

Arbeitsentwurf

des Bundesministeriums für Gesundheit

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

(Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

A. Problem und Ziel

[...]

B. Lösung

[...]

C. Alternativen

[...]

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

[...]

E. Erfüllungsaufwand

[...]

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

[...]

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

[...]

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

[...]

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

[...]

F. Weitere Kosten

[...]

VERTRAULICH

Arbeitsentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

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

(Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

Vom ...

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

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

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

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

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

„2. die nach § 135e geltenden Qualitätskriterien nicht erfüllt, soweit in dem Versorgungsvertrag Leistungsgruppen vereinbart werden sollen; § 6a Absatz 1 Satz 4 bis 8 sowie Absatz 2 Satz 1 bis 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gilt entsprechend oder“.
 - b) Nach Satz 2 wird folgender Satz 3 eingefügt:

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

„§ 115g

Behandlung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung

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

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

1. ambulante Leistungen aufgrund einer Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung,
2. ambulantes Operieren nach § 115b,
3. medizinisch-pflegerische Versorgung nach § 115h,
4. belegärztliche Leistungen, soweit vom Versorgungsauftrag des Landes erfasst,
5. Übergangspflege nach § 39e,
6. Kurzzeitpflege nach § 39c,
7. Kurzzeitpflege nach § 42 des Elften Buches,
8. Tagespflege und Nachtpflege nach § 41 des Elften Buches.

Leistungen nach Satz 1 Nummer 3, 5 und 6 können unter pflegerischer Leitung erbracht werden, soweit sie nicht ärztlich verantwortet werden. Leistungen nach Satz 1 Nummer 7 und 8 können in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung erbracht werden, sofern dies in selbständigen, organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennten Pflegeabteilungen erfolgt, die als stationäre Pflegeeinrichtung im Sinne des § 72 des Elften Buches zugelassen sind. Die Leistungen nach Satz 1 Nummer 6 bis 8 können erbracht werden, sobald die Genehmigung der Tagesentgelte für voll- und teilstationäre Leistungen nach § 6c des Krankenhausentgeltgesetzes wirksam geworden ist.

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

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

Die Vereinbarung nach Satz 1 ist mindestens alle zwei Jahre, erstmals zwei Jahre nach Abschluss, durch Vereinbarung an den Stand der medizinischen Erkenntnisse

anzupassen. Kommt die Vereinbarung nach den Sätzen 1 und 2 nicht fristgerecht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von drei Monaten den Inhalt der Vereinbarung fest.

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

§ 115h

Medizinisch-pflegerische Versorgung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen

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

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

(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbaren bis zum [ein Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes] Einzelheiten der Erbringung der medizinisch-pflegerischen Versorgung, insbesondere

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

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

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

5. § 116a wird wie folgt gefasst:

„§ 116a

Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung

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

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

6. § 121 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„Belegärztliche Leistungen und sonstige ärztliche Leistungen im Krankenhaus“.

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

c) Folgender Absatz 7 wird angefügt:

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

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

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

b) Folgende Nummer 5 wird angefügt:

- „5. die Einhaltung oder Nichteinhaltung der Qualitätskriterien nach § 135e, einschließlich der Information, wenn einem Krankenhaus Leistungsgruppen nach § 6a Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen sind.“

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

„§ 135e

Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung

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

1. Erbringung verwandter Leistungsgruppen, jeweils mit der Angabe, ob die Leistungsgruppe am Standort oder auch in Kooperation erbracht werden kann,
2. sachliche Ausstattung,
3. personelle Ausstattung sowie
4. sonstige Struktur- und Prozesskriterien.

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

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

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

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit richtet einen Ausschuss ein, um die Inhalte der Rechtsverordnung nach Absatz 2 Nummern 1 bis 3 weiterzuentwickeln. Der Ausschuss wird durch das Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam mit den Ländern geleitet. Soweit das Bundesministerium für Gesundheit oder ein Land die Weiterentwicklung der Inhalte der Rechtsverordnung nach Absatz 2 Nummern 1 bis 3 beraten möchte, hat der Ausschuss zunächst einen Vorschlag der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften einzuholen. Zudem beauftragt der Ausschuss das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte mit Unterstützungsleistungen. Der Ausschuss ist in gleicher Zahl besetzt mit Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen einerseits und Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der

Bundesärztekammer und der Berufsorganisationen der Pflegeberufe andererseits. Die Patientenorganisationen nach § 140f können beratend an den Sitzungen des Ausschusses teilnehmen. Der Ausschuss legt das Nähere zur Arbeitsweise, Besetzung und Beschlussfassung des Ausschusses in einer Geschäftsordnung fest. Die Geschäftsordnung und ihre Änderung bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Kommt die Geschäftsordnung bis zum ...[einsetzen: 2 Monate nach Inkrafttreten] nicht zustande, legt das Bundesministerium für Gesundheit die Geschäftsordnung fest. Zur Koordinierung der Arbeit des Ausschusses richtet das Bundesministerium für Gesundheit eine Geschäftsstelle ein.

