

**Deutscher Bundestag**

Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache

20(14)221.1

16.09.2024

Änderungsantrag 0

der Fraktionen der SPD, Bündnis 90/DIE GRÜNEN und FDP

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument  
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

Drucksache 20/11854

Der Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG) wurde dem Bundesministerium der Justiz zur rechtsförmlichen und rechtssystematischen Prüfung übersandt (Rechtsprüfung gemäß § 46 Absatz 1 Gemeinsame Geschäftsordnung der Bundesministerien). In Anbetracht des engen Zeitrahmens konnte die Rechtsprüfung bis zur Kabinetttbefassung nicht abgeschlossen werden.

Das Ergebnis der Rechtsprüfung liegt nunmehr vor und ist der beigefügten Synopse für die Beschlussempfehlung des 14. Ausschusses zu entnehmen. Die Synopse zeigt in der linken Spalte die Regelungen der lektorierten Kabinetttfassung des Gesetzentwurfes und in der rechten Spalte die Änderungen, die sich aus der Rechtsprüfung ergeben haben. Änderungen und Ergänzungen sind in der rechten Spalte fett gedruckt, Streichungen sind in der linken Spalte kursiv dargestellt. Die Begründung findet sich am Ende der Synopse. Das Bundesministerium für Gesundheit stellt zur Unterstützung der parlamentarischen Beratungen eine Lesefassung des Gesetzentwurfes mit dem eingearbeiteten Ergebnis der Rechtsprüfung zur Verfügung.

Der Bundestag wird gebeten, die folgenden Änderungen als Ergebnis der rechtförmlichen und rechtssystematischen Prüfung des Bundesministeriums der Justiz zu beschließen:

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<b>Gesetzentwurf der Bundesregierung</b>	<b>Gesetzentwurf der Bundesregierung</b>
<b>Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen</b>	<b>Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen</b>
<b>(Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)</b>	<b>(Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)</b>
<b>Vom ...</b>	<b>Vom ...</b>
Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:	Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:
<b>Artikel 1</b>	<b>Artikel 1</b>
<b>Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</b>	<b>Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</b>
Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 30. <i>Mai</i> 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 173) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 30. <b>Juli</b> 2024 (BGBl. 2024 I Nr. <b>254</b> ) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. In § 39e Absatz 1 Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende ein Komma und die Wörter „ <b>oder in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung im Sinne von § 115g Absatz 1</b> “ eingefügt.	1. <b>u n v e r ä n d e r t</b>
2. § 109 wird wie folgt geändert:	2. § 109 wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „ <b>Krankenhausbedarfsplan nach § 8 Abs. 1 Satz 2</b> “ durch die Wörter „ <b>Krankenhausplan nach § 8 Absatz 1 Satz 3</b> “ ersetzt.	a) <b>u n v e r ä n d e r t</b>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>b) In Absatz 2 Satz 2 werden nach dem Wort „Berücksichtigung“ die Wörter „<i>der Auswahlkriterien nach § 135e Absatz 4 Satz 2 sowie</i>“ eingefügt.</p>	<p>b) In Absatz 2 Satz 2 werden nach dem Wort „Berücksichtigung“ die Wörter „<b>der Erfüllung der in der Tabellenzeile „Auswahlkriterium“ der Anlage 1 für die jeweilige in dem Versorgungsvertrag zu vereinbarende Leistungsgruppe genannten Qualitätskriterien sowie</b>“ eingefügt.</p>
<p>c) Absatz 3 wird wie folgt <i>geändert</i>:</p>	<p>c) Absatz 3 <b>Satz 1 Nummer 2</b> wird wie folgt <b>gefasst</b>:</p>
<p>aa) <i>Satz 1 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:</i></p>	<p><b>entfällt</b></p>
<p>„2. an dem <i>jeweiligen</i> Krankenhausstandort <i>die</i> für bestimmte Leistungsgruppen nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt, <i>wenn in dem Versorgungsvertrag diese Leistungsgruppen für den jeweiligen Krankenhausstandort vereinbart werden sollen oder</i>“.</p>	<p>„2. an dem Krankenhausstandort, für <b>den</b> bestimmte Leistungsgruppen <b>vereinbart werden sollen, die für diese Leistungsgruppen</b> nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt, oder“.</p>
<p>bb) <i>Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:</i></p>	<p><b>entfällt</b></p>
<p>„<i>Wurden in dem Versorgungsvertrag Leistungsgruppen vereinbart, gilt die Genehmigung zugleich als Zuweisung dieser Leistungsgruppen im Sinne des § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.</i>“</p>	
<p>d) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:</p>	<p>d) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:</p>

