

Referentenentwurf

der Bundesregierung

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

A. Problem und Ziel

Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) wurde in der vergangenen Legislaturperiode eine Krankenhausreform auf den Weg gebracht, die umfangreiche Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen vorsieht.

Um die praktische Umsetzung der Regelungen aus dem KHVVG zu erleichtern, ist es notwendig, verschiedene Anpassungen vorzunehmen. Die vorgesehenen Maßnahmen sollen mit dem Ziel, eine qualitative, bedarfsgerechte Krankenhausversorgung zu gewährleisten, praxistgerecht fortentwickelt werden. Hierzu sollen mit dem vorliegenden Gesetzentwurf unter anderem Ausnahmeregelungen und Kooperationsmöglichkeiten erweitert, die Finanzierung des Transformationsfonds umgestaltet sowie Zwischenfristen, Leistungsgruppen und deren Qualitätskriterien angepasst werden.

B. Lösung; Nutzen

Im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD für die 21. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages haben sich die Regierungsparteien auf eine Fortentwicklung der Krankenhausreform verständigt. Zur praxistnahen Weiterentwicklung und besseren Umsetzbarkeit der Regelungen aus dem KHVVG werden mit dem vorliegenden Gesetzentwurf unter anderem die Finanzierung des Transformationsfonds geändert, Ausnahmen und Kooperationsmöglichkeiten erweitert, Leistungsgruppen, Qualitätskriterien und deren Maßgaben zur Anwendung überarbeitet sowie Zwischenfristen, insbesondere zur Einführung der Vorhaltevergütung, angepasst.

Nutzen

Das derzeitige System der Krankenhausversorgung in Deutschland gilt als kostenintensiv und wenig effizient. Trotz der hohen Kosten wird dabei häufig nur eine durchschnittliche Behandlungsqualität erzielt. Um eine qualitativ hochwertige, effiziente medizinische Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen nachhaltig und dauerhaft gewährleisten zu können, ist daher eine umfangreiche Strukturreform notwendig. Zentrale Ziele der mit dem KHVVG bewirkten Krankenhausreform sind die Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität, die Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für Patientinnen und Patienten, die Steigerung der Effizienz in der Krankenhausversorgung sowie Entbürokratisierung. Zur besseren Umsetzbarkeit der vorgesehenen Maßnahmen aus dem KHVVG werden mit dem vorliegenden Gesetzentwurf Regelungen angepasst und praxistnäher ausgestaltet.

Der gesamtgesellschaftliche Nutzen einer Krankenhausreform ergibt sich aus einer Verbesserung der Versorgungsqualität der Gesundheitsversorgung bei gleichzeitiger Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für die Bevölkerung. Der vorliegende Gesetzentwurf sichert die Umsetzung der damit verbundenen Maßnahmen aus dem KHVVG.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Durch die Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung und dementsprechend der im KHVVG vorgesehenen Zuschläge und Förderbeträge um ein Jahr entstehen keine neuen oder zusätzlichen Haushaltsausgaben. Die damit in Verbindung stehenden und bereits im KHVVG vorgesehenen Haushaltsausgaben verschieben sich lediglich um ein Jahr. Auch die Regelungen, dass in Ländern, die bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen zugewiesen haben, diese rechtswirksam bleiben und als Basis für die Vergütung genutzt werden, verursachen keine Haushaltsausgaben. Dies gilt auch für die Regelungen zur Ermittlung des Orientierungswerts und zu den onkochirurgischen Leistungen.

Bund, Länder und Kommunen

Dem Bund entstehen durch die Änderung der Finanzierung des Transformationsfonds in den Jahren 2026 bis 2035 Mehrausgaben in Höhe von 25 Milliarden Euro (pro Jahr 2,5 Milliarden Euro). Durch die Änderung der Finanzierung der Verwaltung des Transformationsfonds entstehen dem Bund im Jahr 2025 Mehrausgaben in Höhe von 1,5 Millionen Euro sowie in den Jahren 2026 bis 2035 Mehrausgaben in Höhe von 2,7 Millionen Euro jährlich.

Gesetzliche Krankenversicherung

Durch die Änderung der Finanzierung des Transformationsfonds kann bei der Gesetzlichen Krankenversicherung eine Ausgabenbelastung in Höhe von bis zu 25 Milliarden Euro in den Jahren 2026 bis 2035 vermieden werden.

E. Erfüllungsaufwand

Mit der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung und dementsprechend der Zuschläge zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und zur Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken (§ 38 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)) und Förderbeträge nach § 39 KHG um ein Jahr geht kein über den bereits im KHVVG für diese Maßnahmen quantifizierten hinausgehender Erfüllungsaufwand für die Krankenhäuser einher. Auch die Regelungen, die der Umsetzung der im Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode getroffenen Vereinbarung dienen, dass in Ländern, die bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen zugewiesen haben, diese rechtswirksam bleiben und als Basis für die Vergütung genutzt werden, verursachen keinen zusätzlichen Erfüllungsaufwand. Dies gilt auch für die Regelungen zur Ermittlung des Orientierungswerts und zu den onkochirurgischen Leistungen. Die Krankenhäuser werden durch Vereinfachungen bei der Beantragung von Fördermitteln aus dem Transformationsfonds geschätzt um rund 3 Millionen Euro jährlich entlastet.

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

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

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Die Krankenhäuser werden entlastet, da die in der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung (KHTFV) vorgesehene Vorgabe entfällt, für die Beantragung von Fördermitteln aus dem Transformationsfonds eine Wirtschaftsprüferin oder einen Wirtschaftsprüfer zu beauftragen, um gegenüber dem jeweiligen Land den Nachweis einer Prüfung des Insolvenzrisikos des Krankenhausträgers zu erbringen. Die Krankenhäuser werden geschätzt um rund 3 Millionen Euro jährlich entlastet. Hierbei handelt es sich um eine Reduzierung der Bürokratiekosten aus Informationspflichten.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Mit der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung und dementsprechend der Zuschläge zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und zur Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken (§ 38 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)) und Förderbeträge nach § 39 KHG um ein Jahr geht kein über den bereits im KHVVG für diese Maßnahmen quantifizierten hinausgehender Erfüllungsaufwand für Bund, Länder und Kommunen als Beihilfeträger einher. Auch die Regelungen, die der Umsetzung der im Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode getroffenen Vereinbarung dienen, dass in Ländern, die bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen zugewiesen haben, diese rechtswirksam bleiben und als Basis für die Vergütung genutzt werden, verursachen keinen zusätzlichen Erfüllungsaufwand.

Die Landesplanungsbehörden werden entlastet durch die Streichung der für die Beantragung von Fördermitteln aus dem Transformationsfonds bislang vorgesehenen Pflicht der Länder, gegenüber dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) nachzuweisen, dass sie das Insolvenzrisiko der am Vorhaben beteiligten Krankenhäuser geprüft haben, und die damit verbundene Streichung der Regelung in der KHTFV zur Nachweisführung mittels eines vom jeweiligen Krankenhausträger beauftragten Testats einer Wirtschaftsprüferin oder eines Wirtschaftsprüfers.

F. Weitere Kosten

Keine.

Referentenentwurf der Bundesregierung

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

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 25. Februar 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 64) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 109 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 2 Satz 2 wird nach der Angabe „Qualitätskriterien“ die Angabe „, soweit vorhanden,“ eingefügt.
 - b) Absatz 3a Satz 4 und 5 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Abweichend von Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 darf ein Versorgungsvertrag abgeschlossen werden, obwohl das Krankenhaus an dem Krankenhausstandort, für den bestimmte Leistungsgruppen in dem Versorgungsvertrag vereinbart werden sollen, die für diese Leistungsgruppen maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist. Vor dem Abschluss eines Versorgungsvertrags in dem in Satz 4 genannten Fall haben die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu prüfen, ob die für die Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbänden nach § 135e Absatz 4 Satz 2 Nummer 8, Satz 3 und 4 erfüllt werden können.“
2. § 135d wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) Die Sätze 3 und 4 werden gestrichen.
 - bb) In dem neuen Satz 7 wird die Angabe „Satz 8 Nummer 2“ durch die Angabe „Satz 6 Nummer 2“ ersetzt.
 - b) Absatz 4 Satz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In den Nummern 1 und 3 wird jeweils die Angabe „, der Leistungsgruppe Notfallmedizin“ gestrichen.
 - bb) In Nummer 4 wird die Angabe „Chirurgie,“ durch die Angabe „Chirurgie sowie“ ersetzt und wird die Angabe „sowie der Leistungsgruppe Notfallmedizin“ gestrichen.

3. § 135e wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 3 wird gestrichen.

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 7 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die Patientenorganisationen nach § 140f können beratend an den Sitzungen des Ausschusses teilnehmen; § 140f Absatz 2 Satz 4, Absatz 5, 6 und 8 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass sich die Ansprüche gegen den Gemeinsamen Bundesausschuss richten. Der Medizinische Dienst Bund kann ebenfalls beratend an den Sitzungen des Ausschusses teilnehmen.“

bb) In dem neuen Satz 12 wird nach der Angabe „Ausschusses“ die Angabe „sowie zu den Aufgaben der in Satz 15 genannten Geschäftsstelle“ eingefügt.

cc) In dem neuen Satz 16 wird nach der Angabe „Geschäftsstelle“ die Angabe „einschließlich der Aufwendungen im Zusammenhang mit der Organisation und Durchführung der Sitzungen des Ausschusses“ eingefügt.

c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 Nummer 4 wird durch die folgende Nummer 4 ersetzt:

„4. dass, soweit in den Anforderungsbereichen „Sachliche Ausstattung“ oder „Personelle Ausstattung“ in der Tabellenspalte „Verfügbarkeit“ zeitliche Vorgaben zur personellen oder sachlichen Verfügbarkeit genannt sind, diese für Krankenhausstandorte, an denen keine vollstationäre Krankenhausbehandlung erbracht wird, nur während deren jeweiligen Betriebszeiten gelten,“

bb) Satz 2 Nummer 7 wird wie folgt geändert:

aaa) In Buchstabe a wird die Angabe „40“ durch die Angabe „38,5“ ersetzt.

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

„d) in einer ausgewiesenen Belegabteilung an Stelle eines Vollzeit-äquivalentes ein Belegarzt mit vollem vertragsärztlichen Versorgungsauftrag angerechnet werden kann; die in den Buchstaben b und c festgelegten Kriterien gelten entsprechend,“

cc) In Satz 2 Nummer 8 Buchstabe b wird die Angabe „; § 6a Absatz 4 Satz 2 und 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gilt entsprechend“ gestrichen.

dd) Satz 5 wird gestrichen.

4. § 135f wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 5 wird die Angabe „§ 135d Absatz 3 Satz 6“ durch die Angabe „§ 135d Absatz 3 Satz 4“ ersetzt.

b) In Absatz 2 Satz 1 wird vor der Angabe „Leistungsgruppen“ die Angabe „und für die nach § 6a Absatz 1 Satz 8 Nummer 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als zugewiesen geltenden“ eingefügt.

c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 wird vor der Angabe „Leistungsgruppen“ die Angabe „und für nach § 6a Absatz 1 Satz 8 Nummer 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als zugewiesen geltende“ eingefügt.
 - bb) In Satz 3 wird die Angabe „12. Dezember 2025“ durch die Angabe „12. Dezember 2026“ ersetzt und wird die Angabe „mit Wirkung ab dem 1. Januar 2027“ gestrichen.
5. In § 136a Absatz 7 Satz 1 wird die Angabe „in seinen Richtlinien nach § 136 Absatz 1“ durch die Angabe „in einer Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13“ ersetzt.
6. § 136c wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 2 wird durch den folgenden Absatz 2 ersetzt:

„(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss kann für einen in § 40 Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Indikationsbereich eine niedrigere als die in § 40 Absatz 2 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannte Prozentzahl festlegen, sofern dies zur Aufrechterhaltung einer patienten- und bedarfsgerechten flächendeckenden stationären Versorgung der Bevölkerung mit onkochirurgischen Leistungen zwingend erforderlich ist. Festlegungen nach Satz 1 haben auf der Grundlage einer nach § 40 Absatz 1 Satz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zertifizierten Datenverarbeitungslösung zu erfolgen. § 136 Absatz 3 gilt entsprechend. Dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und den betroffenen medizinischen Fachgesellschaften ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind bei der Beschlussfassung zu berücksichtigen. Der Gemeinsame Bundesausschuss führt vor Beschlussfassung eine Folgenabschätzung durch und berücksichtigt deren Ergebnisse. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann für eine Festlegung nach Satz 1 vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus Auswertungen der Daten verlangen, die die Krankenhäuser nach § 21 Absatz 1 und 3b des Krankenhausentgeltgesetzes an die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus geführte Datenstelle übermitteln.“

- b) In Absatz 6 wird die Angabe „nach den Absätzen 3 bis 5“ durch die Angabe „nach den Absätzen 2 bis 5“ ersetzt.
7. § 221 Absatz 3 wird durch den folgenden Absatz 3 ersetzt:

„(3) Der Überweisungsbetrag nach Absatz 2 Satz 1 reduziert sich

- 1. um den auf die landwirtschaftliche Krankenkasse entfallenden Anteil an der Finanzierung des Innovationsfonds nach § 92a Absatz 3 und 4 und
- 2. ab dem Jahr 2016 um den auf die landwirtschaftliche Krankenkasse entfallenden Anteil an der Finanzierung des Strukturfonds nach den §§ 12 und 12a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend. Der in Satz 1 Nummer 1 genannte Anteil wird dem Innovationsfonds und der in Satz 1 Nummer 2 genannte Anteil dem Strukturfonds zugeführt. Die auf die landwirtschaftliche Krankenkasse entfallenden in Satz 1 genannten Anteile an der Finanzierung des Innovationsfonds nach § 92a und des Strukturfonds nach den §§ 12 und 12a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes werden nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse des Gesundheitsfonds für das abgelaufene Kalenderjahr festgesetzt und mit der landwirtschaftlichen Krankenkasse abgerechnet. Solange ein Anteil nach Satz 4 noch nicht feststeht, kann das Bundesamt für Soziale Sicherung einen vorläufigen Betrag festsetzen. Das Nähere zur Festsetzung

des Betrags und zur Abrechnung mit der landwirtschaftlichen Krankenkasse bestimmt das Bundesamt für Soziale Sicherung.“

8. § 271 wird wie folgt geändert:

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

„(2) Der Gesundheitsfonds hat liquide Mittel als Liquiditätsreserve vorzuhalten. Aus der Liquiditätsreserve sind unterjährige Schwankungen in den Einnahmen, nicht berücksichtigte Einnahmeausfälle in den nach § 242a Absatz 1 zugrunde gelegten voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds und die erforderlichen Aufwendungen für die Durchführung des Einkommensausgleichs nach § 270a zu decken. Die Höhe der Liquiditätsreserve muss nach Ablauf eines Geschäftsjahres mindestens 22,5 Prozent der durchschnittlich auf den Monat entfallenden Ausgaben des Gesundheitsfonds einschließlich der notwendigen Aufwendungen für die Mittel nach § 270a Absatz 2 auf Grundlage der für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a maßgeblichen Werte für dieses Geschäftsjahr betragen. Sie darf nach Ablauf eines Geschäftsjahres einen Betrag von 30 Prozent der durchschnittlich auf den Monat entfallenden Ausgaben des Gesundheitsfonds einschließlich der notwendigen Aufwendungen für die Mittel nach § 270a Absatz 2 auf Grundlage der für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a maßgeblichen Werte für dieses Geschäftsjahr nicht überschreiten. Bei der Ermittlung der Beträge nach Satz 3 und Satz 4 finden abweichend für das Geschäftsjahr 2026 die notwendigen Aufwendungen für die Mittel nach § 270a Absatz 2 keine Berücksichtigung. Überschreitet die erwartete Höhe der Liquiditätsreserve abzüglich der gesetzlich vorgesehenen Entnahmen aus der Liquiditätsreserve für das Folgejahr den Betrag nach Satz 4, sind die überschüssigen Mittel in die Einnahmen des Gesundheitsfonds im Folgejahr zu überführen.“

b) In Absatz 6 werden die Sätze 2 bis 4 gestrichen.

9. § 275a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 8 wird gestrichen.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 7 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Prüfungen, die auf Grund von Satz 1 vor einer voraussichtlich zum 1. Januar 2027 erfolgenden Zuweisung oder auf Grund von Satz 2 vor einem voraussichtlich zum 1. Januar 2027 erfolgenden Abschluss eines Versorgungsvertrags zu beauftragen sind, sind bis zum 31. Dezember 2025 zu beauftragen.“

bb) In Satz 8 wird die Angabe „30. Juni 2026“ durch die Angabe „31. Juli 2026“ ersetzt.

c) Absatz 6 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Krankenhäuser können beim Medizinischen Dienst Prüfungen zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale beantragen.“

d) Absatz 7 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Krankenhäuser, denen nach Abschluss einer Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale, die sie beim Medizinischen Dienst nach einer in Satz 1 Nummer 1 oder Satz 2 Nummer 1 genannten Anzeige

beantragt haben, keine in Absatz 6 Satz 3 genannte Bescheinigung übermittelt wurde, haben dies unverzüglich auf elektronischem Wege den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. unter Angabe des betreffenden Standortes des Krankenhauses mitzuteilen.“

- e) In Absatz 8 Satz 1 wird die Angabe „§ 136 Absatz 2 und 5“ durch die Angabe „§ 136a Absatz 2 und 5“ ersetzt.
- 10. In § 278 Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „§ 17c Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes,“ gestrichen.
- 11. Nach § 283 Absatz 2 Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:

„Dies umfasst die Regelung einheitlicher und digitaler Prozesse zur Umsetzung der Richtlinien.“
- 12. In § 427 Satz 1 wird die Angabe „31. Dezember 2028“ durch die Angabe „31. Juli 2027“ ersetzt.
- 13. Anlage 1 wird durch die aus dem Anhang zu diesem Gesetz ersichtliche Anlage 1 ersetzt.

Artikel 2

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 5. Dezember 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 400) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

- 1. § 2a Absatz 4 wird durch den folgenden Absatz 4 ersetzt:

„(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft können im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. vereinbaren, dass

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

Kommt eine Einigung nach Satz 1 nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 auf Antrag einer Vertragspartei.“
- 2. § 6a wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird die Angabe „§ 108 Nummer 1 oder Nummer 2“ durch die Angabe „§ 108 Nummer 1, 2 oder 4“ ersetzt.
 - bb) Satz 8 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Als einem Krankenhaus zugewiesen im Sinne des Satzes 1 gelten Leistungsgruppen,

1. die in einem wirksamen Versorgungsvertrag nach § 109 Absatz 3 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für dieses Krankenhaus vereinbart wurden oder
2. die einem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort bis zum 31. Dezember 2024 nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesen worden sind; dies gilt bis zum 31. Dezember 2030.“

b) Absatz 2 Satz 3 wird gestrichen.

c) Absatz 4 wird durch den folgenden Absatz 4 ersetzt:

„(4) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen einem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort Leistungsgruppen nach Absatz 1 Satz 1 zuweisen, obwohl abweichend von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Voraussetzungen das Krankenhaus an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für diese Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt, wenn

1. dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist oder
2. der Betrieb des jeweiligen Krankenhausstandortes vollständig oder teilweise eingestellt wird und die Zuweisung der Leistungsgruppen für die Umsetzung der Betriebseinstellung zwingend erforderlich ist.

Vor der Zuweisung einer Leistungsgruppe in dem in Satz 1 genannten Fall hat die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde zu prüfen, ob die für die Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbänden nach § 135e Absatz 4 Satz 1 Nummer 8, Satz 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt werden können. Die Zuweisung einer Leistungsgruppe ist in dem in Satz 1 genannten Fall auf höchstens drei Jahre zu befristen; eine weitere Befristung von höchstens drei Jahren ist in dem in Satz 1 Nummer 1 genannten Fall im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zulässig. Wenn ein Krankenhausstandort in dem in Satz 1 Nummer 1 genannten Fall zum Zeitpunkt der Zuweisung der jeweiligen Leistungsgruppe in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgenommen ist, kann die Leistungsgruppe abweichend von Satz 3 unbefristet zugewiesen werden. Mit der Zuweisung ist das Krankenhaus in dem in Satz 1 Nummer 1 genannten Fall zu verpflichten, an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien innerhalb einer angemessenen Frist zu erfüllen. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann sich vor Erteilung einer Auflage nach Satz 5 hierzu durch den Medizinischen Dienst beraten lassen. Bei der Entscheidung über die Erklärung des in Satz 1 genannten Benehmens handeln die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat Bedenken, die die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen im Rahmen der Benehmensherstellung zur Entscheidung über die Ausnahme nach Satz 1 vortragen, zu berücksichtigen.“

d) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 Nummer 1 wird wie folgt geändert:

- aaa) Die Angabe „Absatz 4 Satz 4“ wird durch die Angabe „Absatz 4 Satz 3“ ersetzt.
 - bbb) Die Angabe „Absatz 4 Satz 5“ wird durch die Angabe „Absatz 4 Satz 4“ ersetzt.
- bb) Nach Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:
- „Satz 1 Nummer 2 und 3 ist nicht anzuwenden für Leistungsgruppen, die einem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort bis zum 31. Dezember 2024 nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesen worden sind.“
- e) Absatz 6 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird die Angabe „31. Oktober eines jeden Kalenderjahres, erstmals bis zum 31. Oktober 2026,“ durch die Angabe „30. September eines jeden Kalenderjahres, erstmals bis zum 30. September 2027,“ ersetzt.
 - bb) Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Um eine in § 37 Absatz 5 Satz 2 genannte Übermittlung einer Information über die Höhe der Vorhaltevolumina zu ermöglichen, kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde die in Satz 1 genannten Daten an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus innerhalb der folgenden Fristen übermitteln:

 - 1. für eine Information über die Höhe der Vorhaltevolumina für das Kalenderjahr 2026 bis zum 31. Dezember 2025 und
 - 2. für eine Information über die Höhe der Vorhaltevolumina für das Kalenderjahr 2027 bis zum 31. Dezember 2026.“
- f) In Absatz 7 Nummer 3 wird die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 4“ ersetzt.
3. In § 6b Satz 8 wird die Angabe „31. Oktober eines jeden Kalenderjahres, erstmals bis zum 31. Oktober 2026“ durch die Angabe „30. September eines jeden Kalenderjahres, erstmals bis zum 30. September 2027“ ersetzt.
4. § 12b wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Die Sätze 1 bis 3 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Zur Förderung von Vorhaben der Länder zur Anpassung der Strukturen in der Krankenhausversorgung an die durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz vom 5. Dezember 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 400) bewirkten Rechtsänderungen wird beim Bundesamt für Soziale Sicherung in den Jahren 2026 bis 2035 aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ein Transformationsfonds in Höhe von 25 Milliarden Euro errichtet. Zur Finanzierung des Transformationsfonds stellt der Bund der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds einmalig bis zum 1. April 2026 sowie in den Jahren 2027 bis 2035 jeweils bis zum 15. Januar einen Betrag von jeweils 2,5 Milliarden Euro zur Verfügung.“
 - bb) In dem neuen Satz 4 wird die Angabe „Satz 4“ durch die Angabe „Satz 3“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „abzüglich der in Absatz 4 Satz 1 genannten, im jeweiligen Kalenderjahr notwendigen Aufwendungen des Bundesamts für Soziale Sicherung für die Verwaltung des Transformationsfonds und die Durchführung der Förderung sowie“ gestrichen.

bb) In Satz 2 wird die Angabe „Königsteiner Schlüssel mit Stand vom 1. Oktober 2019“ durch die Angabe „Königsteiner Schlüssel für das Jahr 2019“ ersetzt.

c) Absatz 3 wird durch den folgenden Absatz 3 ersetzt:

„(3) Ein Land kann für jedes der Kalenderjahre 2026 bis 2035 die Zuteilung von Fördermitteln nach Absatz 2 Satz 2 beantragen, wenn

1. das jeweilige Land die Förderfähigkeit des zu fördernden Vorhabens und der für dieses Vorhaben förderfähigen Kosten nach Maßgabe der in Absatz 1 Satz 3 und 5 bestimmten förderrechtlichen Voraussetzungen geprüft und festgestellt hat,

2. die Umsetzung des zu fördernden Vorhabens am 1. Juli 2025 noch nicht begonnen hat,

3. das jeweilige Land oder das jeweilige Land gemeinsam mit dem Träger des Krankenhauses, auf das sich das zu fördernde Vorhaben bezieht, die förderfähigen Kosten des Vorhabens zu einem Anteil von mindestens 50 Prozent trägt, und das jeweilige Land mindestens die Hälfte dieses Anteils aus eigenen Haushaltsmitteln aufbringt,

4. das jeweilige Land

a) sich verpflichtet, in jedem der Kalenderjahre vom Jahr der Antragstellung bis 2035 Haushaltsmittel für die Investitionskostenförderung der Krankenhäuser mindestens in der Höhe bereitzustellen, die der nach Satz 2 berechneten durchschnittlichen Höhe der in den Haushaltsplänen des jeweiligen Landes der Kalenderjahre 2021 bis 2023 hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel zuzüglich der in Nummer 3 genannten Anteile für die aus dem Transformationsfonds geförderten Vorhaben im jeweiligen Kalenderjahr entspricht,

b) nachweist, dass es in jedem der Kalenderjahre von 2026 bis zum Jahr der Antragstellung Haushaltsmittel für die Investitionskostenförderung der Krankenhäuser mindestens in der Höhe bereitgestellt hat, die der nach Satz 2 berechneten durchschnittlichen Höhe der in den Haushaltsplänen des jeweiligen Landes der Kalenderjahre 2021 bis 2023 hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel zuzüglich der in Nummer 3 genannten Anteile für die aus dem Transformationsfonds geförderten Vorhaben im jeweiligen Kalenderjahr entspricht, und

5. die Voraussetzungen der Rechtsverordnung nach Absatz 5 erfüllt sind.

Für die Berechnungen der durchschnittlichen Höhe der Haushaltsmittel nach Satz 1 Nummer 4 Buchstabe a und b sind die Beträge der in den Jahren 2021 bis 2023 jeweils ausgewiesenen Haushaltsmittel, abzüglich der als Sonderförderung ausgewiesenen Haushaltsmittel, zu addieren, die Summe durch drei zu dividieren und ist dieser Betrag entsprechend des vom Statistischen Bundesamt für das Jahr 2024 nach § 10 Absatz 6 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes bekanntgegebenen Orientierungswertes zu erhöhen. Beträge, mit denen sich die Länder am

Gesamtvolumen des öffentlichen Finanzierungsanteils der förderfähigen Kosten der Investitionen finanzschwacher Gemeinden und Gemeindeverbände eines Landes nach § 6 Absatz 1 des Kommunalinvestitionsförderungsgesetzes beteiligen, dürfen weder auf den in Satz 1 Nummer 3 genannten Anteil noch auf die in Satz 1 Nummer 4 Buchstabe a und b genannten Haushaltsmittel in den Kalenderjahren 2026 bis 2035 angerechnet werden. Hat das jeweilige Land gegenüber dem Träger eines Krankenhauses, auf das sich das zu fördernde Vorhaben bezieht, auf eine verpflichtende Rückzahlung von Mitteln der Investitionsförderung verzichtet, gilt für diese Mittel Satz 3 entsprechend, sofern das Land nicht nachvollziehbar darlegt, dass der Verzicht erforderlich ist, damit ein Vorhaben nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 1, 2, 5 oder Nummer 7 durchgeführt werden kann. Die Sätze 1 bis 4 gelten für die Förderung länderübergreifender Vorhaben nach Absatz 2 Satz 3 und 5 entsprechend.“

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

„(3a) Das Bundesamt für Soziale Sicherung teilt jedem Land auf Antrag für jedes der Kalenderjahre 2026 bis 2035 Fördermittel zu den in Absatz 1 Satz 3 und 4 genannten Zwecken bis zur Höhe des Betrags zu, bis zu dem das jeweilige Land die Zuteilung von Fördermitteln nach Absatz 3 beantragt hat. Das Bundesamt für Soziale Sicherung teilt den Ländern die Fördermittel nach Satz 1 bis zum 31. Dezember 2035 zu. Mittel aus dem Transformationsfonds dürfen nicht nach Satz 1 zugeteilt werden, soweit der Träger des Krankenhauses, auf das sich das zu fördernde Vorhaben bezieht, gegenüber dem jeweiligen Land aufgrund des zu fördernden Vorhabens zur Rückzahlung von Mitteln für die Investitionsförderung verpflichtet ist. Die vom Bundesamt für Soziale Sicherung an die Länder ausgezahlten Mittel werden als Einnahmen in den Haushaltsplänen der Länder vereinnahmt und nach dem Haushaltsrecht der Länder bewirtschaftet. Die Länder überprüfen die zweckentsprechende Verwendung der Mittel und weisen diese gegenüber dem Bundesamt für Soziale Sicherung nach. Nicht zweckentsprechend verwendete oder überzahlte Mittel sind von dem jeweiligen Land unverzüglich an das Bundesamt für Soziale Sicherung zurückzuzahlen, wenn eine Aufrechnung mit Ansprüchen auf Auszahlung von Fördermitteln nicht möglich ist. Die Sätze 1 bis 6 gelten für die Förderung länderübergreifender Vorhaben nach Absatz 2 Satz 3 und 5 entsprechend.“

e) Absatz 4 wird durch den folgenden Absatz 4 ersetzt:

„(4) Die für die Verwaltung des Transformationsfonds und die Durchführung der Förderung notwendigen Aufwendungen des Bundesamts für Soziale Sicherung werden aus dem Bundeshaushalt gedeckt. Das Bundesamt für Soziale Sicherung kann nähere Bestimmungen zur Durchführung des Förderverfahrens und zur Übermittlung der vorzulegenden Unterlagen in einem einheitlichen Format oder in einer maschinell auswertbaren Form treffen. Für die Rechnungslegung und die Bewirtschaftung der Fördermittel gelten die für die Sozialversicherungsträger geltenden Vorschriften entsprechend, soweit die Verordnung zur Verwaltung des Transformationsfonds im Krankenhausbereich keine hiervon abweichenden Regelungen enthält. Das Bundesamt für Soziale Sicherung fordert die Mittel von dem jeweiligen Land zurück, soweit die förderrechtlichen Voraussetzungen nicht erfüllt oder die Mittel nicht zweckentsprechend verwendet wurden. Das Bundesamt für Soziale Sicherung führt nach dem 31. Dezember 2035 Fördermittel unverzüglich an den Bund zurück,

1. die nicht durch das Bundesamt für Soziale Sicherung nach Absatz 3a Satz 1 zugeteilt oder nicht durch das Bundesamt für Soziale Sicherung nach Satz 1 oder für die Auswertung nach § 14 Satz 6 verwendet wurden,

