nach § 135e SGB V. Ergebnis aus diesem Schritt ist ein Vorhaltevolumen je Land und je Leistungsgruppe.

Das Vorhaltevolumen je Land und je Leistungsgruppe wird im dritten und letzten Schritt (Satz 4) entsprechend ihrer Anteile nach Absatz 2 Satz 1 oder 3 auf die Krankenhausstandorte, denen die Leistungsgruppe durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde zugewiesen wurde oder soweit sie als nach § 109 Absatz 3 Satz 3 SGB V zugewiesen gilt, aufgeteilt.

Mit Satz 5 wird dem InEK vorgegeben, die Vorgehensweise zur Durchführung der vorgenannten Schritte bis zum 30. September 2024 in einem Konzept darzulegen und auf seiner Internetseite barrierefrei zu veröffentlichen. Im Rahmen des Konzepts hat das InEK unter anderem festzulegen, ob die Zuordnung zu einer Leistungsgruppe bei Verlegungen zwischen Standorten auf Grundlage der Informationen des aufnehmenden, des weiterbehandelnden oder des entlassenden Standorts oder gegebenenfalls noch weiterer Informationen vorzunehmen ist. Zudem hat das InEK den Umgang mit den strukturellen Änderungen, die in § 6a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 bis Nummer 4 genannt sind, zu beschreiben. Abgesehen von dem jeweils konkret von einem Ereignis nach § 6a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 bis 4 betroffenen Krankenhaus, für das in der Folge ein Bescheid nach Absatz 5 Satz 1 rückwirkend vom InEK aufzuheben ist, sind unterjährige Anpassungen der ermittelten Vorhaltevolumina nicht vorgesehen, um die Planungssicherheit und Finanzstabilität der Krankenhausstandorte nicht zu gefährden. Bei Bedarf sind Anpassungen am Konzept durch das InEK vorzunehmen.

Zu Absatz 2

Mit Satz 1 der Regelung wird das InEK beauftragt, für jeden somatischen Krankenhausstandort seinen Anteil an der Vorhaltevergütung in der jeweiligen Leistungsgruppe zu ermitteln. Voraussetzung dafür, dass das InEK die Ermittlung vornimmt, ist, dass die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde ihm bis zum 31. Oktober eines Jahres eine Aufstellung über die den Krankenhäusern standortbezogen zugewiesenen oder als nach § 109 Absatz 3 Satz 3 SGB V zugewiesen geltenden Leistungsgruppen nach § 6a Absatz 4 Satz 1 übermittelt hat.

In Satz 2 wird präzisiert, wie der Anteil an der Vorhaltevergütung für jeden Krankenhausstandort in den ihm von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zugewiesenen oder in den als nach § 109 Absatz 3 Satz 3 SGB V zugewiesen geltenden Leistungsgruppen zu berechnen ist. Zunächst ist für jeden Krankenhausstandort in jeder ihm nach § 6a zugewiesenen oder als nach § 109 Absatz 3 Satz 3 SGB V zugewiesen geltenden Leistungsgruppe die Anzahl seiner Fälle in dieser Leistungsgruppe mit dem Durchschnitt seiner Vorhaltebewertungsrelationen (Vorhalte-Casemixindex) in dieser Leistungsgruppe zu multiplizieren. Die für jeden Krankenhausstandort ermittelten Ergebnisse in einer Leistungsgruppe sind daraufhin zu addieren (Grundgesamtheit). Der Anteil eines Krankenhausstandortes in einer Leistungsgruppe ergibt sich durch die Division seines im ersten Schritt ermittelten Ergebnisses durch die Grundgesamtheit. Je höher der Anteil eines Krankenhausstandortes in einer Leistungsgruppe ist, desto höher ist das Vorhaltevolumen dieses Krankenhausstandortes in dieser Leistungsgruppe.

Mit Satz 3 wird vorgegeben, welche Fallzahl das InEK bei der Ermittlung des Anteils eines Krankenhausstandortes an der Vorhaltevergütung in einer Leistungsgruppe zu nutzen hat. Sofern die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde mit der Aufstellung über die den Krankenhäusern standortbezogen zugewiesenen oder als nach § 109 Absatz 3 Satz 3 SGB V zugewiesen geltenden Leistungsgruppen nach § 6a Absatz 4 Satz 1 auch Planfallzahlen übermittelt, sind diese bei der Ermittlung des Anteils eines Krankenhausstandortes an der Vorhaltevergütung in einer Leistungsgruppe zugrunde zu legen. Falls keine Planfallzahlen in der Aufstellung enthalten sind, hat das InEK die abgerechneten und mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergüteten Fälle aus den zuletzt nach § 21 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2 KHEntgG übermittelten Leistungsdaten zu nutzen. Zudem wird mit Satz 3 geregelt, dass der Vorhalte-Casemixindex immer auf Basis der vorgenannten Leistungsdaten zu ermitteln ist.

Mit Satz 4 wird eine Regelung für den Fall vorgesehen, dass einem Krankenhausstandort durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde eine Leistungsgruppe zugewiesen wird oder eine Leistungsgruppe im Rahmen eines Versorgungsvertrags nach § 108 Nummer 3 SGB V vereinbart wird, die als nach § 109 Absatz 3 Satz 3 SGB V zugewiesen gilt, und er in dieser Leistungsgruppe erstmalig Leistungen erbringen soll. Da dem InEK für das erste Jahr einer entsprechenden Zuweisung oder als nach § 109 Absatz 3 Satz 3 SGB V geltenden Zuweisung weder eine Fallzahl noch der Vorhalte-Casemixindex des Krankenhausstandortes in dieser Leistungsgruppe vorliegt, sind für die fehlenden Kennzahlen alternative Größen zu nutzen, die die reale Situation möglichst genau abbilden. Das InEK hat daher die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 6a Absatz 4 Satz 1 Nummer 5 übermittelte Planfallzahl zu verwenden. Als Vorhalte-Casemixindex hat das InEK den Vorhalte-Casemixindex über alle Krankenhausstandorte in dieser Leistungsgruppe im jeweiligen Land zu ermitteln und zugrunde zu legen.

Mit Satz 5 wird vorgegeben, dass das InEK bis zum 30. November des Jahres, in dem die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde dem InEK eine Aufstellung über die den Krankenhäusern zugewiesenen oder als nach § 109 Absatz 3 Satz 3 SGB V zugewiesen geltenden Leistungsgruppen nach § 6a Absatz 4 Satz 1 übermittelt hat, die Anteile der Krankenhausstandorte an der Vorhaltevergütung in den jeweiligen Leistungsgruppen zu ermitteln hat. Damit Konzentrationsprozesse und strukturelle Veränderungen in der Krankenhauslandschaft sachgerecht berücksichtigt werden, erfolgt in regelmäßigen Abständen eine Neuermittlung der Anteile der Krankenhausstandorte an der

Vorhaltevergütung in den durch die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden zugewiesenen Leistungsgruppen. Die Ermittlung nach Satz 2 oder 4 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. Damit die Ermittlung auf der Basis aktueller Daten durchgeführt wird, hat das InEK den zuletzt verfügbaren Datensatz nach § 21 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Nummer 2 KHEntgG und die zuletzt verfügbaren Planfallzahlen zu verwenden. Die einmal übermittelte Planfallzahl ist solange für die Ermittlung des Anteils eines Krankenhausstandortes an der Vorhaltevergütung in einer Leistungsgruppe zu nutzen, bis mit der Aufstellung nach § 6a Absatz 4 Satz 1 eine andere Planfallzahl für den Krankenhausstandort übermittelt wird.

Satz 6 gibt die Bedingungen vor, die durch das InEK bei der Ermittlung der Anteile nach Satz 2 oder 4 zu beachten sind. Um Anreize zur Mengensteigerung zu dämpfen, sind Veränderungen der nach § 21 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2 KHEntgG übermittelten Fallzahl des Krankenhausstandortes in der einzelnen ihm zugewiesenen oder als nach § 109 Absatz 3 Satz 3 SGB V zugewiesen geltenden Leistungsgruppe nur zu berücksichtigen, wenn diese mehr als 20 Prozent nach oben oder unten von der bei der letzten Ermittlung zugrunde gelegten nach § 21 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2 KHEntgG übermittelten Fallzahl abweicht. Wenn dies der Fall ist, ist die aktuelle Fallzahl bei der Ermittlung zu verwenden. Veränderungen innerhalb dieses Korridors von 20 Prozent werden bei der Ermittlung nicht berücksichtigt und es ist die bei der vorangegangenen Ermittlung verwendete Fallzahl zugrunde zu legen. Das bedeutet in der Folge, dass das Vorhaltevolumen des Krankenhausstandortes für diese Leistungsgruppe aufgrund der Erhöhung oder Absenkung der Fallzahl keine Erhöhung oder Absenkung erfährt. Sofern die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde nach § 6a Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 oder Nummer 5 Planfallzahlen übermittelt, sind diese als Fallzahlen zu verwenden. Die Planfallzahlen sind solange zu nutzen, bis durch die Krankenhausplanungsbehörde keine Planfallzahlen mehr übermittelt werden. Falls auf die Übermittlung von Planfallzahlen verzichtet wird, hat das InEK die Fallzahlen nach § 21 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2 KHEntgG bei der Ermittlung nach Satz 2 oder Satz 4 zugrunde zu legen. Der Korridor von 20 Prozent findet bei der Anwendung von Planfallzahlen oder beim Übergang von Planfallzahlen auf die Fallzahlen nach § 21 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2 KHEntgG keine Anwendung. Veränderungen des Casemixindex sind dagegen in vollem Umfang bei der Ermittlung zugrunde zu legen. Damit haben Änderungen des Vorhalte-Casemixindex unmittelbaren Einfluss auf die Höhe des Vorhaltevolumens des Krankenhausstandortes in einer Leistungsgruppe.

Da nicht auszuschließen ist, dass zwischen zwei Zeitpunkten der Ermittlung nach Satz 2 oder 4 strukturelle Veränderungen in der Krankenhauslandschaft stattfinden, die zu einer Verlagerung von Fällen führen können, ist gemäß Satz 7 in dem Land, das von den strukturellen Veränderungen tangiert ist und in den an dieses Land angrenzenden Ländern eine neue Ermittlung der Anteile der Krankenhausstandorte an der Vorhaltevergütung in den betroffenen Leistungsgruppen vorzunehmen. Damit wird sichergestellt, dass die entstehenden Veränderungen möglichst zeitnah bei der Ermittlung der Anteile an der Vorhaltevergütung berücksichtigt werden. Unter strukturellen Veränderungen sind die Ereignisse nach § 6a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 bis Nummer 4 zu verstehen. Strukturelle Veränderungen in der Krankenhauslandschaft eines Landes können auch Auswirkungen auf Krankenhausstandorte in angrenzenden Ländern haben. Eine neue Ermittlung der Anteile der Krankenhausstandorte an der Vorhaltevergütung ist daher nicht nur in dem Land durchzuführen, in dem die strukturellen Veränderungen stattfinden, sondern auch in den angrenzenden

Ländern. Unterjährige Neuermittlungen würden den Krankenhäusern Planungssicherheit nehmen. Daher wird geregelt, dass die Neuermittlung Geltung für das Jahr entfaltet, das auf das Jahr, in dem die Neuermittlung stattfindet, folgt.

Um die Funktionsweise der Ermittlung der Anteile der Krankenhausstandorte an der Vorhaltevergütung in den Leistungsgruppen transparent zu machen, hat das InEK diese ebenfalls in dem Konzept nach Absatz 1 Satz 5 darzustellen (Satz 8).

#### Zu Absatz 3

Um im Hinblick auf die Effekte der in den Jahren 2027 und 2028 vorgesehenen Konvergenzphase nach § 6b Absatz 5 KHEntgG insgesamt Finanzneutralität herzustellen, wird mit der Vorschrift geregelt, dass das Vorhaltevolumen je Land nach Absatz 1 Satz 1 für die Jahre 2028 und 2029 vor der Gliederung nach Leistungsgruppen und Aufteilung auf die Krankenhausstandorte in Abhängigkeit von den durch die Konvergenzphase ausgelösten Minder- oder Mehrausgaben zu erhöhen oder abzusenken ist.

Dazu hat das InEK zunächst die nach Absatz 1 Satz 4 ermittelten Vorhaltevolumina je Land je Leistungsgruppe und je Krankenhausstandort für jedes Krankenhaus zu summieren (Satz 1). Die Summe ist auf Basis des Krankenhausstandortes beziehungsweise der Krankenhausstandorte zu bilden und über alle Leistungsgruppen, die diesem oder diesen Krankenhausstandorten von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zugewiesen worden sind oder die als nach § 109 Absatz 3 Satz 3 SGB V zugewiesen gelten. Diese Addition ist im Jahr 2028 für das Jahr 2027 und im Jahr 2029 für das Jahr 2028 durchzuführen (Zielwerte der Konvergenz).