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

1. die Leistungsgruppen nach Anlage 1 und
 2. die Qualitätskriterien, die im Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022 (veröffentlicht am 27. April 2022 durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen auf dessen Internetseite) festgelegt sind; dabei finden die auf Landesebene in Nordrhein-Westfalen geltenden sonstigen Struktur- und Prozesskriterien keine Anwendung.“
9. § 136c wird wie folgt geändert:
- a) Die Absätze 1 und 2 werden aufgehoben.
 - b) In Absatz 3 wird Satz 3 aufgehoben.
 - c) In Absatz 4 wird Satz 3 aufgehoben.
 - d) In Absatz 6 werden die Wörter „Absätzen 1 bis 5“ durch die Wörter „Absätzen 3 bis 5“ ersetzt.
10. § 137 Absatz 3 wird wie folgt geändert:
- a) In den Sätzen 1 bis 3 und 6 wird jeweils das Wort „Kontrollen“ durch das Wort „Prüfungen“ ersetzt.
 - b) In Satz 1 werden nach der Angabe „§ 275a“ die Wörter „Absatz 1 Satz 1 Nummer 3“ angefügt.
 - c) In Satz 1 werden die Wörter „§ 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 oder § 136a Absatz 5“ durch die Wörter „§ 136a Absatz 2 und 5“ ersetzt.
 - d) In Satz 5 werden die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.
 - e) In Satz 6 werden nach der Angabe „§ 275a“ die Wörter „Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 sowie eine Vereinheitlichung der Prüfungen des Medizinischen Dienstes zu stationären Strukturen und weiteren Anforderungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1“ angefügt.
11. § 275a wird wie folgt gefasst:

„§ 275a

Prüfungen zu Strukturen in Krankenhäusern und weitere Qualitätsprüfungen

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

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

Die Prüfungen sind aufwandsarm zu gestalten. Sie erfolgen in der Regel im schriftlichen Verfahren auf Basis vorliegender Daten und Auskünfte der Krankenhäuser oder angemeldet vor Ort, soweit eine Inaugenscheinnahme der Gegebenheiten vor Ort für die Prüfung erforderlich ist. Die Prüfungen nach Satz 1 führt der Medizinische Dienst soweit möglich einheitlich und aufeinander abgestimmt durch, verwendet Nachweise und Erkenntnisse aus anderen Prüfungen nach diesem Absatz wechselseitig und führt die Datenbank nach § 283 Absatz 5 zu den in den Standorten der Krankenhäuser nach Satz 1 geprüften Strukturen und weiteren Anforderungen. Die Krankenhäuser haben die für die Prüfung erforderlichen personen- und einrichtungsbezogenen Daten innerhalb von vier Wochen nach Anforderung an den Medizinischen Dienst zu übermitteln. Die Übermittlung von für die Prüfung erforderlichen Unterlagen durch die Krankenhäuser und deren Annahme sowie Mitteilungen zu Prüfergebnissen durch den Medizinischen Dienst erfolgen grundsätzlich auf elektronischem Wege. Die Bereitstellung von Prüferunterlagen durch die Krankenhäuser kann über ein geschütztes digitales Informationsportal des Medizinischen Dienstes erfolgen. Die Prüfungen erfolgen durch den Medizinischen Dienst, der örtlich für das zu prüfende Krankenhaus zuständig ist. Grundlage der Prüfungen nach Satz 1 Nummer 1 und 2 ist die Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3. Näheres zu den Prüfungen nach Satz 1 Nummer 3 wird in der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 festgelegt. Der Standort eines Krankenhauses bestimmt sich nach § 2 der zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemäß § 2a Absatz 1 getroffenen Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen vom 29. August 2017, die auf der Internetseite der Deutschen Krankenhausgesellschaft veröffentlicht ist.

(2) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat für die Zuweisung von Leistungsgruppen nach § 6a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes den Medizinischen Dienst mit Prüfungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 zu beauftragen. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen haben für den Abschluss von Versorgungsverträgen nach § 109 den Medizinischen Dienst im Einvernehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde mit Prüfungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 zu beauftragen. Der Umfang der vom Medizinischen Dienst zu prüfenden Leistungsgruppen bestimmt sich abschließend nach dem konkreten Auftrag. Der Medizinische Dienst hat eine nach den Sätzen 1 und 2 beauftragte Prüfung eines Krankenhauses unverzüglich durchzuführen und in der Regel innerhalb von acht Wochen abzuschließen. Unangemeldete Prüfungen sind nur zulässig, wenn Tatsachen mit hinreichender Wahrscheinlichkeit erwarten lassen, dass eine

angemeldete Prüfung den Prüferfolg gefährden würde. Die Prüfungen nach den Sätzen 1 und 2 sind erstmalig bis spätestens zum 30. Juni 2025 zu beauftragen. Der Medizinische Dienst hat diese erstmaligen Prüfungen bis spätestens zum 30. Juni 2026 abzuschließen.

(3) Nach Abschluss der Prüfung gemäß Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 erhalten die Krankenhäuser vom Medizinischen Dienst auf elektronischem Wege das Gutachten über das Ergebnis der Prüfung. Das Gutachten gilt längstens für einen Zeitraum von zwei Jahren als Nachweis über die Einhaltung der Qualitätskriterien der jeweiligen Leistungsgruppen. Krankenhäuser, die eines oder mehrere Qualitätskriterien einer oder mehrerer Leistungsgruppen über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht einhalten, haben dies unverzüglich dem zuständigen Medizinischen Dienst, der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen auf elektronischem Wege mitzuteilen. Der Medizinische Dienst übermittelt der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen auf elektronischem Wege das jeweilige Gutachten nach Satz 1 und informiert diese Stellen auch unverzüglich über die Nichteinhaltung von Qualitätskriterien nach Satz 3.

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

(5) Krankenhäuser können Leistungen abweichend von Absatz 4 Satz 1 bis zum Abschluss der Strukturprüfung, längstens bis zum 30. Juni eines Jahres, abrechnen, wenn

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

Krankenhäuser können Leistungen abweichend von Absatz 4 Satz 1 bis zum Abschluss der Strukturprüfung, längstens bis zu sechs Monate nach der Anzeige nach Nummer 1, abrechnen, wenn sie

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

Krankenhäusern, denen nach Abschluss der Strukturprüfung, die sie nach einer Anzeige nach Satz 1 oder Satz 2 beantragt haben, keine Bescheinigung nach Absatz 4 Satz 3 erteilt wurde, haben dies unverzüglich auf elektronischem Wege den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und dem Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung unter Angabe des Standortes des Krankenhauses mitzuteilen.

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

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

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

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

13. § 275d wird aufgehoben.