2. die zu Gunsten des Transformationsfonds zurückgezahlt werden.“

- f) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
- aa) In Nummer 1 wird die Angabe „Absatz 1 Satz 4“ durch die Angabe „Absatz 1 Satz 3“ ersetzt.
 - bb) In Nummer 3 wird die Angabe „förderungsfähigen Kosten“ jeweils durch die Angabe „förderfähigen Kosten“ ersetzt.
- g) Absatz 6 wird gestrichen.
5. § 17b Absatz 4c wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 1 wird die Angabe „2027 bis 2030“ durch die Angabe „2028 bis 2031“ ersetzt.
 - b) In Satz 3 wird die Angabe „2029“ durch die Angabe „2030“ ersetzt und wird die Angabe „2031“ durch die Angabe „2032“ ersetzt.
6. § 37 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Die Sätze 3 und 4 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Das nach Satz 2 ermittelte Vorhaltevolumen für ein Land und für ein Kalenderjahr ist auf Leistungsgruppen nach dem Verhältnis der Summe der Vorhaltebewertungsrelationen derjenigen Krankenhausfälle in dem jeweiligen Land, in denen Leistungen aus der jeweiligen Leistungsgruppe erbracht wurden, und der Summe aller Vorhaltebewertungsrelationen des jeweiligen Landes rechnerisch aufzuteilen; die für die rechnerische Aufteilung der Vorhaltevolumina maßgeblichen Leistungsgruppen bestimmen sich nach den nach § 6a Absatz 6 Satz 1 in dem jeweiligen Kalenderjahr übermittelten Daten. Das sich nach Satz 3 für eine Leistungsgruppe und für ein Land ergebende Vorhaltevolumen ist auf die Krankenhausstandorte in dem jeweiligen Land, für die Krankenhäusern die jeweilige Leistungsgruppe nach § 6a Absatz 1 Satz 1 zugewiesen worden ist, entsprechend dem jeweiligen nach Absatz 2 Satz 2 oder Satz 5 ermittelten Anteil rechnerisch aufzuteilen; das sich nach Satz 3 für ein Land, in dem bis zum 31. Dezember 2024 nach landesrechtlichen Vorschriften Krankenhäusern Leistungsgruppen zugewiesen worden sind, und für eine Leistungsgruppe nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die in diesem Land keinem Krankenhaus zugewiesen worden ist, ergebende Vorhaltevolumen ist entsprechend dem nach Absatz 2 Satz 9 ermittelten Anteil auf die Krankenhausstandorte rechnerisch aufzuteilen, bei denen im vorangegangenen Kalenderjahr Fälle dieser Leistungsgruppe zugeordnet worden sind.“
 - bb) In Satz 6 und 8 wird jeweils die Angabe „2028“ durch die Angabe „2029“ ersetzt.
 - b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) Satz 3 Nummer 3 wird durch die folgende Nummer 3 ersetzt:

„3. abweichend von Nummer 2 die nach § 135f Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegte Mindestvorhaltezahle der jeweiligen Leistungsgruppe, sofern die unter Nummer 2 genannte Anzahl der Fälle nied-

riger ist als diese Mindestvorhaltezah und der Krankenhausstandort in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgenommen ist; die Mindestvorhaltezah findet keine Anwendung für Leistungsgruppen nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die in einem Land, in dem bis zum 31. Dezember 2024 nach landesrechtlichen Vorschriften Krankenhäusern Leistungsgruppen zugewiesen worden sind, keinem Krankenhaus zugewiesen worden sind.“

bb) Nach Satz 8 wird der folgende Satz eingefügt:

„Ein Anteil nach Satz 1 ist in einem Land, in dem bis zum 31. Dezember 2024 nach landesrechtlichen Vorschriften Krankenhäusern Leistungsgruppen zugewiesen worden sind, auch dann nach den Sätzen 2 bis 8 für einen Krankenhausstandort zu ermitteln, bei dem im vorangegangenen Kalenderjahr Fälle einer Leistungsgruppe nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugeordnet worden sind, die in diesem Land keinem Krankenhaus zugewiesen worden ist; in diesem Fall erfolgt die Ermittlung des Anteils unabhängig von der Erfüllung der Mindestvorhaltezah nach § 135f Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 wird die Angabe „2026“ durch die Angabe „2027“ ersetzt, wird die Angabe „2027“ durch die Angabe „2028“ ersetzt und wird die Angabe „2028“ durch die Angabe „2029“ ersetzt.

bb) In Satz 1 und 3 wird jeweils die Angabe „2027“ durch die Angabe „2028“ ersetzt und wird die Angabe „2028“ durch die Angabe „2029“ ersetzt.

d) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „2026“ durch die Angabe „2027“ ersetzt und wird die Angabe „2027“ durch die Angabe „2028“ ersetzt.

bb) Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Wenn die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde eine in § 6a Absatz 6 Satz 2 Nummer 1 genannte Übermittlung vorgenommen hat, hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus dem jeweiligen Krankenhaussträger für seine Krankenhausstandorte, die in dem jeweiligen Land liegen, bis zum 28. Februar 2026 für das Kalenderjahr 2026 eine Information über die Höhe der nach Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilten Vorhaltevolumina je Leistungsgruppe zu übermitteln; wenn die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde eine in § 6a Absatz 6 Satz 2 Nummer 2 genannte Übermittlung vorgenommen hat, hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus dem jeweiligen Krankenhaussträger für seine Krankenhausstandorte, die in dem jeweiligen Land liegen, bis zum 28. Februar 2027 für das Kalenderjahr 2027 eine Information über die Höhe der nach Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilten Vorhaltevolumina je Leistungsgruppe zu übermitteln.“

7. § 38 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

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

- bb) In Satz 5 wird die Angabe „2026“ durch die Angabe „2027“ ersetzt.
- cc) In Satz 6 wird die Angabe „§ 6b Satz 7“ durch die Angabe „§ 6b Satz 8“ ersetzt.
- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird die Angabe „2027“ durch die Angabe „2028“ ersetzt.
 - bb) In Satz 3 wird die Angabe „2026“ durch die Angabe „2027“ ersetzt.
- 8. § 39 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 wird die Angabe „2026“ durch die Angabe „2027“ ersetzt und wird die Angabe „2027“ durch die Angabe „2028“ ersetzt.
 - b) In Absatz 2 Satz 1 und 2 wird jeweils die Angabe „2026“ durch die Angabe „2027“ ersetzt.
 - c) In Absatz 4 wird die Angabe „2027“ durch die Angabe „2028“ ersetzt.
- 9. § 40 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 Satz 6 wird die Angabe „erstmals bis zum 31. Mai 2025“ gestrichen.
 - b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird die Angabe „2023“ durch die Angabe „2025“ ersetzt.
 - bb) Die Sätze 2 und 3 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus wählt aus jeder der nach Satz 1 erstellten und sortierten Aufstellungen von Krankenhausstandorten die obersten Einträge bis einschließlich zu jenem Eintrag aus, bei dem erstmals die Summe der Anzahl der Fälle und der Anzahl der Fälle aller vorhergehenden Einträge einem Anteil von mindestens

 1. 15 Prozent oder
 2. für den Fall, dass der Gemeinsame Bundesausschuss gemäß § 136c Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eine niedrigere Prozentzahl festgelegt hat, der Höhe dieser Prozentzahl

der Anzahl der Fälle aller Einträge in der jeweiligen Aufstellung entspricht; sofern die Anzahl der Fälle mehrerer Krankenhausstandorte gleich hoch ist und die Auswahl jedes dieser Krankenhausstandorte dazu führen würde, dass der nach dem ersten Halbsatz geltende Anteil der Anzahl der Fälle aller Einträge in der jeweiligen Aufstellung erreicht oder überschritten würde, sind alle diese Krankenhausstandorte auszuwählen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht bis zum 31. Mai 2027 eine nach den nach Absatz 1 Satz 3 definierten Indikationsbereichen differenzierte Liste der nach Satz 2 ausgewählten Krankenhausstandorte barrierefrei auf seiner Internetseite und ordnet zum Zweck der Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis nach § 135d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Indikationsbereiche, nach der die Liste zu differenzieren ist, den jeweils nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Leistungsgruppen zu; für den Fall, dass der Gemeinsame Bundesausschuss nach der im ersten Halbsatz genannten Veröffentlichung gemäß § 136c Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eine niedrigere als die nach Satz 2 geltende Prozentzahl

festgelegt hat, aktualisiert das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus die jeweils letzte Fassung der Liste und veröffentlicht die aktualisierte Liste barrierefrei auf seiner Internetseite.“

- c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird die Angabe „2027 bis 2031“ durch die Angabe „2028 bis 2032“ ersetzt.
 - bb) In Satz 2 wird die Angabe „2032“ durch die Angabe „2033“ ersetzt.

Artikel 3

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 5. Dezember 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 400) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 3 Nummer 3b wird die Angabe „2027“ durch die Angabe „2028“ ersetzt.
2. § 4 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 wird die Angabe „im Jahr 2026“ durch die Angabe „in den Jahren 2026 und 2027 jeweils“ ersetzt.
 - b) Absatz 2a wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird die Angabe „2026“ durch die Angabe „2027“ ersetzt.
 - bb) In Satz 11 wird die Angabe „2025“ durch die Angabe „2026“ ersetzt.
 - c) In Absatz 3 Satz 3 und 6 wird jeweils die Angabe „2027“ durch die Angabe „2028“ ersetzt.
3. § 5 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 2b Satz 1, 2, 3 und 5 wird jeweils die Angabe „2026“ durch die Angabe „2027“ ersetzt.
 - b) Absatz 2c wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 3 wird die Angabe „2024, 2025 und 2026“ durch die Angabe „2024, 2025, 2026 und 2027“ ersetzt.
 - bb) In Satz 1, 4 und 7 wird jeweils die Angabe „2023, 2024, 2025 oder 2026“ durch die Angabe „2023, 2024, 2025, 2026 oder 2027“ ersetzt.
 - c) In Absatz 3j Satz 1 wird die Angabe „2027“ durch die Angabe „2028“ ersetzt.
 - d) Absatz 3k wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1, 4 und 5 wird jeweils die Angabe „2025 und 2026“ durch die Angabe „2025, 2026 und 2027“ ersetzt.

- bb) In Satz 7 wird die Angabe „2025 und 2026“ durch die Angabe „2025, 2026 und 2027“ ersetzt und wird die Angabe „Vergütung des Vorhaltebudgets nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b“ durch die Angabe „dazugehörige Vergütung unter Anwendung der sich aus dem bundeseinheitlichen Entgeltkatalog ergebenden Vorhaltebewertungsrelationen“ ersetzt.
 - cc) In Satz 9 wird die Angabe „2025 und 2026“ durch die Angabe „2025, 2026 und 2027“ ersetzt.
 - e) In Absatz 3l Satz 1 wird die Angabe „2027“ durch die Angabe „2028“ ersetzt und wird die Angabe „2026“ durch die Angabe „2027“ ersetzt.
 - f) In Absatz 3m Satz 1 wird die Angabe „2027“ durch die Angabe „2028“ ersetzt.
4. § 6b wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Jedes Krankenhaus erhält ab dem 1. Januar 2028 für jede Leistungsgruppe, die ihm nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für mindestens einen seiner Krankenhausstandorte zugewiesen wurde, ein Vorhaltebudget für Krankenhaushfälle, die auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütet werden, wenn das jeweilige Krankenhaus für die betreffenden Krankenhausstandorte die jeweilige Mindestvorhaltezahzahl nach § 135f Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt oder für das jeweilige Krankenhaus und die jeweilige Leistungsgruppe eine Feststellung nach Absatz 2 Satz 1 getroffen wurde.“
 - bb) Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Das Gesamtvorhaltebudget für ein Krankenhaus und ein Kalenderjahr ergibt sich aus der Summe der Vorhaltebudgets dieses Krankenhauses im jeweiligen Kalenderjahr für die Leistungsgruppen, die ihm nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für mindestens einen seiner Standorte zugewiesen wurden; in einem Land, in dem bis zum 31. Dezember 2024 nach landesrechtlichen Vorschriften Krankenhäusern Leistungsgruppen zugewiesen wurden, umfasst das Gesamtvorhaltebudget zusätzlich Vorhaltebudgets nach Satz 4. Ein Krankenhaus erhält für einen Krankenhausstandort in einem Land, in dem bis zum 31. Dezember 2024 nach landesrechtlichen Vorschriften Krankenhäusern Leistungsgruppen zugewiesen wurden, auch für eine Leistungsgruppe nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die in diesem Land keinem Krankenhaus zugewiesen wurde, ein Vorhaltebudget nach Satz 1, wenn im vorangegangenen Kalenderjahr Fälle des Krankenhausstandorts dieser Leistungsgruppe zugeordnet worden sind; in diesem Fall besteht der Anspruch auf ein Vorhaltebudget unabhängig von der Erfüllung der Mindestvorhaltezahzahl nach § 135f Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“
 - b) Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz wird gestrichen.
 - c) In Absatz 3 wird die Angabe „Absatz 1 Satz 1“ durch die Angabe „Absatz 1 Satz 1 oder Satz 4“ ersetzt.
 - d) In Absatz 5 Satz 1 wird die Angabe „2027“ durch die Angabe „2028“ ersetzt.
 - e) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 und 2 wird jeweils die Angabe „2027“ durch die Angabe „2028“ ersetzt und wird die Angabe „2028“ durch die Angabe „2029“ ersetzt.

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

5. § 7 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b wird die Angabe „2027“ durch die Angabe „2028“ ersetzt.

b) Absatz 2 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„In den Jahren 2026 und 2027 umfasst die effektive Bewertungsrelation jeweils auch die sich aus dem bundeseinheitlichen Entgeltkatalog ergebende Vorhaltebewertungsrelation.“

6. § 8 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Die Sätze 4 und 5 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Ab dem 1. Januar 2028 dürfen Entgelte nicht für Leistungen aus einer Leistungsgruppe berechnet werden, die einem Krankenhaus nicht nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurde; dies gilt nicht für die Behandlung von Notfallpatienten und bis zum 31. Dezember 2030 für Krankenhäuser in einem Land, in dem bis zum 31. Dezember 2024 nach landesrechtlichen Vorschriften Leistungsgruppen zugewiesen wurden, nicht für Leistungen aus einer Leistungsgruppe nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die in diesem Land keinem Krankenhaus zugewiesen wurde. Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b dürfen ab dem 1. Januar 2028 nicht für Leistungen aus einer Leistungsgruppe berechnet werden, wenn das jeweilige Krankenhaus für diese Leistungsgruppe die Mindestvorhaltezahle im Sinne des § 135f Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht erfüllt und die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde keine Feststellung nach § 6b Absatz 2 Satz 1 getroffen hat; dies gilt bis zum 31. Dezember 2030 für Krankenhäuser in einem Land, in dem bis zum 31. Dezember 2024 nach landesrechtlichen Vorschriften Leistungsgruppen zugewiesen wurden, nicht für Leistungen aus einer Leistungsgruppe nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die in diesem Land keinem Krankenhaus zugewiesen wurde.“

bb) In Satz 6 wird die Angabe „2027“ durch die Angabe „2028“ ersetzt.

b) In Absatz 12 Satz 1 wird die Angabe „2027“ durch die Angabe „2028“ ersetzt.

7. § 9 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1a Nummer 5 wird die Angabe „2027“ durch die Angabe „2028“ ersetzt und wird die Angabe „jährlich“ gestrichen.

b) In Absatz 1b Satz 1 wird die Angabe „§ 10 Absatz 6 Satz 2 oder 3“ durch die Angabe „§ 10 Absatz 6 Satz 6 oder 7“ ersetzt und wird die Angabe „§ 10 Absatz 6 Satz 3“ durch die Angabe „§ 10 Absatz 6 Satz 7“ ersetzt.

8. § 10 Absatz 6 wird wie folgt geändert:

a) Die Sätze 3 und 4 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Der Berichtszeitraum umfasst jeweils ein Kalenderjahr. Die Krankenhäuser nach § 2 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der in den §§ 3 und 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Krankenhäuser, soweit sie zugelassene Krankenhäuser gemäß § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind, mit Ausnahme von Bundeswehrkrankenhäusern und reinen Tages- und Nachtkliniken, sind verpflichtet, dem Statistischen Bundesamt für die Zwecke nach Satz 1 Daten zu übermitteln.“

b) Nach Satz 8 wird der folgende Satz eingefügt:

„Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Ermächtigung nach Satz 1 zweiter Halbsatz durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates auf das Statistische Bundesamt übertragen.“

9. § 21 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 1 wird wie folgt geändert:

aaa) In Buchstabe d wird die Angabe „2026“ durch die Angabe „2027“ ersetzt, wird die Angabe „2027“ durch die Angabe „2028“ ersetzt und wird die Angabe „2028“ durch die Angabe „2029“ ersetzt.

bbb) In Buchstabe f wird die Angabe „Leistungsgruppen nach Anlage 1 zum Fünften Buch Sozialgesetzbuch“ durch die Angabe „nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Leistungsgruppen“ ersetzt.

ccc) Buchstabe g wird durch den folgenden Buchstaben g ersetzt:

„g) die nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Leistungsgruppen, denen die vom Krankenhaus erbrachten Behandlungsfälle zuzuordnen sind, jeweils gegliedert nach dem Kennzeichen des Standorts nach § 293 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,“.

bb) Nummer 2 Buchstabe i wird durch den folgenden Buchstaben i ersetzt:

„i) die nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgebliche Leistungsgruppe, der die vom Krankenhaus im einzelnen Behandlungsfall erbrachte Leistung zuzuordnen ist.“

b) In Absatz 3c Satz 1 wird die Angabe „bis zum 30. September 2024“ gestrichen.

c) In Absatz 5 Satz 6 wird die Angabe „auf der Grundlage von verfügbaren Leistungsdaten nach Absatz 2 Nummer 2“ gestrichen.

Artikel 4

Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung

Die Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung vom 15. April 2025 (BGBl. 2025 I Nr. 113), wird wie folgt geändert:

1. In § 2 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „§ 12b Absatz 1 Satz 4“ durch die Angabe „§ 12b Absatz 1 Satz 3“ ersetzt.
2. § 3 wird wie folgt geändert:
 - a) In der Überschrift wird die Angabe „§ 12b Absatz 1 Satz 4“ durch die Angabe „§ 12b Absatz 1 Satz 3“ ersetzt.
 - b) In Absatz 1 Satz 1 wird in den Nummern 1 und 2 jeweils die Angabe „für diese Leistungsgruppen“ durch die Angabe „für die Leistungsgruppen“ ersetzt.
3. § 4 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

„(1) Die Länder können Anträge auf Auszahlung von Fördermitteln nach § 12b Absatz 2 Satz 2 bis 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes aus dem Transformationsfonds für jedes der Kalenderjahre 2026 bis 2035 stellen. Für jedes der in § 12b Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Vorhaben ist ein gesonderter Antrag zu stellen. Der Antrag ist durch das an dem Vorhaben beteiligte Land, im Fall von länderübergreifenden Vorhaben durch die an dem Vorhaben beteiligten Länder, über das in § 8 Absatz 1 Satz 1 genannte elektronische Verwaltungsportal an das Bundesamt für Soziale Sicherung zu stellen. Ein Land kann für ein Kalenderjahr insgesamt die Auszahlung von Fördermitteln in der in § 12b Absatz 2 Satz 2 in Verbindung mit Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Höhe beantragen, zuzüglich des Betrags der in den vorangegangenen Kalenderjahren zurückgezahlten Fördermittel und der in den vorangegangenen Kalenderjahren abgeführten Zinserträge. Fördermittel für länderübergreifende Vorhaben können für das jeweilige Kalenderjahr in der in § 12b Absatz 2 Satz 3 in Verbindung mit Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Höhe, zuzüglich des Betrags der in den vorangegangenen Kalenderjahren zurückgezahlten Fördermittel und der in den vorangegangenen Kalenderjahren abgeführten Zinserträge, beantragt werden. Die Länder können bei der Antragstellung die Auszahlung der Fördermittel in jährlichen Teilbeträgen beantragen. Die Länder treffen gemäß § 13 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes die Entscheidung, für welche Vorhaben ein Antrag nach Satz 1 oder Satz 2 gestellt werden soll, im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen.“

- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Nummer 4 wird die Angabe „Absatz 1 Satz 7“ durch die Angabe „Absatz 1 Satz 6“ ersetzt.
 - bb) In Nummer 5 wird die Angabe „§12b Absatz 3 Satz 4“ durch die Angabe „§ 12b Absatz 3 Satz 3“ sowie die Angabe „förderungsfähigen Kosten“ jeweils durch die Angabe „förderfähigen Kosten“ ersetzt.
 - cc) In Nummer 6 wird die Angabe „12b Absatz 3 Satz 4“ durch die Angabe „§ 12b Absatz 3 Satz 3“ ersetzt.
 - dd) Nummer 7 wird gestrichen.
 - ee) In der neuen Nummer 7 wird die Angabe „§ 12b Absatz 3 Satz 6“ jeweils durch die Angabe „§ 12b Absatz 3 Satz 4“ ersetzt.
- c) In Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 wird die Angabe „§ 12b Absatz 3 Satz 5“ durch die Angabe „§ 12b Absatz 3a Satz 3“ ersetzt.

- d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- aa) In Nummer 4 wird nach der Angabe „bei den zu bildenden“ die Angabe „oder den auszubauenden“ eingefügt.
 - bb) In Nummer 6 wird die Angabe „§ 12b Absatz 1 Satz 4“ durch die Angabe „§ 12b Absatz 1 Satz 3“ ersetzt.
- e) Absatz 6 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
- „In dem in Satz 1 Nummer 3 genannten Fall informiert das jeweilige Land das Bundesamt für Soziale Sicherung fortlaufend und auf Nachfrage über den Stand des Insolvenzverfahrens.“
4. § 5 Absatz 2 Satz 2 wird gestrichen.
5. § 6 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 2 Satz 4 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die Länder teilen dem Bundesamt für Soziale Sicherung sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen Prüfungsbemerkungen ihrer obersten Rechnungsprüfungsbehörden mit.“
 - b) Absatz 3 Satz 2 wird gestrichen.
 - c) Absatz 4 Satz 3 wird gestrichen.
6. § 7 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „kann“ durch die Angabe „soll“ ersetzt.
 - b) Absatz 7 Satz 2 wird gestrichen.
 - c) Absatz 8 wird gestrichen.
7. § 8 Absatz 1 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
- „Es trifft zum Zweck einer einheitlichen und wirtschaftlichen Durchführung des Förderverfahrens nähere Bestimmungen zur Durchführung des Förderverfahrens und zur Übermittlung der in den §§ 4 und 6 genannten Angaben und Unterlagen in einem einheitlichen Format oder in einer maschinell auswertbaren Form, erlässt eine Förderrichtlinie und aktualisiert diese bei Bedarf.“

Artikel 5

Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen

Das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen in der Fassung der Bekanntmachung vom 26. Juni 2013 (BGBl. I S. 1750, 3245), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 5. Dezember 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 400) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Nach § 186 wird der folgende § 186a eingefügt:

„§ 186a

Ausnahme von der Fusionskontrolle im Krankenhausbereich

(1) Für einen Zusammenschluss im Sinne des § 37, bei dem mindestens zwei Krankenhäuser im Sinne des § 107 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder einzelne medizinische Fachbereiche der betroffenen Krankenhäuser ganz oder teilweise zusammengeschlossen werden, ist bei Eröffnung des Geltungsbereichs der Zusammenschlusskontrolle durch die Zusammenschlussbeteiligten bei den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden der Länder, in denen sich die am Zusammenschluss beteiligten Krankenhäuser befinden, die Bestätigung zu beantragen, dass der Zusammenschluss dieser Krankenhäuser zur Verbesserung der Krankenhausversorgung für erforderlich gehalten wird. Die Erforderlichkeitsbestätigung nach Satz 1 erstreckt sich nur auf Märkte, auf denen Krankenhäuser im Sinne des § 107 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder medizinische Fachbereiche der betroffenen Krankenhäuser stationäre Leistungen erbringen. Sind mehrere Landesbehörden nach Satz 1 zuständig, entscheiden diese einvernehmlich mit einer gemeinsamen schriftlichen oder elektronischen Bestätigung.

(2) Anträge auf Bestätigung nach Absatz 1 sind unverzüglich durch die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden auf ihren Internetseiten unter Nennung der Zusammenschlussbeteiligten zu veröffentlichen. Die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden setzen sich mit dem Bundeskartellamt vor einer Bestätigung nach Absatz 1 Satz 1 ins Benehmen. Über den Antrag nach Absatz 1 darf nicht vor Ablauf von einem Monat nach der Veröffentlichung entschieden werden. Wird der Antrag nicht innerhalb von drei Monaten beschieden, gilt er als abgelehnt. Die Frist nach Satz 4 kann durch die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden mit Zustimmung aller Zusammenschlussbeteiligten verlängert werden.

(3) Die Anmeldung eines Zusammenschlusses nach Absatz 1 Satz 1 beim Bundeskartellamt nach § 39 ist nur dann zulässig und erforderlich,

1. wenn der Antrag nach Absatz 1 Satz 1 abgelehnt wurde oder gemäß Absatz 2 Satz 4 als abgelehnt gilt, oder
2. in den Fällen, in denen die Bestätigung nach Absatz 1 Satz 1 erteilt wurde und das Zusammenschlussvorhaben nicht ausschließlich Märkte betrifft, auf denen Krankenhäuser im Sinne des § 107 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder medizinische Fachbereiche der betroffenen Krankenhäuser stationäre Leistungen erbringen.

Im Fall eines Zusammenschlusses im Sinne von Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 bleibt der Teil des Zusammenschlusses, auf den sich die Erforderlichkeitsbestätigung nach Absatz 1 Satz 1 erstreckt, bei der Anwendung des § 35 außer Betracht; er gilt nicht als Teil des nach § 39 anmeldepflichtigen Zusammenschlussvorhabens. Die Frist des § 40 Absatz 1 beginnt nicht, bevor die Zusammenschlussbeteiligten dem Bundeskartellamt die Entscheidung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde über den Antrag nach Absatz 1 vorlegen oder nachweisen, dass die Bestätigung nach Absatz 1 beantragt und die Frist nach Absatz 1 Satz 3 abgelaufen ist.

(4) Das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie berichtet auf Grundlage einer Stellungnahme der Monopolkommission den gesetzgebenden Körperschaften spätestens nach Ablauf von fünf Jahren nach Inkrafttreten der Regelungen in den Absätzen 1 bis 4 über die Erfahrungen mit dieser Vorschrift. Für Datenanforderungen des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie und der Monopolkommission zur Evaluierung im Sinne dieses Absatzes ist § 21 Absatz 3 Satz 8 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend anzuwenden, soweit die Krankenhäuser von einem Zusammenschluss im Sinne des Absatz 1 Satzes 1 betroffen sind. § 21 Absatz 3 Satz 9 des

Krankenhausentgeltgesetzes findet insofern keine Anwendung. Für die Zwecke der Evaluierung und zur Untersuchung der Auswirkungen dieser Regelungen auf die Wettbewerbsverhältnisse und die Krankenhausversorgung können Daten aus der amtlichen Krankenhausstatistik zusammengeführt werden.

(5) Diese Vorschrift ist nur anzuwenden auf Zusammenschlüsse, die bis zum 31. Dezember 2030 vollzogen werden.“

2. In § 187 Absatz 9 Satz 1 Nummer 3 wird die Angabe „auf der Grundlage der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung“ durch die Angabe „auf der Grundlage der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung“ ersetzt.
3. § 187 Absatz 10 wird gestrichen.

Artikel 6

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 5. Dezember 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 400) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

In § 9 Absatz 1 Nummer 5 wird die Angabe „§ 10 Absatz 6 Satz 2 oder Satz 3“ durch die Angabe „§ 10 Absatz 6 Satz 6 oder 7“ ersetzt und wird die Angabe „§ 10 Absatz 6 Satz 3“ durch die Angabe „§ 10 Absatz 6 Satz 7“ ersetzt.