Im nächsten Schritt hat das InEK gemäß Satz 2 für jedes Krankenhaus den Zielwert der Konvergenz von der Summe der Vorhaltebewertungsrelationen, die von den Vertragsparteien vor Ort für das Jahr 2026 vereinbart und von der zuständigen Landesbehörde genehmigt worden sind (Ausgangswert der Konvergenz), abzuziehen. Die sich daraus ergebende Differenz ist im Jahr 2028 (für das Jahr 2027) mit 66 Prozent und im Jahr 2029 (für das Jahr 2028) mit 33 Prozent zu multiplizieren (Konvergenzergebnisse). Die Informationen über die für das Jahr 2026 vereinbarte Summe der Vorhaltebewertungsrelationen liegen dem InEK gemäß § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe d KHEntgG am 31. März 2027 vor. Während das Ergebnis nach Satz 1 in Abhängigkeit von den nach Absatz 1 Satz 4 ermittelten Ergebnissen für die Jahre 2027 und 2028 variiert, bleibt die Summe der Vorhaltebewertungsrelationen für das Jahr 2026 Satz 2 gleich.

Die nach Satz 2 ermittelten Konvergenzergebnisse sind im Anschluss durch das InEK für das jeweilige Land und das jeweilige Jahr unter Beachtung des Vorzeichens zu saldieren (Satz 3).

Entsprechend dem Saldo der Konvergenzergebnisse je Land ist das Vorhaltevolumen je Land nach Absatz 1 Satz 1 zu erhöhen oder abzusenken. Satz 4 sieht vor, dass bei einem negativen Saldo das Vorhaltevolumen abzusenken und bei einem positiven Saldo das Vorhaltevolumen zu erhöhen ist. Für das Konvergenzjahr 2027 (2028) ist die Erhöhung oder Absenkung bei der Ermittlung des Vorhaltevolumens je Land nach Absatz 1 Satz 1 im Jahr 2027 (2028) für das Jahr 2028 (2029) umzusetzen.

#### Zu Absatz 4

Sofern für einen Krankenhausstandort unterjährig eines der Ereignisse nach § 6a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 bis Nummer 4 eintritt, das heißt diesem eine oder mehrere Leistungsgruppen unterjährig entzogen werden, dieser vollständig oder teilweise aus der somatischen Krankenhausversorgung ausscheidet oder dieser im Rahmen eines Zusammenschlusses aufgeht, werden die für den Krankenhausstandort nach Absatz 1 Satz 4 ermittelten Vorhaltevolumina nach dem Ausscheiden, dem Entzug oder dem Zusammenschluss

nicht mehr abgerufen. Damit diese für die Krankenhausversorgung und die Vorhaltevergütung vorgesehenen Mittel dennoch den Krankenhäusern zufließen, hat das InEK daher bei der nächsten Ermittlung des Vorhaltevolumens je Land je Leistungsgruppe nach Absatz 1 Satz 1 und 3 diese Mittel erhöhend zu berücksichtigen (Satz 1).

Dafür hat das InEK nach Satz 2 die nach Absatz 1 Satz 4 für den betroffenen Krankenhausstandort ermittelten Vorhaltevolumina für alle ihm durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde zugewiesenen Leistungsgruppen zu addieren und durch 365 (Tage eines Jahres) zu dividieren. Dieses Zwischenergebnis ist zu multiplizieren mit der Zahl der Kalendertage, die zwischen dem Ausscheiden des Krankenhausstandortes aus der somatischen Krankenhausversorgung beziehungsweise dem Entzug der Leistungsgruppe und dem Ende des Jahres lagen, in dem das Ausscheiden oder der Entzug der Leistungsgruppe stattgefunden hat.

Zu Absatz 5

Die für die Krankenhausstandorte ermittelten Vorhaltevolumina in den ihnen von den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden zugewiesenen oder als nach § 109 Absatz 3 Satz 3 SGB V zugewiesen geltenden Leistungsgruppen nach Absatz 1 Satz 4 und die Höhe der standortindividuellen Förderbeträge nach § 39 Absatz 2 Satz 4 sind den Krankenhausträgern durch Bescheid zu übermitteln. Das InEK hat nach Satz 1 erstmals bis zum 10. Dezember 2026 für das Jahr 2027 Bescheide zu erlassen. Die Bescheide über die Höhe des je Krankenhausstandort und je Leistungsgruppe aufgeteilten Vorhaltevolumens nach Absatz 1 Satz 4 sind daraufhin jährlich zu erlassen.

Sofern ein Land seine Zuweisung der Leistungsgruppen bis zum 31. Oktober 2024 oder 2025 abgeschlossen und dem InEK entsprechend eine Aufstellung über die den Krankenhäusern zugewiesenen Leistungsgruppen nach § 6a Absatz 4 Satz 1 übermittelt hat, erhalten die Krankenhausträger nach Satz 2 in diesem Land eine Information über die Höhe des je Krankenhausstandort und je Leistungsgruppe aufgeteilten Vorhaltevolumens nach Absatz 1 Satz 4 durch das InEK. Diese Information hat keine rechtsverbindliche Wirkung, sondern dient lediglich einer ersten Information der Krankenhausträger. Auch hierfür gilt für das InEK die Frist, bis zum 10. Dezember desselben Jahres für das Folgejahr die Information an den Krankenhausträger zu übermitteln.

Satz 3 und Satz 4 sehen eine Sonderregelung vor für den Fall unterjähriger Strukturveränderungen eines Krankenhauses. Dies betrifft solche Strukturveränderungen, die nach § 6a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 bis Nummer 4 durch die zuständige Landeskrankenhausplanungsbehörde dem InEK zum Zwecke der Ermittlung der Vorhaltevergütung jährlich zu übermitteln sind, namentlich die Aufhebung der Zuweisung einer Leistungsgruppe, das vollständige oder teilweise Ausscheiden eines Krankenhauses aus der somatischen Krankenhausversorgung oder den vollständigen oder teilweisen Zusammenschluss mehrerer Krankenhäuser. Das InEK wird entsprechend seinen Befugnissen nach § 31 Absatz 2 gesetzlich berechtigt und verpflichtet, den ursprünglich erteilten Bescheid über die Höhe des Gesamtvorhaltebudgets rückwirkend mit Wirkung vom Zeitpunkt des Eintritts des Ereignisses aufzuheben. Das Gesamtvorhaltebudget wird insoweit abweichend von dem Bescheid und der dort ausgewiesenen Summe der Vorhaltebewertungsrelationen sowie der standortindividuellen Förderbeträge nach § 39 Absatz 2 Satz 4 durch das InEK neu ermittelt. Das InEK hat hierbei die Anzahl der Kalendertage zugrunde zu legen, die zwischen dem Ereignis und dem Ende des Jahres lagen, in dem das nach § 6a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 bis Nummer 4 eingetreten ist. Die Differenz zwischen der Höhe des ursprünglichen Gesamtvorhaltebudgets und der aufgrund der Anzahl der Kalendertage zwischen dem eingetretenen Ereignis und dem Ende desselben Jahres zu ermittelnden Höhe des Vorhaltebudgets ergibt die Höhe des durch das InEK aufzuhebenden Teils des Bescheids. Die Aufhebung mit Wirkung vom Zeitpunkt des Eintritts des Ereignisses ist verhältnismäßig, da ein Krankenhaus ab dem Zeitpunkt des Eintritts des Ereignisses Kenntnis davon hat oder haben muss, dass es entsprechende Leistungen nicht mehr erbringen und hierfür auch keine

Vorhaltevergütung mehr erhalten darf. Auf Vertrauensschutz, welcher einer Aufhebung entgegenstehen könnte, kann sich ein Krankenhaus insofern nicht berufen.

Zu § 38

Mit dieser Regelung wird das InEK beauftragt, die Gesamtsumme der zusätzlichen finanziellen Mittel zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben in Höhe von 125 Millionen Euro jährlich, erstmals für das Jahr 2027, auf die Länder entsprechend der Verteilung des Vorhaltevolumens zu verteilen (Satz 1). Die Verteilung der zusätzlichen Mittel erfolgt im Verhältnis der landesweiten Summe der Vorhaltebewertungsrelationen zu der Summe der bundesweiten Vorhaltebewertungsrelationen für von den Ländern zugewiesene Leistungsgruppen. Mit diesem Vorgehen wird sichergestellt, dass Länder mit einem hohen Vorhaltevolumen, aufgrund der Versorgung von vielen oder schweren Fällen, auch einen höheren Anteil der zusätzlichen Mittel für Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben erhalten. In einem weiteren Schritt teilt das InEK die je Land ermittelten zusätzlichen Mittel für Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben jährlich auf die zuschlagsberechtigten Krankenhäuser rechnerisch auf. Dazu ermittelt das InEK die Summe der Vorhaltebewertungsrelationen aller Leistungsgruppen der zuschlagsberechtigten Krankenhäuser sowie die Summe der Vorhaltebewertungsrelationen aller Leistungsgruppen des einzelnen zuschlagsberechtigten Krankenhauses. Die Verteilung der zusätzlichen Mittel erfolgt dann entsprechend des Anteils der Summe der Vorhaltebewertungsrelationen des einzelnen zuschlagsberechtigten Krankenhauses an der Summe der Vorhaltebewertungsrelationen aller zuschlagsberechtigten Krankenhäuser. Das InEK veröffentlicht die ermittelten Beträge je Land und je zuschlagsberechtigtem Krankenhaus bis zum 10. Dezember, erstmals bis zum 10. Dezember 2026, barrierefrei auf seiner Internetseite. Sofern die für Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde dem InEK bis zum 31. Oktober die zuschlagsberechtigten Krankenhäuser im jeweiligen Zuständigkeitsbereich nicht mitgeteilt hat, entfällt für das betreffende Jahr der Anspruch auf Auszahlung der Förderbeträge für die Krankenhäuser dieses Landes.

Zu § 39

Zu Absatz 1

Mit dem neuen Paragraphen werden für die geburtshilfliche und pädiatrische Versorgung sowie die Versorgung in Stroke Units, der Speziellen Traumatologie und der Intensivmedizin in Krankenhäusern jährlich zusätzliche finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt, wie in den zwischen Bund und Länder konsentierten Eckpunkten vom 10. Juli 2023 vorgesehen. Die leistungsunabhängigen zusätzlichen Mittel sollen die Versorgung in diesen Bereichen noch stärker unabhängig von der leistungsorientierten Logik des Fallpauschalensystems machen und sie zusätzlich zu der neu eingeführten Vorhaltevergütung absichern. Bei den zusätzlichen Mitteln handelt es sich um eine Förderung im Rahmen der Betriebskostenfinanzierung.

Voraussetzung für die Finanzierung der zusätzlichen Mittel ist, dass dem Standort die entsprechende Leistungsgruppe von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zugewiesen wurde. Damit wird sichergestellt, dass nur die genannten Bereiche von der Förderung profitieren (Satz 2).

Die zusätzlichen finanziellen Mittel für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin betragen gemäß Satz 3 bundesweit ab dem Jahr 2027 für die Leistungen der Pädiatrie insgesamt 300 Millionen Euro (inklusive 12 Millionen Euro für Besondere Einrichtungen, siehe dazu § 5 Absatz 3l KHEntgG), für die Leistungen der Geburtshilfe 120 Millionen Euro, für die Leistungen der Stroke Unit 35 Millionen Euro, für die Leistungen der Speziellen Traumatologie 65 Millionen Euro und für die Leistungen der Intensivmedizin 30 Millionen Euro.

Für den Bereich der Pädiatrie wird ein Förderbetrag in Höhe von 288 Millionen Euro zukünftig zusätzlich zum Vorhaltebudget der Leistungsgruppen der Pädiatrie zur Verfügung gestellt. Der Betrag ergibt sich, indem der für die Jahre 2023 und 2024 vorgesehene Förderbetrag für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach § 4a KHEntgG in Höhe von 300 Millionen Euro um das gerundete Zuschlagsvolumen der Besonderen Einrichtungen für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen abgesenkt wird. Für Besondere Einrichtungen wird ab dem Jahr 2027, vergleichbar zur Vorgehensweise in den Jahren 2023 und 2024, demnach ein Zuschlagsvolumen i.H.v. 12 Millionen Euro für die pädiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Alter von über 28 Tagen und unter 16 Jahren gemäß § 5 Absatz 3l KHEntgG gewährt.

Das InEK wird beauftragt, eine Zuordnung der Leistungsgruppen nach § 135e SGB V zu den förderfähigen Bereichen zu treffen (Satz 4) und diese Zuordnung anzupassen, sofern die Leistungsgruppen weiterentwickelt werden (Satz 5).