14. § 276 wird wie folgt geändert:

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

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

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

b) Absatz 4a wird wie folgt geändert:

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

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

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

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

15. § 277 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

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

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

16. § 278 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

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

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

Die Medizinischen Dienste berichten dem Medizinischen Dienst Bund jährlich zum 1. April über die Anzahl und Ergebnisse der Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, differenziert nach den einzelnen Strukturmerkmalen der Codes des Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2, einschließlich der Anzahl der Anzeigen nach § 275a Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 und Satz 2 Nummer 1 sowie der Anzahl der Mitteilungen nach § 275a Absatz 4 Satz 5 und Absatz 5 Satz 3. Das Nähere zum Verfahren regeln die Richtlinien nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 und 8. Die Medizinischen Dienste berichten dem Medizinischen Dienst Bund regelmäßig die nach der Richtlinie gemäß § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 für die Datenbank nach § 283 Absatz 5 erforderlichen Daten.“

b) Folgender Absatz 5 wird angefügt:

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

17. § 280 wird wie folgt geändert:

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

18. § 283 wird wie folgt geändert:

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

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

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

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

- c) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

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

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

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

Das Nähere regelt die Richtlinie nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 8.“

- d) Folgender Absatz 5 wird eingefügt:

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

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

Die Verarbeitung und Veröffentlichung der Daten in der Datenbank nach Satz 1 erfolgt ohne Personenbezug. Die Datenbank ist fortlaufend auf Basis neuer Erkenntnisse der Medizinischen Dienste zu aktualisieren. Die Medizinischen Dienste berichten dem Medizinischen Dienst Bund regelmäßig die für die Datenbank erforderlichen Daten und erhalten auf die für ihr Zuständigkeitsgebiet relevanten und für die jeweilige Prüfung erforderlichen Daten Zugriff. Sobald die Datenbank nach Satz 1 umgesetzt ist, wird das Übermittlungsverfahren nach § 275a Absatz 3 Satz 4, Absatz 4 Satz 4 und Absatz 5 Satz 3 durch Gewährung eines direkten Zugriffs der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde, der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen, des Landesausschusses des Verbandes der Privaten Krankenversicherung sowie des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen auf die jeweils für die Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben erforderlichen standortbezogenen Daten ihres Zuständigkeitsgebiets ersetzt. Der Standort eines Krankenhauses bestimmt sich nach § 2 der zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemäß § 2a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes getroffenen Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen vom 29. August 2017, die auf der Internetseite der Deutschen Krankenhausgesellschaft veröffentlicht ist. Das Nähere zum Verfahren, zu den Nutzer- und Zugriffsrechten und zu den konkreten Daten regelt die Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3. Der Medizinische Dienst Bund setzt die Datenbank erstmals bis zum 31. Dezember 2024 um.“

- e) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 6.

19. § 299 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „§ 27b Absatz 2, § 135b Absatz 2, § 136 Absatz 1 Satz 1, den §§ 136b, 136c Absatz 1 und 2 sowie“ durch die Wörter “§ 27b Absatz 2, § 135b Absatz 2, § 136 Absatz 1 Satz 1 und § 136b sowie“ ersetzt.
- b) In Absatz 1a werden die Wörter „§27b Absatz 2, § 135b Absatz 2, § 136 Absatz 1 Satz 1, den §§ 136b, 136c Absatz 1 und 2, § 137 Absatz 3 und § 137b Absatz 1 sowie“ durch die Wörter „§ 27b Absatz 2, § 135b Absatz 2, § 136 Absatz 1 Satz 1, § 136b, § 137 Absatz 3 und § 137b Absatz 1 sowie“ ersetzt.
- c) Absatz 7 Satz 1 wird wie folgt geändert:

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

bb) Folgende Nummer 4 wird angefügt:

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

20. Die §§ 411 und 412 werden aufgehoben.

Artikel 2

Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

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

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

Artikel 3

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

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

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

„§ 6a

Zuweisung von Leistungsgruppen

(1) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde weist den nach § 108 Nummer 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenen Krankenhäusern standortbezogenen Leistungsgruppen nach § 135e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu. Der Standort eines Krankenhauses bestimmt sich nach § 2 der zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemäß § 2a Absatz 1 getroffenen Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen vom 29. August 2017, die auf der Internetseite der Deutschen Krankenhausgesellschaft veröffentlicht ist. Voraussetzung für die Zuweisung nach Satz 1 ist die Erfüllung der für die jeweilige Leistungsgruppe nach § 135e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geltenden Qualitätskriterien. Die Erfüllung der Qualitätskriterien nach § 135e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wird durch das Gutachten des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nachgewiesen. Bis zum Vorliegen des Gutachtens nach § 275a Absatz 2 Satz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch kann die Erfüllung der Qualitätskriterien, deren Prüfung bereits beauftragt wurde, durch eine Selbsteinschätzung des Krankenhauses nachgewiesen werden. Das Krankenhaus hat die Erfüllung der Qualitätskriterien in der Selbsteinschätzung zu begründen. Das Gutachten nach § 275a Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch tritt an die Stelle der Selbsteinschätzung nach Satz 5. Den Bundeswehrkrankenhäusern und den Krankenhäusern der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und ihrer Vereinigungen sollen die Leistungsgruppen zugewiesen werden, für die sie nach den Vorgaben des Bundesministeriums der Verteidigung beziehungsweise für die sie nach der Aufgabenstellung der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und ihrer Vereinigungen gemäß dem Siebten Buch des Sozialgesetzbuches Ressourcen vorhalten. Die Zuweisung der Leistungsgruppen erfolgt durch Bescheid. Gegen den Bescheid ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben.

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

1. dies nach der Verordnung aufgrund § 135e Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht ausgeschlossen ist und
2. das Krankenhaus in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgenommen ist.

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

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

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

Absatz 1 Satz 9 und 10 gilt entsprechend. Widerspruch und Anfechtungsklage gegen den Bescheid haben keine aufschiebende Wirkung.