Artikel 7

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Anlage 1

(zu § 135e)

Leistungsgruppen und Qualitätskriterien

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
1	Allgemeine Innere Medizin	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Chirurgie	Röntgen, Elektrokardiographie (EKG), Sonographiegerät, Basislabor jederzeit, Computertomographie (CT) jederzeit mindestens in Kooperation, Endoskopie täglich acht Stunden	Facharzt (FA) aus dem Gebiet Innere Medizin	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Geriatrie Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Frauenheilkunde oder LG Ovarial-CA oder LG Senologie oder LG Geburten		Magnetresonanztomographie (MRT)			
2	Komplexe	Mindest-	LG Allgemeine			FA aus dem Gebiet Innere	Drei FA, mindes-	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
	Endokrinologie und Diabetologie	voraussetzung	Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden: LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin			Medizin FA Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder FA Innere Medizin mit Zusatzweiterbildung (ZW) Diabetologie Alternative: FA Kinder- und Jugendmedizin FA Kinder- und Jugendmedizin mit ZW Kinder- und Jugend-Endokrinologie und Diabetologie	tens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder FA Innere Medizin mit ZW Diabetologie, dritter FA kann aus dem Gebiet der Inneren Medizin sein Alternative: 3 FA mindestens Rufbereitschaft, jederzeit Davon mindestens zwei FA Kinder- und Jugendmedizin mit ZW Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie, dritter FA kann FA Kinder- und Jugendmedizin sein	
3	nicht belegt							
4	Komplexe Gastroenterologie	Mindestvoraus-	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine	LG Palliativmedizin	Endoskopie (Gastroskopie, Koloskopie), Sonographie,	FA Innere Medizin und Gastroenterologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft:	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		setzung	Innere Medizin LG Intensivmedizin		Endosonographie, CT jederzeit		jederzeit Davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Gastroenterologie, dritter FA kann FA aus dem Gebiet Innere Medizin sein	
5	Komplexe Nephrologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin		Doppler- oder Duplex-Sonographie	FA Innere Medizin und Nephrologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Nephrologie, dritter FA kann FA aus dem Gebiet Innere Medizin sein	
6	Komplexe Pneumologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Palliativmedizin	Röntgen, CT, Bronchoskopie jederzeit, Spirometrie, Bodyplethysmographie	FA Innere Medizin und Pneumologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Pneumologie, dritter FA kann FA aus dem Gebiet Innere Medizin sein	
7	Komplexe Rheumatologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin oder LG Allgemeine Chirurgie		Sonographiegerät, Osteodensitometrie	FA Innere Medizin und Rheumatologie FA Orthopädie und Unfallchirurgie mit ZW Orthopädische Rheumatologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
8	Stammzelltrans-	Mindest-	LG Allgemeine	LG Augenheilkunde	CT jederzeit oder MRT jederzeit,	FA Innere Medizin und	Drei FA, mindes-	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
	plantation	voraussetzung	Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex	LG HNO LG Komplexe Gastroenterologie LG Palliativmedizin	Zentrales Monitoring von EKG, Blutdruck und Sauerstoffsättigung auf der Station, Nichtinvasive Beatmung einschließlich High-Flow-Nasenkanüle (HFNC) Sofern allogene Stammzelltransplantationen durchgeführt werden: Einzelzimmer mit eigener Schleuse und kontinuierlichem Überdruck und gefilterter Luftzufuhr	Hämatologie und Onkologie	tens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin LG Haut- und Geschlechtskrankheiten LG Kinder-Hämatologie und Onkologie Stammzelltransplantation LG Komplexe Nephrologie LG Komplexe Pneumologie			FA Transfusionsmedizin		
9	Leukämie und Lymphome	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Palliativmedizin LG Stammzelltransplantation	CT jederzeit oder MRT jederzeit	FA aus dem Gebiet Innere Medizin FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Drei FA aus dem Gebiet Innere Medizin, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	
		Auswahlkriterium	LG Kinder-Hämatologie und Onkologie – Leu-			FA Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt (SP) Kinder- und Jugend-		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche						
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen	
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit		
			kämie und Lymphome LG Komplexe Gastroenterologie LG Stammzelltransplantation				Hämatologie und -Onkologie		
10	EPU/Ablation	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Interventionelle Kardiologie LG Kardiale Devices Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention	CT jederzeit, 12-Kanal-EKG-Gerät, Echokardiographie, Transösophageale Echokardiographie (TEE)	FA Innere Medizin und Kardiologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit		
		Auswahlkriterium	LG Kardiale Devices Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße Mindestens eine der folgenden LG:		Kardio-MRT				

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche						
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen	
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit		
			LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention						
11	Interventionelle Kardiologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Kardiale Devices Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention	Katheterlabor, Röntgen, CT jederzeit, 12-Kanal-EKG-Gerät, Echokardiographie, TEE	FA Innere Medizin und Kardiologie	Fünf FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit		
		Auswahlkriterium	LG EPU/Ablation LG Kardiale Devices Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße Mindestens eine der folgenden LG:		Kardio-MRT			Erfüllung der Voraussetzungen gemäß § 28 Nummer 1 bis 6 oder Erfüllung der Voraussetzungen der erweiterten Notfallversorgung gemäß den §§ 13 bis 17 oder Erfüllung der Voraussetzungen der umfassenden Notfallversorgung gemäß den §§ 18 bis 22, jeweils bezogen auf die Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V vom 19. April	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention					2018 (BAnz AT 18.05.2018 B4), der durch Beschluss vom 20. November 2020 (BAnz AT 24.12.2020 B2) geändert wurde
12	Kardiale Devices	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG EPU/Ablation LG Interventionelle Kardiologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention	CT jederzeit, 12-Kanal-EKG-Gerät, Echokardiographie, TEE	FA Innere Medizin und Kardiologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG EPU/Ablation Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchortenaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße Mindestens eine der folgenden LG:		Kardio-MRT			

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention					
13	Minimalinvasive Herzklappenintervention	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex LG Interventionelle Kardiologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche	LG Allgemeine Chirurgie LG EPU/Ablation	Katheterlabor und herzchirurgischer Operationssaal (OP) oder Hybrid-OP	FA Herzchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Chirurgie					
14	Allgemeine Chirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Innere Medizin	Röntgen, EKG, Sonographiegerät, Basislabor jederzeit, CT jederzeit mindestens in Kooperation, Möglichkeit zur Anforderung und Transfusion von Erythrozytenkonzentraten und Thrombozytenkonzentraten jeder-	FA Allgemein Chirurgie FA Orthopädie und Unfallchirurgie FA Viszeralchirurgie	Drei FA für Allgemein Chirurgie, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Jeweils 1 FA für Allgemein Chirurgie kann durch 1 FA für Orthopädie und Unfallchirurgie und 1 FA für Viszeralchi-	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
					zeit mindestens in Kooperation, mindestens zwei Operationssäle		urgie ersetzt werden	
		Auswahlkriterium	LG Geriatrie					
15	Kinder- und Jugendchirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin LG Intensivmedizin		CT jederzeit oder MRT jederzeit mindestens in Kooperation, Sonographie	FA Kinder- und Jugendchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
16	nicht belegt							
17	Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin			FA Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens zwei FA Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, dritter FA kann FA aus dem Gebiet Chirurgie sein	
		Auswahlkriterium						
18	Bauchaortenaneurysma	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex LG Komplexe periphere arterielle Gefäße			FA Gefäßchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der Anforderungen gemäß den §§ 4 und 5 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über eine Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchaortenaneurysma vom 13. März 2008 (BAnz Nr. 71, S. 1706), die zu-

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
								letzt durch den Beschluss vom 19. Dezember 2024 (BAnz AT 25.02.2025 B4) geändert worden ist
		Auswahlkriterium					FA Innere Medizin und Angiologie	
19	Carotis operativ/interventionell	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex LG Komplexe periphere arterielle Gefäße	LG Neurochirurgie Mindestens eine der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie oder LG Kardiale Devices oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)	Röntgen jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, CT jederzeit, MRT, Digitale Subtraktionsangiographie (DSA), Periphere Dopplersonographie, Duplexsonographie, Funktionelle Gefäßdiagnostik	FA Gefäßchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Neurochirurgie Mindestens eine der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle		Hybrid-OP	FA Innere Medizin und Angiologie		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			Kardiologie oder LG Kardiale Devices oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)					
20	Komplexe periphere arterielle Gefäße	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Komplexe Nephrologie Mindestens eine der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie oder LG Kardiale Devices oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention	Röntgen jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, CT jederzeit, MRT, DSA, Periphere Dopplersonographie, Duplexsonographie, Funktionelle Gefäßdiagnostik	FA Gefäßchirurgie FA Allgemeinchirurgie FA Herzchirurgie FA Thoraxchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens zwei FA Gefäßchirurgie	
		Auswahlkriterium	LG Komplexe Nephrologie Mindestens eine der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie oder			FA Innere Medizin und Angiologie		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			LG Kardiale Devices oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention Mindestens einer der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)					
21	Herzchirurgie	Mindestvoraussetzung Auswahlkriterium	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex LG Interventionelle Kardiologie LG Herztransplantation Mindestens einer der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder	LG Allgemeine Chirurgie	Katheterlabor, Echokardiographie, EKG, Doppler- oder Duplex-Sonographie, DSA, Röntgen, CT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, Herz-Lungen-Maschine Hybrid-OP Extrakorporale Membranoxygenierung (ECMO)	FA Herzchirurgie	Fünf FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße					
22	Herzchirurgie Kinder und Jugendliche	Mindestvoraussetzung						Erfüllung der Anforderungen gemäß den §§ 4 und 5 und der Vorgaben gemäß § 6 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über eine Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der herzchirurgischen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V vom 18. Februar 2010 (BAnz Nr. 89a – Beilage vom 18.06.2010), der durch Beschluss vom 4. Dezember 2024 (BAnz AT 21.01.2025 B4) geändert wurde
23	Endoprothetik Hüfte	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin		Röntgen jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Endoprothetik Knie LG Geriatrie		CT jederzeit, MRT	ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie ZW Spezielle Unfallchirurgie		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			LG Revision Hüftendoprothese				gie	
24	Endoprothetik Knie	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin		Röntgen jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Endoprothetik Hüfte LG Geriatrie LG Revision Knieendoprothese		CT jederzeit, MRT	ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie ZW Spezielle Unfallchirurgie		
25	Revision Hüftendoprothese	Mindestvoraussetzung	LG Endoprothetik Hüfte LG Intensivmedizin LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin		Röntgen jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich	FA Orthopädie und Unfallchirurgie ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens ein FA mit ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie	
		Auswahlkriterium	LG Geriatrie		CT jederzeit, MRT			

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
26	Revision Knieendoprothese	Mindestvoraussetzung	LG Endoprothetik Knie LG Intensivmedizin LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin		Röntgen jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich	FA Orthopädie und Unfallchirurgie ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens ein FA mit ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie	
		Auswahlkriterium	LG Geriatrie		CT jederzeit, MRT			
27	Spezielle Traumatologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Intensivmedizin LG Allgemeine Innere Medizin	LG Neurochirurgie LG Komplexe periphere arterielle Gefäße LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	CT jederzeit, Röntgen jederzeit, Sonographie, Basislabor, mindestens zwei Operationssäle, Intensivstation mit mindestens sechs Betten, MRT jederzeit, Schockraum, Angiographiearbeitsplatz, Teleradiologische Anbindung zum Standort mit LG Neurochirurgie, falls diese in Kooperation erbracht wird, Hubschrauberlandeplatz oder Public-Interest-Site-(PIS-)Landestelle	FA Orthopädie und Unfallchirurgie FA Orthopädie und Unfallchirurgie mit ZW Spezielle Unfallchirurgie	Fünf FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens drei FA mit ZW Spezielle Unfallchirurgie	Erfüllung der Voraussetzungen der erweiterten Notfallversorgung gemäß den §§ 13 bis 17 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.05.2018 B4), der durch Beschluss vom 20. November 2020 (BAnz AT 24.12.2020 B2) geändert worden ist Erfüllung der Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 34 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VII) an Krankenhäuser zur Beteiligung am Verletzungsartenverfahren

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
								<p>(VAV) in der Fassung vom 1. Juli 2025, welche auf Grundlage von § 34 Absatz 2 und 3 SGB VII von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e. V. und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau festgelegt worden sind. Die Anforderungen sind abrufbar auf der Internetseite der Landesverbände der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (www.dguv.de/landesverbaende) unter der Rubrik „Medizinische Rehabilitation“ in der Unterrubrik „Verletzungsartenverfahren“.</p> <p>Erfüllung der Anforderungen an die personelle Ausstattung und der räumlichen Anforderungen für Regionales Traumazentrum (RTZ) oder Überregionales Traumazentrum (ÜTZ) nach dem „Weißbuch Schwerverletztenversorgung – Empfehlungen zur Struktur, Organisation, Ausstattung sowie Förderung von Qualität und Sicherheit in der Schwerverletztenversorgung in der Bundesrepublik Deutschland“; Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V., 3. erweiterte</p>

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
								Auflage 2019, Seiten 16 bis 17 und Seiten 18 bis 20.
		Auswahlkriterium	LG Geriatrie LG Wirbelsäuleneingriffe LG Endoprothetik Hüfte LG Endoprothetik Knie	LG Urologie LG Plastische und Rekonstruktive Chirurgie LG Thoraxchirurgie LG HNO LG Herzchirurgie LG Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie (MKG)		FA Neurochirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
28	Wirbelsäuleneingriffe	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin		Röntgen jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich	FA Orthopädie und Unfallchirurgie FA Neurochirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium		LG Neurochirurgie	CT jederzeit, MRT	ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie		
29	Thoraxchirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	LG Komplexe Pneumologie LG Palliativmedizin	Röntgen jederzeit, CT jederzeit oder MRT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich	FA Thoraxchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Sofern LG Herzchirurgie am Standort erbracht wird: abweichend mindestens zwei FA Thoraxchirurgie, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		Auswahlkriterium	LG Herzchirurgie LG Komplexe Pneumologie LG Palliativmedizin	LG Neurochirurgie Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße Mindestens eine der folgenden LG: LG Endoprothetik Hüfte oder LG Endoprothetik Knie oder LG Revision Hüftendoprothese oder LG Revision Knieendoprothese Mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe		FA Radiologie		
30	Bariatrische Chirurgie	Mindestvoraus-	LG Allgemeine Chirurgie	LG Komplexe Gastroenterologie	CT jederzeit oder MRT jederzeit	FA Viszeralchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereit-	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		setzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin				schaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Komplexe Gastroenterologie		Mindestens ein OP-Tisch mit einer Tragfähigkeit von mindestens 225 Kilogramm			
31	Lebereingriffe	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex	LG Komplexe Gastroenterologie	Röntgen jederzeit, CT jederzeit oder MRT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich	FA Viszeralchirurgie ZW Spezielle Viszeralchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens ein FA mit ZW Spezielle Viszeralchirurgie	
		Auswahlkriterium	LG Lebertransplantation LG Palliativmedizin LG Pankreaseingriffe LG Komplexe Gastroenterologie		Interventionelle Endoskopie einschließlich endoskopischer retrograder Cholangiopankreatikographie (ERC/P) jederzeit, interventionelle Radiologie jederzeit, diagnostische Angiographie jederzeit			
32	Ösophaguseingriffe	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex		Röntgen jederzeit, CT jederzeit oder MRT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, interventionelle Endoskopie jederzeit	FA Viszeralchirurgie ZW Spezielle Viszeralchirurgie FA Innere Medizin und Gastroenterologie	Fünf FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon drei FA Viszeralchirurgie und davon mindestens ein FA mit ZW Spezielle Viszeralchirurgie,	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
							Davon zwei FA Innere Medizin und Gastroenterologie	
		Auswahlkriterium	LG Komplexe Gastroenterologie LG Palliativmedizin	LG Thoraxchirurgie	Diagnostische Angiographie			
33	Pankreaseingriffe	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex		Röntgen jederzeit, CT jederzeit oder MRT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, Interventionelle Endoskopie einschließlich ERC/P	FA Viszeralchirurgie ZW Spezielle Viszeralchirurgie FA Innere Medizin und Gastroenterologie	Fünf FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon drei FA Viszeralchirurgie und davon mindestens ein FA mit ZW Spezielle Viszeralchirurgie; davon zwei FA Innere Medizin und Gastroenterologie	
		Auswahlkriterium	LG Komplexe Endokrinologie und Diabetologie LG Lebereingriffe LG Palliativmedizin		Interventionelle Radiologie, Diagnostische Angiographie			
34	Tiefe Rektumeingriffe	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	LG Komplexe Gastroenterologie	Röntgen jederzeit, CT jederzeit oder MRT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich	FA Viszeralchirurgie ZW Spezielle Viszeralchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen	
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung			
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit		
			LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex					Davon mindestens ein FA mit ZW Spezielle Viszeralchirurgie	
		Auswahlkriterium	LG Komplexe Gastroenterologie LG Palliativmedizin LG Urologie		Interventionelle Endoskopie jederzeit	ZW Proktologie			
35	Augenheilkunde	Mindestvoraussetzung		LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Sonographiegerät, Gonioskopie, Ophtalmoskopie, Fluoreszenzangiographie	FA Augenheilkunde	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit		
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Innere Medizin LG MKG Mindestens einer der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)		Optische Kohärenztomographie (OCT)				
36	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Frauenheilkunde LG Urologie	Lasertherapie, Photo(chemo)therapie,	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin					
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Frauenheilkunde LG Neurochirurgie LG Urologie	LG HNO LG MKG LG Thoraxchirurgie		FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie ZW Allergologie		
37	MKG	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin		B-Bild-Sonograph, CT, Orthopantomogramm (OPG)-Röntgengerät	FA Mund-Kiefer-Gesichts-chirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Neurochirurgie Mindestens eine der folgenden LG: LG Endoprothetik Hüfte oder LG Endoprothetik Knie oder LG Revision Hüftendoprothetik oder LG Revision Knieendoprothese	LG Augenheilkunde LG HNO				

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
38	Urologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Komplexe Nephrologie	Endoskop, Laparoskop, Sonographiergerät (einschließlich Doppler- oder Duplex-Sonographie)	FA Urologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Komplexe Nephrologie	LG Allgemeine Frauenheilkunde	CT, MRT, PET oder PET-CT, Roboter-assistierte Chirurgie	FA Urologie mit ZW Andrologie		
39	Allgemeine Frauenheilkunde	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin			FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Urologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe			FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin		
40	Ovarial-CA	Mindest-	LG Allgemeine	LG Urologie		FA Frauenheilkunde und	Drei FA, mindes-	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		voraussetzung	Chirurgie LG Allgemeine Frauenheilkunde LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex			Geburtshilfe SP Gynäkologische Onkologie	tens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens ein FA mit SP Gynäkologische Onkologie	
		Auswahlkriterium	LG Palliativmedizin LG Senologie LG Urologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Lebereingriffe oder LG Ösophagus-eingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe			FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin		
41	Senologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Frauenheilkunde LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin			FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahl-	LG Ovarial-CA			FA Frauenheilkunde und		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		kriterium	LG Palliativmedizin LG Plastische und Rekonstruktive Chirurgie Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome			Geburtshilfe mit SP Gynäkologische Onkologie FA für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie		
42	Geburten	Mindestvoraussetzung Auswahlkriterium	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Frauenheilkunde LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin		FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit FA anwesend: jederzeit	
43	Perinataler Schwerpunkt	Mindestvoraussetzung						Erfüllung der Anforderungen der Versorgungsstufe III gemäß Nummer III der Anlage 1 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Ab-

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
								satz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V vom 20. September 2005 (BAnz S. 15 684 vom 28.10.2005), der zuletzt durch den Beschluss vom 17. Oktober 2024 (BAnz. AT 20.01.2025 B4) geändert wurde
44	Perinatalzentrum Level 1	Mindestvoraussetzung						Erfüllung der Anforderungen der Versorgungsstufe I gemäß Nummer I der Anlage 1 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V vom 20. September 2005 (BAnz S. 15 684 vom 28.10.2005), der zuletzt durch den Beschluss vom 17. Oktober 2024 (BAnz. AT 20.01.2025 B4) geändert wurde
		Auswahlkriterium				FA Kinder- und Jugendmedizin mit SP Neuropädiatrie		
45	Perinatalzentrum	Mindest-						Erfüllung der Anforde-

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
	Level 2	voraussetzung						<p>rungen der Versorgungsstufe II gemäß Nummer II der Anlage 1 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V vom 20. September 2005 (BAnz S. 15 684 vom 28.10.2005), der zuletzt durch den Beschluss vom 17. Oktober 2024 (BAnz. AT 20.01.2025 B4) geändert wurde</p>
46	Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	Mindestvoraussetzung		LG Intensivmedizin		FA Kinder- und Jugendmedizin	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Perinataler Schwerpunkt oder LG Perinatalzentrum Level 1 oder LG Perinatalzentrum Level 2 LG Geburten LG Intensivmedizin LG Kinder- und Jugendchirurgie			FA Kinder- und Jugendchirurgie		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
47	nicht belegt							
48	Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltransplantation	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex	LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Leukämie und Lymphome LG Palliativmedizin	CT jederzeit oder MRT jederzeit, Zentrales Monitoring von EKG, Blutdruck und Sauerstoffsättigung auf der Station, Nichtinvasive Beatmung (einschließlich HFNC) Sofern allogene Stammzelltransplantationen durchgeführt werden: Einzelzimmer mit eigener Schleuse und kontinuierlichem Überdruck und gefilterter Luftzufuhr	FA Kinder- und Jugendmedizin	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der Anforderungen gemäß den §§ 4 und 5 und der Vorgaben gemäß § 6 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über eine Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser vom 16. Mai 2006 (BAnz S. 4997 vom 13.07.2006), der zuletzt durch Beschluss vom 16. November 2024 (BAnz AT 12.12.2024 B6) geändert wurde
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Leukämie und Lymphome LG Komplexe Pneumologie LG Neurochirurgie	LG Kinder- und Jugendchirurgie LG Leukämie und Lymphome	Telemedizinische Behandlung	FA Transfusionsmedizin FA Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			LG Palliativmedizin LG Stammzelltransplantation					
49	Kinder-Hämato-logie und -Onko-logie – Leukämie und Lymphome	Mindest-voraussetzung	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltransplantation LG Palliativmedizin	CT jederzeit oder MRT jederzeit	FA Kinder- und Jugendmedizin	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der Anforderungen gemäß den §§ 4 und 5 und der Vorgaben gemäß § 6 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über eine Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser vom 16. Mai 2006 (BAnz, S. 4997 vom 13.07.2006), der zuletzt durch Beschluss vom 16. November 2024 (BAnz AT 12.12.2024 B6) geändert wurde
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Kinder-Hämato-logie und -Onkologie – Stammzelltransplantation LG Komplexe	LG Kinder- und Jugendchirurgie LG Stammzelltransplantation	Telemedizinische Behandlung	FA Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			Pneumologie LG Leukämie und Lymphome LG Neurochirurgie LG Palliativmedizin					
50	HNO	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin		Elektrische Reaktionsaudiometrie (ERA)	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	LG MKG	MRT, PET-CT, Doppler- oder Duplex-Sonographien	ZW Allergologie		
51	Cochleaimplante	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG HNO LG Intensivmedizin		ERA	FA für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	LG MKG	MRT, PET-CT, Doppler- oder Duplex-Sonographien	FA Phoniatrie und Pädaudiologie		
52	Neurochirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Allgemeine Neurologie LG Stroke Unit	Evozierte Potentiale, Sonographie einschließlich extra- und intrakranielle Doppler- und Farbduplexsonographie, CT jederzeit,	FA Neurochirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
					MRT			
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Neurologie LG Stroke Unit LG Wirbelsäulenchirurgie Mindestens einer der folgenden LG: LG Endoprothetik Hüfte oder LG Endoprothetik Knie oder LG Revision Hüftendoprothetik oder LG Revision Knieendoprothese	LG HNO LG MKG LG Palliativmedizin	MRT jederzeit	FA Radiologie mit SP Neuroradiologie ZW Spezielle Schmerztherapie		
53	Allgemeine Neurologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin		CT oder MRT (Teleradiologie möglich), EEG, EMG, Evozierte Potentiale, ENG, Sonographie einschließlich extra- und intrakranielle Doppler- und Farbduplexsonographie, Schluckdiagnostik	FA Neurologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Geriatrie LG Neurochirurgie	LG Allgemeine Chirurgie LG Augenheilkunde LG HNO		ZW Geriatrie oder ZW Intensivmedizin oder ZW Palliativmedizin oder ZW Schlafmedizin		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche						
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen	
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit		
			Mindestens einer der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie oder LG Kardiale Devices oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention						
54	Stroke Unit	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Neurologie LG Intensivmedizin	LG Neurochirurgie Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchortenaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße	CT jederzeit oder MRT jederzeit (Befundung auch durch Teleradiologie möglich), CT-Angiographie jederzeit oder MR-Angiographie jederzeit (Befundung auch durch Teleradiologie möglich), Intra- und extrakranielle Sonographie einschließlich Farbduplex jederzeit, Transthorakale Echokardiographie (TTE), TEE, Systemische Fibrinolyse jederzeit	FA Neurologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit		
		Auswahlkriterium	LG Neurochirurgie LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B) Mindestens einer der folgenden LG: LG Bauchor-		Neuroradiologische Behandlungsmöglichkeit (einschließlich Thrombektomie) jederzeit mindestens in Kooperation, DSA	FA Radiologie mit SP Neuroradiologie FA Innere Medizin und Kardiologie			

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			tenaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße Mindestens eine der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie oder LG Kardiale Devices oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention					
55	Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Innere Medizin LG Allgemeine Neurologie	CT oder MRT (Teleradiologie möglich), EKG, EEG, EMG, Elektrisch evozierte Potenziale (EVP), Motorisch evozierte Potenziale (MEP), Mobiles Ultraschallgerät einschließlich Farbduplex	FA Neurochirurgie FA Neurologie FA Neuropädiatrie FA Physikalische und Rehabilitative Medizin	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Innere Medizin LG Allgemeine Neurologie					
56	Geriatric	Mindest-	LG Allgemeine Innere Medizin	LG Urologie	CT oder für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zustän-	ZW Geriatric oder Schwerpunkt Geriatric	Drei FA, mindestens Rufberei-	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		voraussetzung	LG Intensivmedizin Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B) Mindestens eine der folgenden LG: LG Endoprothetik Hüfte oder LG Endoprothetik Knie oder LG Revision Hüftendoprothese oder LG Revision Knieendoprothese oder LG Wirbelsäuleneingriffe	digen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden, mindestens in Kooperation	oder FA für Innere Medizin und Geriatrie	schaft: jederzeit Davon mindestens zwei mit ZW Geriatrie oder Schwerpunkt Geriatrie oder FA für Innere Medizin und Geriatrie		
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Chirurgie LG Palliativmedizin Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF,					

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			Phase B) Mindestens eine der folgenden LG: LG Endoprothetik Hüfte oder LG Endoprothetik Knie oder LG Revision Hüftendoprothese oder LG Revision Knieendoprothese oder LG Wirbelsäuleneingriffe					
57	Palliativmedizin	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin oder LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin			ZW Palliativmedizin	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens zwei FA mit ZW Palliativmedizin	
		Auswahlkriterium	LG Intensivmedizin LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Leukämie und Lymphome LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie Stammzelltrans-	LG Geriatrie		FA Kinder- und Jugendmedizin		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			plantation Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)					
58	Darmtransplantation	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex Mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder		Röntgen, CT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, MRT	FA Viszeralchirurgie ZW Transplantationsmedizin	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin	Transplantationsbeauftragter Interdisziplinäre Transplantationskonferenz

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			LG Lebereingriffe oder LG Ösophagus- eingriffe oder LG Pankreasein- griffe oder LG Tiefe Rektu- meingriffe					
		Auswahlkriterium	Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauch- ortenaneurysma oder LG Carotis ope- rativ/interventio- nell oder LG Komplexe periphere arteri- elle Gefäße			FA Allgemeinchirurgie FA Gefäßchirurgie FA Kinder- und Jugend- medizin jeweils mit ZW Transplan- tationsmedizin		
59	Herztransplanta- tion	Mindest- voraus- setzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedi- zin, Qualitätsan- forderung Hoch- komplex Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirur- gie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Ju- gendliche		Herzkatheterlabor (Rechts- und Linkskatheter), Herz-Lungen-Maschine, Röntgen, CT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, MRT	FA Herzchirurgie FA Innere Medizin und Kardiologie ZW Transplantationsme- dizin	Sechs FA, min- destens Rufbe- reitschaft: jeder- zeit Davon mindes- tens drei FA Herzchirurgie und drei FA In- nere Medizin und Kardiologie Davon mindes- tens ein FA mit ZW Transplanta- tionsmedizin	Transplantationsbeauf- tragter Interdisziplinäre Trans- plantkonferenz

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			Mindestens eine der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie oder LG Kardiale Devices oder LG Minimalinvasive Herzklappenintervention					
		Auswahlkriterium	LG Thoraxchirurgie		ECMO	FA Thoraxchirurgie FA Innere Medizin und Pneumologie FA Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit ZW Transplantationsmedizin		
60	Lebertransplantation	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex LG Komplexe Gastroenterologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder		Röntgen, CT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, MRT	FA Viszeralchirurgie FA Innere Medizin und Gastroenterologie ZW Transplantationsmedizin	Sechs FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens drei FA Viszeralchirurgie und drei FA Innere Medizin und Gastroenterologie Davon mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin	Transplantationsbeauftragter Interdisziplinäre Transplantkonferenz

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			LG Ösophagus-eingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe					
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchortenaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße			FA Allgemeinchirurgie FA Gefäßchirurgie FA Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit ZW Transplantationsmedizin		
61	Lungentransplantation	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex LG Komplexe Pneumologie LG Herzchirurgie oder LG Thoraxchirurgie		Herz-Lungen-Maschine, Röntgen, CT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, MRT	FA Herzchirurgie FA Thoraxchirurgie ZW Transplantationsmedizin	Fünf FA Herzchirurgie und ein FA Thoraxchirurgie, mindestens Rufbereitschaft jederzeit oder drei FA Thoraxchirurgie und ein FA Herzchirurgie, mindestens Rufbereitschaft jederzeit Davon mindestens ein FA mit ZW Transplanta-	Transplantationsbeauftragter Interdisziplinäre Transplantkonferenz

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			gie				tionsmedizin	
		Auswahlkriterium			ECMO	FA Kinder- und Jugendmedizin mit ZW Transplantationsmedizin		
62	Nierentransplantation	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex Mindestens zwei der folgenden LG: LG Komplexe Nephrologie oder LG Urologie oder mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Komplexe Nephrologie oder LG Urologie oder mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe	LG Komplexe Nephrologie LG Urologie Mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe	Röntgen, CT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, MRT	FA Viszeralchirurgie FA Urologie FA Innere Medizin und Nephrologie ZW Transplantationsmedizin	Neun FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens drei FA Viszeralchirurgie, drei FA Urologie und drei FA Innere Medizin und Nephrologie Davon mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin	Transplantationsbeauftragter Interdisziplinäre Transplantkonferenz
		Auswahlkriterium	LG Urologie			FA Allgemein Chirurgie FA Gefäßchirurgie		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			Mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophagus-eingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchortenaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße			FA Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit ZW Transplantationsmedizin		
63	Pankreastransplantation	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex Mindestens eine		Röntgen, CT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich, MRT	FA Viszeralchirurgie ZW Transplantationsmedizin	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin	Transplantationsbeauftragter Interdisziplinäre Transplantationskonferenz

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophagus-eingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe					
		Auswahlkriterium	Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße			FA Allgemein Chirurgie FA Gefäßchirurgie FA Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit ZW Transplantationsmedizin		
64	Intensivmedizin	Mindestvoraussetzung			Notfall-Labor am Standort oder Notfall-Labor in Kooperation plus PoC-Laboranalytik	FA aus einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung ZW Intensivmedizin FA Anästhesiologie	Drei intensivmedizinisch erfahrene FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens ein FA mit ZW Intensivmedizin oder ein FA Anästhesiologie	
		Qualitätsanforderung Komplex			Verfügbarkeit folgender Untersuchungs-/Behandlungsverfahren auf der Intensivstation: a. Kontinuierliche Nierenersatzverfahren jederzeit	FA aus einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung ZW Intensivmedizin	Drei intensivmedizinisch erfahrene FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
					b. Flexible Bronchoskopie täglich acht Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 18 Uhr c. Ultraschall-Verfahren täglich acht Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 18 Uhr: Abdomen, TTE, TEE am Standort täglich acht Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 18 Uhr, Notfall-Labor am Standort plus PoC-Laboranalytik		Davon mindestens zwei FA mit ZW Intensivmedizin Ständige Arztpräsenz auf der Intensivstation (Arzt kann zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz innerhalb des Krankenhauses hinzugezogen werden)	
		Qualitätsanforderung Hochkomplex			Verfügbarkeit folgender Untersuchungs- oder Behandlungsverfahren auf der Intensivstation: a. Kontinuierliche Nierenersatzverfahren jederzeit b. Flexible Bronchoskopie jederzeit c. Ultraschall-Verfahren jederzeit: Abdomen, TTE, TEE am Standort, täglich acht Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 18 Uhr, Notfall-Labor am Standort plus PoC-Laboranalytik	ZW Intensivmedizin	Drei FA mit ZW Intensivmedizin, mindestens Rufbereitschaft jederzeit Jederzeit Arztpräsenz auf der Intensivstation (Arzt kann zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz innerhalb des Krankenhauses hinzugezogen werden)	
65	Nicht belegt							

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Mit den durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) bewirkten Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität und zur Reform der Vergütungsstrukturen soll das bestehende System der Krankenhausversorgung grundlegend reformiert werden. Das KHVVG ist am 12. Dezember 2024 in Kraft getreten und sieht verschiedene Stufen der Umsetzung vor.

In der praktischen Umsetzung der Maßnahmen aus dem KHVVG haben sich unter anderem durch Rückmeldungen der Adressaten an unterschiedlichen Stellen Verbesserungspotentiale gezeigt, die mit dem vorliegenden Gesetzentwurf aufgegriffen und teilweise umgesetzt werden. Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD für die 21. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages bildet die Grundlage für die vorgesehenen Regelungen, die die Maßnahmen aus dem KHVVG praxistauglicher ausgestalten und ihre Umsetzung gangbarer machen sollen. Vorgesehen sind unter anderem Fristanpassungen, erweiterte Ausnahme- und Kooperationsmöglichkeiten, die Anpassung der Leistungsgruppen und Qualitätskriterien sowie die im Koalitionsvertrag vereinbarte Umstellung der Finanzierung des Transformationsfonds aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität statt aus Mitteln der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Um eine valide Ermittlung des Orientierungswertes sicherzustellen, ist der Berichtszeitraum der hierfür zu erhebenden Daten nicht sachgerecht festgelegt. Es ist zudem nicht sachgerecht, dass das Statistische Bundesamt als sachnähere Behörde keine Anpassungen an den für die Ermittlung des Orientierungswerts zu erhebenden Daten per Rechtsverordnung vornehmen kann.

Die gesetzlich festgelegte Fallzahlgrenze für die Auswahl von Krankenhausstandorten, die onkochirurgische Leistungen nur in geringem Umfang erbringen und daher zukünftig einem partiellen Abrechnungsverbot unterliegen, ist für alle Indikationsbereiche einheitlich und lässt keine Differenzierung zu.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Um die Maßnahmen aus dem KHVVG praxisnäher auszugestalten und ihre Umsetzung für die Adressaten gangbarer zu machen enthält der Entwurf dieses Gesetzes im Wesentlichen folgende Regelungen zur Anpassung der Krankenhausreform:

Erweiterung von Ausnahme- und Kooperationsmöglichkeiten

Zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung der Menschen besonders im ländlichen Raum sollen erweiterte Ausnahme- und Kooperationsmöglichkeiten geschaffen werden. Die Ausnahmeregelung für die Zuweisung von Leistungsgruppen trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien wird daher angepasst und so den Ländern mehr Gestaltungsspielraum ermöglicht. Aufgrund der gesetzlichen Änderung entscheiden künftig die zuständigen Landesbehörden im Rahmen ihres eigenen Beurteilungsspielraums über die Erforderlichkeit einer Ausnahme, ohne hierbei an die mit dem KHVVG vorgesehenen bundesweit einheitlichen Erreichbarkeitsvorgaben gebunden zu sein. Auch eine wiederholte Befristung der Leistungsgruppenzuweisung im Rahmen einer Ausnahme ist im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zulässig.