#### Zu Absatz 2

Das InEK wird mit Satz 1 beauftragt, die bundesweit festgelegten Förderbeträge nach Absatz 1 Satz 3 auf die den Bereichen Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie, Intensivmedizin zugeordneten Leistungsgruppen entsprechend der Verteilung der Vorhaltevolumina zu verteilen. Hierzu hat das InEK das Verhältnis des bundesweiten Vorhaltevolumens der Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie, Intensivmedizin zum bundesweiten Vorhaltevolumen der diesen Bereichen zugeordneten Leistungsgruppen zu ermitteln (Satz 2). Die Verteilung der Förderbeträge auf die Leistungsgruppen erfolgt dann im gleichen Verhältnis.

Das InEK verteilt die bundesweiten Förderbeträge je Leistungsgruppe jährlich auf die Länder entsprechend des Anteils des landesweiten Vorhaltevolumens der jeweiligen Leistungsgruppen am vom InEK zu berechnenden bundesweiten Vorhaltevolumen der jeweiligen Leistungsgruppe (Satz 3).

Das InEK verteilt die je Land und Leistungsgruppe ermittelten Förderbeträge entsprechend dem nach § 37 Absatz 1 Satz 4 ermittelten Anteil des Krankenhausstandortes an der Vorhaltevergütung in der jeweiligen Leistungsgruppe und weist die Förderbeträge je Leistungsgruppe für jeden Standort in seinem Bescheid nach § 37 Absatz 5 Satz 1 separat aus (Satz 4).

Durch die Ermittlung der standortindividuellen Förderbeträge entsprechend des Anteils der Krankenhausstandorte an der Vorhaltevergütung in der jeweiligen Leistungsgruppe werden die zusätzlichen Beträge zielgenau auf die Standorte verteilt. Nur diejenigen Standorte, die eine entsprechende Leistungsgruppe von der für Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zugewiesen bekommen haben, erhalten einen standortindividuellen Förderbetrag.

Durch die erneute Ermittlung der Anteile der Krankenhausstandorte an der Vorhaltevergütung in der jeweiligen Leistungsgruppe nach zwei Jahren und danach alle drei Jahre auf Basis der Fallzahl und des Vorhalte-Casemixindex und die dementsprechend neue Aufteilung der Förderbeträge auf die Krankenhausstandorte werden Veränderungen des Vorhalte-Casemixindex sowie Fallzahländerungen (im Rahmen des Korridors von 20 Prozent) auch bei der Finanzierung der zusätzlichen Förderung entsprechend berücksichtigt.

#### Zu Absatz 3

Um eine Finanzierung des Zuschlags ab dem 1. Januar 2027 zu gewährleisten, werden die Vorhaltebewertungsrelation der Fallpauschalen der Leistungsgruppen der Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin prozentual erhöht. Der prozentuale Zuschlag wird vom InEK jährlich ermittelt und in den Entgeltkatalogen

ab dem Jahr 2027 bei der Ermittlung der Vorhaltebewertungsrelationen berücksichtigt. Dafür setzt das InEK den bundesweiten Förderbetrag je Leistungsgruppe der geförderten Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin ins Verhältnis zum bundesweiten Vorhaltevolumen (Vorhaltebewertungsrelationen multipliziert mit dem einheitlichen Basisfallwert nach § 10 Absatz 9 Satz 1 KHEntgG des Jahres der Berechnung) je Leistungsgruppe. Die Vorhaltebewertungsrelationen der Fallpauschalen, die für die Ermittlung des Vorhaltevolumens dieser Leistungsgruppe herangezogen wurden, werden entsprechend prozentual erhöht.

Zu Absatz 4

Sofern für einen Krankenhausstandort unterjährig eines der Ereignisse nach § 6a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 bis Nummer 4 eintritt, d.h. diesem eine oder mehrere Leistungsgruppen unterjährig entzogen werden, dieser vollständig oder teilweise aus der somatischen Krankenhausversorgung ausscheidet oder dieser im Rahmen eines Zusammenschlusses aufgeht, werden die für den Krankenhausstandort ermittelten Förderbeträge nach dem Ausscheiden, dem Entzug oder dem Zusammenschluss nicht mehr abgerufen. Damit die vorgesehenen Mittel dennoch fließen, hat das InEK daher im Folgejahr bei den Förderbeträgen je Land je Leistungsgruppe den oder die Beträge erhöhend zu berücksichtigen (Satz 1).

Dafür hat das InEK nach Satz 2 die für den Krankenhausstandort ermittelten Förderbeträge durch 365 (Tage eines Jahres) zu dividieren. Dieses Zwischenergebnis ist zu multiplizieren mit der Zahl der Kalendertage, die zwischen dem Ausscheiden des Krankenhausstandortes aus der somatischen Krankenhausversorgung beziehungsweise dem Entzug der Leistungsgruppe bis zum Ende des Jahres lagen, in dem das Ausscheiden oder der Entzug der Leistungsgruppe stattgefunden hat.

#### **Zu Artikel 4 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)**

##### **Zu Nummer 1 (§ 3)**

##### **Zu Buchstabe a**

Es handelt sich um eine Folgeregelung zu Einführung des neuen § 6b.

##### **Zu Buchstabe b und Buchstabe c**

Es handelt sich um eine Folgeregelung aufgrund der Einführung des neuen § 6c. Da die durch Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 SGB V erbrachten voll- und teilstationären Leistungen, zukünftig über krankenhausesindividuelle Tagesentgelte vergütet werden, sind diese in der Leistung der Vergütung von allgemeinen Krankenhausleistungen zu ergänzen.

##### **Zu Nummer 2 (§ 4)**

##### **Zu Buchstabe a**

Die Ergänzung ist für die Budgetjahre 2025 und 2026 erforderlich, da in diesem Zeitraum gemäß § 17b Absatz 4b Satz 5 KHG bereits Vorhaltebewertungsrelationen zur Abrechnung kommen werden. In den Jahren 2025 und 2026 sind die Erlöse der Vorhaltebewertungsrelationen Teil des Erlösbudgets nach § 4, so dass eine Budgetneutralität in diesen beiden Jahren sichergestellt ist.

##### **Zu Buchstabe b**

Der Fixkostendegressionsabschlag wurde eingeführt, um die im Vergütungssystem vorhandenen Anreize zu Mehrleistungen zu dämpfen und die Kostenträger an Kostenvorteilen der Krankenhäuser temporär zu beteiligen. Grundannahme ist, dass ein Krankenhaus im Fall

von Mehrleistungen nicht zwangsläufig entsprechende Fixkostensteigerungen besitzt, da diese Kosten grundsätzlich zunächst belegungsunabhängig sind. Durch die Einführung eines Vorhaltebudgets entfällt nunmehr die Notwendigkeit des Fixkostendegressionsabschlages. Die um die Vorhaltekosten reduzierten Fallpauschalen, auf welche sich der Fixkostendegressionsabschlag zukünftig beziehe, würden keinen relevanten Fixkostenanteil mehr enthalten und somit auch keiner bzw. nur noch einer geringen Fixkostendegression bei Mehrleistungen unterliegen. Da ein relevanter Anteil der Fixkosten zukünftig durch die belegungsunabhängigen Vorhaltebudgets gedeckt wird, ist zudem ein Anreiz für Mehrleistungen für Krankenhäuser deutlich gemindert. Die Änderung sieht deshalb vor, dass der dreijährige Fixkostendegressionsabschlag letztmalig für das Vereinbarungsjahr 2026 angewendet und entsprechend der gesetzlichen Vorgaben erhoben wird, so dass dieser Zuschlag letztmalig im Jahr 2028 zu erheben ist. Für zusätzliche Leistungen, die ab dem Jahr 2027 gegenüber dem jeweiligen Vorjahr vereinbart werden, kommt dementsprechend kein Fixkostendegressionsabschlag mehr zur Anwendung. Da die Vereinbarung des Fixkostendegressionsabschlages die Komplexität der Budgetverhandlungen beträchtlich erhöht, ist anzunehmen, dass eine Aufhebung zur Beschleunigung der Budgetverhandlungen beiträgt und den Erfüllungsaufwand für die Vertragsparteien vor Ort reduziert.

### **Zu Buchstabe c**

### **Zu Doppelbuchstabe aa und Doppelbuchstabe bb**

Der bisherige Mengenausgleich bezieht sich zukünftig (die Fallpauschalen betreffend) nur noch auf die um das Vorhaltevolumen abgesenkten Fallpauschalen (rDRG), da sowohl das Pflege- als auch das Vorhaltebudget gesondert ausgeglichen werden. Im Fall von Mehrerlösen beträgt der bisherige Ausgleichssatz 65 Prozent, d.h. dem Krankenhaus verbleiben 35 Prozent der Mehrerlöse zur Deckung der für die Mehrleistungen entstandenen variablen Kosten. Um auch nach Inkrafttreten der Krankenhausreform einem Anreiz zur Leistungsausweitung entgegenzuwirken sowie angesichts der zukünftig leistungsunabhängigen Grundfinanzierung der Vorhaltekosten, bleiben die Vorgaben zum Mehrerlösausgleich unverändert bestehen. Im Fall von Mindererlösen sieht die bisherige Regelung vor, dass Mindererlöse grundsätzlich zu 20 Prozent ausgeglichen werden. Damit soll bei nicht erreichter Leistungsmenge ein Teil der Vorhaltung bzw. der Fixkosten finanziert werden. Zukünftig werden die Vorhaltekosten durch ein Vorhaltebudget gedeckt, welches dem Krankenhaus unabhängig von der Leistungserbringung zusteht. Somit sind Mindererlösausgleiche nicht mehr angezeigt.

### **Zu Doppelbuchstabe cc**

Die Ergänzung um die Nummer 6b ist erforderlich, damit die Aufstellung der Entgelte, die die Jahresabschlussprüferin bzw. der Jahresabschlussprüfer zur endgültigen Berechnung des Erlösausgleiches ausstellt, auch die Erlöse des Krankenhauses für das Vorhaltebudget enthält.

### **Zu Nummer 3 (§ 5)**

### **Zu Buchstabe a und Buchstabe b**

Es handelt sich jeweils um eine Folgeänderung der Verlängerung der Förderung der geburtshilflichen Versorgung für die Jahre 2025 und 2026.

### **Zu Buchstabe c**

Zu Absatz 3j

Mit der Ergänzung eines neuen Absatzes 3j werden in Form eines Rechnungszuschlags für die Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben von Universitätskliniken oder anderen

von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde beauftragten Krankenhäusern zusätzliche finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt. Die Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sind in § 6a Absatz 5 KHG benannt.

Durch die leistungsunabhängigen zusätzlichen Mittel wird sichergestellt, dass Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben unabhängig von der leistungsorientierten Logik des Fallpauschalensystems und der neu eingeführten Vorhaltevergütung finanziert werden. Da es sich bei der finanziellen Förderung insbesondere um Mittel der Sozialversicherungsträger handelt, sind damit Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben im Rahmen der Patientenversorgung nicht jedoch im Bereich Forschung und Lehre zu fördern.

Satz 1 gibt vor, dass von den zusätzlichen finanziellen Mitteln nur Krankenhäuser profitieren können, denen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde zugewiesen wurden. Die zusätzlichen Mittel werden nach Satz 2 durch einen vom Krankenhausträger ermittelten Zuschlag abgerechnet, indem der krankenhausesindividuelle Betrag durch die voraussichtliche Summe der voll- und teilstationären Fälle des Krankenhauses für das Jahr, für den der Betrag ermittelt wird, dividiert wird. Der resultierende Betrag wird den Patientinnen oder Patienten oder deren Kostenträgern als Zuschlag in Rechnung gestellt. Der Zuschlag ist erstmalig für Patientinnen oder Patienten abzurechnen, die ab dem 1. Januar 2027 zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden. Der Zuschlag ist von der für Krankenhausplanung zuständigen Landesplanungsbehörde zu genehmigen (gemäß § 14 Absatz 1 Satz 1). Satz 4 regelt, dass, sofern die tatsächlich abgerechneten Zuschlagsbeträge für das Kalenderjahr von der nach § 38 Satz 5 KHG festgelegten Höhe des krankenhausesindividuellen Betrages abweichen, die Mehr- und Mindererlöse über den Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche nach Absatz 4 Satz 1 im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum vollständig ausgeglichen werden.

Zu Absatz 3k

Die finanziellen Mittel, die für die Jahre 2023 und 2024 in Höhe von 300 Millionen Euro für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen gemäß § 4a zur Verfügung gestellt wurden, sollen ab dem Jahr 2027 zusätzlich über das Vorhaltebudget der Leistungsgruppen der Pädiatrie finanziert werden. Mit der gesetzlichen Regelung wird für die Jahre 2025 und 2026 ein Zuschlag eingeführt, um die Finanzierung von rund 300 Millionen Euro pro Jahr auch für diese Jahre sicherzustellen.