„(3a)Die in Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 genannte Erfüllung der Qualitätskriterien ist durch das Krankenhaus vor Abschluss des Versorgungsvertrags nachzuweisen. Der in Satz 1 genannte Nachweis wird durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 4 Satz 1 über die Prüfung der Erfüllung der für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien erbracht, wenn die Übermittlung dieses Gutachtens an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu dem Zeitpunkt des Abschlusses des Versorgungsvertrags nicht länger als zwei Jahre zurückliegt. Bis zu dem Zeitpunkt der in Satz 2 genannten Übermittlung kann der in Satz 1 genannte Nachweis durch eine begründete Selbsteinschätzung des Krankenhauses erbracht werden, wenn der Medizinische Dienst bereits mit der Prüfung nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 beauftragt wurde. Abweichend von Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 darf ein Versorgungsvertrag abgeschlossen werden, obwohl das Krankenhaus die für die jeweiligen Leistungsgruppen maßgeblichen Qualitätskriterien an dem jeweiligen Krankenhausstandort nicht erfüllt, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist und dies für die jeweilige Leistungsgruppe nicht durch die Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 ausgeschlossen ist. Der Abschluss eines Versorgungsvertrags ist zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich, wenn ein anderes Krankenhaus, dem die jeweilige Leistungsgruppe nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen ist oder das die jeweilige Leistungsgruppe in einem genehmigten Versorgungsvertrag vereinbart hat, für einen erheblichen Teil der Einwohner des jeweiligen Versorgungsgebiets nicht innerhalb

„(3a)Die in Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 genannte Erfüllung von Qualitätskriterien ist durch das Krankenhaus vor Abschluss eines Versorgungsvertrags gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nachzuweisen. Der in Satz 1 genannte Nachweis wird durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes über die Prüfung der Erfüllung der für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien erbracht, dessen Übermittlung nach § 275a Absatz 4 Satz 1 an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu dem Zeitpunkt des Abschlusses des Versorgungsvertrags nicht länger als zwei Jahre zurückliegt. Bis zu dem Zeitpunkt der in Satz 2 genannten Übermittlung kann der in Satz 1 genannte Nachweis durch eine begründete Selbsteinschätzung des Krankenhauses erbracht werden, wenn der Medizinische Dienst bereits mit der Prüfung nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 beauftragt wurde. Abweichend von Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 darf ein Versorgungsvertrag abgeschlossen werden, obwohl das Krankenhaus an dem Krankenhausstandort, für den bestimmte Leistungsgruppen in dem Versorgungsvertrag vereinbart werden sollen, die für diese Leistungsgruppen maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist und dies für die jeweilige Leistungsgruppe nicht durch die Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 ausgeschlossen ist. Der Abschluss eines Versorgungsvertrags ist zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich, wenn ein anderer Krankenhausstandort, für den die jeweilige Leistungsgruppe nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen ist, für einen