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

1. eine Aufstellung über die den Krankenhäusern je Krankenhausstandort nach Absatz 1 zugewiesenen Leistungsgruppen,
2. den Zeitpunkt der Aufhebung der Zuweisung einer Leistungsgruppe nach Absatz 3,
3. den Zeitpunkt des vollständigen oder teilweisen Ausscheidens eines Krankenhauses aus der Krankenhausversorgung,
4. den Zeitpunkt des vollständigen oder teilweisen Zusammenschlusses mehrerer Krankenhäuser und
5. im Fall der erstmaligen Erbringung einer Leistung einer Leistungsgruppe die Fallzahl nach § 37 Absatz 2 Satz 3.

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

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

1. Die krankenhausesübergreifende Koordinierung von Versorgungsprozessen und -kapazitäten, insbesondere bei Großschadenslagen und
2. der Aufbau und die Koordinierung regionaler insbesondere telemedizinischer Versorgungsnetzwerke.

Das Nähere zu den Aufgaben nach Satz 1 regeln die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2. Die Aufgaben nach Satz 1 dürfen nur Krankenhäusern zugewiesen werden, die der Versorgungsstufe nach § 135d Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 oder 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugeordnet sind. Absatz 1 Satz 9 und 10 gilt entsprechend. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus die Zuweisung nach Satz 1 erstmalig bis zum 31. Oktober 2026, danach jeweils zum 31. Oktober des laufenden Kalenderjahres, zu übermitteln. Absatz 4 Satz 2 gilt entsprechend.“

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

„§ 6b

Bestimmung als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung

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

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

4. In § 8 werden die Absätze 1a bis 1c aufgehoben.
5. § 17b wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach der Angabe „Absatz 4“ die Wörter „und Absatz 4b“ eingefügt.
 - b) In Absatz 3 Satz 4 werden nach dem Wort „Pflegepersonalkosten“ die Wörter „und des nach Absatz 4b Satz 1 auszugliedernden Anteils für die Vorhaltevergütung“ eingefügt.
 - c) Nach Absatz 4a werden die folgenden Absätze 4b bis 4d eingefügt:

„(4b) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat für die Einführung einer Vorhaltevergütung für die Jahre 2025 bis 2030 jährlich einen Anteil in Höhe von 60 Prozent aus den Kosten, die für die Kalkulation der bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen nach Absatz 1 Satz 4, Absatz 4 Satz 5 und Satz 3 zugrunde gelegt werden, auszugliedern; die Kosten sind hierzu vorab um die variablen Sachkosten zu vermindern (verminderte Kosten). Die Pflegepersonalkosten nach Absatz 4 gehören zu dem Anteil nach Satz 1 und ihre Vergütung bleibt unberührt. Zur Ermittlung der Bewertungsrelationen für die Vorhaltevergütung (Vorhaltebewertungsrelationen) sind die Pflegepersonalkosten nach Absatz 4, wenn ihr Anteil an den verminderten Kosten unterhalb von 60 Prozent liegt, von 60 Prozent dieser

Kosten abzuziehen. Wenn in Ausnahmefällen der Anteil der Pflegepersonalkosten nach Absatz 4 an den verminderten Kosten mindestens 60 Prozent entspricht, betragen die Vorhaltebewertungsrelationen null. Für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus die Vorhaltebewertungsrelationen nach Maßgabe des § 39 Absatz 3 zu erhöhen. Die Änderungen durch die Sätze 1 bis 5 sind erstmals bei der Fallpauschalenvereinbarung für das Jahr 2025 durch die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 zu berücksichtigen und die Vorhaltebewertungsrelationen in dem Entgeltkatalog für das Jahr 2025 auszuweisen.

(4c) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 haben auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus, das bis zum 31. März 2029 vorzulegen ist, erstmals bis zum 31. August 2029 eine eindeutige, bundeseinheitliche Definition für Vorhaltekosten zu vereinbaren und hierbei Vorgaben für eine erstmals für das Jahr 2031 durchzuführende Kalkulation der Vorhaltekosten unter Berücksichtigung der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen nach § 135e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu treffen. Kommt die Vereinbarung nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen die Definition von Vorhaltekosten und die Vorgaben für die Kalkulation der Vorhaltekosten unter Berücksichtigung der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen gemäß § 135e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch fest. Die Vereinbarung nach Satz 1 oder die Festsetzung nach Satz 2 ersetzt die in Absatz 4b Satz 1, 3 und 4 vorgegebene Höhe des auszugliedernden Anteils.

(4d) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat die Auswirkungen der Einführung der Vorhaltevergütung in den Jahren 2027 bis 2032, insbesondere hinsichtlich der Veränderung der Versorgungsstrukturen und der Qualität der Versorgung zu analysieren. Es legt dem Bundesministerium für Gesundheit die Ergebnisse seiner Analyse jeweils bis zum 31. Dezember 2029 und bis zum 31. Dezember 2031 in einem Zwischenbericht und bis zum 31. Dezember 2033 in einem abschließenden Bericht vor und veröffentlicht die Berichte jeweils zeitnah barrierefrei auf seiner Internetseite. Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 haben vor der Erstellung der Berichte jeweils vorab gegenüber dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus Stellung zu nehmen. Die Kosten des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus werden mit dem DRG-Systemzuschlag nach Absatz 5 finanziert.“

- d) In Absatz 5 Satz 1 wird die Angabe „bis 4“ durch die Angabe „bis 4b“ ersetzt.
 - e) Absatz 7 Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Nummer 1 werden nach der Angabe „Absatz 4“ die Wörter „und die Vorhaltevergütung nach Absatz 4b“ eingefügt.
 - bb) In Nummer 2 werden nach der Angabe „Absatz 4“ die Wörter „sowie der Vorhaltevergütung nach Absatz 4b“ eingefügt.
6. § 17c wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter „Absatz 2 Satz 5“ durch die Wörter „Absatz 2 Satz 6“ ersetzt.
 - b) Absatz 6 wird wie folgt geändert:
 - aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