Hierzu ermittelt das InEK auf Basis der ihm nach § 21 Absatz 1 übermittelten Daten, die nach Abschluss der Prüfung der Datenstelle auf Plausibilität für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems akzeptiert und genutzt werden, die im Jahr 2023 erbrachte Summe der effektiven Bewertungsrelationen, gruppiert mit dem Entgeltsystem für das Jahr 2024, für die maßgeblichen Fälle, die zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Krankenhaus über 28 Tage und unter 16 Jahre alt sind. Die Vorgabe der maßgeblichen Fälle für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen orientiert sich an der durch das InEK praktizierten Eingrenzung der Gruppe der Kinder und Jugendlichen mittels Altersgrenze. Mit dem zweiten Halbsatz des zweiten Satzes wird sichergestellt, dass die Summe der effektiven Bewertungsrelationen durch das InEK um die Pflege in der unmittelbaren Patientenversorgung am Bett bereinigt wird, da diese seit dem Jahr 2020 über das Pflegebudget finanziert wird. Zur Ermittlung eines Erlösvolumens wird die Summe der effektiven Bewertungsrelationen mit dem Bundesbasisfallwert für 2024 multipliziert und um den Veränderungswert 2025 erhöht. Für das Anwendungsjahr 2026 erfolgt eine Erhöhung um den Veränderungswert des Jahres 2026.

Der Prozentsatz ergibt sich aus dem Verhältnis eines Betrages in Höhe von 300 Millionen Euro zu den ermittelten Erlösvolumina für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen für das Jahr 2025 bzw. für das Jahr 2026, die jeweils um einen Betrag in Höhe von 90 Millionen erhöht wird. Durch die analog zur Vorgehensweise in § 4a erfolgende Erhöhung

der Summe der krankenhausesindividuellen Erlösvolumina um 90 Millionen Euro und damit die Berücksichtigung dieses Betrages bei der Ermittlung des Prozentsatzes wird gewährleistet, dass auch die in besonderen Einrichtungen erfolgende Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Alter von über 28 Tagen und unter 16 Jahren von den zusätzlichen Mitteln in Höhe von 300 Millionen Euro profitiert. Das InEK hat den so ermittelten Prozentsatz bis zum 15. Dezember 2024 bzw. 2025 barrierefrei auf seiner Internetseite zu veröffentlichen.

Zur Auszahlung wird auf die mit bundesweit bewerteten DRG-Fallpauschalen abgerechneten voll- oder teilstationären Fälle von Kindern und Jugendlichen, die zum Tag der Aufnahme in das Krankenhaus über 28 Tage und unter 16 Jahre alt sind, der ermittelte Zuschlag jeweils für 2025 und 2026 erhoben. Die Erhebung des Zuschlags ist auf die bewerteten DRG-Fallpauschalen und die dazugehörige Vorhaltevergütung begrenzt, da auch für die Ermittlung des krankenhausesindividuellen Erlösvolumens, lediglich die bewerteten DRG-Fallpauschalen und die seinerzeit noch in den Fallpauschalen enthaltene Vorhaltevergütung zugrunde gelegt werden. Die Auszahlung erfolgt insofern über die effektiven Bewertungsrelationen der bundesweit bewerteten DRG-Fallpauschalen und die dazugehörige Vorhaltevergütung. Das heißt, der Zuschlag wird nicht auf andere Entgelte, wie Zusatzentgelte, krankenhausesindividuelle Entgelte oder Zu- und Abschläge nach § 5 erhoben.

Selbständige Kinderkrankenhäuser oder spezialisierte Fachkliniken für chronisch kranke Kinder können als besondere Einrichtung von der Anwendung des DRG-Vergütungssystems ausgenommen werden (Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen der Vertragsparteien auf Bundesebene). Vor diesem Hintergrund wird geregelt, dass besondere Einrichtungen auch für 2025 und 2026 auf die abgerechneten Fälle von Kindern und Jugendlichen, die zum Tag der Aufnahme in das Krankenhaus über 28 Tage und unter 16 Jahre alt sind, jeweils den bundeseinheitlichen Zuschlag erheben können. Die Erhebung erfolgt auf alle fall- oder tagesbezogenen Entgelte. Hiermit werden besondere Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche versorgen, unterstützt.

Zu Absatz 3l

Besondere Einrichtungen sind nicht von der Einführung einer Vorhaltevergütung betroffen, da sie nicht nach DRG-Fallpauschalen abrechnen, sondern fall- und tagesbezogene Entgelte vereinbaren. Insoweit wären besondere Einrichtungen auch von der finanziellen Förderung im Bereich der Pädiatrie nach § 39 KHG ausgeschlossen. Da der Gesetzgeber aber auch die Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch diese Einrichtungen fördern möchte, wird für besondere Einrichtungen der Zuschlag gemäß § 5 Absatz 3k Satz 6 aus dem Jahr 2026 für alle voll- und teilstationären Fälle, deren Alter zum Zeitpunkt der Aufnahme über 28 Tage und unter 16 Jahre liegt und die ab dem 1. Januar 2027 in einer besonderen Einrichtung aufgenommen werden, fortgeführt.

#### **Zu Nummer 4 (§ 6)**

##### **Zu Buchstabe a**

Die Regelung sieht entsprechend der mit diesem Gesetz einzuführenden Vorhaltevergütung für die Krankenhäuser eine Ergänzung vor. Sie stellt sicher, dass in die Prüfung für die Vereinbarung eines gesonderten Zusatzentgeltes nach dieser Vorschrift auch die Vorhaltevergütung mit einzubeziehen ist, um zu ermitteln, ob die Voraussetzung für die Vereinbarung eines solchen Entgeltes dem Grunde nach vorliegt, da die Leistung nicht sachgerecht vergütet ist. Darüber hinaus handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Einführung der Vorhaltevergütung sowie die Korrektur einer unpräzisen Verweisung.

## **Zu Buchstabe b**

Wie für die somatischen sowie für die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser wird auch für besondere Einrichtungen eine frühzeitige Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen noch im laufenden Kalenderjahr eingeführt. Sofern es eine Vertragspartei verlangt, ist der Erhöhungsbetrag bereits über das Budget des laufenden Pflegesatzzeitraums abzuwickeln. Die Möglichkeit, die Tariflohnsteigerungen erst in einem späteren Zeitraum zu vereinbaren, bleibt jedoch bestehen, sofern keine Vertragspartei eine Berücksichtigung des Erhöhungsbetrags im laufenden Pflegesatzzeitraum verlangt, beispielsweise um den Aufwand einer zusätzlichen unterjährigen Vereinbarung zu vermeiden.

## **Zu Nummer 5 (§ 6a)**

Es handelt sich um eine Folgeregelung aufgrund der Einführung des neuen § 6c. Vor dem Hintergrund, dass die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen in den krankenhausindividuellen Tagesentgelten für die Vergütung der Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 SGB V umfasst sind, besteht keine Notwendigkeit für diese Krankenhäuser, ein Pflegebudget mit den dafür vorgesehenen Vorgaben nach § 6a zu vereinbaren.

## **Zu Nummer 6 (§§ 6b, 6c neu)**

Zu § 6b

Zu Absatz 1

Ein Krankenhaus erhält künftig zeitnah, unabhängig von der tatsächlichen Leistungsanspruchnahme eine Finanzierung für seine Vorhalteaufwände. Bislang werden die Vorhaltekosten eines Krankenhauses maßgeblich über die Fallpauschalen finanziert. Dies hat zur Folge, dass ein Krankenhaus bislang darauf angewiesen ist, über die Erbringung von Behandlungsfällen die Finanzierung seiner Vorhalteaufwände zu sichern. Künftig erhält jedes Krankenhaus ein sogenanntes Vorhaltebudget je Leistungsgruppe, soweit ihm durch das jeweilige Land Leistungsgruppen zugewiesen wurden oder soweit Leistungsgruppen in einem Versorgungsvertrag vereinbart wurden, da diese nach § 109 Absatz 3 Satz 3 SGB V als zugewiesen gelten. Ein Krankenhaus erhält somit ab dem Jahr 2027 einen gesonderten Erlös unabhängig vom vereinbarten Erlösbudget nach § 4 und damit unabhängig von der tatsächlichen Leistungserbringung. Das InEK erteilt dem Krankenhaus einmal jährlich einen Bescheid, der die Grundlage für das Gesamtvorhaltebudget ausweist. Dieses ergibt sich einerseits aus der Summe der im Bescheid ausgewiesenen Förderbeträge nach § 39 Absatz 2 Satz 4 KHG sowie andererseits aus der Summe der Vorhaltebewertungsrelationen, die zusätzlich mit dem für das Anwendungsjahr geltenden Landesbasisfallwert multipliziert wurde. Sofern der für das Anwendungsjahr geltende Landesbasisfallwert nach § 10 Absatz 5 Satz 8 unterjährig erneut vereinbart oder durch die Schiedsstelle nach § 13 festgesetzt wurde, ist dieser bei der Multiplikation zu berücksichtigen. Das Anwendungsjahr entspricht dem Kalenderjahr, für das der Bescheid nach § 37 Absatz 5 Satz 1 KHG erteilt wurde.

Zu Absatz 2

Es handelt sich um eine Ergänzung zur neuen Regelung nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b. Die Regelung stellt klar, dass die Vorhaltevergütung an ein Krankenhaus im Rahmen der etablierten Zahlungswege ausgezahlt wird. Damit ist sichergestellt, dass für die Auszahlung keine bürokratischen Zusatzaufwände entstehen.

Zu Absatz 3

Um zu gewährleisten, dass die Liquidität der Krankenhäuser erhalten wird, wird ein bei Bedarf vom Krankenhaus ansetzbarer Zuschlag eingeführt, den das Krankenhaus in einem

möglichst einfachen Verfahren in Anspruch nehmen kann. Es wird eine Regelung vorgesehen für ein Krankenhaus, das im ersten oder zweiten Quartal absehbar in deutlich geringem Maße Erlöse für die Vorhaltung erhalten hat, als auf der Grundlage des Gesamtvorhaltebudgets nach Absatz 1 zu erwarten gewesen wäre. Soweit ein Krankenhaus im ersten oder zweiten Quartal voraussichtlich jeweils 10 Prozent des ihm für diesen Zeitraum zustehenden Gesamtvorhaltebudgets unterschreitet, kann es verlangen, dass ihm für den Rest des Jahres, d.h. für die verbleibenden neun oder sechs Monate, ein Zuschlag von 10 Prozent auf die Vorhaltevergütung zu zahlen ist. Eine sachgerecht nachvollziehbare, jedoch einfache Ermittlung der tatsächlich erzielten bzw. voraussichtlich zu erzielenden Vorhaltevergütung des Krankenhauses für das erste oder zweite Quartal ist dafür ausreichend. Das Krankenhaus hat bis zum 31. März oder bis zum 30. Juni des laufenden Jahres sein Verlangen gegenüber den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 KHG, dem Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung sowie der zuständigen Landesbehörde anzuzeigen und die voraussichtliche Unterschreitung der erwarteten Vorhalteerlöse hierbei glaubhaft darzulegen. Anhand einer solchen Ermittlung können die Kostenträger die Unterschreitung nachvollziehen und auf dieser Grundlage die vom Krankenhaus verlangte erhöhte Zahlung über den Zuschlag vornehmen. Im Rahmen des zeitnahen Ganzjahresausgleichs nach Absatz 4 werden etwaige Überzahlungen frühzeitig ausgeglichen. Mit dieser Regelung wird sichergestellt, dass die Finanzierung der Vorhaltekosten auch bei starken Fallzahlschwankungen im ersten oder zweiten Quartal zeitnah sichergestellt ist. Soweit voraussichtliche Fallzahlschwankungen im zweiten Halbjahr zu verzeichnen sind, besteht für ein Krankenhaus die Möglichkeit, diese im Wege seines Anspruchs auf einen Ganzjahresausgleich nach Absatz 4 finanziell frühzeitig auszugleichen. Es wird klargestellt, dass der Zuschlag nicht zur Genehmigung bei der Landesbehörde vorzulegen ist, weil es sich nicht um einen krankenhausesindividuell ermittelten Zuschlag im Sinne des § 14 Absatz 1 Satz 1 handelt.