Finanzierung des Transformationsfonds

Zur Umsetzung der durch die Krankenhausreform angestoßenen Prozesse sieht das KHVVG vor, die Länder ab 2026 bei der Finanzierung von insbesondere strukturverändernden Vorhaben mit den Mitteln eines Transformationsfonds zielgenau zu unterstützen. Dafür sollten in den Jahren 2026 bis 2035 bis zu 25 Mrd. Euro (bis zu 2,5 Mrd. Euro pro Jahr) aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und damit aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung gestellt werden. Im Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode ist eine Umstellung der Finanzierung des Transformationsfonds vorgesehen. Danach soll der vorgesehene Betrag von bis zu 25 Milliarden Euro (2,5 Milliarden Euro pro Jahr) aus Mitteln des Sondervermögens Infrastruktur und Klimaneutralität finanziert werden.

Der Betrag von bis zu 25 Milliarden Euro (2,5 Milliarden Euro pro Jahr) wird aus Mitteln des Bundes finanziert. Die jährlichen Teilbeträge von 2,5 Milliarden Euro für die Jahre 2026 bis 2035 sind aus Mitteln des Bundes an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zu überweisen. In der Folge wird auch die für die Unternehmen der privaten Krankenversicherung geschaffene Möglichkeit, sich an der Finanzierung des Transformationsfonds zu beteiligen, nicht aufrecht erhalten und die entsprechenden Regelungen werden gestrichen.

Leistungsgruppen und Qualitätskriterien

Die mit dem KHVVG eingeführten Leistungsgruppen werden dahingehend geändert, dass diejenigen Leistungsgruppen verbleiben, die auf Basis der 60 Leistungsgruppen aus Nordrhein-Westfalen eingeführt wurden, zuzüglich der speziellen Traumatologie. Zudem erfolgen sachgerechte Anpassungen der Qualitätskriterien. Die Empfehlungen des Leistungsgruppen-Ausschusses finden hierbei Berücksichtigung. Als Vollzeitäquivalent sollen zudem künftig 38,5 Stunden gelten.

Anpassung von Zwischenfristen

Wie im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD für die 21. Legislaturperiode vorgesehen, wird die Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr verschoben. Damit sind die Jahre 2026 und 2027 als budgetneutrale Jahre im Hinblick auf die Vorhaltevergütung zu betrachten. Die bereits vorgesehene Konvergenzphase findet in den Jahren 2028 und 2029 statt. Ab dem Jahr 2030 tritt die volle Finanzwirksamkeit für die Vorhaltevergütung ein.

Zur Umsetzung der Verschiebung der Vorhaltevergütung sind die damit im Zusammenhang stehenden Fristen und Termine entsprechend anzupassen. Die Verschiebung führt auch dazu, dass die mit dem KHVVG erstmals eingeführten Zuschläge und Förderbeträge, die Erhöhung der bestehenden Zuschläge für eine Teilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung sowie die Abschaffung der Abschläge für das Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer bei Kindern und Jugendlichen um ein Jahr nach hinten verschoben werden muss. Die für die Jahre 2025 und 2026 weiterhin geltenden Zuschläge für die Pädiatrie und Geburtshilfe werden entsprechend um ein Jahr verlängert.

Weitere Regelungen

Des Weiteren werden Regelungen vorgenommen, die der Umsetzung der im Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode getroffenen Vereinbarung dienen, dass in Ländern, die bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen zugewiesen haben, diese rechtswirksam bleiben und als Basis für die Vergütung genutzt werden. Der Gesetzentwurf sieht für diese Länder eine Übergangsregelung vor, die bis zum 31. Dezember 2030 befristet ist.

Um eine valide Ermittlung des Orientierungswertes sicherzustellen, wird der für die hierfür zu erhebenden Daten geltende Berichtszeitraum auf das jeweils abgelaufene Kalenderjahr festgelegt. Zudem wird dem Bundesministerium für Gesundheit die Befugnis eingeräumt, die Festlegung der von den Krankenhäusern zu erhebenden Daten im Wege einer Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates auf das Statistische Bundesamt zu übertragen.

Daneben wird dem G-BA die Möglichkeit eingeräumt, niedrigere als die gesetzlich vorgesehenen Fallzahlgrenzen für die Auswahl von Krankenhausstandorten festzulegen, die onkologische Leistungen nur in geringem Umfang erbringen und daher zukünftig einem partiellen Abrechnungsverbot unterliegen.

Der mit dem KHVVG eingeführte § 187 Absatz 10 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) beinhaltet eine Ausnahme von der Fusionskontrolle durch das Bundeskartellamt. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf wird die Regelung in einem eigenen Paragraphen neu gefasst, um Rechtsunsicherheiten mit Blick auf den Anwendungsbereich und das Verfahren zu begegnen.

III. Exekutiver Fußabdruck

Interessenvertreterinnen und Interessenvertreter oder beauftragte Dritte haben nicht zum Inhalt des Gesetzentwurfs beigetragen.

IV. Alternativen

Keine. Die Ziele können nur durch eine gesetzliche Anpassung erreicht werden. Andere Alternativen sind weder zielführend noch effektiv.

Noch immer ist eine Reform der Krankenhausversorgung mit Blick auf die strukturell bedingte wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser sowie vorhandene Defizite in der Qualität der medizinischen Versorgung und des zunehmenden Mangels an Fachkräften dringend notwendig. Die Umsetzung der mit der Reform vorgesehenen Maßnahmen wird durch die in diesem Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen für die Adressaten gangbarer gemacht.

Alternative Regelungen, die potenziell die Umsetzung der mit der Krankenhausreform vorgesehenen Maßnahmen zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, flächendeckenden und bedarfsgerechten Krankenhausversorgung verbessern könnten, sind nicht in gleichem Maße geeignet.

Als Grundlage für den Gesetzentwurf dient der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD für die 21. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages, dessen Unterzeichnung intensive Beratungen in verschiedenen Facharbeitsgruppen vorausgegangen waren. Es bestehen daher keine Alternativen zu den vorgesehenen Regelungen, welche die Ziele des Gesetzes in gleichem Maße erreichen würden.

V. Gesetzgebungskompetenz

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes folgt zum einen aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 des Grundgesetzes (GG, Sozialversicherung) sowie aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19a GG (wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und Regelung der Krankenhauspflugesätze) in Verbindung mit Artikel 72 Absatz 2 GG. Die vorliegenden bundesgesetzlichen Regelungen sind zur Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet sowie zur Wahrung der Rechts- und Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse im Sinne des Artikel 72 Absatz 2 GG erforderlich. Das Vergütungssystem für die Krankenhäuser ist bundesweit einheitlich geregelt. Folglich sind Änderungen in diesem System ebenso einheitlich vorzunehmen. Die Notwendigkeit bundesgesetzlicher Regelungen betrifft alle Regelungen, die für die Krankenhäuser finanzielle Wirkungen haben, um einheitliche wirtschaftliche Rahmenbedingungen für die stationäre Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Der Erlass entsprechender Regelungen auf Landesebene würde dagegen voraussichtlich zu einer Rechtszersplitterung führen, sodass das Ziel der Wahrung der Rechts- und Wirtschaftseinheit nicht erreicht werden könnte.

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Änderung des GWB beruht auf Artikel 74 Absatz 1 Nummer 16 GG (Verhütung des Missbrauchs wirtschaftlicher Machtstellung) und Artikel 74 Absatz 1 Nummer 1 GG (gerichtliches Verfahren).

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

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

VII. Gesetzesfolgen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Der Gesetzentwurf trägt zur Verwaltungsvereinfachung bei, da mehrere Übermittlung- und Mitteilungspflichten an den Verband der Privaten Krankenversicherung aufgehoben werden. Auch die Streichung der zuvor zur Beurteilung der Erforderlichkeit einer Ausnahme nach § 6a Absatz 4 KHG bzw. § 109 Absatz 3a SGB V vorgesehenen Erreichbarkeitsvorgaben führt zu einer Verwaltungsvereinfachung. Die Entscheidung über die Erforderlichkeit einer Ausnahme erfolgt nunmehr ausschließlich im eigenen Beurteilungsspielraum der zuständigen Landesbehörden bzw. der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen. Das Verfahren nach § 187 Absatz 10 GWB wird durch Klarstellungen mit Blick auf den Anwendungsbereich der Norm und auf Abgrenzungsfragen vereinfacht, um Rechtsunsicherheiten und parallele Verfahren vor den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden und dem Bundeskartellamt zu vermeiden.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

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

Die Regelungen im Gesetzentwurf sehen eine Anpassung der Krankenhausreform vor. Die mit dem KHVVG bewirkte Krankenhausreform sieht eine Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung und der Krankenhausvergütung vor. Insoweit leisten die Regelungen einen Beitrag zur Verwirklichung von Nachhaltigkeitsziel 3 „Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern“. Dieses Nachhaltigkeitsziel verlangt mit seiner Zielvorgabe 3.4. unter anderem die vorzeitige Sterblichkeit aufgrund von nichtübertragbaren Krankheiten durch Prävention und Behandlung zu senken. Durch die mit der Krankenhausreform angestrebte Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung bei gleichzeitiger Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für Patientinnen und Patienten leistet insbesondere auch die Anpassung der Regelungen einen gewichtigen Beitrag zur Verwirklichung dieses Ziels.

Durch die mit der Reform vorgesehene Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, flächendeckenden und bedarfsgerechten Krankenhausversorgung entspricht der Entwurf zudem der Zielvorgabe 3.8, die unter anderem verlangt, die allgemeine Gesundheitsversorgung sowie den Zugang zu hochwertigen grundlegenden Gesundheitsdiensten für alle zu erreichen.

Im Sinne des systemischen Zusammendenkens der Nachhaltigkeitsziele leistet der Entwurf gleichzeitig einen Beitrag zur Erreichung von Nachhaltigkeitsziel 9 „Eine widerstandsfähige Infrastruktur aufbauen, breitenwirksame und nachhaltige Industrialisierung fördern und Innovationen unterstützen“ und dabei insbesondere zur Zielvorgabe 9.1 (eine hochwertige, verlässliche, nachhaltige und widerstandsfähige Infrastruktur aufbauen, einschließlich regionaler und grenzüberschreitender Infrastruktur, um die wirtschaftliche Entwicklung und das

menschliche Wohlergehen zu unterstützen, und dabei den Schwerpunkt auf einen erschwinglichen und gleichberechtigten Zugang für alle legen). Damit berücksichtigt der Entwurf die Querverbindungen zwischen den Zielen für nachhaltige Entwicklung und deren integrierenden Charakter, der für die Erfüllung von Ziel und Zweck der UN-Agenda 2030 von ausschlaggebender Bedeutung ist.

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

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Bund, Länder und Kommunen

Dem Bund entstehen durch die Umstellung der Finanzierung des Transformationsfonds in den Jahren 2026 bis 2035 Mehrausgaben in Höhe von 25 Milliarden Euro (pro Jahr 2,5 Milliarden Euro). Diese Mittel werden durch das Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität finanziert.

Mit der Einrichtung eines Transformationsfonds durch das KHVVG und den Regelungen zu den Eigenfinanzierungsanteilen der Länder wurde für die Jahre 2026 bis 2035 ein Finanzvolumen von bis zu insgesamt 50 Milliarden Euro bereitgestellt, das nun jeweils zur Hälfte durch die Länder und aus Mitteln des Bundes aufgebracht wird. Durch die mit dem Transformationsfonds geförderte Bündelung und Schwerpunktsetzung von Krankenhauskapazitäten ist in der Folge von einer nicht näher quantifizierbaren Effizienz- und Qualitätssteigerung der stationären Versorgung auszugehen.

Zur Verwaltung des Transformationsfonds durch das BAS entstehen Haushaltsausgaben für Personal- und Sachkosten im Jahr 2025 in Höhe von rund 1,0 Millionen Euro für insgesamt 6,0 Stellen (2,0 hD, 3,0 gD und 1,0 mD) und ab dem Jahr 2026 in Höhe von jährlich 2,7 Millionen Euro für insgesamt 16,5 Stellen (4,5 hD, 10,0 gD und 2,0 mD), berechnet auf Grundlage der Personalkostensätze des Bundesministeriums der Finanzen. Zusätzlich entstehen im Jahr 2025 einmalige Sachkosten in Höhe von 500 000 Euro, u. a. für externe Dienstleistungen zur Konzeption des Onlineportals und einer Fachanwendung. Die Haushaltsausgaben werden aus dem Bundeshaushalt finanziert. Diese Haushaltsausgaben entsprechen der Darstellung der Haushaltsausgaben des KHVVG, siehe Bundestagsdrucksache 20/11854, S. 125, und den auf der Internetseite des BAS veröffentlichten Angaben, siehe https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Transformationsfonds/20250509Bekanntgabe_Foerderanteile_Bundeslaender_Transformationsfonds.pdf.

Durch die Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung und dementsprechend der Zuschläge zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und zur Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken (§ 38 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)) und Förderbeträge nach § 39 KHG um ein Jahr entstehen keine neuen oder zusätzlichen Haushaltsausgaben. Die damit in Verbindung stehenden und bereits im KHVVG vorgesehenen Haushaltsausgaben verschieben sich lediglich um ein Jahr. Auch die Regelung, die der Umsetzung der im Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode getroffenen Vereinbarung dienen, dass in Ländern, die bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen zugewiesen haben, diese rechtswirksam bleiben und als Basis für die Vergütung genutzt werden, verursachen keine Haushaltsausgaben. Dies gilt auch für die Regelungen zur Ermittlung des Orientierungswerts und zu den onkologischen Leistungen.

Gesetzliche Krankenversicherung

Der Gesetzlichen Krankenversicherung entstehen durch die Änderung der Finanzierung des Transformationsfonds in den Jahren 2026 bis 2035 verminderte Ausgaben in Höhe von bis zu 25 Milliarden Euro (pro Jahr bis zu 2,5 Milliarden Euro).

Die neue Mindestreserve des Gesundheitsfonds liegt im Jahr 2027 ca. 2 Milliarden Euro oberhalb der bislang geltenden Mindestreserve. Der tatsächliche, gegebenenfalls notwendige Betrag zur Auffüllung der Liquiditätsreserve bis zum Erreichen der Mindestreserve ergibt sich aus der Prognose des Schätzerkreises jeweils für das Folgejahr. Durch die Anhebung der Mindestreserve des Gesundheitsfonds ergeben sich durch die Vermeidung unterjähriger Liquiditätshilfen nicht bezifferbare Entlastungen für den Bund. Zudem ergeben sich nicht bezifferbare Entlastungen für die Liquidität der Krankenkassen, da die Zuweisungen an die Krankenkassen tendenziell früher ausgezahlt werden.

4. Erfüllungsaufwand

Mit der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung und dementsprechend der Zuschläge zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und zur Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken (§ 38 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)) und Förderbeträge nach § 39 KHG um ein Jahr geht kein über den bereits im KHVVG für diese Maßnahmen quantifizierten hinausgehender Erfüllungsaufwand einher. Auch die Regelung, die der Umsetzung der im Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode getroffenen Vereinbarung dienen, dass in Ländern, die bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen zugewiesen haben, diese rechtswirksam bleiben und als Basis für die Vergütung genutzt werden, verursachen keinen zusätzlichen Erfüllungsaufwand. Dies gilt auch für die Regelungen zur Ermittlung des Orientierungswerts und zu den onkochirurgischen Leistungen.

Ebenso ist mit der gesetzlichen Neufassung der mit dem KHVVG eingeführten Fusionskontrollausnahme kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand verbunden.

4.1. Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

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

4.2. Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Die Streichung der für die Beantragung von Fördermitteln aus dem Transformationsfonds bislang vorgesehenen Pflicht der Länder nach § 12b Absatz 3 Satz 1 Nummer 5 KHG, gegenüber dem BAS nachzuweisen, dass sie das Insolvenzrisiko der am Vorhaben beteiligten Krankenhäuser geprüft haben, und die damit verbundene Streichung der Regelung in § 4 Absatz 2 Nummer 7 KHTFV zur Nachweisführung mittels eines vom jeweiligen Krankenhausträger beauftragten Testats einer Wirtschaftsprüferin oder eines Wirtschaftsprüfers entlastet die Krankenhausträger, entsprechende Beauftragungen durchzuführen und zu finanzieren.

Es wird angenommen, dass für die Krankenhäuser pro Beantragung von Fördermitteln aus dem Transformationsfonds Sachkosten in Höhe von rund 7 500 Euro für die Inanspruchnahme von externen Dienstleistungen in Form der Beauftragung einer Wirtschaftsprüferin oder eines Wirtschaftsprüfers entfallen (die Sachkosten werden analog zu einer anderen Vorgabe geschätzt, bei der ebenfalls eine Wirtschaftsprüfung mit Testat beauftragt wird, diese ist in Online-Datenbank des Erfüllungsaufwands des Statistischen Bundesamtes – OnDEA – unter der ID 2018110913003001 registriert). Es werden insgesamt rund 4 000 Anträge in der Laufzeit von zehn Jahren angenommen. Bei einer Fallzahl von 400 Anträgen pro Jahr (=4 000/10) ergibt dies eine Entlastung in Höhe von geschätzt rund 3 Millionen Euro jährlich (400 x 7 500) für die Krankenhäuser. Da es sich um eine Änderung und Er-

leichterung in einem Antragsverfahren handelt, werden Bürokratiekosten aus Informationspflichten reduziert.

4.3. Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Durch die Umstellung der Finanzierung des Transformationsfonds sind keine Veränderungen des Erfüllungsaufwandes zu erwarten, der bereits durch das KHVVG ermittelt wurde. Die Streichung der für die Beantragung von Fördermitteln aus dem Transformationsfonds bislang vorgesehenen Pflicht der Länder nach § 12b Absatz 3 Satz 1 Nummer 5 KHG, gegenüber dem BAS nachzuweisen, dass sie das Insolvenzrisiko der am Vorhaben beteiligten Krankenhäuser geprüft haben, und die damit verbundene Streichung der Regelung in § 4 Absatz 2 Nummer 7 KHTFV zur Nachweisführung mittels eines vom jeweiligen Krankenhaussträger beauftragten Testats einer Wirtschaftsprüferin oder eines Wirtschaftsprüfers führen zu einer Entlastung der Länder von Erfüllungsaufwand.

Für die antragstellenden Länder reduziert sich somit der Zeitaufwand im Rahmen der Arbeiten zur Beantragung von Fördermitteln aus dem Transformationsfonds (siehe Vorgabe in OnDEA mit der ID 2024112115242801). Gemäß der Zeitwertabelle der Verwaltung aus dem Leitfaden zur Ermittlung und Darstellung des Erfüllungsaufwands in Regelungsvorhaben der Bundesregierung wird sich an der Standardaktivität „Inhaltliche Prüfung“ und einer mittleren Bearbeitungskomplexität mit 60 Minuten pro Fall orientiert, die zukünftig für den Nachweis entfallen. Bei einer Fallzahl von 400 Anträgen jährlich (Erläuterung im Abschnitt zur Wirtschaft oben) und Lohnkosten von 69,30 Euro pro Stunde in der Laufbahngruppe des höheren Dienstes ergibt sich eine Entlastung in Höhe von geschätzt rund 28 Tausend Euro für die Länder jährlich.

Infolge der Anpassung der Ausnahmeregelungen in § 6a Absatz 4 KHG und in § 109 Absatz 3a SGB V entsteht geringfügiger laufender Erfüllungsaufwand.

Nach der neuen Regelung in § 6a Absatz 4 Satz 2 KHG hat die zuständige Landesbehörde vor der Zuweisung einer Leistungsgruppe im Rahmen einer Ausnahme zu prüfen, ob die Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbänden erfüllt werden können. Dasselbe gilt nach § 109 Absatz 3a Satz 5 SGB V für den Abschluss eines Versorgungsvertrags durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen. Wie häufig dieser Fall eintritt, kann derzeit nicht abgeschätzt werden. Die Erfüllung der Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbänden ist voraussichtlich in der Regel bereits Gegenstand der Prüfung des Medizinischen Dienstes nach § 275a SGB V, die vor der Zuweisung einer Leistungsgruppe bzw. vor dem Abschluss eines Versorgungsvertrags zu beauftragen ist. Eine Ausnahme nach § 6a Absatz 4 KHG oder § 109 Absatz 3a SGB V kommt grundsätzlich erst dann in Betracht, wenn bereits feststeht, dass die Qualitätskriterien weder an dem jeweiligen Standort selbst, noch in Kooperationen und Verbänden erfüllt werden. Für diesen Fall ist eine erneute Prüfung entbehrlich. Es wird daher davon ausgegangen, dass die zuvor genannten Vorgaben hauptsächlich klarstellende Funktion haben.

§ 6a Absatz 4 Satz 3 KHG sieht für den Fall einer Ausnahme ferner die Möglichkeit einer wiederholten Befristung vor. Voraussetzung ist, dass die zuständige Landesbehörde hierüber Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen herstellt. Durch diese Vorgabe entsteht ebenfalls nicht näher bezifferbarer Erfüllungsaufwand im Bagatellbereich.

Die Streichung des Verweises auf die PpUGV in Anlage 1 zu § 135e SGB V führt zu einer geringfügigen Entlastung beim Prüfaufwand der Medizinischen Dienste (Verwaltungsebene der Sozialversicherung), da der Nachweis über die Erfüllung der PpUGV als Prüfkriterium wegfällt.

5. Weitere Kosten

Keine.

6. Weitere Gesetzesfolgen

Durch die Umstellung der Finanzierung des Transformationsfonds ergeben sich keine Änderungen zu den im KHVVG dargestellten Gesetzesfolgen.

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

Die Krankenhausreform, deren Anpassung mit diesem Entwurf angestrebt wird, leistet einen Beitrag zur Wahrung und Förderung gleichwertiger Lebensverhältnisse. Durch die Reform wird die medizinische Versorgung der Menschen weiter verbessert und sichergestellt, dass auch in Zukunft eine bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige und erreichbare medizinische Versorgung gewährleistet ist.

Der vorliegende Gesetzentwurf entwickelt die vorgesehenen Maßnahmen auf der Grundlage der Regelungen aus dem KHVVG fort und sorgt dafür, dass deren Umsetzung praxisnaher ausgestaltet und gangbarer gemacht wird.

VIII. Befristung; Evaluierung

Eine Befristung erfolgt nicht.

Durch die Umstellung der Finanzierung des Transformationsfonds ergeben sich keine Änderungen hinsichtlich der nach § 14 KHG vorgesehenen begleitenden Auswertung.

Die Regelungen der Krankenhausreform, die mit diesem Gesetzentwurf angepasst werden, werden im Rahmen eines lernenden Systems eingeführt. Es erfolgen laufende kritische Überprüfungsschritte und eine umfassende Evaluation, die bereits mit dem KHVVG festgelegt wurde.

Unter anderem ist eine Evaluation der Wirkungen des KHVVG sowie zu den Auswirkungen der Einführung der Vorhaltevergütung und der Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von onkochirurgischen Leistungen vorgesehen. Darüber hinaus wird der durch die Förderung nach dem Transformationsfonds bewirkte Strukturwandel untersucht. Zudem haben GKV-Spitzenverband, der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung regelmäßig einen Evaluationsbericht zu den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen zu erstellen.

Eine Evaluierung der Fusionskontrollausnahme war bereits in § 187 Absatz 10 GWB vorgesehen, wonach das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie auf Grundlage einer Stellungnahme der Monopolkommission den gesetzgebenden Körperschaften spätestens nach Ablauf von sechs Jahren nach Inkrafttreten der Regelung über die Erfahrungen mit dieser Vorschrift berichtet. Mit der Gesetzesänderung wird diese Frist auf fünf Jahre verkürzt, um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die Vorschrift bis Ende 2030 befristet ist und die Evaluierung trotz erneutem Inkrafttreten aufgrund der Änderungen mit diesem Zeitpunkt zusammenfallen sollte.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§109)

Zu Buchstabe a

Die Änderung enthält eine Klarstellung im Zusammenhang mit dem Abschluss von Versorgungsverträgen. Bewerben sich mehrere geeignete Krankenhäuser um den Abschluss eines Versorgungsvertrags, sind im Fall einer notwendigen Auswahlentscheidung durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen verschiedene Kriterien zu berücksichtigen. Dazu zählt unter anderem die Erfüllung der Qualitätskriterien, die in Anlage 1 in der Tabellenzeile „Auswahlkriterium“ geregelt sind. Anlage 1 enthält Auswahlkriterien für einzelne, nicht jedoch für alle Leistungsgruppen. Eine Berücksichtigung der Auswahlkriterien bei der Entscheidung über den Abschluss eines Versorgungsvertrags ist daher nur erforderlich, soweit sie für die jeweils zu vereinbarende Leistungsgruppe vorgesehen sind. Dies wird durch die Änderung klargestellt. Der Wortlaut des § 109 Absatz 2 Satz 2 wird insoweit an den Wortlaut des § 6a Absatz 1 Satz 5 KHG angeglichen, der eine entsprechende Regelung bereits enthält.

Zu Buchstabe b

Durch die Änderung wird § 109 Absatz 3a Satz 4 und 5 ersetzt. Diese Vorschrift regelt die Voraussetzungen für den Abschluss eines Versorgungsvertrags, falls ein Krankenhaus die Qualitätskriterien der zu vereinbarenden Leistungsgruppen nicht erfüllt. Ein Versorgungsvertrag kann danach trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien abgeschlossen werden, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist. Entsprechend der Parallelvorschrift des § 6a KHG zur Leistungsgruppenzuweisung durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde waren nach der bisherigen Regelung zur Beurteilung der Erforderlichkeit der Ausnahme verbindliche Erreichbarkeitsvorgaben vorgesehen. Aufgrund der zur Umsetzung der im Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode getroffenen Vereinbarung, dass die Länder zur Sicherstellung der stationären Versorgung besonders im ländlichen Raum erweiterte Möglichkeiten einer ausnahmsweisen Leistungsgruppenzuweisung erhalten sollen, entfallen in der Parallelvorschrift des § 6a Absatz 4 KHG die Erreichbarkeitsvorgaben. Diese Erreichbarkeitsvorgaben entfallen nunmehr auch vorliegend. Stattdessen entscheiden die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen innerhalb ihres eigenen Beurteilungsspielraums, ob der Abschluss des Versorgungsvertrags zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist. Dies kann insbesondere der Fall sein, wenn die begründete Annahme besteht, dass die an einem Krankenhausstandort erbrachten Leistungen nicht oder nur eingeschränkt durch andere in zumutbarer Entfernung erreichbare Krankenhäuser übernommen werden können. Die Beurteilung der Frage, ob Leistungen durch andere Krankenhäuser übernommen werden können und ob die Entfernung zwischen den Krankenhäusern zumutbar ist, obliegt bei Abschluss eines Versorgungsvertrags den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalls.

Vor der Entscheidung, einen Versorgungsvertrag im Rahmen einer Ausnahme abzuschließen, haben die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen nach Satz 5 zu prüfen, ob die Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbänden erfüllt werden können. Hierdurch soll gewährleistet werden, dass zuvor sämtliche Mittel zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung ausgeschöpft werden. War die Erfüllung der Qualitätskriterien in Kooperationen oder Verbänden bereits Gegenstand der Prüfung des Medizinischen Dienstes, ist eine erneute Prüfung nach Satz 5 nicht erforderlich.

Zu Nummer 2 (§ 135d)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Im Bundes-Klinik-Atlas sollen nach Satz 1 Nummer 1 die Fallzahlen der erbrachten Leistungen differenziert nach Leistungsgruppen nach § 135e Absatz 2 Satz 2 veröffentlicht werden. Die Veröffentlichung soll dabei die von den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden zugewiesenen Leistungsgruppen erfassen. Die Übermittlung der zugewiesenen Leistungsgruppen durch die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat nach § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes erstmals bis zum 30. September 2027 zu erfolgen. Der Übergangsregelung bedarf es insoweit nicht mehr.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Streichung von § 135d Absatz 3 Satz 3 und 4 SGB V.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa und bb

Aufgrund der Streichung der Leistungsgruppe 65 Notfallmedizin in Anlage 1 zu § 135e werden die Voraussetzungen für die Zuordnung zu einer Versorgungsstufe angepasst.

Zu Nummer 3 (§ 135e)

Zu Buchstabe a

Die - in der Vergangenheit liegende - Frist zum Erlass der Leistungsgruppen-Rechtsverordnung sowie die Frist zum Inkrafttreten dieser Rechtsverordnung werden gestrichen.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Zur Umsetzung des Mitberatungsrechts der Patientenvertretung ist auch für den Ausschuss die Gewährung von Reisekosten, Verdienstaufschlag und Aufwandsentschädigung, die organisatorische und inhaltliche Unterstützung durch die Stabsstelle Patientenbeteiligung des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie die Leistung einer Koordinierungspauschale erforderlich, wie sie auch für die Mitberatung im Gemeinsamen Bundesausschuss ausdrücklich gesetzlich geregelt ist. Dies ist für den Leistungsgruppen-Ausschuss in dessen Geschäftsordnung bereits vorgesehen und wird mit der Ergänzung in § 135e Absatz 3 Satz 7, wonach § 140f Absatz 2 Satz 4, Absatz 5, 6 und 8 SGB V entsprechend gilt, nun auch gesetzlich ausdrücklich geregelt. Die entsprechende Anwendung gilt mit der Maßgabe, dass sich die Ansprüche gegen den Gemeinsamen Bundesausschuss als Träger der Geschäftsstelle des Ausschusses richten.

Zu Doppelbuchstabe bb

Durch die Ergänzung wird klargestellt, dass in der Geschäftsordnung des Leistungsgruppen-Ausschusses auch das Nähere zu den Aufgaben der Geschäftsstelle zu regeln ist, wie dies auch bereits in der Erstfassung der Geschäftsordnung erfolgt ist.

Zu Doppelbuchstabe cc

Durch die Ergänzung wird klargestellt, dass zu dem vom Gemeinsamen Bundesausschuss im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit auf Vorschlag des Leistungsgruppen-Ausschusses zu bestimmenden Bedarf auch die Aufwendungen gehören, die im Zusammenhang mit der Organisation und Durchführung der Sitzungen des Ausschusses durch die beim Gemeinsamen Bundesausschuss eingerichtete Geschäftsstelle entstehen. Dies betrifft z.B. auch etwaige Aufwendungen, die aufgrund der Hinzuziehung externer Sachverständiger im Einzelfall erforderlich werden können.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Zur Streichung der bisherigen Nummer 4: Die für den Anforderungsbereich „Erbringung verwandter LG“ geltende Sonderregelung für Fachkrankenhäuser wird gestrichen, um die gesetzlichen Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten von Fachkrankenhäusern zu vereinheitlichen. Es verbleibt somit bei der offenen Regelung des Absatz 4 Satz 3, der Fachkrankenhäusern Kooperationen zu allen am Standort vorzuhaltenden verwandten LG bei vorliegendem Kooperationsvertrag erlaubt.