- aaa) In Nummer 6 wird das Komma durch einen Punkt ersetzt.
 - bbb) Nummer 7 wird aufgehoben.
 - bb) Satz 4 wird aufgehoben.
 - c) In Absatz 7 Satz 2 wird die Angabe „275d“ durch die Wörter „275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2“ ersetzt.
7. In § 18 Absatz 4 Satz 1 werden nach dem Wort „über“ die Wörter „die krankenhausesindividuellen Tagesentgelte nach § 6c des Krankenhausentgeltgesetzes,“ eingefügt.
8. In § 25 Absatz 4 Satz 3 werden die Wörter „§ 275d Absatz 1 Satz 1“ durch die Wörter „§ 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2“ ersetzt.
9. § 28 Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- a) In Nummer 4 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und werden vor dem Komma am Ende die Wörter „der Vorhaltevergütung und der krankenhausesindividuellen Tagesentgelte“ eingefügt.
 - b) In Nummer 5 werden nach dem Wort „Bewertungsrelationen“ die Wörter „, Summe der Vorhaltebewertungsrelationen“ eingefügt.
 - c) Nach Nummer 5 wird folgende Nummer 5a eingefügt:
 - „5a. Zahl der Fälle, die mit krankenhausesindividuellen Tagesentgelten abgerechnet werden, sowie die Ausgleichsbeträge nach § 6c Absatz 5 des Krankenhausentgeltgesetzes,“.
10. Nach § 36 werden die folgenden §§ 37 bis 39 angefügt:

„§ 37

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

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

(2) Im Anschluss an die Übermittlung nach § 6a Absatz 4 Satz 1 ermittelt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für jeden Krankenhausstandort in diesem Land, dessen voll- und teilstationäre Leistungen nach dem

Krankenhausentgeltgesetz vergütet werden, seinen Anteil an der Vorhaltevergütung in der jeweiligen Leistungsgruppe. Der Anteil ergibt sich, indem die Fallzahl des Krankenhausstandorts mit seiner durchschnittlichen Fallschwere (Casemixindex) in der jeweiligen ihm nach § 6a zugewiesenen Leistungsgruppe multipliziert und das Produkt durch die über alle Krankenhausstandorte dieses Landes in dieser Leistungsgruppe addierten Produkte geteilt wird. Sofern einem Krankenhausstandort mit Wirkung ab dem Folgejahr eine Leistungsgruppe neu zugewiesen wird, ermittelt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus den Anteil des Krankenhausstandorts an der Vorhaltevergütung in dieser Leistungsgruppe durch Multiplikation der dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach § 6a Absatz 4 Satz 1 Nummer 5 mitgeteilten Fallzahl, mit dem Casemixindex in der Leistungsgruppe im jeweiligen Land. Die Ermittlung nach Satz 1 oder Satz 3 erfolgt bis zum 30. November des Jahres, in dem die Übermittlung nach Satz 1 vorliegt, auf der Grundlage der nach § 21 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Vorjahr übermittelten Leistungsdaten; eine neue Ermittlung ist nach zwei Jahren und danach alle drei Jahre jeweils bis zum 30. November eines Jahres auf Basis der jeweils zuletzt verfügbaren Leistungsdaten durchzuführen. Bei der Ermittlung nach Satz 1 oder Satz 3 ist in der jeweiligen dem Krankenhausstandort nach § 6a zugewiesenen Leistungsgruppe im Vergleich zur vorangegangenen Ermittlung nach Satz 1 oder Satz 3 der aktuelle Casemixindex zu verwenden sowie anstelle der bei der vorangegangenen Ermittlung zugrunde gelegten Fallzahl die aktuelle Fallzahl zu verwenden, sofern diese um mehr als 20 Prozent von der bei der vorangegangenen Ermittlung zugrunde gelegten Fallzahl abweicht. Sofern zwischen den Zeitpunkten für die neue Ermittlung nach Satz 4 zweiter Halbsatz ein Ereignis nach § 6a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 bis Nummer 4 eintritt, ist in den betroffenen Leistungsgruppen in dem Land und in den an das Land angrenzenden Ländern für die Krankenhausstandorte eine neue Ermittlung nach Satz 1 oder 3 vorzunehmen, die für die Vorhaltevergütung im jeweiligen Folgejahr Wirkung entfaltet. Die Vorgehensweise bei der Ermittlung des Anteils der Krankenhausstandorte an der Vorhaltevergütung ist von dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus in dem Konzept nach Absatz 1 Satz 5 darzustellen.

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

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

(5) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erlässt jährlich bis zum 10. Dezember eines Jahres für das Folgejahr, erstmals bis zum 10. Dezember 2026 für

das Jahr 2027, gegenüber dem Krankenhausträger einen Bescheid über die Höhe des je Krankenhausstandort und je Leistungsgruppe aufgeteilten Vorhaltevolumens nach Absatz 1 Satz 4 sowie über die Höhe der standortindividuellen Förderbeträge nach § 39 Absatz 2 Satz 4. Bis zum Jahr 2027 hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus jährlich im Anschluss an die Übermittlung nach § 6a Absatz 4 Satz 1 bis zum 10. Dezember desselben Jahres für das Folgejahr dem Krankenhausträger eine Information über die Höhe des je Krankenhausstandort und je Leistungsgruppe aufgeteilten Vorhaltevolumens nach Absatz 1 Satz 4 zu übermitteln. Soweit für einen Krankenhausstandort eines der Ereignisse nach § 6a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 bis Nummer 4 eintritt, ist der Bescheid nach Satz 1 mit Wirkung vom Zeitpunkt des Eintritts des Ereignisses nach Maßgabe von Satz 4 insoweit aufzuheben. Den Umfang des nach Satz 3 aufzuhebenden Teils des Bescheides nach Satz 1 bestimmt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, indem es die Höhe des je Krankenhausstandort und je Leistungsgruppe aufgeteilten Vorhaltevolumens nach Absatz 1 Satz 4 sowie die Höhe der standortindividuellen Förderbeträge nach § 39 Absatz 2 Satz 4 auf Grundlage der Anzahl der Kalendertage ermittelt, die zwischen dem Ereignis nach § 6a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 bis Nummer 4 und dem Ende des Vorjahres lagen.