#### Zu Absatz 4

In den Jahren 2025 und 2026 erfolgt die Auszahlung des Vorhaltebudgets budgetneutral. Das heißt, die Vorhaltebewertungsrelationen kommen bereits zur Anwendung, das Vorhaltebudget wird jedoch erst ab dem Jahr 2027 erstmals budgetwirksam abgezahlt. Entsprechend findet ein Ausgleich auf das durch das InEK ermittelte Gesamtvorhaltebudget eines jeden Krankenhauses erstmals im Jahr 2028 für das Vorjahr 2027 statt.

Krankenhäuser erhalten einen vollständigen Ausgleich auf das Gesamtvorhaltebudget. Ausgenommen hiervon sind nicht erzielte Erlöse, die aufgrund der Anwendung des § 275a Absatz 4 SGB V entstehen. Satz 1 stellt sicher, dass Krankenhäuser die an die Kostenträger aufgrund der Anwendung der Vorschrift des § 275a Absatz 4 SGB V zurückzuzahlenden Rechnungsbeträge nicht über den Erlösausgleich nachgezahlt bekommen und damit die Vorschrift des § 275a Absatz 4 SGB V ins Leere laufen würde.

Mindererlöse, die aufgrund der Anwendung des § 275a Absatz 4 SGB V entstehen, sind von den Kostenträgern nicht auszugleichen.

Mehrerlöse, die aufgrund der Anwendung des § 275a Absatz 4 SGBV entstehen, sind vollständig zurückzuzahlen. Dazu ist für die betroffene Leistungsgruppe abweichend von der im InEK-Bescheid nach § 37 Absatz 5 Satz 1 KHG ausgewiesenen Summe der Vorhaltebewertungsrelationen dieser Leistungsgruppe die Zahl Null anzusetzen. Sofern ein unterjähriger Zeitraum betroffen ist, ist die Summe der im InEK-Bescheid ausgewiesenen Vorhaltebewertungsrelationen anteilig für diesen Zeitraum zu kürzen.

Alle übrigen Mehr -oder Mindererlöse werden vollständig ausgeglichen.

Insgesamt gewährleistet die Regelung des Absatzes 4 die Stärkung der Liquidität der Krankenhäuser, da die fallunabhängige Vorhaltevergütung den Krankenhäusern zeitnah im Umfang ihres jeweils bestehenden Anspruchs zur Verfügung steht. Dazu wird den

Vertragsparteien auf Ortsebene eine Ausgleichssystematik vorgegeben, die mit Fristen flankiert wird. Es wird hierzu vorgesehen, dass ein Krankenhaus bis zum 28. Februar die Summe der abgerechneten Entgelte nach § 7 Absatz 2 Satz 1 Nummer 5 aller bis zum 31. Dezember des Vorjahres entlassenen Fälle ermittelt und die noch nicht gestellten Rechnungen berücksichtigt, indem es diese Beträge sachgerecht schätzt. Die Abwicklung erfolgt über einen Zu- oder Abschlag auf die Vorhaltebewertungsrelationen in einem Zeitraum von 12 Wochen, beginnend ab der Genehmigung durch die Landesbehörde nach § 14. Hierfür teilt das Krankenhaus der Landesbehörde sowie darüber hinaus den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 KHG die Summe der abgerechneten Entgelte nach § 7 Absatz 2 Satz 1 Nummer 5, die Höhe des vorläufigen Ausgleichsbetrages, die Höhe des prozentualen Zu- oder Abschlags und den Abrechnungszeitraum, der der Berechnung des prozentualen Zu- oder Abschlags zu Grunde liegt, bis zum 28. Februar mit. Innerhalb der Frist übermittelt es darüber hinaus auch eine Abschrift des der Berechnung zu Grunde liegenden Bescheids nach § 37 Absatz 5 Satz 1 KHG. Darüber hinaus gelten die allgemeinen Vorgaben zum Pflugesatzverfahren nach § 18 KHG.

Durch die Vorgabe eines Zeitraums zur Abrechnung eines etwaigen Fehl- oder Überzahlungsbetrages wird erreicht, dass dem Krankenhaus das Vorhaltebudget zeitnah zur Verfügung steht. Ein Krankenhaus erhält auf diese Weise das ihm zustehende Vorhaltebudget unabhängig von der tatsächlichen Leistungsanspruchnahme durch die Patientinnen und Patienten.

Zur korrekten Ermittlung des endgültigen Ausgleichsbetrages sind entsprechend der Vorschrift des § 4 Absatz 3 die Erlöse für das Vorhaltebudget durch eine Jahresabschlussprüferin bzw. einen Jahresabschlussprüfer zu bestätigen.

#### Zu Absatz 5

Die Vorschrift sieht eine Übergangsregelung vor für den Zeitraum der Umstellung der bestehenden Krankenhausfinanzierungssystematik überwiegend durch Fallpauschalen hin zu einer künftig um eine Vorhaltevergütung ergänzten Finanzierungssystematik. Die Jahre 2025 und 2026 werden dabei budgetneutral ausgestaltet. Änderungen bei der Zuweisung von Leistungsgruppen durch das Land haben für die Vergütung der Vorhaltung in diesen budgetneutralen Jahren keine finanzielle Auswirkung für das Krankenhaus. Nicht von der Budgetneutralität umfasst sind dabei wie bisher Effekte, die sich aus der Weiterentwicklung des Entgeltsystems ergeben (z. B. Katalogeffekt). Im Anschluss an die budgetneutrale Phase sind die Jahre 2027 und 2028 als Zeitraum einer sogenannten Konvergenzphase vorgesehen. Die Konvergenzphase soll für die Krankenhäuser die Umstellung auf die neue Finanzierungssystematik erleichtern, Planungssicherheit geben und während der Übergangsphase die Systemstabilität sichern. Hierfür werden die in diesem Absatz neu beschriebenen drei Parameter – der Ausgangswert, der Zielwert sowie der Konvergenzbetrag – miteinander in Beziehung gesetzt und auf der Grundlage etwaige Zu- sowie Abschläge auf die dem Krankenhaus zustehenden Entgelte der Vorhaltevergütung gezahlt.

Für die Jahre 2027 und 2028 wird jeweils ein Konvergenzbetrag berechnet. Dieser ergibt sich, indem zunächst ein Ausgangswert ermittelt wird, welcher sodann in zwei Konvergenzschritten an einen Zielwert angenähert wird. Der Ausgangswert umfasst alle für das Jahr 2026 vereinbarten Vorhaltebewertungsrelationen eines Krankenhauses. Diese werden hierfür für die Jahre 2027 und 2028 jeweils mit dem geltenden vereinbarten oder festgesetzten Landesbasisfallwert multipliziert. Den Zielwert stellt das unter Nutzung des jeweiligen Landesbasisfallwerts für die Jahre 2027 und 2028 jeweils ermittelte Gesamtvorhaltebudget ohne Berücksichtigung der im Bescheid ausgewiesenen Förderbeträge nach § 39 Absatz 2 Satz 4 KHG je Krankenhaus dar. Um den Konvergenzbetrag zu erhalten, wird eine etwaig bestehende Differenz zwischen Ausgangs- und Zielwert (Konvergenzbetrag) unter Beachtung des Vorzeichens ausgeglichen: Soweit der Zielwert den Ausgangswert übersteigt, wird dem Krankenhaus die Differenz 2027 zu 33 Prozent und 2028 zu 66 Prozent vergütet. Soweit der Zielwert unterhalb des Ausgangswertes liegt, wird die Differenz 2027

zu 66 Prozent und 2028 zu 33 Prozent an das Krankenhaus vergütet. Mit Ablauf des Jahres 2028 endet die Konvergenzphase und das Gesamtvorhaldebudget nach Absatz 1 Satz 3 kommt ab dem Jahr 2029 ohne Einschränkungen zur Anwendung.

#### Zu § 6c

Der neue § 6c regelt die Vergütung der durch Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 SGB V (sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung) erbrachten stationären Krankenhausleistungen, einschließlich der medizinisch-pflegerischen Versorgung, über ein von den Vertragsparteien nach § 11 zu vereinbarendes Gesamtvolumen sowie degressive krankenhausesindividuelle Tagesentgelte und legt entsprechende Vorgaben für die Vereinbarung, Kalkulation, Abrechnung, Mehr- und Mindererlösausgleiche und die Laufzeit der krankenhausesindividuellen Tagesentgelte fest. Vor dem Hintergrund, dass keine unterjährige Umstellung des Vergütungssystems auf Tagesentgelte erfolgt, wird der Status als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung erst im Kalenderjahr nach Festlegung des möglichen Leistungsumfanges durch die Selbstverwaltung finanzwirksam. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen, die voll- oder teilstationäre Leistungen auf der Grundlage von § 6c erbringen, können für diese Leistungen die Erbringung von Wahlleistungen mit den Patientinnen und Patienten vereinbaren.

#### Zu Absatz 1

Für die Vergütung der in Krankenhäusern nach § 115g Absatz 1 SGB V erbrachten voll- und teilstationären Leistungen, die sie vom Land zugewiesen bekommen, sowie der medizinisch-pflegerischen Versorgung werden die Vertragsparteien auf Ortsebene beauftragt, regelmäßig ein finanzielles Gesamtvolumen zu vereinbaren, welches auf Basis der von den Vertragsparteien auf Bundesebene festzulegenden Vorgaben nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 zu ermitteln ist. Das Gesamtvolumen ist auf mindestens ein krankenhausesindividuelles Tagesentgelt gemäß der Vorgaben des Satz 2 sachgerecht aufzuteilen. Es gelten die allgemeinen Vorgaben zum Pflegesatzverfahren nach § 18 KHG.

Die Vertragsparteien auf Ortsebene vereinbaren ein krankenhausesindividuelles Tagesentgelt, welches zur Abrechnung kommt, sofern die ärztliche Leistung für das Krankenhaus durch beim Krankenhaus angestellte Ärztinnen und Ärzte oder vom Krankenhaus vergütete Honorarärztinnen und Honorarärzte erbracht wurde, unabhängig davon, ob es sich dabei um eine voll-, teilstationäre Leistung oder eine medizinisch-pflegerische Versorgung handelt. Zusätzlich ist dessen Degression festzulegen. Dabei ist zu vereinbaren, ab welchem Behandlungstag das krankenhausesindividuelle Tagesentgelt um welche Höhe bzw. welchen Prozentsatz vermindert wird. Mit dieser Degression soll bei längerer Behandlungsdauer einer Verringerung der dem Krankenhaus entstehenden Behandlungskosten Rechnung getragen und Dauerhospitalisierungen vermieden werden.

Sofern die ärztliche Leistung auch durch zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringer erbracht wird, ist außerdem ein verringertes krankenhausesindividuelles Tagesentgelt mit entsprechender Degression zu vereinbaren, welches zur Abrechnung kommt, wenn die ärztliche Leistung durch einen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer erbracht wurde. Die Leistung des Leistungserbringers wird in diesem Fall nach § 121 Absatz 2 bis 4 (Belegarzt) beziehungsweise nach Absatz 7 SGB V (anderer Vertragsarzt) vergütet. Privatärztliche Leistungen werden durch die niedergelassenen Ärzte auf Grundlage der GÖA berechnet.

Stellen die Vertragsparteien fest, dass für eine sachgerechte Vergütung weitere krankenhausesindividuelle Tagesentgelte notwendig sind, obliegt es ihnen weitere krankenhausesindividuelle Tagesentgelte mit Degression zu vereinbaren. Insoweit besteht bei Bedarf die Möglichkeit, in Abhängigkeit des konkreten Leistungsgegenstandes des Krankenhauses, für die einzelnen Leistungsbereiche jeweils geltende krankenhausesindividuelle Tagesentgelte zu

vereinbaren. Dies gilt auch für die medizinisch-pflegerische Versorgung. Für die Leistungen im Sinne von § 115g Absatz 2 Satz 2 SGB V gelten die Vorgaben des SGB XI.

#### Zu Absatz 2

Es werden Vorgaben für die Ermittlung des Gesamtvolumens festgelegt. Die Höhe des Gesamtvolumens soll so bemessen sein, dass Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 SGB V bei wirtschaftlicher Betriebsführung damit auskömmlich wirtschaften können.

Die Kalkulation des Gesamtvolumens hat unter Berücksichtigung des voraussichtlich zu erbringenden Leistungsinhalts und Leistungsumfangs eines Krankenhauses nach § 115g Absatz 1 SGB V zu erfolgen. Der Leistungsinhalt ergibt sich aus den vom Land zugewiesenen allgemeinen stationären voll- und teilstationären Leistungen, einschließlich der Leistungen der medizinisch-pflegerischen Versorgung und der Leistungsumfang ergibt sich aus der voraussichtlichen Fallzahl und den voraussichtlichen Behandlungstagen der Patientinnen und Patienten.