Zur Ergänzung einer neuen Nummer 4: Die für die Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien gelten standortbezogen, sodass eine Leistungsgruppe einem Krankenhausstandort grundsätzlich nur zugewiesen werden kann, wenn die jeweiligen Qualitätskriterien an diesem Krankenhausstandort erfüllt sind. Auch für Tages- beziehungsweise Nachtkliniken, also Einrichtungen, die teilstationäre Krankenhausbehandlung als Leistungen zu bestimmten Betriebszeiten am Tag oder in der Nacht erbringen, gilt grundsätzlich die Leistungsgruppensystematik. Das bedeutet, dass die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen zu erfüllen sind und bei Nichtzuweisung einer Leistungsgruppe ein Abrechnungsverbot nach § 8 Absatz 4 Satz 4 KHEntgG für Leistungen aus dieser Leistungsgruppe gilt. Soweit in einem Gebäude eines Krankenhauses keine vollstationäre, sondern teilstationäre Krankenhausbehandlung und gegebenenfalls auch ambulante Krankenhausbehandlung erbracht wird und dieses Gebäude nicht mit einem anderen Gebäude desselben Krankenhaussträgers, in dem auch vollstationäre Krankenhausbehandlung erbracht wird, einen Flächenstandort im Sinne des § 2a Absatz 1 Satz 2 KHG bildet, handelt es sich um einen eigenen Krankenhausstandort nach § 2a KHG. Für diese Krankenhausstandorte, an denen keine vollstationäre Krankenhausbehandlung erbracht wird, kann grundsätzlich nicht davon ausgegangen werden, dass die geltenden Qualitätskriterien, die von einer jederzeit zu leistenden bzw. vollstationären Krankenhausbehandlung ausgehen, erfüllt werden können und erforderlich sind. Mit der Regelung wird insoweit die Geltung zeitlicher Vorgaben zur personellen oder sachlichen Verfügbarkeit in den maßgeblichen Qualitätskriterien für Tages- und Nachtkliniken, die einen eigenen Krankenhausstandort bilden, auf deren jeweilige Betriebszeiten beschränkt. Die Regelung bezieht sich dabei allein auf die zeitlichen Vorgaben, die in den Anforderungsbereichen „Sachliche Ausstattung“ oder „Personelle Ausstattung“ in der Tabellenspalte „Verfügbarkeit“ genannt sind, wie etwa die jederzeitige Rufbereitschaft. Die zugrundeliegenden Qualitätskriterien in den Anforderungsbereichen „Sachliche Ausstattung“ oder „Personelle Ausstattung“ in der Tabellenspalte „Verfügbarkeit“, wie etwa die Anzahl der am Krankenhausstandort vorzuhaltenden Ärzte, werden dadurch nicht beschränkt. Die jeweiligen Strukturkriterien der im Einzelfall erbrachten Operationen und Prozeduren (OPS-Kodes) sind von der Ausnahme nicht umfasst; diese sind weiterhin einzuhalten.

Zu Doppelbuchstabe bb

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Die durch ein Vollzeitäquivalent anrechenbare Stundenzahl von 40 auf 38,5 Stunden abgesenkt. Damit soll der Tatsache, dass in einer Vielzahl von Tarifverträgen eine 38,5 Stundenwoche als Vollzeitäquivalent festgelegt ist, Rechnung getragen werden.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Um die belegärztliche Versorgung zu sichern, wird klargestellt, dass in einer ausgewiesenen Belegabteilung an Stelle eines Vollzeitäquivalentes auch ein Belegarzt mit vollem vertragsärztlichen Versorgungsauftrag angerechnet werden kann. Die fachlichen Erwägungen des Leistungsgruppen-Ausschusses wurden bei dieser Anpassung berücksichtigt.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die Regelung dient der Umsetzung der im Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode getroffenen Vereinbarung, dass den Ländern zur Sicherstellung der stationären Versorgung besonders im ländlichen Raum Ausnahmen und erweiterte Kooperationen ermöglicht werden sollen. Dementsprechend wurden die Möglichkeiten zur Ausnahme von der Erfüllung von Qualitätskriterien in § 6a Absatz 4 KHG erweitert. Im Zusammenhang mit dieser Erweiterung der Ausnahme wird auch die Kooperationsmöglichkeit zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung erweitert. Demnach liegt es künftig im alleinigen Beurteilungsspielraum der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde, in welchen Fällen und unter welchen Voraussetzungen (bspw. PKW-Fahrzeitminuten) die Erfüllung von Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbänden zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich ist.

Zu Doppelbuchstabe dd

Aufgrund der Streichung der Leistungsgruppe 65 Notfallmedizin in Anlage 1 erfolgt auch die Streichung der gesetzlichen Konkretisierung des Anforderungsbereichs „Personelle Ausstattung“.

Zu Nummer 4 (§ 135f)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Streichung von § 135d Absatz 3 Satz 3 und 4 SGB V.

Zu Buchstabe b

Mit der Änderung wird klargestellt, dass Mindestvorhaltezahlen nicht nur für die nach Anlage 1 zu § 135e maßgeblichen und von den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden zugewiesenen Leistungsgruppen gelten, sondern auch für die Leistungsgruppen, die gemäß § 6a Absatz 1 Satz 8 Nummer 2 KHG als zugewiesen gelten.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit der Änderung wird klargestellt, dass Mindestvorhaltezahlen nicht nur für die nach Anlage 1 zu § 135e maßgeblichen und von den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden zugewiesenen Leistungsgruppen gelten, sondern auch für die Leistungsgruppen, die gemäß § 6a Absatz 1 Satz 8 Nummer 2 KHG als zugewiesen gelten.

Zu Doppelbuchstabe bb

Infolge der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr wird auch die Frist für den Erlass der Rechtsverordnung um ein Jahr verschoben. Diese Änderung erfolgt somit im Einklang mit der Anpassung der weiteren Fristen zur Umsetzung der Krankenhausreform. Der Zeitpunkt des Inkrafttretens wird in der Rechtsverordnung geregelt.

Zu Nummer 5 (§ 136a)

Bei der Streichung des Verweises auf § 136 Absatz 1 SGB V handelt es sich um eine rechtstechnische Klarstellung. § 136a Absatz 7 SGB V stellt eine Spezialermächtigung für einen ausgewählten Bereich (Festlegung von Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Versorgung in hebammengeleiteten Kreißsälen) im Sinne einer eigenen Ermächtigungsgrundlage dar, die keine Bezugnahme auf § 136 Absatz 1 SGB V erfordert. Es handelt sich um eine Grundlage für den Erhalt des Förderbetrags nach § 39 Absatz 2 Satz 3 KHG, mit dem die in der geburtshilflichen Versorgung bereits gut etablierten Strukturen für hebammengeleitete Kreißsäle sollen durch Positivanreize im Sinne einer finanziellen Förderung gestärkt werden sollen.

Die vom G-BA festzulegenden sektorbezogenen Vorgaben stellen dabei keine Mindestanforderungen im Sinne von § 137 Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 SGB V auf Grundlage des § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V dar.

Das in § 92 Absatz 7f SGB V geregelte Antrags- und Mitberatungsrecht der Länder sowie das in § 136 Absatz 3 SGB V geregelte Beteiligungsrecht der dort genannten Organisationen gelten auch hinsichtlich der Richtlinie nach § 136a Absatz 7 SGB V unmittelbar, da es sich um eine Richtlinie zur Qualitätssicherung nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V handelt.

Zu Nummer 6 (§ 136c)

Zu Buchstabe a

Bislang gilt für die vom InEK gemäß § 40 KHG vorzunehmende Auswahl von Krankenhausstandorten, die onkochirurgische Leistungen nur in geringem Umfang erbringen und daher zukünftig einem partiellen Abrechnungsverbot nach § 8 Absatz 4 Satz 6 KHEntgG unterliegen, eine einheitliche quantitative Vorgabe. Demnach hat das InEK die Krankenhausstandorte mit den wenigsten Fallzahlen in einem Indikationsbereich auszuwählen, die zusammen 15 Prozent aller Fälle aus dem Indikationsbereich umfassen. Der neue Absatz 2 ermöglicht ein differenziertes Vorgehen. Hierzu wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) die Möglichkeit eingeräumt, für Indikationsbereiche eine geringere Prozentzahl festzulegen als die ansonsten gesetzlich vorgesehenen 15 Prozent, sofern dies zur Aufrechterhaltung einer patienten- und bedarfsgerechten flächendeckenden Versorgung mit onkochirurgischen Leistungen zwingend erforderlich ist. Dadurch können bereichsspezifische Unterschiede des Versorgungsangebotes und bestehende Steuerungsansätze berücksichtigt werden. Insbesondere führt die Festlegung von Mindestmengen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 SGB V durch den G-BA in bestimmten Indikationsbereichen (insbesondere Brustkrebs) bereits zu einer Konzentration von Leistungen. Eine undifferenzierte Reduktion des Leistungsangebotes könnte die flächendeckende Versorgung gefährden. Bei einer Festlegung hat der G-BA für die Zuordnung von Fällen zu Indikationsbereichen eine zertifizierte Datenverarbeitungslösung zu verwenden. Hierdurch wird sichergestellt, dass der G-BA dieselbe Zuordnung von Fällen zu Indikationsbereichen vornimmt wie die Krankenhäuser bei der Umsetzung des partiellen Abrechnungsverbots. Dem Verband der Privaten Krankenversicherung, der Bundesärztekammer sowie den Berufsorganisationen der Pflegeberufe wird ein Beteiligungsrecht eingeräumt. Dies umfasst das Recht auf Teilnahme an den und unmittelbare Einbringung in die Beratungen des G-BA. Dem InEK und den betroffenen medizinischen Fachgesellschaften, insbesondere der Deutschen Krebsgesellschaft, ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, damit deren jeweilige Expertise einfließen kann und die Festlegungen fachliche Anforderungen angemessen berücksichtigen. Relevante Aspekte sind hier insbesondere übergreifende, über die chirurgische Versorgung hinausgehende onkologische Versorgungskonzepte und bestehende onkologische Zertifizierungssysteme, wie die der Deutschen Krebsgesellschaft. Die Stellungnahmen sind in die Beschlussfassung einzubeziehen. Darüber hinaus haben die Länder ein Antrags- und Mitberatungsrecht bei einem Beschluss nach Absatz 2 gemäß § 92 Absatz 7f. Dies umfasst unter anderem das

Recht, Beratungsgegenstände auf die Tagesordnung setzen zu lassen und bei der Beschlussfassung anwesend zu sein. Dadurch können die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden Planungsaspekte und Versorgungskonzepte in den Prozess einfließen lassen. Auch besteht ein Einvernehmensefordernis bei Entscheidungen über die Einrichtung einer Arbeitsgruppe und die Bestellung von Sachverständigen durch einen Unterausschuss. Zudem wird der G-BA verpflichtet, vor seiner Beschlussfassung eine Folgenabschätzung durchzuführen und deren Ergebnisse bei seiner Beschlussfassung zu berücksichtigen. Um die empirische Grundlage zu erweitern, auf der der G-BA seine Festlegung trifft, wird ihm das Recht eingeräumt, beim InEK Auswertungen der Daten einzuholen, die die Krankenhäuser gemäß § 21 Absatz 1 und 3b der vom InEK geführten Datenstelle übermitteln. Diese Anpassungen erhöhen die Rechtssicherheit der Regelungen, da sie die Versorgungsrealität stärker in Betracht ziehen und Differenzierungen erlauben.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des Absatzes 2, mit der auch für diesen zum Wirksamwerden eine entsprechende Geltung von § 94 angeordnet wird. Damit ist ein nach Absatz 2 vom G-BA gefasster Beschluss dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen, das den Beschluss gemäß § 94 Absatz 1 prüft. Dabei haben Klagen gegen Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit keine aufschiebende Wirkung. Der Beschluss ist im Bundesanzeiger und die tragenden Gründe sind im Internet zu veröffentlichen.

Zu Nummer 7 (§ 221)

Es handelt sich um Folgeänderungen zu der Umstellung der Finanzierung des Transformationsfonds nach § 12b Absatz 1 KHG, die auf der Grundlage des Koalitionsvertrages für die 21. Legislaturperiode erfolgt. Bisher war vorgesehen, dass für die Förderung aus dem Transformationsfonds in den Jahren 2026 bis 2035 bis zu 25 Mrd. Euro (bis zu 2,5 Mrd. Euro pro Jahr.) aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt werden. Da nun in § 12b Absatz 1 KHG geregelt wird, dass dem Transformationsfonds dieser Betrag aus Mitteln des Bundes zur Verfügung gestellt wird, können die den Transformationsfonds betreffenden Passagen entfallen.

Zu Nummer 8 (§ 271)

Zu Buchstabe a

Zu Satz 3 und 4:

Die Höhe der aktuellen gesetzlichen Mindestreserve der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds sichert die unterjährige Liquidität nicht mehr ausreichend ab. Um zu vermeiden, dass unterjährige Liquiditätshilfen des Bundes zur Regel werden, wird in Satz 3 die Mindestreserve von 20 auf 22,5 Prozent einer Monatsausgabe des Gesundheitsfonds angehoben. Gleichzeitig erfolgt in Satz 4 eine Anhebung der Obergrenze der Liquiditätsreserve auf 30 Prozent einer Monatsausgabe. Der für die Mindestreserve zugrunde gelegte Wert von 22,5 Prozent entspricht dabei drei Vierteln des für die Obergrenze festgelegten Wertes von 30 Prozent. Dadurch können unterjährige Schwankungen in den Einnahmen und nicht vorhergesehene Belastungen im Gesundheitsfonds angemessen abgesichert werden. Gleichzeitig werden nicht mehr Beitragsmittel als nötig im Gesundheitsfonds gebunden.

Um steigende Liquiditätsanforderungen aus dem Einkommensausgleich ebenfalls zu berücksichtigen, wird zusätzlich zur Anhebung der Mindestreserve und Obergrenze in Satz 3 und Satz 4 die Definition dahingehend angepasst, dass die notwendigen Aufwendungen für die Mittel nach § 270a Absatz 2, also die Beträge aus den Zusatzbeiträgen der Krankenkassen in der Höhe, die sich aus dem Einkommensausgleich ergeben, bei der Berechnung der Mindestreserve und der Obergrenze mitberücksichtigt werden.

Zu Satz 5:

Um die Belastungen der Krankenkassen für die Aufstockung der Mittel in der Liquiditätsreserve zu mindern, erfolgt ein schrittweiser Aufbau. Mit der Neufassung von Satz 5 wird sichergestellt, dass ab dem Geschäftsjahr 2026 zunächst nur die Anhebung der Mindestreserve und der Obergrenze umgesetzt wird. Ab dem Geschäftsjahr 2027 erfolgt zusätzlich die Berücksichtigung der Aufwendungen für die Mittel nach § 270a Absatz 2, also um die Beträge aus den Zusatzbeiträgen der Krankenkassen in der Höhe, die sich aus dem Einkommensausgleich ergeben.

Der bisherige Satz 5 entfällt als Folgeänderung zu der Umstellung der Finanzierung des Transformationsfonds nach § 12b Absatz 1 KHG, die auf der Grundlage des Koalitionsvertrages für die 21. Legislaturperiode erfolgt.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um Folgeänderungen zu der Umstellung der Finanzierung des Transformationsfonds nach § 12b Absatz 1 KHG, die auf der Grundlage des Koalitionsvertrages für die 21. Legislaturperiode erfolgt. Bisher war vorgesehen, dass für die Förderung aus dem Transformationsfonds in den Jahren 2026 bis 2035 bis zu 25 Mrd. Euro (bis zu 2,5 Mrd. Euro pro Jahr) aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt werden. Da nun in § 12b Absatz 1 KHG geregelt wird, dass dem Transformationsfonds dieser Betrag aus Mitteln des Bundes zur Verfügung gestellt wird, können die den Transformationsfonds betreffenden Passagen entfallen.

Zu Nummer 9 (§ 275a)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der durchgängigen Streichung des Verweises auf Einbeziehung der Erfüllung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) als Qualitätskriterium in der Anlage 1.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa und bb

Es erfolgen Fristenanpassungen, um den Ländern ausreichend Zeit zur Umsetzung ihrer Planungen auch auf Grundlage der Anpassungen bei Leistungsgruppen und Qualitätskriterien durch dieses Gesetz einzuräumen. Die Fristen für die Beauftragung der erstmaligen Leistungsgruppenprüfungen durch den Medizinischen Dienst wird entsprechend auf den 31. Dezember 2025 verschoben. Der Abschluss der Prüfungen hat bis zum 31. Juli 2026 zu erfolgen. Die Fristenanpassungen ermöglichen, dass die Entscheidungen der Länder zur Zuweisung von Leistungsgruppen, die voraussichtlich zum 1. Januar 2027 erfolgen, durch die Prüfungen des Medizinischen Dienstes und dessen Gutachten angemessen vorbereitet werden.

Zu Buchstabe c und d

Die Regelungen zielen darauf ab, das zwischen den Krankenhäusern und dem Medizinischen Dienst etablierte verwaltungsrechtliche Verfahren der Beantragung einer Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale entsprechend im Wortlaut abzubilden. Ein Auftragsverhältnis im Sinne von § 662 des Bürgerlichen Gesetzbuches kommt zwischen den Krankenhäusern und dem Medizinischen Dienst nicht zustande. Krankenhäuser können vielmehr standortbezogen einen Antrag auf Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale beim Medizinischen Dienst stellen, der auf den Erlass eines Verwaltungsaktes durch den Medizinischen

Dienst in Gestalt eines Bescheides über das Ergebnis der Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale gerichtet ist (Absatz 6 Satz 2).

Zu Buchstabe e

Mit der vorgenommenen Änderung erfolgt eine Verweiskorrektur.

Zu Nummer 10 (§ 278)

Mit der Regelung wird ein Fehlverweis gestrichen.

Zu Nummer 11 (§ 283)

Eine einheitliche Abbildung der Prozesse der in den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 1 enthaltenen Regelungen ist zugunsten einer größeren Effizienz und Vergleichbarkeit wünschenswert. Dies umfasst auch digitale Prozesse, die verstärkt genutzt und gefördert werden sollen.

Zu Nummer 12 (§ 427)

Mit der Änderung wird dem Anliegen nach einer frühen ersten Bewertung der Leistungsgruppeneinteilung und der weiteren im Zuge der Umsetzung des KHVVG gewonnenen Erkenntnisse Rechnung getragen. Trotz der zu diesem Zeitpunkt voraussichtlich eingeschränkten Aussagekraft der Erkenntnisse zu den einzelnen Punkten in Satz 1 Nummern 1 bis 4 bietet ein solch früher Untersuchungszeitpunkt die Möglichkeit, unmittelbar zu Beginn der Einführung der Vorhaltevergütung erste Rückschlüsse aus der bestehenden Leistungsgruppeneinteilung zu ziehen, bei dem auch die Länder die ihnen vorliegenden Erkenntnisse einbringen können.

Zu Nummer 13 (Anlage 1 neu)

Die Anlage zu § 135e wird neu gefasst. Unter der Einbeziehung der Empfehlungen des gemäß Absatz 3 eingerichteten Leistungsgruppen-Ausschusses wurden in einigen Leistungsgruppen die Qualitätsvorgaben verändert.

Zum Anforderungsbereich „Erbringung verwandter LG“

Die gesetzlichen Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten von Fachkrankenhäusern sollen vereinheitlicht werden. Die Sonderregelungen für Fachkrankenhäuser sowie der Verweis auf Fachkrankenhäuser, die nicht von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugordnet wurden, werden in den jeweils relevanten LG gestrichen. Hierbei handelt es sich um eine Folgeänderung zu der Streichung des § 135e Absatz 4 Satz 2 Nummer 4.

Zum Anforderungsbereich „Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen“

Der Verweis auf die Einbeziehung der Erfüllung der PpUGV als Qualitätskriterium wird durchgängig gestrichen. Die in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen für die pflegesensitiven Bereiche in Krankenhäusern gelten verbindlich und sind von den Krankenhäusern stets einzuhalten, sodass im Sinne des Abbaus von Bürokratie eine Prüfung des Medizinischen Dienstes entbehrlich ist.

Die Verweise sowie die Daten der letztmaligen Änderung von Beschlüssen des G-BA wurde im Anforderungsbereich Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen in den jeweils relevanten LG angepasst.

Zu Leistungsgruppe Nummer 1

Die Mindestanforderung an die Zeiten, in der die Krankenhäuser die Leistung Endoskopie vorhalten müssen, wird im Anforderungsbereich „Sachliche Ausstattung“ auf täglich acht Stunden festgelegt. Durch die vom Leistungsgruppen-Ausschuss empfohlene Änderung wird den Krankenhäusern eine größere Flexibilität in ihrer Planung, insbesondere hinsichtlich des für eine Endoskopie (Vor-, Nachbereitung sowie Durchführung) erforderlichen Personals, ermöglicht, ohne die Versorgungssicherheit von Patientinnen und Patienten einzuschränken.

Zu Leistungsgruppe Nummer 2

Die Änderungen sind Empfehlungen des Leistungsgruppen-Ausschusses. Den besonderen Anforderungen an die Qualitätskriterien bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen soll besser Rechnung getragen werden.

Zu Leistungsgruppe Nummer 3

Die Leistungsgruppe 3 Infektiologie wird gestrichen. Um die Gesamtsystematik zu erhalten, bleibt die Ziffer 3 erhalten, die Leistungsgruppe ansonsten als „nicht belegt“ bezeichnet.

Zu Leistungsgruppe Nummer 6

Im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppe“ in der Spalte „Kooperation“ werden die Leistungsgruppe 8 Stammzellentransplantation sowie die Leistungsgruppe 9 Leukämie und Lymphome auf Empfehlung des Leistungsgruppen-Ausschusses gestrichen, da sie für die Erbringung der Leistungsgruppe 6 Komplexe Pneumologie fachlich nicht zwingend erforderlich sind.

Zu Leistungsgruppe Nummer 7

Auf Empfehlung des Leistungsgruppen-Ausschusses wird im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter LG“ in der Spalte „Standort“ die Leistungsgruppe 14 Allgemeine Chirurgie ergänzt sowie die Aufzählung der endoprothetischen Leistungsgruppen ersatzlos gestrichen, um dem Anforderungsbereich der Leistungsgruppe 7 Komplexe Rheumatologie fachlich besser Rechnung zu tragen.

Zu Leistungsgruppe Nummer 10

Im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter LG“ wird die Leistungsgruppe 13 Minimalinvasive Herzklappenintervention als weitere Alternative sowohl in die Aufzählung der Mindestvoraussetzung in der Spalte „Kooperation“ als auch als weiteres Auswahlkriterium in der Spalte „Standort“ aufgenommen, da sie die Leistungsgruppe 10 EPU / Ablation sachgerecht und systematisch sinnvoll ergänzt.

Zu Leistungsgruppe Nummer 11

Im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter LG“ wird die Leistungsgruppe 13 Minimalinvasive Herzklappenintervention als weitere Alternative sowohl in die Aufzählung der Mindestvoraussetzung in der Spalte „Kooperation“ als auch als weiteres Auswahlkriterium in der Spalte „Standort“ aufgenommen, da sie die Leistungsgruppe 11 Interventionelle Kardiologie sachgerecht und systematisch sinnvoll ergänzt.

Zu Leistungsgruppe Nummer 12

Im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter LG“ wird auf Empfehlung des Leistungsgruppen-Ausschusses die Leistungsgruppe 13 Minimalinvasive Herzklappenintervention als weitere Alternative sowohl in die Aufzählung der Mindestvoraussetzung in der Spalte „Kooperation“ als auch als weiteres Auswahlkriterium in der Spalte „Standort“ aufgenom-

men, da sie die Leistungsgruppe 12 Kardiale Devices sachgerecht und systematisch sinnvoll ergänzt.

Zu Leistungsgruppe Nummer 14

Die Qualitätskriterien im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung in der Spalte „Verfügbarkeit“ werden auf Empfehlung des Leistungsgruppen-Ausschusses angepasst. Es gilt nunmehr eine „2 zu 1 Regel“, ein Facharzt für Allgemeinchirurgie kann durch 2 FA (1 FA für Orthopädie- und Unfallchirurgie sowie 1 FA für Viszeralchirurgie) ersetzt werden.

Zu Leistungsgruppe Nummer 16

Die Leistungsgruppe 16 Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie wird gestrichen. Um die Gesamtsystematik zu erhalten, bleibt die Ziffer 16 erhalten, die Leistungsgruppe ansonsten als „nicht belegt“ bezeichnet.

Zu Leistungsgruppe Nummer 19

Im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter LG“ werden die Leistungsgruppe 13 Minimalinvasive Herzklappenintervention und Leistungsgruppe 12 Kardiale Devices als weitere Alternativen sowohl in die Aufzählung der Mindestvoraussetzung in die Spalte „Kooperation“ als auch als weiteres Auswahlkriterium in die Spalte „Standort“ aufgenommen, da sie die Leistungsgruppe 19 Carotis operativ / interventionell sachgerecht und systematisch sinnvoll ergänzen.

Auf Empfehlung des Leistungsgruppen-Ausschusses wird im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter LG“ in der Spalte „Standort“ die Leistungsgruppe Neuro Frühreha (Neurologisch-Neurochirurgische Frührehabilitation (NNF), Phase B) ersatzlos gestrichen, da diese Leistungsgruppe bereits auch als alternative Mindestvoraussetzung in der Spalte „Standort“ benannt ist.

Zu Leistungsgruppe Nummer 20

Im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter LG“ werden die Leistungsgruppe 13 Minimalinvasive Herzklappenintervention und Leistungsgruppe 12 Kardiale Devices als weitere Alternativen sowohl in die Aufzählung der Mindestvoraussetzung in der Spalte „Kooperation“ als auch als weiteres Auswahlkriterium in die Spalte „Standort“ aufgenommen, da sie die Leistungsgruppe 20 Komplexe periphere arterielle Gefäße sachgerecht und systematisch sinnvoll ergänzen.

Zu Leistungsgruppe Nummer 24

Im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ in der Spalte „Qualifikation“ wird das Wort „oder“ gestrichen, da die Systematik bereits von einer alternativen Erfüllung dieser Anforderungen ausgeht.

Zu Leistungsgruppe Nummer 27

In der Leistungsgruppe 27 Spezielle Traumatologie wird im Anforderungsbereich „Sachliche Ausstattung“ das Qualitätskriterium Blutdepot gestrichen. Diese Änderung hat der Leistungsgruppen-Ausschuss empfohlen. Die Versorgungssicherheit für Blutpräparate obliegt den Krankenhäusern dem Grunde nach, sodass es keiner weiteren Konkretisierung bedarf.

Im Anforderungsbereich „Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen“ wird der Verweis auf die aktuelle Fassung des Verletzungsverfahrens (VAV) angepasst.

Zu Leistungsgruppe Nummer 29

Die Leistungsgruppe 8 Stammzellentransplantation sowie die Leistungsgruppe 9 Leukämie und Lymphome werden auf Empfehlung des Leistungsgruppen-Ausschusses im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppe“ sowohl als Mindestvoraussetzung in der Spalte „Kooperation“ als auch als Auswahlkriterium in der Spalte „Standort“ gestrichen, da sie für die Erbringung der Leistungsgruppe 29 Thoraxchirurgie fachlich nicht zwingend erforderlich sind.

Zu Leistungsgruppe Nummer 31

Die Leistungsgruppe 8 Stammzellentransplantation sowie die Leistungsgruppe 9 Leukämie und Lymphome werden auf Empfehlung des Leistungsgruppen-Ausschusses im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppe“ sowohl als Mindestvoraussetzung in der Spalte „Kooperation“ als auch als Auswahlkriterium in der Spalte „Standort“ gestrichen, da sie für die Erbringung der Leistungsgruppe 31 Lebereingriffe fachlich nicht zwingend erforderlich sind.

Zu Leistungsgruppe Nummer 32

Die Leistungsgruppe 8 Stammzellentransplantation sowie die Leistungsgruppe 9 Leukämie und Lymphome werden auf Empfehlung des Leistungsgruppen-Ausschusses im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppe“ sowohl als Mindestvoraussetzung in der Spalte „Kooperation“ als auch als Auswahlkriterium in der Spalte „Standort“ gestrichen, da sie für die Erbringung der Leistungsgruppe 32 Ösophaguseingriffe fachlich nicht zwingend erforderlich sind.

In dem Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ in der Spalte „Qualifikation“ wird ein Absatz zwischen FA Viszeralchirurgie und ZW Spezielle Viszeralchirurgie eingefügt. Somit wird die Empfehlung des Leistungsgruppen-Ausschusses umgesetzt, dass bereits die Qualifikation Facharzt Viszeralchirurgie ausreicht, um das Qualitätskriterium zu erfüllen. Bei der Aufzählung handelt es sich um 3 selbständige Alternativen.

Zu Leistungsgruppe Nummer 33

Die Leistungsgruppe 8 Stammzellentransplantation sowie die Leistungsgruppe 9 Leukämie und Lymphome werden auf Empfehlung des Leistungsgruppen-Ausschusses im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppe“ sowohl als Mindestvoraussetzung in der Spalte „Kooperation“ als auch als Auswahlkriterium in der Spalte „Standort“ gestrichen, da sie für die Erbringung der Leistungsgruppe 33 Pankreaseingriffe fachlich nicht zwingend erforderlich sind.

In dem Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ in der Spalte „Verfügbarkeit“ werden Änderungen hinsichtlich der Mindestvoraussetzungen der erforderlichen Qualifikationen vorgenommen, um die in der Spalte „Qualifikation“ Benannten adäquat zu berücksichtigen.

Zu Leistungsgruppe Nummer 34

Die Leistungsgruppe 8 Stammzellentransplantation sowie die Leistungsgruppe 9 Leukämie und Lymphome werden auf Empfehlung des Leistungsgruppen-Ausschusses im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppe“ sowohl als Mindestvoraussetzung in der Spalte „Kooperation“ als auch als Auswahlkriterium in der Spalte „Standort“ gestrichen, da sie für die Erbringung der Leistungsgruppe 34 Tiefe Rektumeingriffe fachlich nicht zwingend erforderlich sind.

Zu Leistungsgruppe Nummer 36

In der Leistungsgruppe 36 Haut- und Geschlechtskrankheiten wird im Anforderungsbereich „Sachliche Ausstattung“ Balneophototherapie gestrichen. Diese Änderung hat der Leistungsgruppen-Ausschuss empfohlen, da die Streichung zu keiner Verminderung der Qua-

lität der Krankenhausversorgung führt. Von der Streichung unbenommen bleibt die Möglichkeit der Krankenhäuser Balneophototherapie anzubieten und durchzuführen.

Zu Leistungsgruppe Nummer 37

In der Leistungsgruppe 37 MKG wird im Anforderungsbereich „Sachliche Ausstattung“ Panendoskop gestrichen. Diese Änderung hat der Leistungsgruppen-Ausschuss empfohlen, da die Streichung zu keiner Verminderung der Qualität der Krankenhausversorgung führt. Von der Streichung unbenommen bleibt die Möglichkeit der Krankenhäuser Panendoskope zu verwenden.

Zu Leistungsgruppe Nummer 38

Im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppe“ in der Spalte „Kooperation“ werden die Leistungsgruppe 8 Stammzellentransplantation sowie die Leistungsgruppe 9 Leukämie und Lymphome auf Empfehlung des Leistungsgruppen-Ausschusses gestrichen, da sie für die Erbringung der Leistungsgruppe 38 Urologie fachlich nicht zwingend erforderlich sind.

Zu Leistungsgruppe Nummer 39

Im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter LG“ in der Spalte „Standort“ wird die in der Zeile Auswahlkriterium als Alternative benannte Leistungsgruppe 30 Bariatrische Chirurgie auf Empfehlung des Leistungsgruppen-Ausschusses gestrichen, da sie für die Erbringung der Leistungsgruppe 39 Allgemeine Frauenheilkunde fachlich nicht zwingend erforderlich sind.