§ 38

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

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

§ 39

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

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

festgelegt, welche gemäß Absatz 2 Satz 4 zusätzlich zum Vorhaltevolumen auf die förderfähigen Standorte verteilt werden:

Pädiatrie: 288 Millionen Euro,

Geburtshilfe: 120 Millionen Euro,

Stroke Unit: xxx Euro,

Spezielle Traumatologie: xxx Euro,

Intensivmedizin: xxx Euro.

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

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

(3) Die Zahlung der nach Absatz 2 Satz 4 ermittelten standortindividuellen Förderbeträge erfolgt über die ab dem Jahr 2027 um einen Prozentsatz erhöhten Vorhaltebewertungsrelationen nach § 17b Absatz 4b Satz 5. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus berechnet den Prozentsatz für jede der nach Absatz 1 Satz 4 für die förderfähigen Bereiche festgelegten Leistungsgruppen jährlich, erstmals für den Entgeltkatalog für das Jahr 2027, als Verhältnis der nach Absatz 2 Satz 1 ermittelten bundesweiten Förderbeträge je Leistungsgruppe und der bundesweiten Summe der Vorhaltebewertungsrelationen je Leistungsgruppe, die mit dem einheitlichen Basisfallwert nach § 10 Absatz 9 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes des Jahres der Berechnung multipliziert wird. Die der Summe der Vorhaltebewertungsrelationen je Leistungsgruppe der förderfähigen Bereiche zugrundeliegenden Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes werden um den nach Satz 2 ermittelten Prozentsatz dieser Leistungsgruppe erhöht.

(4) Sofern für einen Krankenhausstandort unterjährig eines der Ereignisse nach § 6a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 bis Nummer 4 eintritt und dieses Ereignis eine Leistungsgruppe nach Absatz 1 Satz 4 betrifft, ist die Gesamtsumme der Förderbeträge der betroffenen Leistungsgruppe nach Absatz 2 Satz 1 für das Folgejahr durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus in dem jeweiligen Land und in der betroffenen oder den betroffenen Leistungsgruppen um einen Betrag zu erhöhen. Der

Betrag nach Satz 1 ergibt sich, indem der nach Absatz 2 Satz 4 ermittelte Förderbetrag des jeweils betroffenen Krankenhausstandortes und der jeweils betroffenen Leistungsgruppe durch 365 geteilt und mit der Zahl der Kalendertage multipliziert wird, die zwischen dem Ereignis nach § 6a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 bis Nummer 4 und dem Ende des Vorjahres lagen.“

Artikel 4

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

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

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

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

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

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

„Der Betrag nach Satz 2 ist bei Patientinnen oder Patienten abzurechnen, die zwischen dem 1. Januar 2020 und dem 31. Dezember 2026 zur Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen wurden.“

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

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

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

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

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

4. § 6 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2a Satz 1 werden die Wörter „§ 7 Satz 1 Nr. 1 und 2“ durch die Wörter „§ 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2“ ersetzt und werden in Nummer 2 nach dem Wort „Höhe“ die Wörter „der Vorhaltevergütung und“ eingefügt.
- b) In Absatz 3 Satz 5 werden nach dem Wort „Erhöhungsbetrag“ die Wörter „auf Verlangen einer Vertragspartei über das Budget des laufenden Pflegesatzzeitraums und ansonsten“ eingefügt.

5. In § 6a Absatz 1 Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „; dies gilt nicht für Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 und Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.
6. Nach § 6a werden die folgenden §§ 6b und 6c eingefügt:

„§ 6b

Vergütung eines Vorhaltebudgets

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

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

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

(4) Weicht die Summe der an das Krankenhaus für das Vorjahr gezahlten Erlöse des Vorhaltebudgets von der Höhe des dem Krankenhaus für das Vorjahr zustehenden Gesamtvorhaltebudgets nach Absatz 1 Satz 3 ab, werden Mehr- oder Mindererlöse ab dem Jahr 2027 vollständig ausgeglichen (Ausgleichsbetrag). Zur Ermittlung des Ausgleichsbetrages bestimmt das Krankenhaus bis zum 28. Februar die Summe der abgerechneten Entgelte nach § 7 Absatz 2 Satz 1 Nummer 5 aller bis zum 31. Dezember des Vorjahres entlassenen Fälle; noch nicht abgerechnete Entgelte sind dabei vom Krankenhaus sachgerecht zu schätzen. Über einen Zeitraum von 12 Wochen nach der Genehmigung nach § 14 Absatz 1a wird der auf der Grundlage nach Satz 2 ermittelte Ausgleichsbetrag über einen prozentualen Zu- oder Abschlag auf die Entgelte nach § 7 Absatz 2 Satz 1 Nummer 5 abgerechnet. Das Krankenhaus übermittelt das Ergebnis der Summe der abgerechneten Entgelte nach Satz 2 unter Berücksichtigung der sachgerechten Schätzung, die Höhe des Ausgleichsbetrages, die Höhe des prozentualen Zu- oder Abschlags und dessen Abrechnungszeitraum sowie den der Berechnung zu

Grunde liegenden Bescheid nach § 37 Absatz 5 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde mit. Spätestens mit endgültiger Berechnung des Ausgleichs nach § 4 Absatz 3 wird auch der Ausgleich für das Vorhaltebudget endgültig vereinbart. § 4 Absatz 3 Satz 7 gilt entsprechend.