Darüber hinaus sind die von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu vereinbarenden Vorgaben für die Kalkulation zu beachten, in der u.a. auch die berücksichtigungsfähigen Kosten für die Kalkulation vorzugeben sind. Um Doppelfinanzierungen zu vermeiden, sind Kosten und Leistungen der anderen Leistungsbereiche der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung (z.B. ambulante Leistungen sowie Leistungen des SGB XI) bei der Kalkulation des Gesamtvolumens abzugrenzen. In die Kalkulation des Gesamtvolumens sind die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen nach § 17b Absatz 4 KHG vollständig einzubeziehen. Zudem erfolgt ein Kostenausgleich, sofern die tatsächlichen Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen von den vereinbarten Pflegepersonalkosten, die gemäß Absatz 5 vom Jahresabschlussprüfer zu bestätigen sind, abweichen. Damit soll sichergestellt werden, dass die den Krankenhäusern nach § 115g Absatz 1 SGB V entstehenden Kosten für das entsprechende Pflegepersonal, wie auch in anderen somatischen Krankenhäusern, vollständig vergütet werden. Damit soll u. a. ein Sparen zu Lasten der Pflege sowie eine Schlechterstellung der Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 SGB V im Vergleich zu anderen somatischen Krankenhäusern in der Rekrutierung von Pflegepersonal verhindert werden. Für die vollständige Ermittlung und Finanzierung der Pflegepersonalkosten gelten hinsichtlich der Definition und Abgrenzung des Pflegepersonals die nach § 6a Absatz 2 Satz 1 geltenden Vorgaben.

Vor dem Hintergrund, dass Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 SGB V entsprechend Absatz 4 neben den krankenhausindividuellen Tagesentgelten keine weiteren Entgelte abrechnen dürfen, sind die in den von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu vereinbarenden Abrechnungsbestimmungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 zu benennenden berücksichtigungsfähigen Zu- und Abschläge bei der Kalkulation erhöhend oder mindernd zu berücksichtigen, sofern ein Krankenhaus die für die jeweiligen Zu- und Abschläge entsprechenden Anforderungen erfüllt bzw. nicht erfüllt. Die mit den Zu- und Abschlägen gesetzlich intendierten Anreiz- bzw. Sanktionsmechanismen sollen auch bei Krankenhäusern nach § 115g Absatz 1 SGB V weiterhin ihre Wirkung entfalten. So ist beispielsweise mit dem Zuschlag nach § 5 Absatz 3g beabsichtigt, eine Befüllung der elektronischen Patientenakte mit den im Rahmen der Krankenhausbehandlung entstandenen Daten zu erreichen. Während beispielsweise der Abschlag nach § 5 Absatz 3e Krankenhäuser sanktionieren soll, die ihrer Verpflichtung zum Anschluss an die Telematikinfrastruktur nicht nachkommen.

#### Zu Absatz 3

Es werden Vorgaben für das nach Absatz 1 Satz 1 zu vereinbarende Gesamtvolumen geregelt.

Mit Satz 1 wird geregelt, dass der Erlös, resultierend aus der Behandlung einer Patientin oder eines Patienten am 31. Dezember eines Jahres, dem Jahr zuzuordnen ist, dem der 31. Dezember kalendarisch zugeordnet wird. Während der Erlös, resultierend aus der Behandlung einer Patientin oder eines Patienten, die am 1. Januar eines Jahres behandelt wird, dem neuen Kalenderjahr bzw. dem Kalenderjahr zuzuordnen ist, dem der 1. Januar kalendarisch zugeordnet wird.

Mit Satz 2 wird geregelt, dass § 4 Absatz 4, welcher vorgibt, dass auf Verlangen des Krankenhauses Leistungen für ausländische Patienten, die mit dem Ziel einer Krankenhausbehandlung in die Bundesrepublik Deutschland einreisen, sowie Leistungen für Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerbergesetz nicht im Rahmen des Erlösbudgets vergütet werden, analog für das Gesamtvolumen der Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 SGB V anzuwenden ist. Hiermit soll Einheitlichkeit zu den Regelungen anderer Krankenhäuser geschaffen werden

Mit den Sätzen 3 und 4 werden weitere Vorgaben bezüglich der Ermittlung und Veränderung des Gesamtvolumens gemacht. Da das Gesamtvolumen gemäß Absatz 2 auf Basis des voraussichtlich zu erbringenden Leistungsinhaltes und -umfangs sowie deren entsprechenden 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 KHEntgG ebenfalls durch den Veränderungswert begrenzt.

Voraussetzung für die Kalkulation des Gesamtvolumens ist eine Festlegung der voraussichtlich zu behandelnden Fälle mit einer entsprechenden Behandlungsdauer durch am Krankenhaus fest angestellte Ärzte und Ärztinnen einerseits sowie zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärztinnen und Ärzten, die mit dem Krankenhaus kooperieren, andererseits.

Ausgenommen von der Begrenzung durch den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1 sind Überschreitungen, die durch Kostensteigerungen durch das Pflegepersonal für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen bedingt sind. Eine weitere Ausnahme für die Überschreitung des Veränderungswerts sind veränderte Leistungen des Krankenhauses nach § 115g Absatz 1 SGB V nach ihrer Art und ihrer Anzahl im Vergleich zum Vorjahr. Zusätzlich wird das Gesamtvolumen um die anteilige Erhöhungsrate nach § 10 Absatz 5 Satz i.V.m. § 9 Absatz 1 Nummer 7 erhöht.

Zu Absatz 4

Es werden Vorgaben für die Abrechnung von Entgelten für Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 SGB V für die von ihnen erbrachten stationären Leistungen und die Leistungen der medizinisch-pflegerischen Versorgung festgelegt.

Um eine unbürokratische und einfache Vergütung für Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 SGB V zu schaffen, sind die von Krankenhäusern nach § 115g Absatz 1 SGB V erbrachten stationären Leistungen sowie die Leistungen im Rahmen der medizinisch-pflegerischen Versorgung nach § 115h SGB V ausschließlich über die zu vereinbarenden krankenhausspezifischen Tagesentgelte abzurechnen. Unbenommen davon können im Falle von Absatz 7 Satz 1 erhöhte krankenhausspezifische Tagesentgelte abgerechnet werden. Andere Entgelte nach den Regelungen des KHEntgG, wie z. B. Fallpauschalen, Zusatzentgelte sowie Zu- und Abschläge, dürfen von Krankenhäusern nach § 115g Absatz 1 SGB V nicht abgerechnet werden, die gesonderte Berechnungsmöglichkeit von Entgelten für Wahlleistungen bleibt unberührt. Die Vergütung der ambulanten Leistungen sowie Leistungen des SGB XI erfolgt nach den schon bisher geltenden Regelungen. Wie für andere

Krankenhäuser auch, gilt ebenfalls ein Abrechnungsverbot für Leistungen, für dessen Erbringung Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 SGB V entsprechende Strukturmerkmale nach § 275d SGB V nicht erfüllen.

Ebenfalls sind die von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu vereinbarenden Abrechnungsbestimmungen für Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 SGB V anzuwenden, die weitere und nähere Vorgaben hinsichtlich der Abrechnung der krankenhausindividuellen Tagesentgelte, z. B. zu Verlegungen oder Wiederaufnahmen, machen.

Zu Absatz 5

Es werden Vorgaben zum Mehr- und Mindererlösausgleich festgelegt.

Sofern ein Krankenhaus nach § 115g Absatz 1 SGB V durch die Abrechnung der krankenhausindividuellen Tagesentgelte weniger erwirtschaftet als im Rahmen des Gesamtvolumens vereinbart wurde und insofern vom Gesamtvolumen abweicht, werden Mindererlöse zu 40 vom Hundert ausgeglichen. Für Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 SGB V soll damit eine weitgehende leistungsunabhängige Finanzierung zur Deckung ihrer Fixkosten gewährleistet werden. Der nunmehr festgelegte Mindererlösausgleich in Höhe von 40 vom Hundert orientiert sich an dem zunächst für andere Krankenhäuser gewährten einheitlichen Vorhalteanteil in Höhe von durchschnittlich 40 vom Hundert der DRG-Vergütung, wenn auch hier zusätzlich die Pflegepersonalkosten berücksichtigt werden, die vereinfachend pauschal mit 20 Prozent angesetzt werden können. Mehrerlöse sind – wie auch die Mehrerlöse anderer Krankenhäuser – grundsätzlich zu 65 Prozent auszugleichen.

Abweichend hiervon gilt für den Ausgleich von Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen, folgende Ausnahme. Sofern ein Krankenhaus nach § 115g Absatz 1 SGB V durch die Abrechnung der krankenhausindividuellen Tagesentgelte von den ihm entstandenen Pflegepersonalkosten abweicht, sind diese Abweichungen vollständig auszugleichen. Hintergrund ist, dass z.B. auch Kosten von zusätzlichem Personal oder die durch unterjährige Tarifsteigerungen für Pflegepersonal der unmittelbaren Patientenversorgung entstehenden zusätzlichen Kosten, die bei der Vereinbarung der krankenhausindividuellen Tagesentgelte noch nicht bekannt waren, berücksichtigt werden sollen. Ein Sparen zu Lasten der Pflege soll vermieden werden. Zudem soll sichergestellt werden, dass die Pflege am Bett vollständig finanziert wird. Da ein separates Tagesentgelt für die Finanzierung der Pflegepersonalkosten nicht vorgesehen ist, sondern die Pflegepersonalkosten in den Tagesentgelten nach Absatz 1 Satz 2 enthalten sind, wird vorgegeben, dass die Erlöse aus diesen Tagesentgelten den Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen gemäß ihrem Anteil am Gesamtvolumen zugeordnet werden.

Als Grundlage für die Ermittlung der Mehr- und Mindererlöse ist eine Aufstellung über die Erlöse aus den krankenhausindividuellen Tagesentgelten sowie über die tatsächlich entstandenen Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen vom Jahresabschlussprüfer durch den Krankenhausträger einzuholen. Dass der ermittelte Ausgleichsbetrag im Rahmen der nächstmöglichen Budgetvereinbarung ermittelt wird, ist bereits gängige Praxis, sodass hiervon nicht abgewichen wird, sondern dies auch in den Vereinbarungen der Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 SGB V erfolgt. Der Ausgleichsbetrag wird über ein erhöhtes oder abgesenktes krankenhausindividuelles Tagesentgelt abgerechnet, welches im Rahmen der nächstmöglichen Vereinbarung für ein Krankenhaus nach § 115g Absatz 1 SGB V ermittelt wird.

Sofern, zum Beispiel aufgrund einer noch ausstehenden Genehmigung, die für ein Kalenderjahr geltenden krankenhausindividuellen Tagesentgelte nicht ab dem 1. Januar eines Jahres abgerechnet werden können, werden die dem Krankenhaus daraus entstehenden Mehr- und Mindererlöse im restlichen Vereinbarungszeitraum ausgeglichen, indem die

krankenhausindividuellen Tagesentgelte für den restlichen Vereinbarungszeitraum entsprechend erhöht oder abgesenkt werden.

Zu Absatz 6

Es werden Vorgaben hinsichtlich der zwischen Vertragsparteien auf Ortsebene zu treffenden Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus nach § 115g Absatz 1 SGB V gemacht.

In der Vereinbarung werden das Gesamtvolumen, die krankenhausindividuellen Tagesentgelte, Art und Menge der zugrundeliegenden Leistungen sowie die Mehr- und Mindererlösausgleiche geregelt. Dabei sind für deren Ermittlung ihre entsprechenden Vorgaben nach den Absätzen 1 bis 3 sowie des Absatzes 5 maßgeblich.

Mit Satz 2 werden einige Vorgaben, die bereits für die Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus nach § 11 zwischen den Vertragsparteien auf Ortsebene gelten, unverändert auf die Vereinbarung des einzelnen Krankenhauses nach § 115g Absatz 1 SGB V angewendet. Dazu gehört, dass wie es auch bisher nach § 11 für Krankenhäuser geregelt ist, die Vereinbarung für einen zukünftigen Zeitraum zu schließen ist. Gleichmaßen beträgt der Vereinbarungszeitraum ein Kalenderjahr, wenn das Krankenhaus ganzjährig betrieben wird. So kann auch ein Zeitraum, der mehrere Kalenderjahre umfasst, vereinbart werden. Ebenso hat die Vereinbarung Bestimmungen zu enthalten, die eine zeitnahe Zahlung der Entgelte an das Krankenhaus nach § 115g Absatz 1 SGB V gewährleisten; hierzu sollen insbesondere Regelungen über angemessene monatliche Teilzahlungen und Verzugszinsen bei verspäteter Zahlung getroffen werden. Hiermit sollen Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 SGB V anderen Krankenhäusern gleichgestellt werden. Zudem soll sichergestellt werden, dass Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 SGB V aufgrund verspäteter Zahlungen krankenhausindividueller Tagesentgelte nicht in Liquiditätsengpässe geraten.