Zu Leistungsgruppe Nummer 40

Im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppe“ in der Spalte „Standort“ werden die Leistungsgruppe 8 Stammzellentransplantation, die Leistungsgruppe 9 Leukämie und Lymphome sowie die Leistungsgruppe 30 Bariatrische Chirurgie auf Empfehlung des Leistungsgruppen-Ausschusses gestrichen, da sie für die Erbringung der Leistungsgruppe 40 Ovarial-CA fachlich nicht zwingend erforderlich sind.

Zu Leistungsgruppe Nummer 47

Die Inhalte der Leistungsgruppe 47 Spezielle Kinder- und Jugendmedizin werden ersatzlos gestrichen. Um die Gesamtsystematik zu erhalten, bleibt die Ziffer 47 erhalten, die Leistungsgruppe ansonsten als „nicht belegt“ bezeichnet.

Zu Leistungsgruppe Nummer 52

Auf Empfehlung des Leistungsgruppen-Ausschusses werden im Anforderungsbereich „Sachliche Ausstattung“ Elektroenzephalogramm (EEG), Elektromyographie (EMG) und Elektroneurographie (ENG) für die Leistungsgruppe 52 Neurochirurgie gestrichen, da diese Untersuchungen als Qualitätskriterium bereits auch der LG 53 Allgemeine Neurologie zugeordnet sind.

Zu Leistungsgruppe Nummer 53

Es werden die folgenden Empfehlungen des Leistungsgruppen-Ausschusses umgesetzt: Im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter LG“ werden die Leistungsgruppe 11 Minimalinvasive Herzklappenintervention und Leistungsgruppe 12 Kardiale Devices als weitere Auswahlkriterien in die Spalte „Standort“ aufgenommen, da sie die Leistungsgruppe 53 Allgemeine Neurologie sachgerecht und systematisch sinnvoll ergänzen.

Im Anforderungsbereich „Sachliche Ausstattung“ wird Polysomnographie gestrichen, da dieses diagnostische Verfahren auch ambulant durchgeführt werden kann.

Im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ wird in der Spalte „Qualifikation“ das Erfordernis Facharzt Neurologie gestrichen. Die Bezugnahme auf die Zusatzweiterbildungen bleibt bestehen, sodass die erforderliche fachliche Qualifikation gewährleistet ist und auch andere Facharztbezeichnung mit den entsprechenden Zusatzweiterbildungen berücksichtigt werden können.

Zu Leistungsgruppe Nummer 54

Auf Empfehlung des Leistungsgruppen-Ausschusses wird im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter LG“ in der Spalte „Standort“ die Leistungsgruppe Allgemeine Innere Medizin als Mindestvoraussetzung gestrichen. Die beiden verbleibenden Leistungsgruppen sind ausreichend, um eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung sicherzustellen.

Zu Leistungsgruppe Nummer 56

Im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ werden sowohl in der Spalte „Qualifikation“ als auch in der Spalte „Verfügbarkeit“ die Facharztbezeichnungen gestrichen und Schwerpunkt Geriatrie oder FA Innere Medizin und Geriatrie aufgenommen. Hiermit soll klargestellt werden, dass – neben der verbleibenden ZW Geriatrie – auch alle anderen Qualifikationen, die geeignet sind eine hohe geriatrische Patientenversorgung fachlich sicherzustellen, berücksichtigt werden können.

Auf Empfehlung des Leistungsgruppen-Ausschusses wird zudem im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter LG“ in der Spalte „Kooperation“ als Auswahlkriterium die Leistungsgruppe 28 Wirbelsäuleneingriff aufgenommen.

Zu Leistungsgruppe Nummer 58

Im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter LG“ wird in der Spalte „Standort“ ergänzt, dass mindestens eine der dort genannten Leistungsgruppen als Auswahlkriterium vorgehalten werden sollte. Aufgrund der Komplexität der Leistungsgruppe 58 Darmtransplantation ist die Ergänzung auch sachgerecht.

Zu Leistungsgruppe Nummer 59

Im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter LG“ werden die Leistungsgruppe 11 Minimalinvasive Herzklappenintervention und Leistungsgruppe 12 Kardiale Devices als weitere Alternativen in die Aufzählung der Mindestvoraussetzung in der Spalte „Standort“ aufgenommen, da sie die Leistungsgruppe 59 Herztransplantation sachgerecht und systematisch sinnvoll ergänzen.

Zu Leistungsgruppe Nummer 65

Die Leistungsgruppe 65 Notfallmedizin wird gestrichen. Um die Gesamtsystematik zu erhalten, bleibt die Ziffer 65 erhalten, die Leistungsgruppe ansonsten als „nicht belegt“ bezeichnet.

Zu Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Zu Nummer 1 (§ 2a)

Durch die Änderung wird § 2a Absatz 4 ersetzt. Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung, mit der Satz 2 in einen Folgeabsatz hinter Satz 1 verschoben wird. Eine inhaltliche Änderung wird nicht vorgenommen.

Zu Nummer 2 (§ 6a)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Durch die Änderung wird § 6a Absatz 1 Satz 1 angepasst.

§ 6a Absatz 1 Satz 1 regelt die Zuweisung von Leistungsgruppen. Nach dem bisherigen Wortlaut der Vorschrift konnte die zuständige Landesbehörde einem nach § 108 Nummer 1 oder Nummer 2 SGB V zugelassenen Krankenhaus für einen Krankenhausstandort Leistungsgruppen zuweisen, wenn es an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für diese Leistungsgruppen maßgeblichen Qualitätskriterien erfüllt. Durch die Änderung wird die Regelung ausdrücklich auch auf Krankenhäuser erstreckt, die nach § 108 Nummer 4 SGB V zugelassen sind. Hierbei handelt es sich um Bundeswehrkrankenhäuser, die nach § 108 Nummer 4 Halbsatz 1 SGB V zur Krankenhausbehandlung zugelassen sind, soweit sie durch das Bundesministerium der Verteidigung (BMVg) im Einvernehmen mit der zuständigen Landesbehörde und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen dazu bestimmt wurden. Bis zu dieser Bestimmung gelten die Bundeswehrkrankenhäuser nach § 108 Nummer 4 Halbsatz 2 SGB V als dazu bestimmt, soweit sie am 1. Januar 2024 durch die Aufnahme in den Krankenhausplan eines Landes oder durch den Abschluss eines Versorgungsvertrags mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zugelassen waren.

Indem die Regelung des Absatz 1 Satz 1 ausdrücklich auch auf nach § 108 Nummer 4 SGB V zugelassene Krankenhäuser erstreckt wird, wird klargestellt, dass die Zuweisung einer Leistungsgruppe an Bundeswehrkrankenhäuser – wie für die anderen zugelassenen Krankenhäuser auch – die Erfüllung der Qualitätskriterien voraussetzt. Zwar gilt für Bundeswehrkrankenhäuser in Bezug auf die Zuweisung von Leistungsgruppen gemäß § 6a Absatz 3 Satz 1 eine Sonderregelung. Eine Ausnahme von der Erfüllung der Qualitätskriterien als Voraussetzung für die Zuweisung der Leistungsgruppen ist hierdurch aber nicht bezweckt. § 6a Absatz 3 Satz 1 regelt, dass Bundeswehrkrankenhäusern die Leistungsgruppen zugewiesen werden, für die sie nach den Vorgaben des BMVg zur Erfüllung ihres militärischen Auftrags Ressourcen vorhalten. Diese Regelung dient dazu, das Ermessen der zuständigen Landesbehörde in Bezug auf die Entscheidung, welche Leistungsgruppen einem Bundeswehrkrankenhaus zugewiesen werden, zu lenken. Die Regelung soll Bundeswehrkrankenhäuser jedoch nicht von dem Erfordernis befreien, die für diese Leistungsgruppen geltenden Qualitätskriterien zu erfüllen. Die besonderen Belange der Bundeswehrkrankenhäuser in Bezug auf die Erfüllung der Qualitätskriterien wurden durch § 6a Absatz 3 Satz 3 berücksichtigt, wonach Bundeswehrkrankenhäuser die für eine Leistungsgruppe als Qualitätskriterien festgelegten verwandten Leistungsgruppen in Kooperation erbringen dürfen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Regelung dient der Umsetzung der im Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode getroffenen Vereinbarung, dass in Ländern, die bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen zugewiesen haben, diese rechtswirksam bleiben und als Basis für die Vergütung genutzt werden. Durch die Änderung wird § 6a Absatz 1 Satz 8 ergänzt. Diese Vorschrift enthält eine gesetzliche Fiktion, wonach Leistungsgruppen in bestimmten Fällen als einem Krankenhaus zugewiesen im Sinne des Absatz 1 Satz 1 gelten. Dies betrifft einerseits Leistungsgruppen, die in einem wirksamen Versorgungsvertrag vereinbart wurden sowie andererseits – infolge der Ergänzung – Leistungsgruppen, die einem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort bis zum 31. Dezember 2024 nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesen worden sind. Hierbei handelt es sich um eine Übergangsregelung für Länder, die bereits vor dem Inkrafttreten des KHVG Leistungsgruppen eingeführt und ihre Krankenhausplanung auf dieser Grundlage umgesetzt haben. Das zwischenzeitliche Inkrafttreten des KHVG soll nicht dazu führen, dass diese bereits abgeschlossene Krankenhauspla-

nung sogleich wieder angepasst und die erfolgten Leistungsgruppenzuweisungen aufgehoben werden müssen. Insoweit findet das in § 275a SGB V geregelte Verfahren zum Nachweis der Erfüllung der Qualitätskriterien für diese Länder während der Übergangszeit für bereits zugewiesene Leistungsgruppen keine Anwendung. In vergütungsrechtlicher Hinsicht gelten für die Leistungsgruppen, die bis zum 31. Dezember 2024 nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesen worden sind, die allgemeinen Vorschriften des Krankenhausentgeltgesetzes. Krankenhäuser erhalten für diese Leistungsgruppen für mit bundesweit einheitlich kalkulierten DRG-Fallpauschalen vergütete Leistungen daher ein Vorhaltebudget gemäß § 6b Absatz 1 Satz 1 KHEntgG. Für Leistungsgruppen, die nach dem 31. Dezember 2024 zugewiesen werden, gelten ausnahmslos – d. h. auch in den zuvor genannten Ländern – die in Anlage 1 zum SGB V geregelten Leistungsgruppen und Qualitätskriterien, sowie das Nachweisverfahren gemäß § 275a SGB V.

Die zeitliche Geltung der Regelung in Absatz 1 Satz 8 Nummer 2 ist befristet bis zum 31. Dezember 2030. Ab dem Jahr 2031 erhalten Krankenhäuser ausschließlich ein Vorhaltebudget für die in Anlage 1 zum SGB V geregelten Leistungsgruppen. Rechtzeitig vor Ablauf der Übergangsregelung ist daher in allen betroffenen Ländern der Medizinische Dienst mit der Prüfung nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V der in Anlage 1 zum SGB V geregelten Qualitätskriterien zu beauftragen und eine Aufstellung über die in Anlage 1 zum SGB V geregelten zugewiesenen Leistungsgruppen an das InEK zu übermitteln.

Zu Buchstabe b

Durch die Änderung wird Absatz 2 Satz 3 gestrichen. Es handelt sich um eine rein redaktionelle Änderung. Der Regelungsgehalt des Absatz 2 Satz 3 ist bereits vollumfänglich in Absatz 2 Satz 2 enthalten, sodass sich durch die Streichung keine Änderung der Rechtslage ergibt.

Zu Buchstabe c

Die Regelung dient der Umsetzung der im Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode getroffenen Vereinbarung, dass die Länder zur Sicherstellung der stationären Versorgung besonders im ländlichen Raum erweiterte Möglichkeiten einer ausnahmsweisen Leistungsgruppenzuweisung erhalten sollen. Durch die Änderung wird § 6a Absatz 4 durch einen neuen Absatz ersetzt. Dieser regelt die Voraussetzungen für die Zuweisung einer Leistungsgruppe trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien.

Die Erfüllung der Qualitätskriterien wird nach § 6a Absatz 2 durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes nachgewiesen. Es handelt sich dabei um eine rein behördeninterne Maßnahme zur Vorbereitung der Zuweisungsentscheidung durch die zuständige Landesbehörde. Zwar ist das Gutachten des Medizinischen Dienstes für die Landesbehörde in Bezug auf die Frage der Erfüllung der Qualitätskriterien verbindlich. Eine Außenwirkung gegenüber dem von der Planungsentscheidung der Landesbehörde betroffenen Krankenhausträger folgt daraus jedoch nicht. Dem Krankenhausträger wird das Gutachten erst in seiner finalen Fassung nach § 275a Absatz 4 SGB V und zu rein informatischen Zwecken übermittelt. Die zuständige Landesbehörde verfügt ungeachtet des Gutachtens über planerische Gestaltungsmöglichkeiten in Bezug auf die Zuweisung von Leistungsgruppen. Stellt der Medizinische Dienst etwa fest, dass ein Krankenhaus die maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt, ist die Zuweisung der jeweiligen Leistungsgruppen dennoch im Rahmen einer Ausnahme zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zulässig. Diese Ausnahmeregelung wird durch die Änderung des Absatz 4 noch erweitert. Das Gutachten des Medizinischen Dienstes ist infolge der fehlenden Außenwirkung nicht selbstständig anfechtbar. Ein durch die Planungsentscheidung der Landesbehörde beschwerter Krankenhausträger muss vielmehr gegen diese Planungsentscheidung vorgehen. Das Ergebnis des Gutachtens über die Erfüllung der Qualitätskriterien wird in diesem Rahmen inzident überprüft.

Nach der bisherigen Regelung des Absatz 4 waren zur Beurteilung der Erforderlichkeit der Ausnahme verbindliche Erreichbarkeitsvorgaben vorgesehen. Diese Erreichbarkeitsvorgaben entfallen nunmehr. Stattdessen entscheiden die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden innerhalb ihres eigenen Beurteilungsspielraums, ob die Zuweisung einer Leistungsgruppe zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist. Dies kann insbesondere der Fall sein, wenn die begründete Annahme besteht, dass die an einem Krankenhausstandort erbrachten Leistungen nicht oder nur eingeschränkt durch andere in zumutbarer Entfernung erreichbare Krankenhäuser übernommen werden können. Die Beurteilung der Frage, ob Leistungen durch andere Krankenhäuser übernommen werden können und ob die Entfernung zwischen den Krankenhäusern zumutbar ist, obliegt der zuständigen Landesbehörde unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalls. Die Länder sollen dabei nach Möglichkeit eine bundeseinheitliche Umsetzung anstreben.

Zudem wird durch die Änderung ein weiterer Ausnahmetatbestand geregelt. Eine Zuweisung ist nach dem neuen Satz 1 Nummer 2 trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien auch dann zulässig, wenn der Betrieb des jeweiligen Krankenhausstandortes vollständig oder teilweise eingestellt wird und die Zuweisung der Leistungsgruppen für die Umsetzung der Betriebseinstellung zwingend erforderlich ist. Eine vollständige oder teilweise Einstellung des Betriebs liegt im Fall einer Betriebsänderung im Sinne des § 111 S. 3 Nr. 1 des Betriebsverfassungsgesetzes (BetrVG) vor. Es handelt sich dabei um eine Einschränkung oder Stilllegung des ganzen Betriebs oder wesentlicher Betriebsteile. Wird eine solche Umstrukturierung bzw. Schließung eines Krankenhausstandorts schrittweise vollzogen, können einzelne Qualitätskriterien, etwa in Bezug auf die Vorhaltung verwandter Leistungsgruppen oder personeller Ausstattung möglicherweise nicht mehr vollumfänglich erfüllt werden. Um einen geregelten Übergang zu gewährleisten, kann die Zuweisung von Leistungsgruppen dennoch im Einzelfall sachgerecht sein.

Die Zuweisung einer Leistungsgruppe im Rahmen einer Ausnahme ist nach Satz 3 auf höchstens drei Jahre zu befristen. Wurde die Leistungsgruppe im Fall des Satzes 1 Nummer 1 zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung zugewiesen, ist eine erneute Befristung von höchstens drei Jahren im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zulässig. Für den in Satz 1 Nummer 2 geregelten Ausnahmetatbestand zur Umsetzung einer Betriebseinstellung gilt dies nicht. Auch eine unbefristete Leistungsgruppenzuweisung nach Satz 4 ist für den Ausnahmetatbestand nach Satz 1 Nummer 2 ausgeschlossen. Anders als bei einer Ausnahme zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung nach Satz 1 Nummer 1 ist die Landesbehörde im Fall des Satz 1 Nummer 2 zudem nicht verpflichtet, Auflagen zur Qualitätssteigerung zu erteilen. Da durch die Ausnahme nach Satz 1 Nummer 2 lediglich die strukturierte Abwicklung des Betriebs ermöglicht werden soll, wäre eine gleichzeitige Verpflichtung zur Qualitätssteigerung, die in der Regel mit einem Aufbau personeller oder sachlicher Kapazitäten einhergeht, nicht sachgerecht.

Vor der Entscheidung, Leistungsgruppen im Rahmen einer Ausnahme zuzuweisen, hat die zuständige Landesbehörde nach Satz 2 zu prüfen, ob die Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbänden erfüllt werden können. Hierdurch soll gewährleistet werden, dass vor einer Zuweisung trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien sämtliche Mittel zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung ausgeschöpft werden. War die Erfüllung der Qualitätskriterien in Kooperationen oder Verbänden bereits Gegenstand der Prüfung des Medizinischen Dienstes, ist eine erneute Prüfung nach Satz 2 nicht erforderlich.

Zu Buchstabe d

Zu Doppelbuchstabe aa

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu der Änderung des Absatz 4.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu der Änderung des Absatz 4.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Änderung in § 6a Absatz 1 Satz 8, mit der eine Übergangsregelung für Länder geschaffen wird, die bereits vor Inkrafttreten des KHVVG Leistungsgruppen eingeführt haben. Diese Leistungsgruppenzuweisungen sollen auch nach Inkrafttreten des KHVVG für eine Übergangszeit aufrechterhalten werden können und nicht sogleich wieder aufgehoben werden müssen. Vor diesem Hintergrund wird auch Absatz 5, der die Aufhebung von Leistungsgruppenzuweisungen regelt, angepasst. Danach gilt Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 und 3 nicht für Leistungsgruppen, die einem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort bis zum 31. Dezember 2024 nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesen worden sind.

Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 sieht vor, dass eine Leistungsgruppe unverzüglich aufzuheben ist, wenn das Krankenhaus an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt. Die mit dem KHVVG eingeführten Qualitätskriterien ergeben sich aus Anlage 1 zum SGB V. Für die landesrechtlich geregelten Leistungsgruppen gelten jedoch eigene Qualitätskriterien. Eine Nichterfüllung der in Anlage 1 geregelten Qualitätskriterien soll nicht zur Aufhebung der zugewiesenen landesrechtlich geregelten Leistungsgruppen führen. Dies wird durch die Änderung klargestellt.

Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 sieht vor, dass eine Leistungsgruppe unverzüglich aufzuheben ist, wenn die Übermittlung des letzten Gutachtens des Medizinischen Dienstes länger als zwei, bzw. drei Jahre zurückliegt. Die Vorgabe, die Erfüllung der Qualitätskriterien durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes nachzuweisen, gilt jedoch nur für die in Anlage 1 zum SGB V geregelten Leistungsgruppen. Für die landesrechtlich geregelten Leistungsgruppen gelten eigene Verfahren zum Nachweis über die Erfüllung der jeweiligen Qualitätskriterien. Das Erfordernis, in regelmäßigen zeitlichen Abständen ein Gutachten des Medizinischen Dienstes zu übermitteln, soll nicht zur Aufhebung der zugewiesenen landesrechtlich geregelten Leistungsgruppen führen. Auch dies wird durch die Änderung klargestellt.

Zu Buchstabe e

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit der Änderung wird die Frist zur Erfüllung der in § 6a Absatz 6 Satz 1 geregelten Übermittlungspflicht angepasst. Die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden haben dem InEK danach jährlich Daten zu übermitteln, die es zur Berechnung des Anteils der Krankenhäuser an der Vorhaltevergütung benötigt. Da die budgetneutrale Phase im Rahmen der Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr bis einschließlich 2027 verlängert wird, wird auch die Frist zur Erfüllung der Übermittlungspflicht der Landesbehörden angepasst. Statt einer erstmaligen Übermittlung bis zum 31. Oktober 2026, sind die in Absatz 6 Satz 1 genannten Daten erstmals bis zum 30. September 2027 zu übermitteln. In den nachfolgenden Jahren sind die Daten für das Folgejahr jeweils bis zum 30. September des laufenden Kalenderjahres zu übermitteln.

Gegenstand der Übermittlung ist nach Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 zum Beispiel eine Aufstellung über die den Krankenhäusern je Krankenhausstandort zugewiesenen Leistungsgruppen. Dies beinhaltet ausschließlich Leistungsgruppen, die innerhalb der Übermittlungsfrist, d. h. bis zum 30. September eines Kalenderjahres, durch die Bekanntgabe eines entsprechenden Bescheids zugewiesen worden sind. Durch eine Meldung von lediglich geplanten Leistungsgruppenzuweisungen, über die erst künftig ein Bescheid erteilt wird, wird die Übermittlungsfrist nicht gewahrt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Einführung der Vorhaltevergütung wird um ein Jahr verschoben. Die Jahre 2026 und 2027 stellen budgetneutrale Jahre dar und in den Jahren 2028 und 2029 wird mittels einer Konvergenz die Vorhaltevergütung eingeführt. In der Folge ist auch die erstmalige verpflichtende Datenübermittlung von den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zu verschieben. Trotz der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung sollen die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden die Möglichkeit haben, die in Satz 1 genannten Daten bereits zum 31. Dezember 2025 an das InEK zu übermitteln, um den Krankenhäusern eine in § 37 Absatz 5 Satz 2 genannte Übermittlung einer Information über die Höhe der Vorhaltevolumina für das Kalenderjahr 2026 zu ermöglichen. Mit der Regelung wird diese Möglichkeit der Übermittlung einer Information den Krankenhäusern auch für das Kalenderjahr 2027 eingeräumt. Die Frist hierfür wird analog auf den 31. Dezember 2026 festgelegt.

Zu Buchstabe f

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung zur Anpassung eines Verweises.

Zu Nummer 3 (§ 6b)

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Änderung in § 38 Absatz 1. Da die Einführung der Zuschläge für die Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben nach § 38 Absatz 1 um ein Jahr verschoben wird, verschiebt sich auch die in § 6b Satz 8 geregelte Frist für die Meldung der Zuweisung dieser Aufgaben an das InEK. Die Meldefrist wird zudem vom 31. Oktober eines Kalenderjahres auf den 30. September eines Kalenderjahres verschoben. Hierdurch wird vor dem Hintergrund der ebenfalls geänderten Meldefrist nach § 6a Absatz 6 Satz 1 eine Vereinheitlichung der zeitlichen Abläufe erreicht.

Zu Nummer 4 (§ 12b)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Änderungen in Absatz 1 erfolgen auf der Grundlage des Koalitionsvertrages für die 21. Legislaturperiode. Bisher war vorgesehen, dass für die Förderung aus dem Transformationsfonds in den Jahren 2026 bis 2035 bis zu 25 Mrd. Euro (bis zu 2,5 Mrd. Euro pro Jahr) aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und damit aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung gestellt werden. Diese Finanzierungsregelung stand in der Kritik. Im Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode wurde vereinbart, den Betrag, der aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert werden sollte, aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität zu finanzieren. Die jährlichen Teilbeträge von 2,5 Milliarden Euro sind in den Jahren 2027 bis 2035 jeweils zum 15. Januar eines Jahres durch den Bund an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zu überweisen. Aufgrund des Inkrafttretens dieses Gesetzes sind hiervon abweichend im Jahr 2026, dem ersten Jahr der Laufzeit des Transformationsfonds, die Mittel von 2,5 Milliarden Euro erst zum 1. April 2026 an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zu überweisen. Dennoch können bereits vorher schon Anträge durch die Länder gestellt und durch das BAS bearbeitet werden. Eine Auszahlung kann nach dem 1. April 2026 erfolgen.

Da der Transformationsfonds damit aus Bundesmitteln und nicht wie zunächst vorgesehen aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert wird, wird auch die für die Unternehmen der privaten Krankenversicherung geschaffene Möglichkeit, sich an der Finanzierung des Transformationsfonds zu beteiligen, nicht aufrecht erhalten und die entsprechenden Regelungen werden gestrichen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Änderung unter Doppelbuchstabe aa.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Änderung der Finanzierung der Verwaltungskosten des BAS unter Buchstabe e.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine klarstellende Regelung, um eindeutig festzulegen, dass für die Berechnung der Länderanteile an den Fördermitteln aus dem Transformationsfonds der Königsteiner Schlüssel für das Jahr 2019, der am 21. April 2021 (BAnz AT 06.05.2021 B8) bekannt gemacht wurde, anzuwenden ist.

Zu Buchstabe c

Zur Verbesserung der Normenstruktur wird der im bisherigen Satz 1 enthaltene, auf das BAS bezogene Normbefehl in einen neuen Absatz 3a überführt, während der Absatz 3 auf die Voraussetzungen der Länderanträge beschränkt wird.

Die neue Nummer 1 in Satz 1 formuliert nun klar als Antragsvoraussetzung, dass das Land das Vorliegen eines Fördertatbestandes bei dem zu fördernden Vorhaben sowie die Förderfähigkeit nach Maßgabe weiterer Regelungen eigenständig geprüft und festgestellt haben muss. Die Voraussetzungen der Förderfähigkeit und der förderfähigen Kosten werden im Rahmen der KHTFV konkretisiert und sind von den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden insgesamt eigenverantwortlich zu prüfen. Die Frage, ob ein konkretes Fördervorhaben im Sinne des Absatzes 1 Satz 3 vorliegt, kann nur unter Berücksichtigung der jeweiligen regionalen Versorgungsstrukturen geprüft, bewertet und geplant werden. Darüber hinaus handelt es sich um Maßnahmen, die ausdrücklich der (Neu-)Gestaltung der stationären Versorgungsstrukturen dienen. Dies ist die zentrale Aufgabe der Krankenhausplanung, die ausschließlich den Ländern obliegt. Der Bund hat insofern die Gestaltungsfreiheit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden zu respektieren. Dementsprechend erfolgt eine bundesseitige Prüfung hinsichtlich des Vorliegens eines Fördertatbestandes nach Absatz 1 Satz 3 im konkreten Einzelfall und der in diesem Einzelfall förderfähigen Kosten lediglich im Sinne einer Plausibilitätsprüfung hinsichtlich der diesbezüglichen Darlegungen des jeweiligen Landes.

Die bisherige in Satz 1 Nummer 1 geregelte Antragsfrist ist aufgrund der Umstellung der Finanzierung des Transformationsfonds in § 12b Absatz 1 in Folge der Vorgaben des Koalitionsvertrages für die 21. Legislaturperiode entbehrlich und wird gestrichen. Diese Frist war bei der ursprünglich vorgesehenen Finanzierung aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erforderlich, damit der Schätzerkreis nach § 220 Absatz 2 SGB V die dem Transformationsfonds aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds voraussichtlich zuzuführenden Finanzmittel für die Kalkulation des Zuweisungsvolumens an die Krankenkassen und für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes für das Folgejahr berücksichtigen kann.

Zudem werden in Satz 1 Nummer 4, Buchstabe a und b Änderungen vorgenommen, die einer Präzisierung des Wortlautes dienen, um Rechtsunsicherheiten zu vermeiden.

Die bisher in Satz 1 Nummer 5 vorgesehene Verpflichtung der Länder, gegenüber dem BAS nachzuweisen, dass sie das Insolvenzrisiko der am Vorhaben beteiligten Krankenhäuser geprüft haben, wird gestrichen. Es ist absehbar, dass diese Regelung in ihrer Umsetzung nicht dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit entsprechen kann. Dabei ist es selbstverständlich, dass Förderungen aus dem Transformationsfonds nur dann erfolgen werden, wenn prospektiv eine wirtschaftlich nachhaltige Sinnhaftigkeit besteht. Bei den Förderungen aus dem Transformationsfonds geht es um eine Umstrukturierung der Krankenhausstrukturen zur langfristigen Sicherstellung einer patienten- und bedarfsgerechten Krankenhausversorgung. Diese Aufgabe kommt den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden zu. Zur Inanspruchnahme der Mittel des Transformationsfonds ist es zudem wesentliche Voraussetzung, dass die Länder die Fördervorhaben zu einem wesentlichen Anteil aus eigenen Mitteln kofinanzieren. Vor diesem Hintergrund liegt es bereits in der Natur der Sache, dass die Länder nur für solche Vorhaben Mittel aus dem Transformationsfonds beantragen, bei denen aus Sicht ihrer Krankenhausplanung eine entsprechende Zukunftsperspektive besteht. Vor diesem Hintergrund ist ein Nachweis des Landes, das Insolvenzrisiko geprüft zu haben, nicht erforderlich. Insbesondere aber stehen eine solche Nachweispflicht und der damit verbundene Nutzen außer Verhältnis zu dem bürokratischen Aufwand, den sie verursacht. Im Rahmen der Abstimmung der diesbezüglichen konkretisierenden Regelungen der KHTFV wurde geeint, dass dieser Nachweis „mit einem vom jeweiligen Krankenhausträger beauftragten Testat einer Wirtschaftsprüferin oder eines Wirtschaftsprüfers geprüft wurde und das bestätigt, dass in der Betrachtung der Jahresprognose keine Insolvenzgründe nach Insolvenzordnung vorliegen,“ erfolgt (siehe § 4 Absatz 2 Nummer 7 KHTFV). Dies bedeutet, dass mithilfe eines vom Krankenhausträger beauftragten und finanzierten Gutachten bestätigt würde, dass zum Begutachtungszeitpunkt keine Zahlungsunfähigkeit nach § 17 InsO oder Überschuldung nach § 19 InsO vorliegt oder eine Zahlungsunfähigkeit im nächsten Jahr droht. Damit wäre keine Aussage dazu getroffen oder gar eine Garantie dafür verbunden, dass das Krankenhaus zu Beginn des künftigen Fördervorhabens oder während dessen voraussichtlich mehrjährigen Laufzeit nicht von Zahlungsunfähigkeit bedroht wäre. Insofern ist der Nutzen dieses Nachweises gering. Gleichzeitig entsteht mit dieser Antragsvoraussetzung eine zusätzliche bürokratische Hürde, die das Förderverfahren erschwert. Unter Berücksichtigung der vorstehenden Erwägungen erscheint die Nachweispflicht nicht verhältnismäßig und ist insofern zu streichen.

Ferner ist zu beachten, dass eine generelle Pflicht zur insolvenzrechtlichen Risikoabschätzung im Rahmen der Fördervoraussetzungen über die haushaltsrechtlich gebotene Wirtschaftlichkeitsprüfung hinausgeht und sich weder systematisch noch praktikabel begründen lässt. Die Insolvenz eines Krankenhauses ist im Kern ein unternehmens- und gesellschaftsrechtliches Risiko, das durch die Länder im Rahmen ihrer Krankenhausplanung weder vorhersehbar noch steuerbar ist. Die vorliegend als unverhältnismäßig gestrichene Verpflichtung würde ein Scheinmaß an Kontrolle suggerieren, ohne dass die Länder tatsächlich rechtlich oder tatsächlich in der Lage wären, dieses Risiko verlässlich einzuschätzen oder zu begrenzen. Zudem impliziert eine solche Pflicht eine insolvenzrechtliche Verantwortung der Länder, die ihnen weder in ihrer Rolle als Empfänger der Mittel noch als Planungsbehörden zukommt.

Bei den übrigen Änderungen handelt es sich um redaktionelle Folgeänderungen aufgrund der Änderungen in Satz 1 und in Absatz 1.