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

§ 6c

Vergütung von Krankenhäusern, die als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen bestimmt sind

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

1. ein krankenhausindividuelles Tagesentgelt, für diejenigen Fälle, in denen das Krankenhaus die ärztlichen Leistungen erbringt., sowie dessen Degression,
2. ein verringertes krankenhausindividuelles Tagesentgelt, sofern die ärztlichen Leistungen durch einen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer erbracht wurden, sowie dessen Degression sowie
3. einen Erlösbetrag, welcher die krankenhausindividuellen Tagesentgelte nach den Nummern 1 und 2 sowie weiterer krankenhausindividueller Tagesentgelte nach Satz 2 umfasst.

Soweit es für eine sachgerechte Vergütung erforderlich ist, können auch weitere krankenhausindividuelle Tagesentgelte mit Degression vereinbart werden.

(2) Die krankenhausindividuellen Tagesentgelte nach Absatz 1 sind von den Vertragsparteien nach § 11 sachgerecht zu kalkulieren. Bei der Kalkulation der krankenhausindividuellen Tagesentgelte ist der Leistungsinhalt und -umfang des einzelnen

Krankenhauses zu berücksichtigen sowie die Vorgaben nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 zu beachten. Die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen nach § 17b Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind vollständig über die krankenhausesindividuellen Tagesentgelte zu finanzieren. Dabei sind die für das Vereinbarungsjahr geltenden Vorgaben zur bundeseinheitlichen Definition und Abgrenzung der Pflegepersonalkosten nach § 6a Absatz 2 Satz 1 maßgeblich. Zu- und Abschläge sind gemäß der Vorgaben nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 bei der Kalkulation erhöhend oder mindernd zu berücksichtigen.

(3) Der Erlösbetrag wird ermittelt, indem für die voraussichtlich zu erbringenden Leistungen Art und Menge der krankenhausesindividuellen Tagesentgelte nach Absatz 1 mit den entsprechenden Behandlungstagen multipliziert werden. Bei Patientinnen und Patienten, die über den Jahreswechsel im Krankenhaus nach § 115g Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch stationär (Überlieger) oder im Rahmen der medizinisch-pflegerischen Versorgung behandelt werden, werden die Erlöse aus den krankenhausesindividuellen Tagesentgelten tagesbezogen dem Jahr zugeordnet, in dem sie durch eine Behandlung anfallen. Für den Erlösbetrag nach Satz 1 gilt § 4 Absatz 4 entsprechend. Der Erlösbetrag darf den um den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1 veränderten Erlösbetrag des Vorjahres nur überschreiten, sofern die Überschreitung durch Kostensteigerungen für Pflegepersonal für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen bedingt ist oder soweit Veränderungen von Art und Menge der krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Leistungen vorliegen. Wird eine Erhöhungsrage für Tarifierhöhungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbart, so ist der von den Vertragsparteien nach § 11 vereinbarte Erlösbetrag um die nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbarte anteilige Erhöhungsrage nach § 10 Absatz 5 Satz 5 zu erhöhen, wobei der Erhöhungsbetrag über den Erlösbetrag des nächstmöglichen Pflegesatzzeitraums abzuwickeln ist; für diese Erhöhung des Erlösbetrags gilt keine Begrenzung durch den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1.

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

(5) Weicht die Summe der auf das Vereinbarungsjahr entfallenden Erlöse des Krankenhauses aus den Entgelten nach Absatz 1 von dem Erlösbetrag nach Absatz 3 ab, werden Mindererlöse zu 60 vom Hundert und Mehrererlöse zu 65 vom Hundert ausgeglichen. Ausgenommen hiervon sind Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen, für diese sind Mehr- oder Mindererlöse vollständig auszugleichen. Zur Ermittlung der Mehr- oder Mindererlöse hat der Krankenhausträger eine vom Jahresabschlussprüfer bestätigte Aufstellung über die Erlöse aus den krankenhausesindividuellen Tagesentgelten nach Absatz 1 vorzulegen. Der ermittelte Ausgleichsbetrag wird im Rahmen der nächstmöglichen Vereinbarung nach Absatz 6 für das Krankenhaus ermittelt und über ein erhöhtes oder abgesenktes krankenhausesindividuelles Tagesentgelt abgerechnet. Mehr- und Mindererlöse infolge der Weitererhebung bisheriger krankenhausesindividueller Tagesentgelte nach Absatz 8 werden im restlichen Vereinbarungszeitraum ausgeglichen. Der Ausgleichsbetrag wird im Rahmen der nächstmöglichen Vereinbarung nach Absatz 6 ermittelt und über ein erhöhtes oder abgesenktes krankenhausesindividuelles Tagesentgelt abgerechnet.

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

(7) Soweit die tatsächlichen Erlöse aus den krankenhausesindividuellen Tagesentgelten nach Absatz 1 des ersten oder zweiten Quartals voraussichtlich jeweils 10 Prozent des einem Krankenhaus für ein Viertel des laufenden Jahres zustehenden Erlösbetrags nach Absatz 3 unterschreiten, kann das Krankenhaus verlangen, dass auf die restlichen neun oder sechs Monate des laufenden Jahres um 10 Prozent erhöhte krankenhausesindividuelle Tagesentgelte abgerechnet werden. Das Krankenhaus hat sein Verlangen bezogen auf das erste Quartal bis zum 31. März und bezogen auf das zweite Quartal bis zum 30. Juni des laufenden Jahres gegenüber den anderen Vertragsparteien nach § 11 sowie der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde anzuzeigen und die voraussichtliche Unterschreitung nach Satz 1 hierbei glaubhaft darzulegen. § 14 findet keine Anwendung. Auf Verlangen einer Vertragspartei ist bei wesentlichen Änderungen der Vereinbarung des Erlösbetrags nach Absatz 3 zu Grunde gelegten Annahmen der Erlösbetrag für das laufende Kalenderjahr neu zu vereinbaren. Die Vertragsparteien können im Voraus vereinbaren, dass in bestimmten Fällen der Erlösbetrag nur teilweise neu vereinbart wird. Der Unterschiedsbetrag zum bisherigen Erlösbetrag ist im Rahmen der erhöhten oder abgesenkten krankenhausesindividuellen Tagesentgelte nach Absatz 5 Satz 4 abzurechnen.