Ebenfalls gilt für die Vereinbarung für Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 SGB V in Analogie zu der Vereinbarung anderer Krankenhäuser nach § 11 Absatz 4 erster Halbsatz, dass sie durch Einigung zwischen den Vertragsparteien zustande kommt, die an der Verhandlung teilgenommen haben.

Auch wie bisher, ist die Vereinbarung schriftlich oder elektronisch abzuschließen und auf maschinenlesbaren Datenträgern zu dokumentieren. Dabei sind die von den Vertragsparteien auf Bundesebene in der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 festgelegten vorzulegenden Unterlagen zu verwenden (Satz 3).

Die Sätze 4 und 5 bilden ebenfalls das bisherige Verhandlungsgeschäft zwischen den Vertragsparteien auf Ortsebene ab, sodass eine Übertragung der Regelungen nach § 11 Absatz 3 auf die Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 SGB V erfolgt. So sind wie bisher die Verhandlungen sofort aufzunehmen, nachdem eine Vertragspartei dazu schriftlich oder elektronisch aufgefordert hat. Gleichmaßen gilt auch für Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 SGB V, dass die Verhandlung rechtzeitig abzuschließen ist, damit das für das neue Vereinbarungsjahr geltende Gesamtvolumen sowie die krankenhausindividuellen Tagesentgelte noch vor dem Jahr für welches sie vereinbart werden in Kraft treten können. Dabei gilt ebenfalls die Sechswochenfrist des § 18 Absatz 4 KHG, wonach die Schiedsstelle auf Antrag einer Vertragspartei die 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 7

Es werden Vorgaben bezüglich einer möglichen Neuvereinbarung festgelegt.

Eine Neuvereinbarung des Gesamtvolumens kann auf Verlangen einer der Vertragsparteien getroffen werden, sofern sich die bei der Vereinbarung des Gesamtvolumens zugrunde gelegten Annahmen wesentlich verändert haben. Dazu können beispielsweise Veränderungen hinsichtlich der Art und Menge der Leistungen aufgrund von Naturkatastrophen oder ausgeprägte Strukturveränderungen im Rahmen der Versorgungslandschaft zählen.

Ergibt sich zwischen dem erstmalig vereinbarten Gesamtvolumen und dem neu vereinbarten Gesamtvolumen ein Unterschiedsbetrag, ist dieser über erhöhte krankenhausindividuelle Tagesentgelte abzurechnen, die im Rahmen der Berechnung des Mehr- und Mindererlösausgleichs ermittelt werden.

#### Zu Absatz 8

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. Es sei denn die Vereinbarung wird erst innerhalb des Vereinbarungsjahres genehmigt, dann sind die Entgelte ab dem ersten Tag des auf die Genehmigung folgenden Monats zu erheben. Mit Satz 3 wird geregelt, dass bis zu diesem Zeitpunkt noch die krankenhausindividuellen Tagesentgelte des Vorjahres abgerechnet werden.

Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde entscheidet, welchen Krankenhäusern stationäre Leistungen eines Krankenhauses nach § 115g Absatz 1 SGB V zugewiesen werden. Da der Zeitraum zwischen der erstmaligen Zuweisung und dem Beginn eines neuen Vereinbarungszeitraums möglicherweise nicht ausreichend Zeit für die Verhandlung und Genehmigung von krankenhausindividuellen Tagesentgelten für die Vertragsparteien auf Ortsebene bietet, wird mit Satz 4 Folgendes geregelt: Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 SGB V, für die noch keine krankenhausindividuellen Tagesentgelte vereinbart werden konnten, rechnen die vorläufigen Tagesentgelte ab, die von den Vertragsparteien auf Bundesebene in ihrer Vereinbarung für die Kalkulation sowie für die Abrechnungsbestimmungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 vereinbart wurden. Ohne vorläufige Tagesentgelte hätten Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 SGB V keine Abrechnungsgrundlage für die ihnen zugewiesenen stationären Krankenhausleistungen sowie der Leistungen im Rahmen der medizinisch-pflegerischen Versorgung und es entstünde eine Liquiditätslücke.

#### Zu Nummer 7 (§ 7)

##### Zu Buchstabe a

##### Zu Doppelbuchstabe aa

##### Zu Dreifachbuchstabe aaa

Die Regelung sieht entsprechend der mit diesem Gesetz einzuführenden Vorhaltevergütung für die Krankenhäuser eine Ergänzung im Hinblick auf die Abrechnung der allgemeinen Krankenhausleistungen vor. Künftig werden die allgemeinen Krankenhausleistungen anteilig gesondert über Entgelte für eine Vorhaltevergütung finanziert. Es handelt sich um einheitliche Benutzerentgelte, um alle Kostenträger gleichermaßen an der Finanzierung der allgemeinen Krankenhausleistungen zu beteiligen. Die Abzahlung erfolgt hierbei, indem das Krankenhaus seinen ihm durch das InEK beschiedenen Anspruch auf das jährliche Vorhaltebudget im Wege der Rechnungsstellung für erbrachte Behandlungsleistungen geltend macht und somit sukzessive im Laufe eines Jahres das Vorhaltebudget vergütet bekommt. Das Krankenhaus erhält das Vorhaltebudget unabhängig von der tatsächlich erbrachten Fallzahl; es werden lediglich die etablierten Zahlungswege genutzt.

### **Zu Dreifachbuchstabe bbb und Dreifachbuchstabe ccc**

Es handelt sich um eine Folgeregelung aufgrund der Einführung des neuen § 6c . Die Regelung sieht entsprechend der mit diesem Gesetz einzuführenden Vergütung von krankenhausesindividuellen Tagesentgelten für Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 SGB V eine Ergänzung im Hinblick auf die Abrechnung der allgemeinen Krankenhausleistungen vor. Künftig werden allgemeine Krankenhausleistungen, sofern sie in Krankenhäusern nach § 115g Absatz 1 SGB V erbracht werden, über krankenhausesindividuelle Tagesentgelte finanziert.

### **Zu Doppelbuchstabe bb**

Es wird klargestellt, dass neben den krankenhausesindividuellen Tagesentgelten für Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 SGB V keine weiteren Entgelte abgerechnet werden dürfen. Vor dem Hintergrund, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene in ihrer Vereinbarung für die Abrechnungsbestimmungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 die berücksichtigungsfähigen Zu- und Abschläge im Rahmen der Kalkulation der krankenhausesindividuellen Tagesentgelte zu benennen haben, ist die Berücksichtigung des DRG-Systemzuschlags nach § 17b Absatz 5 KHG, des Systemzuschlags für den G-BA und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 91 Absatz 3 Satz 1 in Verbindung mit § 139c SGB V sowie des Telematikzuschlags nach § 377 Absatz 1 und 2 SGB V von den in der Vereinbarung zu treffenden Vorgaben abhängig.

### **Zu Buchstabe b**

### **Zu Doppelbuchstabe aa**

### **Zu Dreifachbuchstabe aaa**

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Einführung der neuen Nummern 5 und 6.

### **Zu Dreifachbuchstabe bbb**

Zu Nummer 5

Durch die Ergänzung der Regelung um eine neue Nummer 5 wird die Ermittlung der Vergütungshöhe für die Vorhaltefinanzierung der einzelnen Rechnung geregelt. Die Ergänzung ist erforderlich, da künftig neben den bisherigen Entgelten die gesonderte Abrechnung der Vorhaltebewertungsrelationen in den Rechnungen möglich ist.

Zu Nummer 6

Aufgrund der Neueinführung der krankenhausesindividuellen Tagesentgelte nach § 6c für Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 SGB V wird eine Ergänzung in § 7 Absatz 2 notwendig. Mit der Ergänzung wird geregelt, dass diese Tagesentgelte unter Berücksichtigung der vereinbarten Degression tagesbezogen berechnet werden.

### **Zu Doppelbuchstabe bb**

Da die Vertragsparteien auf Bundesebene zukünftig gesonderte Abrechnungsbestimmungen für Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 SGB V zu vereinbaren haben, werden diese in § 7 Absatz 2 Satz 2 neben den bisherigen Abrechnungsbestimmungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 3 ergänzt, um auf deren Anwendung bei der Abrechnung der krankenhausesindividuellen Tagesentgelte hinzuweisen.

## **Zu Nummer 8 (§ 8)**

### **Zu Buchstabe a**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung der Vorhaltevergütung.

### **Zu Buchstabe b**

#### **Zu Doppelbuchstabe aa**

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

#### **Zu Doppelbuchstabe bb**

Die Regelung setzt für alle somatischen Krankenhäuser krankenhausesfinanzierungsrechtlich um, dass Krankenhäuser ab dem Jahr 2027 Leistungen, für die sie keine Leistungsgruppen durch die Landeskrankenhausplanungsbehörde zugewiesen bekommen haben, nicht abrechnen dürfen. Das Abrechnungsverbot gilt aufgrund der Regelung nach § 109 Absatz 3 Satz 3 SGB V gleichermaßen für Krankenhäuser, die ab dem Jahr 2027 Leistungen erbringen, für die sie keine Leistungsgruppen im Rahmen eines Versorgungsvertrags nach § 109 SGB V vereinbart haben. Die Geltung des Abrechnungsverbots ab dem Jahr 2027 wird vorgesehen, da erstmals für dieses Jahr das InEK Bescheide nach § 37 Absatz 5 Satz 1 KHG über die Höhe des Vorhaltebudgets je Krankenhaus erlässt. Das Abrechnungsverbot erfasst auch Leistungen, für die einem Krankenhaus zunächst eine Leistungsgruppe durch die zuständige Landeskrankenhausplanungsbehörde zugewiesen, die in der Folge nach § 6a Absatz 3 KHG aber wieder aufgehoben, wurde, da auch in diesen Fällen keine gültige Leistungsgruppenzuweisung im Sinne der Vorschrift vorliegt. Ausgenommen von dem Abrechnungsverbot ist die Behandlung von Notfallpatientinnen und -patienten.

### **Zu Buchstabe c**

Eine Anpassung der Norm ist notwendig, damit unabhängig davon, mit welchem Entgelt Leistungen vergütet werden, die ohne Verlegung des Patienten durch mehrere Krankenhäuser erbracht werden, die entsprechenden Entgelte durch das Krankenhaus berechnet werden, das den Patienten stationär aufgenommen hat. Eine Eingrenzung auf Fallpauschalen ist nicht zweckmäßig. Insofern erfolgt eine Ausweitung auf alle Entgelte, wie krankenhausesindividuelle Entgelte und krankenhausesindividuelle 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 krankenhausesindividuelle Tagesentgelt mitgeteilt wird, sodass die entsprechende Ergänzung notwendig ist.

## **Zu Nummer 9 (§ 9)**

### **Zu Buchstabe a**

#### **Zu Doppelbuchstabe aa und Doppelbuchstabe bb**

Zu Nummer 10

Die Vertragsparteien auf Bundesebene werden mit der Vereinbarung von Vorgaben für die Verhandlung des Gesamtvolumens sowie die sachgerechte Ermittlung der krankenhausesindividuellen Tagesentgelte nach § 6c Absatz 1 beauftragt. Zudem sind die

Abrechnungsbestimmungen der krankenhausesindividuellen Tagesentgelte nach § 6c Absatz 1 zu vereinbaren. Ihnen wird dafür eine Frist von 3 Monaten nach Zustandekommen der Vereinbarung durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 115g Absatz 3 SGB V oder zur Festlegung des Inhalts der Vereinbarung durch die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG eingeräumt, damit die Vertragsparteien auf Ortsebene für die Vereinbarung von nach § 115g Absatz 1 SGB V bestimmten Krankenhäusern zeitnah entsprechende Vorgaben haben.

Dabei haben sie in ihrer Vereinbarung festzulegen, welche Kosten bei der Kalkulation zu berücksichtigen sind. Dazu gehören alle Kosten, die für die Erbringung der allgemeinen Krankenhausleistungen relevant sind, wie Sach-, Personal- und Vorhaltekosten. Zum Beispiel sind alle nicht-ärztlichen Personalkosten, auch die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen nach § 17b Absatz 4 KHG, zu berücksichtigen. Bei der Kalkulation des krankenhausesindividuellen Tagesentgelts nach § 6c Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 ist zusätzlich der Leistungserbringeranteil von fest an Krankenhäusern nach § 115g Absatz 1 SGB V angestellten Ärztinnen und Ärzten zu berücksichtigen.

Dabei obliegt es den Vertragsparteien auf Bundesebene, ob sie zum Beispiel für die Kalkulation eine Kostenaufstellung im Sinne einer Leistungs- und Kalkulationsaufstellung oder eine Kostenmatrix vorgeben.

Zusätzlich sind im Rahmen der Kalkulationsvorgaben Bestimmungen zur Ermittlung der Degression vorzunehmen.