Zu Buchstabe d

Die Sätze 1 bis 3 entsprechen inhaltlich unverändert den bisherigen Regelungen in Absatz 3 Satz 1, 3 und 5 und werden hier im Sinne einer klareren Normenstruktur neu verortet.

Die neuen Sätze 4 und 5 sind der Besonderheit dieses Förderverfahrens geschuldet und als Sonderzuwendungsrecht zu verstehen. Bei diesem Förderverfahren besteht kein direktes Förderverhältnis zwischen dem Bund und dem Fördermittelempfänger. Vielmehr bewilligt und zahlt das BAS die Mittel an das jeweilige Land. Das Land beantragt Fördermittel für Vorhaben unter der in Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 geregelten Voraussetzung, dass das Land das zu fördernde Vorhaben eingehend geprüft hat und im Rahmen seiner Krankenhausplanung zu der Feststellung gelangt, dass ein Fördertatbestand nach Absatz 1 Satz 3 erfüllt ist und die weiteren förderrechtlichen Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 5 und Absatz 3 gegeben sind. Das Land gestaltet unter Einbezug der eigenen Kofinanzierung das Förderverhältnis zum jeweiligen Krankenhausträger. Ein Förderverhältnis des Bundes zum Krankenhausträger besteht nicht. Dementsprechend wird in Satz 4 klargestellt, dass die im Rahmen des Krankenhausreformationsfonds vom Bund bereitgestellten Mittel von den Ländern als Haushaltseinnahmen vereinnahmt und nach dem jeweiligen Haushaltsrecht der Länder bewirtschaftet werden. Für das Verhältnis zum Fördermittelempfänger ist damit das jeweilige Landeshaushaltsrecht maßgeblich. Aufgrund dieses gestuften besonderen Förderverhältnisses wird mit § 12b ein Sonderzuwendungsrecht geschaffen, das als *lex specialis* Vorrang gegenüber der Bundeshaushaltsordnung (BHO) hat, sodass insbesondere § 44 BHO keine Anwendung findet. Damit wird für die Förderungen aus dem Transformationsfonds von den Vorgaben der BHO abgewichen.

Satz 5 knüpft inhaltlich an die Antragsvoraussetzung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 an und bestimmt, dass die Länder, die im Rahmen ihrer Zuständigkeit für die Krankenhausplanung das jeweilige Fördervorhaben und die Voraussetzungen der Förderfähigkeit des Vorhabens prüfen und feststellen, auch die zweckentsprechende Verwendung der Mittel zu prüfen und dem BAS gegenüber nachzuweisen haben. Die bundesseitige Prüfung respektiert die Feststellungen der Landesbehörden hinsichtlich des Vorliegens eines Fördertatbestandes nach Absatz 1 Satz 3 im konkreten Einzelfall und der in diesem Einzelfall förderfähigen Kosten und prüft diese Aspekte lediglich im Sinne einer Plausibilitätsprüfung hinsichtlich der diesbezüglichen Darlegungen des jeweiligen Landes.

Das Förderverfahren des Krankenhausreformationsfonds sieht damit ein Verfahren vor, bei dem die Länder auf Grundlage eigener Förderentscheidungen Bundesmittel erhalten, die sie zweckgebunden an die Krankenhausträger weiterleiten. Dabei haben die Länder eigenverantwortlich zu prüfen, welche Pflichten sich aus dem Landeshaushaltsrecht ergeben. Zudem haben die Länder die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel zu prüfen und sich Verwendungsnachweise des Krankenhausträgers vorlegen zu lassen und zu prüfen. Das BAS selbst kann diese den Ländern obliegenden Prüfungen aufgrund der nicht vertieft vorhandenen Kenntnis und Sachnähe der Inhalte der Krankenhausplanung der jeweiligen Länder nicht durchführen. Die Länder haben dem BAS als Ergebnis ihrer abschließenden Prüfung eines Fördervorhabens einen Verwendungsnachweis vorzulegen, der einen aussagekräftigen Sachbericht und einen zahlenmäßigen Nachweis beinhaltet. Dies ermöglicht dem BAS eine Plausibilitätsprüfung der für den Förderzweck eingesetzten Mittel. Bei Anhaltspunkten für eine nicht zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel kann das BAS von den Ländern die Übersendung weiterer Nachweise verlangen.

Durch die umfassende Länderprüfung und unter Berücksichtigung der Planungshoheit der Länder für die Krankenhausstrukturen gewährleistet das vorgesehene Verfahren die Einhaltung von allgemeinen förderrechtlichen Grundsätzen und statuiert ein Sonderzuwendungsrecht, das Vorrang gegenüber dem Zuwendungsrecht der BHO hat. Damit wird unter sachgerechter Beachtung der Planungshoheit der Länder ein möglichst bürokratiearmes Verfahren vorgesehen, das eine ordnungsgemäße, wirtschaftliche und zweckentsprechende Verwendung der Mittel gewährleistet.

Satz 6 entspricht wortgleich dem bisherigen Satz 7 des Absatzes 3 und wird lediglich zur besseren Normenstruktur neu verortet. Eine inhaltliche Änderung ist damit nicht verbunden. Die Frage der zweckentsprechenden Verwendung ist nicht allein Prüfgegenstand der Län-

der, sondern ist unter Berücksichtigung insbesondere auch der weiteren Antragsvoraussetzungen vom BAS zu prüfen.

Zu Buchstabe e

Die Verwaltungskosten des BAS für den Transformationsfonds sollen künftig nicht mehr aus dem Fördervolumen des Transformationsfonds selbst, sondern aus dem allgemeinen Bundeshaushalt getragen werden. Satz 1 wird insoweit geändert. Diese Änderung geht einher mit der Umstellung der Finanzierung des Transformationsfonds aus Mitteln des Sondervermögens Infrastruktur und Klimaschutz (SVIK).

Die Finanzierung der Verwaltungskosten aus dem regulären Bundeshaushalt gewährleistet eine klare Entkopplung der administrativen Aufwendungen von den investiven Fördermitteln. Dies stellt sicher, dass die Fördermittel des SVIK vollständig und ausschließlich den in § 12b definierten Förderzwecken zugutekommen und nicht durch Verwaltungsaufwände reduziert werden.

Der bisherige Satz 3, der die Rückführung an die Unternehmen der privaten Krankenversicherung regelte, wird gestrichen.

Mit der Einfügung des neuen Satzes 3 wird für das durch das BAS durchzuführende Verwaltungsverfahren an die bewährten Verfahrensstrukturen des Krankenhauszukunftsfonds und des Krankenhausstrukturfonds angeknüpft. Die Regelung betrifft die haushaltsrechtliche Bewirtschaftung der Mittel durch das BAS im Verhältnis zu den Ländern. Sie stellt klar, dass das BAS auf Grundlage sozialversicherungsrechtlicher Haushaltsgrundsätze handelt. Die Bewirtschaftung der ausgezahlten Fördermittel im Verhältnis der Länder zu den Krankenhausträgern richtet sich hingegen nach dem Haushaltsrecht der Länder, wie sich auch aus § 6 Absatz 1 Satz 3 KHTEFV ergibt.

Der neue Satz 4 ist mit dem Wechsel der Finanzierungssystematik des Krankenhaustransformationsfonds - weg von der Finanzierung aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung hin zur Bereitstellung aus einem haushaltsrechtlich gebundenen Sondervermögen des Bundes - verbunden, mit dem auch eine erhöhte Rückforderungsverantwortung des Bundes einhergeht. Mit Satz 4 wird insofern die haushaltsrechtlich gebotene Kontrolle der zweckentsprechenden Verwendung von Bundesmitteln sichergestellt und zugleich die Durchsetzbarkeit des Rückforderungsanspruchs rechtlich eindeutig verankert. Die Vorschrift dient der rechtsklaren Absicherung der Rückforderungspraxis im Verhältnis zwischen Bund und Ländern im Rahmen des Krankenhaustransformationsfonds und wird durch die Regelungen der KHTEFV, insbesondere die Rückforderungstatbestände nach § 7 Absatz 2 KHTEFV konkretisiert.

Der neue Satz 5 regelt, dass nicht verwendete Fördermittel nach Ende des Transformationsfonds nicht in der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds verbleiben, sondern durch das BAS an den Bund zurücküberwiesen werden. Dies gilt für Fördermittel, für die nach Ende der Laufzeit des Transformationsfonds keine Anträge gestellt wurden, so dass sie nicht zugeteilt werden können. Dies gilt auch für beantragte Mittel, über die das BAS nach Prüfung keinen Auszahlungsbescheid erlassen hat. Ebenso sind Mittel zurückzuzahlen, die das BAS nicht für die Deckung seiner Aufwendungen benötigt und die auch nicht für die Auswertung nach § 14 benötigt werden. Zudem sind auch Fördermittel, die nach Ende des Transformationsfonds an das BAS zurückgezahlt werden, durch das BAS an den Bund zurückzuzahlen.

Zu Buchstabe f

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Änderungen in § 12b Absatz 1.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um rein redaktionelle sprachliche Anpassungen.

Zu Buchstabe g

Da der Transformationsfonds aufgrund der Umstellung der Finanzierung nach Absatz 1 aus Bundesmitteln und nicht wie zunächst vorgesehen aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert wird, wird auch die für die Unternehmen der privaten Krankenversicherung geschaffene Möglichkeit, sich an der Finanzierung des Transformationsfonds zu beteiligen, nicht aufrecht erhalten und die entsprechenden Regelungen im bisherigen Absatz 6 werden gestrichen.

Zu Nummer 5 (§ 17b)

Zu Buchstabe a und b

Die Einführung der Vorhaltevergütung wird um ein Jahr verschoben. Die Jahre 2026 und 2027 stellen budgetneutrale Jahre dar und in den Jahren 2028 und 2029 wird mittels einer Konvergenz die Vorhaltevergütung eingeführt. In der Folge werden auch der bei der Evaluation vorgesehene Zeitraum sowie die Zeitpunkte für die Vorlage des Zwischenberichts und des abschließenden Berichts durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus um ein Jahr verschoben.

Zu Nummer 6 (§ 37)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Zu Satz 3

Änderungen der maßgeblichen Leistungsgruppen werden vom InEK bei der rechnerischen Aufteilung der Vorhaltevolumina berücksichtigt, sobald sie sich in der Datenübermittlung der Länder nach § 6a Absatz 6 Satz 1 wiederfinden. Durch den Verweis auf § 6a Absatz 6 Satz 1 wird sichergestellt, dass die rechnerische Aufteilung der Vorhaltevolumina entsprechend der von den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden zugewiesenen Leistungsgruppen erfolgt.

Zu Satz 4

Die Regelung dient der Umsetzung der im Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode getroffenen Vereinbarung, dass in Ländern, die bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen zugewiesen haben, diese rechtswirksam bleiben und als Basis für die Vergütung genutzt werden. Während der bisherige Satz 4 regelt, dass das für ein Land und für eine Leistungsgruppe ermittelte Vorhaltevolumen auf die Krankenhausstandorte rechnerisch aufgeteilt wird, für die Krankenhäusern die jeweilige Leistungsgruppe zugewiesen worden ist, sieht der ergänzte Halbsatz vor, dass unter bestimmten Voraussetzungen das für ein Land und für eine Leistungsgruppe ermittelte Vorhaltevolumen auf die Krankenhausstandorte rechnerisch aufzuteilen ist, bei denen im vorangegangenen Kalenderjahr Fälle dieser Leistungsgruppe zugeordnet worden sind. Dies gilt, wenn die beiden Voraussetzungen erfüllt sind, dass ein Land bis zum 31. Dezember 2024 Krankenhäusern Leistungsgruppen nach Landesrecht zugewiesen hat und dabei eine Leistungsgruppe nach § 135e Absatz 2 Satz 2 SGB V keinem Krankenhausstandort im Land zugewiesen wurde. Für das einschlägige Land NRW handelt es sich hierbei um die Leistungsgruppe der Speziellen Traumatologie. Auch für eine solche Leistungsgruppe ermittelt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ein Vorhaltevolumen. Das für das Land für eine solche Leistungsgruppe ermittelte Vorhaltevolumen wird rechnerisch auf die Krankenhausstandorte aufgeteilt, bei de-

nen auf der Grundlage des sogenannten Leistungsgruppen-Groupers nach § 21 Absatz 3c KHEntgG im vorangegangenen Kalenderjahr Fälle dieser Leistungsgruppe zugeordnet worden sind. Für Leistungsgruppen, die von einem Land bis zum 31. Dezember 2024 zugewiesen worden sind, erfolgt die rechnerische Aufteilung des ermittelten Vorhaltevolumens auf die Krankenhausstandorte, für die Krankenhäusern die jeweilige Leistungsgruppe zugewiesen worden ist. Hierdurch wird die Vereinbarung im Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode umgesetzt, dass eine frühzeitige Zuweisung von Leistungsgruppen durch ein Land nicht zu einer Schlechterstellung führt. Durch die Ergänzung in Satz 4 wird zugleich eine etwaige Schlechterstellung bei der rechnerischen Aufteilung der Förderbeträge nach § 39 vermieden, da dort auf § 37 Absatz 1 Satz 4 Bezug genommen wird.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um Folgeänderungen auf Grund der verschobenen Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr. Die Jahre 2026 und 2027 stellen budgetneutrale Jahre dar und in den Jahren 2028 und 2029 wird mittels einer Konvergenz die Vorhaltevergütung eingeführt.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Regelung dient der Umsetzung der im Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode getroffenen Vereinbarung, dass in Ländern, die bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen zugewiesen haben, diese rechtswirksam bleiben und als Basis für die Vergütung genutzt werden. Hierzu wird die bestehende Vorgabe, welche Fallzahl das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Ermittlung des Anteils eines Krankenhausstandorts am Vorhaltevolumen einer Leistungsgruppe verwendet, ergänzt. Demnach wird der Anteil von bedarfsnotwendigen, ländlichen Krankenhausstandorten, die auf der Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG stehen, in einem Land, in dem bis zum 31. Dezember 2024 nach landesrechtlichen Vorschriften Krankenhäusern Leistungsgruppen zugewiesen worden sind, für Leistungsgruppen nach § 135e Absatz 2 Satz 2 SGB V, die in dem Land keinem Krankenhaus zugewiesen worden sind, nicht anhand der Mindestvorhaltezah, sondern anhand der sich aus der Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG ergebenden Fallzahl ermittelt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Regelung dient der Umsetzung der im Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode getroffenen Vereinbarung, dass in Ländern, die bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen zugewiesen haben, diese rechtswirksam bleiben und als Basis für die Vergütung genutzt werden. Demnach hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus in einem Land, in dem zum 31. Dezember 2024 nach landesrechtlichen Vorschriften Krankenhäusern Leistungsgruppen zugewiesen worden sind, für einen Krankenhausstandort auch einen Anteil am Vorhaltevolumen für eine Leistungsgruppe nach § 135e Absatz 2 Satz 2 SGB V zu ermitteln, die in diesem Land keinem Krankenhaus zugewiesen worden ist, wenn bei dem Standort auf der Grundlage des sogenannten Leistungsgruppen-Groupers nach § 21 Absatz 3c KHEntgG im vorangegangenen Kalenderjahr Fälle dieser Leistungsgruppe zugeordnet worden sind. Die Ermittlung des Anteils erfolgt gemäß den Sätzen 2 bis 8 und damit entsprechend dem Vorgehen bei zugewiesenen Leistungsgruppen. Die Ermittlung des Anteils erfolgt auch, wenn ein Standort die Mindestvorhaltezah nach § 135f Absatz 1 SGB V nicht erfüllt. Hierdurch wird die Vereinbarung im Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode umgesetzt, dass eine frühzeitige Zuweisung von Leistungsgruppen durch ein Land nicht zu einer Schlechterstellung führt.

Zu Buchstabe c und d

Es handelt sich um Folgeänderungen auf Grund der verschobenen Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr. Die Jahre 2026 und 2027 stellen budgetneutrale Jahre dar und in den Jahren 2028 und 2029 wird mittels einer Konvergenz die Vorhaltevergütung eingeführt.

Außerdem werden die Fristen angepasst, bis zu denen das InEK den Krankenhausträgern die Information über die Höhe des je Krankenhausstandort und je Leistungsgruppe aufgeteilten Vorhaltevolumens in einem Land zu übermitteln hat, in dem die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde bereits für das Kalenderjahr 2026 oder 2027 eine Zuweisung von Leistungsgruppen und eine Übermittlung nach § 6a Absatz 6 vornimmt. So erhalten die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden für das Kalenderjahr 2026 bis zum 31. Dezember 2025 Zeit für eine freiwillige Übermittlung nach § 6a Absatz 6 Satz 2 Nummer 1. Das InEK hat daraufhin die Vorhaltevolumina zu ermitteln und bis zum 28. Februar 2026 die Information an die Krankenhausträger für ihre jeweiligen Krankenhausstandorte zu übermitteln. Für das Kalenderjahr 2027 können die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden die Übermittlung nach § 6a Absatz 6 Satz 2 Nummer 2 bis zum 31. Dezember 2026 an das InEK vornehmen. Das InEK hat daraufhin die Information bis zum 28. Februar 2027 an die Krankenhausträger zu übermitteln.

Zu Nummer 7 (§ 38)

Infolge der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr werden auch die Zuschläge ein Jahr später eingeführt. Zudem ein fehlerhafter Verweis korrigiert.

Zu Nummer 8 (§ 39)

Infolge der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr werden auch die Förderbeträge ein Jahr später eingeführt.

Zu Nummer 9 (§ 40)

Zu Buchstabe a

Die Frist für das InEK für die erstmalige Erarbeitung von Vorgaben für die Zuordnung von Fällen zu den Indikationsbereichen wird gestrichen. Dies ermöglicht es dem InEK, die auf der Grundlage der Vorgaben zu entwickelnden Datenverarbeitungslösungen im Zusammenhang mit der Zertifizierung von Datenverarbeitungslösungen für die Zuordnung von Fällen zu Fallpauschalen und zu Leistungsgruppen im Herbst eines Jahres zu zertifizieren.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit der Regelung wird das Bezugsjahr für die Erstellung der Liste nach Absatz 2 Satz 3 vom Jahr 2023 auf das Jahr 2025 datiert. Damit wird erreicht, dass das zuletzt abgeschlossene Jahr und damit die dann aktuellsten Fallzahlen zugrunde gelegt werden.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Änderung in Satz 2 wird geregelt, dass das InEK bei Auswahl der Krankenhausstandorte eine vom G-BA in einem Beschluss nach § 136c Absatz 2 SGB V für einen Indikationsbereich festgelegte Prozentzahl anwendet, sofern der G-BA für diesen Indikationsbereich eine niedrigere Prozentzahl als die ansonsten gesetzlich vorgesehene Zahl von 15 Prozent festgelegt hat. Für die auf dieser Grundlage ausgewählten Krankenhausstandorte gilt das partielle Abrechnungsverbot des § 8 Absatz 4 Satz 6 KHEntgG. Mit Satz 3 wird zum einen die Veröffentlichung der Liste der ausgewählten Krankenhausstandorte durch das InEK infolge der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung auf den 31. Mai 2027 verschoben. Zum anderen verpflichtet Satz 3 das InEK in dem Fall, dass der G-BA nach dem 31. Mai 2027 eine niedrigere Prozentzahl als 15 Prozent nach § 136c Absatz 2 SGB V festlegt, dazu, die Auswahl der Krankenhausstandorte insoweit zu aktualisieren und zu veröffentlichen. Hierdurch wird gewährleistet, dass das partielle Abrechnungsverbot des § 8 Absatz 4 Satz 6 KHEntgG nur noch für die Krankenhausstandorte gilt, die sich auf der aktualisierten Liste befinden. Auch für die aktualisierte Liste hat das InEK die nach § 21

Absatz 1 und 2 Nummer 2 KHEntgG für das Kalenderjahr 2025 übermittelten Daten zu verwenden. Durch das aktualisierte, aber weiterhin abgeschlossene Bezugsjahr werden mögliche unerwünschte Fehlanreize vermieden, mehr onkochirurgische Leistungen zu erbringen, um dadurch das partielle Abrechnungsverbot zu umgehen.

Zu Buchstabe c

Infolge der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung und des Abrechnungsverbots nach § 8 Absatz 4 Satz 6 des Krankenhausentgeltgesetzes um ein Jahr wird auch die Evaluation der Maßnahme zur Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von onkochirurgischen Leistungen um ein Jahr verschoben. Eine Auswirkungsanalyse ist nur für einen Zeitraum sinnvoll, in dem die Regelung zur Anwendung kommt.

Zu Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Zu Nummer 1 (§ 3)

Infolge der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr erfolgt auch die Vereinbarung und Abrechnung eines Vorhaltebudgets ein Jahr später.

Zu Nummer 2 (§ 4)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um Folgeänderungen auf Grund der verschobenen Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr. Die Jahre 2026 und 2027 stellen budgetneutrale Jahre dar, in denen die Vorhaltebewertungsrelationen Teil des jeweiligen Erlösbudgets sind.

Zu Buchstabe b

Durch die um ein Jahr verschobene Einführung der Vorhaltevergütung wird auch die Abschaffung des Fixkostendegressionsabschlags ein Jahr später vorgenommen.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um Folgeänderungen auf Grund der verschobenen Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr. Erst mit Beginn der Konvergenzphase zur Einführung der Vorhaltevergütung im Jahr 2028 gilt die Regelung, dass Mindererlöse nicht ausgeglichen werden.

Zu Nummer 3 (§ 5)

Zu Buchstabe a und b

Die Einführung der Vorhaltevergütung wird um ein Jahr verschoben. In der Folge sind die bisherigen Zuschläge zur Förderung der geburtshilflichen Versorgung in Krankenhäusern ebenfalls um ein Jahr zu verlängern.

Zu Buchstabe c

Infolge der verschobenen Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr werden auch die Zuschläge für Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben nach § 38 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ein Jahr später eingeführt.

Zu Buchstabe d

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Änderung in Folge der um ein Jahr verschobenen Einführung der Vorhaltevergütung. In der Folge sind die bisherigen Zuschläge zur Förderung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen ebenfalls um ein Jahr zu verlängern.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Änderung in Folge der um ein Jahr verschobenen Einführung der Vorhaltevergütung. Die Auszahlung und Erhebung des Zuschlags erfolgen weiterhin über die effektiven Bewertungsrelationen der bundesweit bewerteten DRG-Fallpauschalen und die dazugehörige Vorhaltevergütung. Da das Vorhaltebudget allerdings erst ab dem Jahr 2028 erstmals budgetwirksam abgezahlt wird, die Vorhaltebewertungsrelationen jedoch bereits in den Jahren 2026 und 2027 zur Anwendung kommen, ist der Zuschlag neben den effektiven Bewertungsrelationen der bundesweit bewerteten DRG-Fallpauschalen auch auf den Anteil zu erheben, der sich aus der Multiplikation der Vorhaltebewertungsrelationen mit dem Landesbasisfallwert ergibt, und nicht auf das erstmals für das Jahr 2028 ermittelte Vorhaltebudget. Aus diesem Grund ist eine entsprechende redaktionelle Korrektur notwendig.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine Änderung in Folge der um ein Jahr verschobenen Einführung der Vorhaltevergütung.

Zu Buchstabe e

Es handelt sich um eine Änderung in Folge der um ein Jahr verschobenen Einführung der Vorhaltevergütung. Besondere Einrichtungen erheben den Zuschlag zur Förderung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen erst ab dem Jahr 2028 entsprechend der Regelung.

Zu Buchstabe f

Es handelt sich um eine Änderung in Folge der um ein Jahr verschobenen Einführung der Vorhaltevergütung. Dadurch beginnt auch die Erhebung des Zuschlags zur Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken ein Jahr später.

Zu Nummer 4 (§ 6b)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Einführung der Vorhaltevergütung wird um ein Jahr verschoben. In der Folge ist die entsprechende Frist für die Vergütung eines Vorhaltebudgets anzupassen. Darüber hinaus handelt es sich um eine Klarstellung entsprechend den in § 37 KHG vorgesehenen Regelungen für die Ermittlung und rechnerische Aufteilung der Vorhaltevolumina. Erbringt das Krankenhaus in einer Leistungsgruppe ausschließlich Fälle, die nicht auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen, das heißt nicht mit Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, vergütet werden, erhält das Krankenhaus für diese Leistungsgruppe kein Vorhaltebudget. Dies umfasst insbesondere besondere Einrichtungen nach § 17b KHG, die vom Vergütungssystem ausgenommen sind, sowie Krankenhausstandorte, an denen keine vollstationäre Krankenhausbehandlung, sondern teilstationäre Krankenhausbehandlung erbracht wird (Tages- oder Nachtkliniken), die nicht mit Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vergütet werden. Auch, wenn diese Einrichtungen kein

Vorhaltebudget erhalten, unterliegen sie hinsichtlich der Leistungen aus einer Leistungsgruppe den Vorgaben des § 135e Absatz 2 Satz 1 SGB V zur Erfüllung der Qualitätskriterien der Leistungsgruppe. Für Krankenhausstandorte, an denen keine vollstationäre, sondern teilstationäre Krankenhausbehandlung erbracht wird (Tages- oder Nachtkliniken), beschränkt zudem § 135e Absatz 4 SGB V die Geltung zeitlicher Qualitätskriterien. Das bedeutet, dass die Landesplanungsbehörden diesen Einrichtungen Leistungsgruppen zuweisen können, soweit die Qualitätskriterien erfüllt sind, und bei Nichtzuweisung von Leistungsgruppen das Abrechnungsverbot nach § 8 Absatz 4 Satz 4 greift.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Regelungen dienen der Umsetzung der im Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode getroffenen Vereinbarung, dass in Ländern, die bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen zugewiesen haben, diese rechtswirksam bleiben und als Basis für die Vergütung genutzt werden. Demnach umfasst das Gesamtvorhaltebudget eines Krankenhauses nicht nur die Vorhaltebudgets für die ihm zugewiesenen Leistungsgruppen, sondern in einem Land, in dem zum 31. Dezember 2024 nach landesrechtlichen Vorschriften Krankenhäusern Leistungsgruppen zugewiesen wurden, auch ein Vorhaltebudget für eine Leistungsgruppe nach § 135e Absatz 2 Satz 2 SGB V, die in diesem Land keinem Krankenhaus zugewiesen wurde, wenn im vorangegangenen Kalenderjahr auf der Grundlage des sogenannten Leistungsgruppen-Groupers nach § 21 Absatz 3c KHEntgG Fälle des Krankenhauses dieser Leistungsgruppe zugeordnet worden sind. Der Anspruch auf ein Vorhaltebudget besteht in diesem Fall unabhängig von der Einhaltung der Mindestvorhaltezahle nach § 135f Absatz 1 SGB V. Hierdurch wird die Vereinbarung im Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode umgesetzt, dass eine frühzeitige Zuweisung von Leistungsgruppen durch ein Land nicht zu einer Schlechterstellung führt.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Streichung der Erreichbarkeitsvorgaben in § 6a Absatz 4 KHG.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Anfügung eines Satzes in Absatz 1.

Zu Buchstabe d und e

Die Einführung der Vorhaltevergütung wird um ein Jahr verschoben. In der Folge sind die entsprechenden Regelungen und Fristen für die Vergütung eines Vorhaltebudgets anzupassen.

Zu Nummer 5 (§ 7)

Infolge der verschobenen Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr werden die Entgelte für eine Vergütung des Vorhaltebudgets auch erst ab dem Jahr 2028 abgerechnet. Dementsprechend umfasst die effektive Bewertungsrelation sowohl im Jahr 2026 als auch im Jahr 2027 jeweils auch die Vorhaltebewertungsrelation.

Zu Nummer 6 (§ 8)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Zu Satz 4

Die Regelung dient der Umsetzung der im Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode getroffenen Vereinbarung, dass in Ländern, die bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen zugewiesen haben, diese rechtswirksam bleiben und als Basis für die Vergütung genutzt werden. Demnach wird eine weitere, bis zum Ende des Jahres 2030 befristete, Ausnahme vom grundsätzlich geltenden Abrechnungsverbot für Leistungen aus einer Leistungsgruppe, die einem Krankenhaus nicht nach § 6a Absatz 1 Satz 1 KHG zugewiesen wurde, eingeführt. Die Ausnahme gilt für Krankenhäuser in einem Land, in dem bis zum 31. Dezember 2024 nach landesrechtlichen Vorschriften Leistungsgruppen zugewiesen wurden, für Leistungen aus einer Leistungsgruppe nach § 135e Absatz 2 Satz 2 SGB V, die in diesem Land keinem Krankenhaus zugewiesen wurde.

Zu Satz 5

Die Regelung dient der Umsetzung der im Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode getroffenen Vereinbarung, dass in Ländern, die bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen zugewiesen haben, diese rechtswirksam bleiben und als Basis für die Vergütung genutzt werden. Demnach wird eine Ausnahme von dem grundsätzlich geltenden Abrechnungsverbot hinsichtlich der Vorhaltevergütung im Falle der Nichterfüllung der Mindestvorhaltezahle nach § 135f Absatz 1 SGB V oder einer fehlenden Feststellung der Landesbehörde nach § 6b Absatz 2 Satz 1 KHG eingeführt. Bis zum Ende des Jahres 2030 gilt das Abrechnungsverbot hinsichtlich der Vorhaltevergütung nicht für Krankenhäuser in einem Land, in dem zum 31. Dezember 2024 nach landesrechtlichen Vorschriften Leistungsgruppen zugewiesen wurden, nicht für Leistungen aus einer Leistungsgruppe nach § 135e Absatz 2 Satz 2 SGB V, die in diesem Land keinem Krankenhaus zugewiesen wurde. Für die übrigen nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesenen Leistungsgruppen gelten daher die Mindestvorhaltezahlen auch in Ländern, die bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen zugewiesen haben.

Zu **Doppelbuchstabe bb**

Infolge der verschobenen Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr gilt das Abrechnungsverbot auch erst ab dem Jahr 2028.

Zu **Buchstabe b**

Infolge der verschobenen Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr ist auch der Ausschluss der Erhebung von Abschlägen von der Fallpauschale bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer für den Bereich Pädiatrie um ein Jahr zu verschieben.

Zu **Nummer 7 (§ 9)**

Zu **Buchstabe a**

In Folge der verschobenen Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr wird auch die Erhöhung der Zuschläge für eine Teilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung erst ein Jahr später vorgenommen. Darüber hinaus wird durch eine redaktionelle Anpassung klargestellt, dass die Zuschläge nicht jährlich erneut um 33 Millionen Euro zu erhöhen sind, sondern dies nur einmalig erfolgt und ab dem Jahr 2028 die einmalig erhöhten Zuschläge gezahlt werden.

Zu **Buchstabe b**

Es handelt sich um die Korrektur fehlerhafter Verweise.

Zu Nummer 8 (§ 10)

Zu Buchstabe a

Im Zusammenhang mit der angestrebten Weiterentwicklung des Orientierungswerts ist es erforderlich, den Berichtszeitraum, den das Statistische Bundesamt hierfür zugrunde zu legen hat, abweichend von der bisherigen gesetzlichen Vorgabe zu regeln. Die bisherige gesetzliche Regelung sieht vor, dass der Berichtszeitraum die zweite Hälfte des Vorjahres und die erste Hälfte des laufenden Jahres umfasst. Mit dem Ziel, eine valide Ermittlung und Veröffentlichung des Orientierungswertes bis zum 30. September eines Jahres sicherzustellen, ist die bisherige Vorgabe nicht vereinbar, da Testate von Wirtschaftsprüfern über halbjährliche Kostenwerte nicht zur Verfügung stehen. Insofern kann die Datenverfügbarkeit und -qualität, die für die Zwecke einer sachgerechteren Abbildung der krankenhausspezifischen Sachkosten erforderlich ist, nur erreicht werden, wenn der Berichtszeitraum jeweils dem Kalenderjahr entspricht. Hierfür liegen den Krankenhäusern regelhaft Testate von Wirtschaftsprüfern vor und können zur Sicherung der Validität der erhobenen Daten vom Statistischen Bundesamt eingefordert werden. Vor diesem Hintergrund wird mit Satz 3 vorgegeben, dass der Berichtszeitraum dem Kalenderjahr zu entsprechen hat.