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

7. § 7 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

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

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

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

ccc) Nach Nummer 7 wird folgende Nummer 8 eingefügt:

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

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

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

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

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

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

6. Tagesentgelte nach Absatz 1 Nummer 8 werden krankenhausesindividuell vereinbart.“

bb) In Satz 2 wird nach der Angabe „3“ die Angabe „und 10“ eingefügt.

8. § 8 wird wie folgt geändert:

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

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

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

bb) Folgender Satz wird angefügt:

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

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

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

9. § 9 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

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

bb) Nach Nummer 9 wird folgende Nummer 10 angefügt:

„10. bis [6 Monate nach Inkrafttreten] Vorgaben für die Kalkulation, einschließlich der dabei zu berücksichtigenden Zu- und Abschläge, und die Abrechnungsbestimmungen für die krankenhausindividuellen Tagesentgelte nach § 6c Absatz 1 sowie nähere Einzelheiten zur Verhandlung des Erlösbetrags nach § 6c Absatz 3, insbesondere zu den vorzulegenden Unterlagen und den wesentlichen Rechengrößen zur Herleitung der zu berücksichtigenden Kosten im Rahmen der Kalkulation, sowie vorläufige krankenhausindividuelle Tagesentgelte,“.

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

10. § 10 wird wie folgt geändert:

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

b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

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

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

cc) In Satz 6 werden die Wörter „ist die anteilige Erhöhungsrage nach Satz 5 bei der Vereinbarung des Basisfallwerts für das Folgejahr erhöhend zu berücksichtigen“ durch die Wörter „ist dieser während des laufenden Kalenderjahres unverzüglich unter Berücksichtigung der anteiligen Erhöhungsrage nach Satz 5 und des Zeitpunkts der erstmaligen Abrechnung neu zu vereinbaren“ ersetzt.

dd) Satz 7 wird gestrichen.

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

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

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

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

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

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

14. § 14 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Abschläge“ die Wörter „und der krankhausindividuellen Tagesentgelte nach § 6c Absatz 1“ eingefügt.
- b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

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

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

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

15. § 15 wird wie folgt geändert:

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

aa) In Nummer 4 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt.

bb) In Nummer 5 werden die Wörter „ab dem“ durch das Wort „vom“ ersetzt nach der Angabe „2023“ die Wörter „bis zum [Tag vor Inkrafttreten des Gesetzes nach Artikel X Absatz Y]“ eingefügt und der Punkt am Ende durch das Wort „und“ ersetzt.

cc) Nach Nummer 5 wird folgende Nummer 6 angefügt:

„6. ab dem [Tag des Inkrafttretens des Gesetzes nach Artikel X Absatz Y] mit 250 Euro^{*)}.“

- b) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Für die Vereinbarungsjahre 2020 bis 2025 sind Mindererlöse infolge der Anwendung des vorläufigen Pflegeentgeltwertes nach Absatz 2a Satz 1 oder infolge der Weitererhebung des bisherigen krankhausindividuellen Pflegeentgeltwertes auch für die auf das Vereinbarungsjahr folgenden Jahre, höchstens bis zum Jahr des Inkrafttretens der Vereinbarung des laufenden Kalenderjahres, vorläufig auszugleichen. Der endgültige Erlösausgleich erfolgt mit dem vereinbarten Pflegeentgeltwert des jeweiligen Vereinbarungsjahres.“

16. § 18 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

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

^{*)} Der Wert ist nach Bekanntgabe des Orientierungswerts für das Jahr 2024 ggf. anzupassen.

- b) Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

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

17. § 21 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 Nummer 1 wird wie folgt geändert:

- aa) Buchstabe d) wird wie folgt gefasst:

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

bb) In Buchstabe g werden die Wörter „in Anlage 1 zum Fünften Buch Sozialgesetzbuch genannten Leistungsgruppen“ durch die Wörter „Leistungsgruppen nach § 135e Fünftes Buch Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

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

Artikel 5

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

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

1. § 3 Absatz 4 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Abweichend von Satz 1 kann jede Vertragspartei bei der Vereinbarung einer Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes bereits für den laufenden Pflegesatzzeitraum eine Erhöhung des Gesamtbetrags verlangen; die Erhöhung erfolgt um den Prozentwert nach

Satz 1, der in Abhängigkeit vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens des erhöhten Gesamtbetrags zu erhöhen ist.“

- b) Im neuen Satz 3 wird das Wort „insoweit“ durch die Wörter „für die Sätze 1 und 2“ ersetzt.
2. In § 8 Absatz 3 und § 11 Absatz 1 Satz 1 wird jeweils die Angabe „§ 275d“ durch die Wörter „§ 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2“ ersetzt.

Artikel 6

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich des Satzes 2 am Tag nach der Verkündung in Kraft. Artikel 2 sowie Artikel 4 Nummer 17 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb und Buchstabe b treten an dem Tag in Kraft, an dem die Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Kraft tritt.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

[...]

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

[...]

III. Alternativen

[...]

IV. Gesetzgebungskompetenz

[...]

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

[...]

VI. Gesetzesfolgen

[...]

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

[...]

2. Nachhaltigkeitsaspekte

[...]

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

[...]

4. Erfüllungsaufwand

[...]

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

[...]

5. Weitere Kosten

[...]

6. Weitere Gesetzesfolgen

[...]

VII. Befristung; Evaluierung

[...]

B. Besonderer Teil

[...]

VERTRAULICH