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 krankenhausesindividuellen Tagesentgelte zu enthalten. Dabei sind von den Vertragsparteien auf Bundesebene die berücksichtigungsfähigen Zu- und Abschläge zu benennen. Hinsichtlich ihrer zu mindernden oder erhöhenden Berücksichtigung im Rahmen der Kalkulation des Gesamtvolumens können sich die Vertragsparteien auf Bundesebene der Höhe nach an den gesetzlich vorgegebenen Zuschlags- und Abschlagshöhen orientieren.

Für die Vorgaben der Abrechnungsbestimmungen können sich die Vertragsparteien auf Bundesebene an den Sachverhalten, die in der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) mitsamt Abrechnungsbestimmungen für Fallpauschalen geregelt sind, orientieren. Dazu gehören beispielsweise Regelungen, inwieweit Wiederaufnahmen und Verlegungen bei der Abrechnung der Entgelte berücksichtigt werden und wie mit Fallzusammenführungen umzugehen ist. Bei Verlegungen einer Patientin oder eines Patienten von einem Krankenhaus zur Weiterbehandlung in ein Krankenhaus nach § 115g Absatz 1 SGB V, sind Mehrkosten zu vermeiden. Für den Übergang in die neue Vergütungssystematik, insbesondere auch für den Umgang mit Jahresüberliegern, sollten die Vertragsparteien auf Bundesebene ebenfalls Regelungen treffen.

Aufgrund möglicher Verlegungen zwischen Krankenhäusern und Krankenhäusern nach § 115g Absatz 1 SGB V wird ebenfalls eine Anpassung der FPV durch die Vertragsparteien auf Bundesebene notwendig werden. Insofern haben die Vertragsparteien auf Bundesebene die FPV, welche Abrechnungsbestimmungen hinsichtlich Verlegungen zwischen Krankenhäusern vorgibt, anzupassen.

Zudem sind in der Vereinbarung vorläufige krankenhausesindividuelle Tagesentgelte für die Fälle nach § 6c Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 festzulegen, die bei ihrer erstmaligen Bestimmung als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung nach § 115g Absatz 1 SGB V zum Beginn des Vereinbarungszeitraums noch kein krankenhausesindividuelles Tagesentgelt vereinbart haben.

### **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 zunächst über die Zuschläge für die Teilnahme der Krankenhäuser an der Notfallversorgung finanziert und mit der Regelung mit zusätzlichen finanziellen Mitteln in Höhe von 33 Millionen Euro, d.h. 10 Prozent des bisherigen Zuschlagsvolumens für die Notfallversorgung, ausgestattet. Hiermit wird der Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung gefolgt, die eine Förderung der Notfallversorgung vorsieht. Die Vertragsparteien auf Bundesebene verteilen die zusätzlichen Mittel sachgerecht auf die dem Stufensystem zu den Mindestvoraussetzungen für eine Teilnahme an der Notfallversorgung des G-BA nach § 136c Absatz 4 SGB V entsprechenden Zuschläge. Perspektivisch ist eine Kalkulation der Vorhaltekosten für die Teilnahme an der Notfallversorgung zu prüfen.

Die Regelung macht eine Anpassung der Notfallstufenvergütungsvereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene notwendig.

### **Zu Nummer 10 (§ 10)**

#### **Zu Buchstabe a**

Es bedarf der Regelung, da durch die Minderung der Gesamtsumme der Bewertungsrelationen des DRG-Systems um die Summe der Bewertungsrelationenanteile für die Vorhaltevergütung eine Minderung der Landesbasisfallwerte nicht erforderlich ist. Auch durch die Ausgliederung entstehende mögliche Katalogeffekte sind nicht durch eine Minderung oder Erhöhung der Landesbasisfallwerte zu berücksichtigen.

#### **Zu Buchstabe b**

Mit der Regelung wird die Möglichkeit einer frühzeitigen Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen durch eine unterjährige Neuvereinbarung des Landesbasisfallwerts geschaffen. Hierdurch wird die Liquidität der Krankenhäuser gestärkt.

Damit die Verbesserung der Liquidität der Krankenhäuser schnellstmöglich wirksam werden kann, wird vorgesehen, dass Tarifierhöhungen für Löhne und Gehälter von Krankenhausbeschäftigten beim Landesbasisfallwert erstmals für das Jahr 2024 unterjährig berücksichtigt werden können (Doppelbuchstabe aa). Als Voraussetzung hierfür werden die Vertragsparteien auf Bundesebene verpflichtet, die Erhöhungsraten innerhalb von vier Wochen nach Abschluss der tarifvertraglichen Vereinbarungen zu vereinbaren, die in dem jeweiligen Personalbereich für die meisten Beschäftigten maßgeblich sind. Um sicherzustellen, dass die Liquidität der Krankenhäuser auch in dem Fall verbessert werden kann, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene keine zügige Einigung über die Erhöhungsraten erzielen, wird zudem vorgesehen, dass die Schiedsstelle auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen eine Entscheidung fällt (Doppelbuchstabe bb). Um eine frühzeitige Verbesserung der Liquidität der Krankenhäuser zu ermöglichen, wird geregelt, dass die Erhöhungsraten auf Verlangen einer Vertragspartei bereits unterjährig im Landesbasisfallwert für das laufende Kalenderjahr berücksichtigt wird. Auch bei der unterjährigen Neuvereinbarung des Landesbasisfallwerts ist der Zeitpunkt seiner erstmaligen Abrechnung zu berücksichtigen. Je später im Jahr der neu vereinbarte Landesbasisfallwert zur Abrechnung kommt, desto höher muss der Anstieg gegenüber dem ursprünglich für das Jahr vereinbarten Landesbasisfallwert sein, um die angestrebte unverzügliche Tariflohnrefinanzierung zu realisieren (Doppelbuchstabe cc). 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 Nummer 11 (§ 11)**

#### **Zu Buchstabe a**

Es handelt sich um eine Folgeänderung durch die Einführung des Vorhaltebudgets nach § 6b.

#### **Zu Buchstabe b**

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 c**

Es handelt sich um eine Folgeänderung durch die Einführung des Vorhaltebudgets nach § 6b.

### **Zu Nummer 12 (§ 12)**

Es handelt sich um eine Folgeregelung aufgrund der Einführung des neuen § 6c. Eine vorläufige Vereinbarung soll auch bei Nicht-Einigung der Vertragsparteien über die Höhe des Gesamtvolumens und der krankenhausindividuellen Tagesentgelte nach § 6c Absatz 6 geschlossen werden, soweit die Höhe unstrittig ist.

### **Zu Nummer 13 (§ 13)**

Es handelt sich um eine Folgeregelung aufgrund der Einführung des neuen § 6c. Auch bei einem ganz oder teilweise nicht Zustandekommen der Vereinbarung nach § 6c Absatz 6 entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 KHG auf Antrag einer der Vertragsparteien auf Landesebene oder der Vertragsparteien auf Ortsebene.

### **Zu Nummer 14 (§ 14)**

#### **Zu Buchstabe a**

Es handelt sich um eine Folgeregelung aufgrund der Einführung des neuen § 6c. Krankenhausindividuelle Tagesentgelte nach § 6c für Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 SGB V sind zur Genehmigung bei der zuständigen Landesbehörde von einer der Vertragsparteien zu beantragen.

#### **Zu Buchstabe b**

Damit der errechnete Ausgleichsbetrag im Rahmen der Vorhaltevergütung rechtliche Wirkung entfaltet, ist eine Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde erforderlich. Hierfür wird § 14 um einen neuen Absatz 1a ergänzt. Damit etwaige Fehl – oder Überzahlungsbeträge des Vorhaltebudgets zeitnah zur Finanzierung kommen, ist eine kurze Genehmigungsfrist für die Landesbehörden von 14 Tagen erforderlich. Auch der Konvergenzbetrag soll zeitnah zur Abrechnung kommen, insofern wird ebenfalls eine 14-tägige Genehmigungsfrist vorgegeben.

### **Zu Nummer 15 (§ 18)**

#### **Zu Buchstabe a**

Es handelt sich um eine Folgeregelung aufgrund der Einführung des neuen § 6c. Da für Patienten, die in Krankenhäusern nach § 115g Absatz 1 SGB V durch Belegärztinnen und Belegärzte behandelt werden, nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 gesonderte

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 deren Leistungen durch das Krankenhaus dann auch die ärztlichen Leistungen dementsprechend bei der Vereinbarung des krankenhausindividuellen Tagesentgelts nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 zu berücksichtigen sind.

#### **Zu Nummer 16 (§ 21)**

##### **Zu Buchstabe a**

##### **Zu Doppelbuchstabe aa**

Es handelt sich einerseits um eine Folgeregelung aufgrund der Einführung des neuen § 6c. Die Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 SGB V haben die Summe der vereinbarten und abgerechneten Fälle, die mit krankenhausindividuellen Tagesentgelten nach § 6c abgerechnet werden sowie der Ausgleichsbeträge nach § 6c Absatz 5 jeweils für das vorangegangene Kalenderjahr an die vom InEK geführte Datenstelle auf Bundesebene zu übermitteln. Das InEK benötigt die Informationen, da es sich um Informationen über die Erbringung und Vergütung stationärer Leistungen handelt. Zudem sind sie für die Evaluation über die Auswirkungen, die vom InEK durchzuführen ist, notwendig.

Des Weiteren handelt es sich um eine Folgeänderung im Rahmen der Einführung der Vorhaltebewertungsrelationen für die Jahre 2025 und 2026. Durch die Ergänzung wird sichergestellt, dass das InEK in Rahmen der jährlichen Datenlieferung auch die vereinbarten Vorhaltebewertungsrelationen übermittelt bekommt. Ohne diese Ergänzung wäre die Vorschrift des § 37 Absatz 6 KHG nicht umsetzbar, darüber hinaus würde ein erheblicher Teil des Erlösbudgets in der Datenübermittlung fehlen. Ab den Budgetjahr 2027 ist diese Übermittlung obsolet, da das InEK die Bescheide über die Vorhaltebewertungsrelationen selbst nach § 37 KHG ermittelt und festsetzt.

##### **Zu Doppelbuchstabe bb**

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

##### **Zu Buchstabe b**

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

#### **Zu Artikel 5 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)**

##### **Zu Nummer 1 (§ 3)**

Wie für die somatischen Krankenhäuser wird auch für die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser eine frühzeitige Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen noch im laufenden Kalenderjahr eingeführt. Hierzu wird dem Krankenhaus die Möglichkeit eingeräumt, ab dem Zeitpunkt der Vereinbarung einer Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen durch die Vertragsparteien auf Bundesebene bereits unterjährig einen angehobenen Basisentgeltwert bei der Abrechnung der mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte anzuwenden. Die unterjährige Erhöhung des Basisentgeltwerts hat zur Folge, dass die

Tariflohnsteigerungen bereits im laufenden Kalenderjahr refinanziert werden können und nicht erst in einem späteren Zeitraum. Die Erhöhung des Basisentgeltwerts erfolgt zunächst um den in Absatz 4 Satz 1 für eine retrospektive Tariflohnrefinanzierung vorgesehenen Prozentsatz. Bei der unterjährigen Erhöhung des Basisentgeltwerts ist darüber hinaus der Zeitpunkt seiner erstmaligen Abrechnung zu berücksichtigen. Je später im Jahr der erhöhte Basisentgelt zur Abrechnung kommt, desto höher muss der Anstieg gegenüber dem ursprünglich für das Jahr ermittelten Basisentgeltwert sein, um die angestrebte unverzügliche Tariflohnrefinanzierung zu realisieren. Die unterjährige Erhöhung des Basisentgeltwerts unterliegt keiner Begrenzung durch den Veränderungswert. Die unterjährige Erhöhung des Basisentgeltwerts hat zur Folge, dass die Tariflohnsteigerungen bereits im laufenden Kalenderjahr refinanziert werden können und nicht erst in einem späteren Zeitraum. Zugunsten einer kurzfristigen und unterjährigen Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen erfolgt die Umsetzung in einem einfachen Verfahren, so dass eine Vereinbarung mit den übrigen Vertragsparteien auf Ortsebene und eine erneute Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde nicht erforderlich ist. Die Möglichkeit, die Tariflohnsteigerungen gemäß Absatz 4 Satz 1 erst in einem späteren Zeitraum zu berücksichtigen, bleibt bestehen.

#### **Zu Nummer 2 (§§ 8, 11)**

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

#### **Zu Artikel 6 (Inkrafttreten)**

Die Regelung sieht in Satz 1 ein Inkrafttreten des Gesetzes am Tag nach der Verkündung vor. Davon abweichend normiert Satz 2 ein paralleles Inkrafttreten mit dem Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 2.