Mit Satz 4 wird der Kreis der zur Erhebung von Daten verpflichteten Krankenhäuser konkretisiert. Anstelle des Verweises auf § 107 Absatz 1 SGB V wird stattdessen auf die Zulassung von Krankenhäusern nach § 108 SGB V als Kriterium für die Datenübermittlungspflicht abgestellt, mit dem Ziel, Krankenhäuser ohne Zulassung auszunehmen und die Datenübermittlung auf diejenigen Erhebungseinheiten zu fokussieren, deren Daten für die Ermittlung des Orientierungswerts maßgeblich sind.

Zu Buchstabe b

Mit der Regelung wird dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die Befugnis eingeräumt, die Festlegung der von den Krankenhäusern zu erhebenden Daten im Wege einer Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates auf das Statistische Bundesamt zu übertragen. Hierdurch kann das BMG die ihm nach Satz 1 zweiter Halbsatz gesetzlich eingeräumte Ermächtigung, durch Rechtsverordnung auf das Statistische Bundesamt übertragen. Vor dem Hintergrund, dass das Statistische Bundesamt über die erforderliche Fachexpertise hinsichtlich der zu erhebenden Daten verfügt, kann im Wege der Subdelegation der Verordnungsermächtigung durch das BMG auf das Statistische Bundesamt das Verfahren zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts vereinfacht und beschleunigt werden.

Zu Nummer 9 (§ 21)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Zu Dreifachbuchstabe aaa

In Folge der verschobenen Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr werden auch die Jahresangaben für die Datenübermittlung der Vorhaltebewertungsrelationen angepasst.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Es handelt sich um eine rechtsförmliche Korrektur.

Zu Dreifachbuchstabe ccc und Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Streichung von § 135d Absatz 3 Satz 3 SGB V. Der Übergangsregelung bedarf es daher nicht mehr.

Zu Buchstabe b

Es wird klargestellt, dass das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) die Erarbeitung von Vorgaben für die Zuordnung von Fällen zu Leistungsgruppen sowie die Zertifizierung von auf der Grundlage dieser Vorgaben entwickelten Datenverarbeitungslösungen (sog. Leistungsgruppen-Grouper) nicht nur einmalig, sondern regelmäßig vorzunehmen hat und dementsprechend den Leistungsgruppen-Grouper dauerhaft weiterentwickelt.

Zu Buchstabe c

Die vom InEK geführte Datenstelle auf Bundesebene erhält neben den von den Krankenhäusern nach § 21 zu übermittelnden Daten auch aus weiteren Datenlieferungsverpflichtungen der Krankenhäuser Daten zur Anzahl der dort tätigen Pflegekräfte. Die nach § 6a Absatz 3 Satz 4 KHEntgG zu übermittelnden Testate zum Pflegebudget enthalten von einem Jahresabschlussprüfer testierte Daten zu den im Krankenhaus eingesetzten Pflegekräften. Es ist sachgerecht, dass die Datenstelle beim InEK diese Daten miteinander abgleichen und für die Klärung der tatsächlich vorliegenden Pflegepersonalausstattung eines Krankenhauses heranziehen kann. Darüber hinaus ist es jedoch auch zielführend, der Datenstelle zu ermöglichen, insbesondere Daten aus den Testaten zum Pflegebudget auch für die Ermittlung des Abschlagsfaktors zu nutzen und insoweit auf dieser Grundlage eine sachgerechte Schätzung der Anzahl der Pflegevollkräfte oder ärztlichen Vollkräfte nach Absatz 5 Satz 6 vorzunehmen. Aus diesem Grunde wird der – insoweit einschränkende – Verweis auf die Leistungsdaten nach Absatz 2 Nummer 2 gestrichen.

Zu Artikel 4 (Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung)

Zu Nummer 1 (§ 2)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Änderungen in § 12b Absatz 1 KHG.

Zu Nummer 2 (§ 3)

Zu Buchstabe a

Aufgrund der Änderungen in § 12b Absatz 1 KHG ist die Folgeänderung bei der Bezeichnung des Satzes in der Überschrift des § 3 vorzunehmen.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um Klarstellungen, die als Folge einer Streichung nach Maßgabe des Bundesrates im Ordnungsverfahren vorzunehmen sind.

Zu Nummer 3 (§ 4)

Zu Buchstabe a

Die bisherige Antragsfrist ist aufgrund der Umstellung der Finanzierung des Transformationsfonds in § 12b Absatz 1 KHG in Folge der Vorgaben des Koalitionsvertrages für die 21. Legislaturperiode entbehrlich. Diese war bei der ursprünglich vorgesehenen Finanzierung aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erforderlich, damit der Schätzerkreis nach § 220 Absatz 2 SGB V die dem Transformationsfonds aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds voraussichtlich zuzuführenden Finanzmittel für die Kalkulation des Zuweisungsvolumens an die Krankenkassen und für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes für das Folgejahr berücksichtigen kann. Der bisherige Satz 2 wird daher gestrichen und es werden diesbezüglich Anpassungen in den bisherigen Sätzen 1 und 7 vorgenommen. Im Satz 2 und bisherigen Satz 3 erfolgt eine redaktionelle Folgeänderung zu den Änderungen in § 12b Absatz 1 KHG.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Änderung in Absatz 1.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu den Änderungen in § 3 Absatz 3 KHG sowie um rein redaktionelle sprachliche Anpassungen.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu den Änderungen in § 12b Absatz 3 KHG.

Zu Doppelbuchstabe dd

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Streichung der bisherigen Nummer 5 in § 12b Absatz 3 Satz 1 KHG.

Zu Doppelbuchstabe ee

Es handelt sich um Folgeänderungen zu den Änderungen in § 12b Absatz 3 KHG.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Änderungen in § 12b Absatz 3 und Absatz 3a KHG.

Zu Buchstabe d

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Anpassung, um einen Gleichlaut mit § 3 Absatz 4 herzustellen, der vorsieht, dass die Bildung und der Aufbau von Zentren zur Behandlung seltener, komplexer oder schwerwiegender Erkrankungen an Hochschulkliniken gefördert werden können.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Änderungen in § 12b Absatz 1 KHG.

Zu Buchstabe e

Es handelt sich um eine Folgeanpassung, da sich nach Maßgabe des Bundesrates die Informationspflicht des Landes auch in § 7 Absatz 4 Satz 2 nur auf den Stand des Insolvenzverfahrens bezieht.

Zu Nummer 4 (§ 5)

Da der Transformationsfonds nach § 12b KHG mit der Umstellung der Finanzierung aus Bundesmitteln und nicht wie zunächst vorgesehen aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert wird, wird auch die für die Unternehmen der privaten Krankenversicherung geschaffene Möglichkeit, sich an der Finanzierung des Transformationsfonds zu beteiligen, nicht aufrecht erhalten und die entsprechende Regelung wird gestrichen.

Zu Nummer 5 (§ 6)

Zu Buchstabe a

Da der Transformationsfonds nach § 12b KHG mit der Umstellung der Finanzierung aus Bundesmitteln und nicht wie zunächst vorgesehen aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert wird, wird auch die für die Unternehmen der privaten Krankenversicherung geschaffene Möglichkeit, sich an der Finanzierung des Transformationsfonds zu beteiligen, nicht aufrecht erhalten und die entsprechenden Regelungen werden gestrichen. Der bisherige Satz 4 in Absatz 2 wird daher entsprechend angepasst.

Zu Buchstabe b

Da der Transformationsfonds nach § 12b KHG mit der Umstellung der Finanzierung aus Bundesmitteln und nicht wie zunächst vorgesehen aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert wird, wird auch die für die Unternehmen der privaten Krankenversicherung geschaffene Möglichkeit, sich an der Finanzierung des Transformationsfonds zu beteiligen, nicht aufrecht erhalten und die entsprechenden Regelungen werden gestrichen. Der bisherige Satz 2 in Absatz 3 wird daher gestrichen.

Zu Buchstabe c

Da der Transformationsfonds nach § 12b KHG mit der Umstellung der Finanzierung aus Bundesmitteln und nicht wie zunächst vorgesehen aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert wird, wird auch die für die Unternehmen der privaten Krankenversicherung geschaffene Möglichkeit, sich an der Finanzierung des Transformationsfonds zu beteiligen, nicht aufrecht erhalten und die entsprechenden Regelungen werden gestrichen. Der bisherige Satz 3 in Absatz 3 wird daher gestrichen.

Zu Nummer 6 (§ 7)

Zu Buchstabe a

Die Änderung im ersten Satzteil des Satz 1 wandelt die bisherige Ermächtigungsnorm, nach der das BAS Fördermittel zurückfordern „kann“, in eine Soll-Vorschrift um. Damit wird die Rückforderungspflicht der Länder gegenüber dem BAS im Sinne der ebenfalls ergänzten Klarstellung in § 12b Absatz 4 Satz 4 KHG konkretisiert und verbindlich geregelt für den Fall, dass die in den Nummern 1 bis 8 normierten förderrechtlichen Voraussetzungen nicht eingehalten oder Mittel nicht zweckentsprechend verwendet wurden. Mit dem Wechsel der Finanzierungssystematik des Krankenhaustransformationsfonds - weg von der Finanzierung aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung hin zur Bereitstellung aus einem Sondervermögen des Bundes - geht auch eine erhöhte Rückforderungsverantwortung des Bundes einher. In diesem Kontext ist eine bloße Rückforderungsermächtigung nicht mehr ausreichend. Vielmehr bedarf es einer normativ klar geregelten Verpflichtung zur Rückforderung, um die ordnungsgemäße, wirtschaftliche und zweckentsprechende Verwendung der Mittel sicherzustellen. Die Rückforderung zweckwidrig eingesetzter oder überzahlter Fördermittel ist unter diesen Voraussetzungen geboten, um eine ordnungsgemäße, wirtschaftliche und zweckentsprechende Verwendung der Mittel zu gewährleisten. Die Neufassung schafft hierfür eine verbindliche Grundlage und sichert zugleich eine kohärente Umsetzung der Regelung in Gesetz und Verordnung.

Zu Buchstabe b

Da der Transformationsfonds nach § 12b KHG mit der Umstellung der Finanzierung aus Bundesmitteln und nicht wie zunächst vorgesehen aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert wird, wird auch die für die Unternehmen der privaten Krankenversicherung geschaffene Möglichkeit, sich an der Finanzierung des Transformationsfonds zu

beteiligen, nicht aufrecht erhalten und die entsprechenden Regelungen werden gestrichen. Der bisherige Satz 2 in Absatz 7 wird daher gestrichen.

Zu Buchstabe c

Die Regelung in Absatz 8 wird gestrichen. Sie ist nicht mit § 12b Absatz 3a Satz 6 KHG (zuvor § 12b Absatz 3 Satz 7 KHG) vereinbar, der vorsieht, dass überzahlte Mittel unverzüglich an das BAS zurückzuzahlen sind. Soweit keine erneute Zuteilung dieser Mittel für weitere Vorhaben, für die ein Antrag gestellt wurde, erfolgt, sind die zurückgezahlten Mittel nach Ablauf des Transformationsfonds an den Bund zurückzuführen, wie sich aus der Regelung in § 12b Absatz 4 Satz 5 KHG ergibt. Die bisherige Regelung in Absatz 8 könnte sich nachteilig auf den Bund auswirken und ist daher zu streichen. Zudem sind die Fördermittel des Transformationsfonds zweckentsprechend zu verwenden und es ist nicht mit § 12b Absatz 3a Satz 6 KHG (zuvor § 12b Absatz 3 Satz 7 KHG) und Absatz 5 Nummern 5 und 6 KHG vereinbar, dass Fördermittel des Transformationsfonds für sonstige Investitionen verwendet werden.

Zu Nummer 7 (§ 8)

Mit der Änderung wird dem BAS die Möglichkeit eingeräumt, die Förderrichtlinie auch zu aktualisieren, falls sich hierfür aufgrund von aktuellen Entwicklungen das Bedürfnis ergibt.

Zu Artikel 5 (Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen)

Zu Nummer 1

Der neue § 186a ersetzt § 187 Absatz 10, mit dem im KHVG eine Ausnahme für Krankenhäuser von der Fusionskontrolle geschaffen wurde. Mit der Vorschrift, die bis zum 31. Dezember 2030 befristet ist, wurde die Bewilligung eines Zusammenschlusses von Krankenhäusern auf die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden übertragen, um Zusammenschlüsse vorrangig anhand von gesundheitspolitischen Erwägungen billigen zu können. Eine Überarbeitung der Regelung wurde jedoch erforderlich, um Rechtsunsicherheiten mit Blick auf Anwendungsbereich und Verfahren zu begegnen.

Konkret haben sich bei der Anwendung der Norm ab Inkrafttreten am 12. Dezember 2024 auf Seiten der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, des Bundeskartellamts und der Zusammenschlussparteien Fragen gestellt, die mit der vorliegenden Änderung adressiert werden. Insbesondere sollen die Änderungen dazu dienen, den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden – welche insbesondere auch über die Zuweisung von Leistungsgruppen zu den Krankenhausstandorten entscheiden – für alle Fälle innerhalb des Anwendungsbereiches die Möglichkeit einzuräumen, Krankenhausfusionen ohne Fusionskontrollverfahren nach dem GWB zu erlauben. Aufwändige Parallelprüfungen sollen verhindert und Unsicherheiten im Hinblick auf Zuständigkeiten und Verfahrensgang vermieden werden. Mit Blick auf die neue Struktur der Norm sind auch sprachliche und Folgeanpassungen erforderlich.

Durch die Änderungen und Überführung in eine separate Norm (§ 186a) wird der Verfahrensgang klarer dargestellt: Nach Absatz 1 ist auf Antrag der Zusammenschlussparteien vorrangig das Verfahren auf Landesebene durchzuführen. Dazu muss es sich bei dem Zusammenschlussvorhaben zunächst um einen Zusammenschluss im Sinne des § 37 handeln, bei dem mindestens zwei Krankenhäuser im Sinne des § 107 Absatz 1 SGB V oder einzelne medizinische Fachbereiche der betroffenen Krankenhäuser, wie zum Beispiel Fachabteilungen, ganz oder teilweise zusammengeschlossen werden.

Die bisherige Nummer 1 in § 187 Absatz 10 Satz 1, in der das Kriterium der „standortübergreifenden Konzentration“ enthalten war, wird ersatzlos gestrichen und durch die Kriterien in dem neuen § 186a Absatz 1 Satz 1 ersetzt. Darin wird nunmehr auf einen Zusammen-

schluss von mindestens zwei Krankenhäusern im Sinne des § 107 Absatz 1 SGB V oder einzelne medizinische Fachbereiche der betroffenen Krankenhäuser abgestellt.

Mit Blick auf die Definition des Begriffes „Krankenhaus“ tritt anstelle der Verweisung auf § 2 Nummer 1 KHG die Verweisung auf § 107 Absatz 1 SGB V. Hintergrund ist, dass der § 107 Absatz 1 SGB V eine engere Krankenhausdefinition enthält. Einen engeren Begriff zu wählen trägt dem Charakter der Norm als Ausnahmvorschrift Rechnung. Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sind nicht von der Krankenhausdefinition nach § 107 Absatz 1 SGB V erfasst und unterliegen grundsätzlich weiterhin den Vorschriften zur Fusionskontrolle.

Der Begriff „medizinischer Fachbereich“ im Sinne des Gesetzes bezieht sich ausschließlich auf fachlich-inhaltlich abgegrenzte Bereiche der stationären Versorgung in Krankenhäusern, wie etwa Chirurgie, Innere Medizin, Geburtshilfe oder Neurologie. Dabei kann es sich um vollständige Fachabteilungen bzw. leistungsgruppenbezogene Organisationseinheiten oder auch um einzelne Teilbereiche handeln, die im Rahmen eines Zusammenschlusses gebündelt oder neu strukturiert werden. Der Begriff „medizinischer Fachbereich“ bezieht sich damit auch auf nicht-rechtsfähige funktionale Einheiten innerhalb von Krankenhäusern, die selbst keine eigene Rechtspersönlichkeit besitzen. Ziel ist es, auch Zusammenschlüsse oder Neuordnungen solcher fachlicher Leistungseinheiten im stationären Bereich ohne Zusammenschlusskontrolle durch das Bundeskartellamt zu ermöglichen, auch wenn nicht das gesamte Krankenhaus im Sinne des § 37 zusammengeschlossen wird. Explizit nicht umfasst sind ambulante Versorgungseinheiten wie zum Beispiel medizinische Versorgungszentren (MVZ), die bereits nicht unter den Krankenhausbegriff des § 107 Absatz 1 SGB V fallen.

Diese Begriffsbestimmung dient somit dazu, sicherzustellen, dass Zusammenschlüsse auf Ebene einzelner medizinischer Fachbereiche ebenfalls von der Zusammenschlusskontrolle durch das Bundeskartellamt ausgenommen sind – unabhängig von der rechtlichen Ausgestaltung des Fachbereichs oder der Trägerstruktur der jeweiligen Krankenhäuser. Dies trägt den Zielen des KHVG Rechnung, indem es eine flexible und sachgerechte Strukturierung und Zusammenlegung stationärer Versorgungsangebote und Leistungseinheiten innerhalb von Krankenhäusern ermöglicht.

Diese Änderungen sind erforderlich geworden, da zum Teil die Auffassung vertreten wurde, das in § 187 Absatz 10 Satz 1 Nummer 1 vorgesehene Erfordernis einer standortübergreifenden Konzentration von mehreren Krankenhäusern im Sinne des KHG oder einzelnen Fachrichtungen solcher Krankenhäuser zwingt zur Schließung mindestens eines bestehenden Fachgebiets oder eines Krankenhausstandortes (so etwa Bach, in: NZKart 2025, 64, 65 ff.; Kersting/Meyer-Lindemann/Podszun/Neuhaus GWB § 187 Rn. 31). Bei der Gesetzeskonzeption im Rahmen des KHVG war eine derartige einschränkende Gesetzesauslegung jedoch nicht beabsichtigt (vgl. auch die Gesetzesbegründung zur 10. GWB, Novelle, BT-Drs. 19/23492, mit welcher der Begriff der „standortübergreifenden Konzentration“ eingeführt wurde).

Der Verweis auf § 37 umfasst alle Zusammenschlusstatbestände des § 37 Absatz 1. Das bisherige Erfordernis, wonach der Zusammenschluss bis zum 31. Dezember 2030 vollzogen werden muss, wurde in den Absatz 5 dieser Vorschrift verschoben.

Das bisherige Kriterium, wonach dem Zusammenschluss nach vorliegenden Erkenntnissen der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden „keine anderen wettbewerbsrechtlichen Vorschriften entgegenstehen“ dürfen, wurde gestrichen. Diese Prüfung ist für die Landeskrankenhausplanungsbehörden sachfremd und kann besser durch die für die Anwendung der übrigen Wettbewerbsvorschriften (hier insbesondere zum Kartellverbot und zur Missbrauchskontrolle) zuständigen Kartellbehörden (Bundeskartellamt und Landeskartellbehörden) erfolgen. Über das Erfordernis für die Landesbehörden, sich mit dem Bundeskartellamt vor Erlass der Erforderlichkeitsbestätigung ins Benehmen zu setzen (jetzt

Absatz 2 Satz 2), können wettbewerbsrechtliche Bedenken jedoch auch weiterhin Eingang in die Entscheidung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden finden. Den Kartellbehörden bleibt unabhängig von der Entscheidung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden die Einleitung eines Verfahrens gegen die Zusammenschlussparteien nach den §§ 1, 19 ff. unbenommen. Die entsprechende Kompetenz wird durch die neue Regelung in § 186a nicht berührt.

Ein Antrag ist nur zulässig und erforderlich, wenn der Geltungsbereich der Zusammenschlusskontrolle eröffnet ist, das heißt, wenn der Zusammenschluss die Umsatz- oder Transaktionswertschwellen in § 35 erfüllt. Der Antrag ist bei der oder den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden der Länder, in denen sich die am Zusammenschluss beteiligten Krankenhäuser befinden, zu stellen. Der Antrag ist gerichtet auf die Bestätigung, dass die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden den Zusammenschluss der beteiligten Krankenhäuser oder einzelnen medizinischen Fachbereiche der betroffenen Krankenhäuser zur Verbesserung der Krankenhausversorgung für erforderlich halten. Dies kann etwa mit Blick auf die Ziele des KHVVG begründet werden.

Nach Absatz 1 Satz 2 erstreckt sich die Entscheidungskompetenz der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden im Rahmen dieses Verfahrens nur auf Märkte, auf denen Krankenhäuser im Sinne des § 107 Absatz 1 SGB V oder medizinische Fachbereiche der betroffenen Krankenhäuser stationäre Leistungen erbringen. Ausgeschlossen sind Leistungen, die von ambulanten Leistungserbringern wie zum Beispiel MVZ erbracht werden. Sollten durch den Zusammenschluss noch weitere Märkte, insbesondere der ambulante Bereich betroffen sein, sind diese nicht Gegenstand der Erforderlichkeitsbestätigung durch die Landesbehörden und nicht von der befreienden Wirkung der Erforderlichkeitsbestätigung mit umfasst. Dies ist insbesondere relevant mit Blick auf Verfahren vor dem Bundeskartellamt nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 2.

Absatz 1 Satz 3 regelt, dass im Fall der Zuständigkeit mehrerer für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, diese nur einvernehmlich mit einer gemeinsamen schriftlichen oder elektronischen Bestätigung oder Ablehnung entscheiden können. Kann das Einvernehmen nicht hergestellt werden, gilt nach Ablauf der Dreimonatsfrist in Absatz 2 Satz 4 der Antrag als abgelehnt. Mit Blick auf die Ziele der Verwaltungsdigitalisierung wird in § 186a Absatz 1 Satz 3 explizit auch die Möglichkeit eröffnet, dass die zuständigen Landesbehörden die Bestätigung elektronisch erlassen.

Nach Absatz 2 Satz 1 sind Anträge auf Bestätigung unverzüglich durch die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden auf ihren Internetseiten unter Nennung der Zusammenschlussbeteiligten zu veröffentlichen. Damit die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden die wettbewerblichen Aspekte eines Zusammenschlusses besser nachvollziehen und gegebenenfalls berücksichtigen können, setzen sie sich vor einer Bestätigung nach Absatz 2 Satz 2 mit dem Bundeskartellamt ins Benehmen. Dadurch können die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden bei ihrer Entscheidung die Erkenntnisse nutzen, über die das Bundeskartellamt bereits verfügt. Das Bundeskartellamt muss für diesen Zweck keine eigenen Ermittlungen anstellen oder zusätzliche Informationen einholen. Mit Blick auf etwaige Betroffenheit von Dritten darf über den Antrag nicht vor Ablauf von einem Monat nach der Veröffentlichung entschieden werden. Satz 4 regelt eine Ablehnungsfiktion, wenn der Antrag nicht innerhalb von drei Monaten beschieden wird. Diese Fiktion dient der Verfahrensklarheit und der Vermeidung von Parallelverfahren. Somit wird spätestens nach drei Monaten das Verfahren vor den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden förmlich beendet und ermöglicht den Zusammenschlussparteien einen Antrag beim Bundeskartellamt nach Absatz 3 zu stellen. Die Frist nach Satz 4 kann durch die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden mit Zustimmung aller Zusammenschlussbeteiligten verlängert werden. Sofern der Zusammenschluss nur Märkte betrifft, auf denen Krankenhäuser im Sinne des § 107 Absatz 1 SGB V stationäre Leistungen erbringen und eine fristgemäße Erforderlichkeitsbestätigung durch die Landes-

behörden erfolgt, ist das Verfahren an dieser Stelle abgeschlossen und der Zusammenschluss darf mangels Anmeldepflicht nach § 39 vollzogen werden.

Nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 schließt sich auf Antrag der Zusammenschlussparteien ein Verfahren vor dem Bundeskartellamt an, wenn die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden den zuvor gestellten Antrag gemäß Absatz 1 Satz 1 abgelehnt haben oder die Ablehnungsfiktion gemäß Absatz 2 Satz 3 greift. Dasselbe gilt nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 in sogenannten „Mischfällen“, in denen die Erforderlichkeitsbestätigung erteilt wurde, das Zusammenschlussvorhaben aber nicht ausschließlich Märkte betrifft, auf denen Krankenhäuser im Sinne des § 107 Absatz 1 SGB V oder medizinische Fachbereiche der betroffenen Krankenhäuser stationäre Leistungen erbringen. Diese Mischfälle sollen – nach Vorliegen einer Erforderlichkeitsbestätigung – nur mit Blick auf die weiteren Märkte wie zum Beispiel den ambulanten Bereich weiterhin einer Kontrolle durch das Bundeskartellamt unterliegen. Für die Bestimmung, ob für die Teile des Zusammenschlusses, die keine Krankenhausmärkte betreffen, eine Anmeldepflicht nach § 39 besteht, bleibt der Teil des Zusammenschlusses bei der Anwendung des § 35 außer Betracht, auf den sich die Erforderlichkeitsbestätigung nach Absatz 1 Satz 1 erstreckt. Im Rahmen eines Mischfalles kann also der bereits durch die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden für erforderlich gehaltene Teil des Zusammenschlusses den übrigen Teil nicht über die Schwellen des § 35 heben. Folglich gilt dieser „bestätigte“ Teil im Verfahren vor dem Bundeskartellamt nicht als Teil des nach § 39 anmeldepflichtigen Zusammenschlussvorhabens und ist damit auch von der Zusammenschlusskontrolle ausgenommen. Entsprechend greift für diesen Teil auch kein Vollzugsverbot nach § 41 Absatz 1 und es erfolgt keine materielle Prüfung durch das Bundeskartellamt nach § 36 Absatz 1. Die Anwendung von § 36 Absatz 2 bleibt hiervon unberührt.

In Satz 3 wird geregelt, dass die Monatsfrist des § 40 Absatz 1 nicht beginnt, bevor die Zusammenschlussbeteiligten dem Bundeskartellamt die Entscheidung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde über den Antrag nach Absatz 1 vorlegen oder nachweisen, dass die Bestätigung nach Absatz 1 beantragt und die Frist nach Absatz 1 Satz 3 abgelaufen ist. Durch diese Regelung sollen Parallelverfahren vermieden werden. Zudem soll insbesondere für Vorhaben, die nur zum Teil Gegenstand der Ausnahme nach Absatz 1 Satz 1 sind, vermieden werden, dass durch Fristablauf beim Bundeskartellamt ein Eintritt in das Hauptprüfverfahren für einen Zusammenschluss oder Teile dessen nicht mehr möglich ist.

Wird entgegen dieser Vorschrift nicht zunächst der Antrag nach Absatz 1 Satz 1 bei den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden gestellt, sondern direkt beim Bundeskartellamt angemeldet, hat das Bundeskartellamt die Zusammenschlussparteien auf das vorrangige Verfahren bei den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden zu verweisen.

Um mit Blick auf Mischfälle Verzögerungen aufgrund der nacheinander erfolgenden Prüfungen der einzelnen Teile des Vorhabens zunächst hinsichtlich der Krankenhäuser und anschließend hinsichtlich der übrigen Bereiche vor dem Bundeskartellamt zu vermeiden und den gesamten Zusammenschluss möglichst zeitgleich vollziehen zu können, empfiehlt es sich für Unternehmen, zu erwägen, ob eine getrennte Anmeldung des Vorhabens möglich und sinnvoll ist, das heißt, eine Anmeldung des Teils des Vorhabens der ausschließlich Krankenhausmärkte betrifft bei den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden und darüber hinausgehende Teile direkt beim Bundeskartellamt.

Die Erhebung der Gebühren beim Bundeskartellamt erfolgt auch in Fällen des Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 gemäß § 62. Mit Blick auf durch Ausstellung einer Erforderlichkeitsbestätigung freigestellte Zusammenschlüsse konkreter Krankenhäuser entsteht mangels Erhebung zusätzlicher Daten und materieller Prüfung weder personeller und sachlicher Aufwand im Sinne des § 62 Absatz 2, der sich gebührenerhöhend auswirken könnte, noch ist dieser Teil des Zusammenschlusses für die wirtschaftliche Bedeutung heranzuziehen.

Absatz 4 regelt die bereits in der mit dem KHVVG eingeführten Regelung in § 187 Absatz 10 enthaltenen Bestimmungen zur Evaluierung und Rolle der Monopolkommission. Die Frist zur Evaluierung wird von sechs auf fünf Jahre verkürzt, um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die Vorschrift bis Ende 2030 befristet ist und die Evaluierung trotz erneutem Inkrafttreten aufgrund der Änderungen mit diesem Zeitpunkt zusammenfallen sollte. Die Evaluierung soll sich unverändert auf eine Stellungnahme der Monopolkommission stützen, inwieweit die Regelung zur Konsolidierung der Krankenhauslandschaft und Verbesserung der Krankenhausversorgung beigetragen hat. Die weiteren Vorgaben in Absatz 4, die auch bereits in § 187 Absatz 10 enthalten waren, sind erforderlich, um die für die Evaluierung des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie und die Stellungnahme der Monopolkommission relevanten Daten erheben und verarbeiten zu können. Zu den in Absatz 4 Satz 2 genannten Krankenhäusern, die von einem Zusammenschluss im Sinne des Absatz 1 Satz 1 betroffen sind, zählen nicht nur die jeweils fusionierenden Krankenhäuser, sondern auch die Krankenhäuser, die mit den am Zusammenschluss beteiligten Unternehmen in einem Wettbewerbsverhältnis stehen. Zudem wird hier nur an anderer Stelle geregelt, dass diese Vorschrift nur auf Zusammenschlüsse anzuwenden ist, die bis zum 31. Dezember 2030 vollzogen werden.

Nach Absatz 5 gilt für Zusammenschlüsse, die ab dem 1. Januar 2031 vollzogen werden, die in § 187 Absatz 9 vorgesehene Ausnahmemöglichkeit.

Zu Nummer 2

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung des § 187 Absatz 9 Satz 1 Nummer 3. Die dort geregelte Freistellung von der Fusionskontrolle gilt unter anderem für Krankenhauszusammenschlüsse, soweit die Voraussetzungen für eine Förderung aus dem Transformationsfonds nach § 12b Absatz 1 Satz 4 Nummer 1 KHG festgestellt wurden. Diese Voraussetzungen sowie das Verfahren der Antragstellung werden durch die Krankenhausstrukturfonds-Verordnung näher ausgestaltet. Die Angabe „Krankenhausstrukturfonds-Verordnung“ wird daher durch die Angabe „Krankenhausstrukturfonds-Verordnung“ ersetzt.

Zu Nummer 3

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Einfügung des neuen § 186a.

Zu Artikel 6 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Es handelt sich um die Korrektur fehlerhafter Verweise und um unmittelbare und zwingende redaktionelle Folgeänderungen zu den Änderungen in § 10 Absatz 6 KHEntgG. Das KHEntgG gilt nur für somatische Krankenhäuser. Das Erfordernis der Normklarheit sowie der rechtlichen Gleichbehandlung psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen mit somatischen Krankenhäusern erfordern es, die Änderungen im Sachzusammenhang mit den Änderungen des KHEntgG mit zu regeln.

Zu Artikel 7 (Inkrafttreten)

Die Regelung sieht ein Inkrafttreten des Gesetzes am Tag nach der Verkündung vor.