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>der in § 6a Absatz 4 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Fahrzeit mit einem Kraftfahrzeug erreichbar ist. Der Versorgungsvertrag ist im Fall des Satzes 4 auf höchstens drei Jahre zu befristen <i>und mit der Bedingung abzuschließen, dass das jeweilige Krankenhaus die für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien innerhalb einer Frist, die höchstens drei Jahre betragen darf, zu erfüllen hat. Solange</i> der jeweilige Krankenhausstandort in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgenommen ist, kann der Versorgungsvertrag abweichend von Satz 6 unbefristet abgeschlossen werden.“</p>	<p>erheblichen Teil der Einwohner des <b>Einzugsbereichs des Krankenhausstandorts, für den die Leistungsgruppe vereinbart werden soll</b>, nicht innerhalb der <b>jeweiligen</b> in § 6a Absatz 4 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Fahrzeit mit einem Kraftfahrzeug erreichbar ist. Der Versorgungsvertrag ist im Fall des Satzes 4 auf höchstens drei Jahre zu befristen; <b>in dem Versorgungsvertrag ist das Krankenhaus zu verpflichten, an dem jeweiligen Krankenhausstandort</b> die für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien innerhalb einer Frist, die höchstens drei Jahre betragen darf, zu erfüllen. <b>Wenn</b> der jeweilige Krankenhausstandort <b>zum Zeitpunkt des Abschlusses des Versorgungsvertrags</b> in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgenommen ist, kann der Versorgungsvertrag abweichend von Satz 6 unbefristet abgeschlossen werden.“</p>
<p>e) Dem Absatz 5 werden die folgenden Sätze angefügt:</p>	<p>e) <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>
<p>„Die von den Krankenhäusern erbrachten und in Rechnung gestellten Leistungen sind von den Krankenkassen innerhalb von fünf Tagen nach Rechnungseingang zu bezahlen. Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut oder der Übersendung von Zahlungsmitteln an das Krankenhaus.“</p>	
<p>3. § 110 Absatz 1 wird wie folgt geändert:</p>	<p>3. § 110 Absatz 1 wird wie folgt geändert:</p>
<p>a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:</p>	<p>a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>„Ein Versorgungsvertrag nach § 109 Absatz 1 kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden, von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nur gemeinsam und nur</p>	<p>„Ein Versorgungsvertrag nach § 109 Absatz 1 kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden, von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nur gemeinsam und nur</p>
<p>1. aus den in § 109 Absatz 3 Satz 1 genannten Gründen oder</p>	<p>1. <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>
<p>2. wenn die Übermittlung des jeweils letzten Gutachtens des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 4 Satz 1 über die Prüfung der Erfüllung der für die vereinbarten Leistungsgruppen maßgeblichen Qualitätskriterien an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen länger als zwei Jahre zurückliegt, es sei denn, das Krankenhaus <i>erbringt</i> den Nachweis über die Erfüllung <i>der</i> Qualitätskriterien durch eine begründete Selbsteinschätzung und der Medizinische Dienst <i>wurde</i> bereits mit der Prüfung nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 beauftragt.“</p>	<p>2. wenn die Übermittlung des jeweils letzten Gutachtens des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 4 Satz 1 über die Prüfung der Erfüllung der für die vereinbarten Leistungsgruppen maßgeblichen Qualitätskriterien an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen länger als zwei Jahre zurückliegt, es sei denn, <b>dass</b> das Krankenhaus den Nachweis über die <b>in § 109 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 genannte</b> Erfüllung <b>dieser</b> Qualitätskriterien durch eine begründete Selbsteinschätzung <b>erbringt</b> und der Medizinische Dienst bereits mit der Prüfung nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 beauftragt <b>wurde.</b>“</p>
<p>b) In Satz 2 werden vor der Angabe „§ 109“ die Wörter „Satz 1 Nummer 2 oder <i>der in</i>“ eingefügt.</p>	<p>b) In Satz 2 werden vor der Angabe „§ 109“ die Wörter „Satz 1 Nummer 2 oder“ eingefügt.</p>
<p>c) Nach Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:</p>	<p>c) Nach Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:</p>
<p>„Satz 2 <i>gilt</i> nicht,</p>	<p>„Satz 2 <b>ist</b> nicht <b>anzuwenden</b>,</p>
<p>1. <i>solange ein</i> Versorgungsvertrag <i>nach</i> § 109 Absatz 1 Satz 1 <i>in Verbindung mit</i> Absatz 3a Satz 6 <i>oder 7 vereinbart</i> ist <i>oder</i></p>	<p>1. <b>wenn der</b> Versorgungsvertrag <b>in dem in</b> § 109 Absatz <b>3a</b> Satz <b>4 genannten Fall nach</b> § 109 Absatz 3a Satz 6 <b>befristet abgeschlossen wurde und die Frist noch nicht abgelaufen</b> ist,</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p><b>2. wenn der Versorgungsvertrag in dem in § 109 Absatz 3a Satz 4 genannten Fall nach § 109 Absatz 3a Satz 7 unbefristet abgeschlossen wurde und der jeweilige Krankenhausstandort weiterhin in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgenommen ist oder</b></p>
<p><i>2. für drei Monate ab Mitteilung des Krankenhauses über die Nichterfüllung der Qualitätskriterien nach § 275a Absatz 4 Satz 2, wenn die Landesverbände der Krankenkassen oder die Ersatzkassen Anhaltspunkte dafür haben, dass die Dauer der Nichterfüllung drei Monate nicht überschreitet.“</i></p>	<p><b>3. wenn das Krankenhaus unverzüglich eine nach § 275a Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 erforderliche Mitteilung gemacht hat, seit dieser Mitteilung nicht mehr als drei Monate vergangen sind und den Landesverbänden der Krankenkassen oder den Ersatzkassen Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Dauer der von dieser Mitteilung erfassten Nichterfüllung von Qualitätskriterien drei Monate nicht überschreiten wird.“</b></p>
<p>4. Nach § 115f wird folgender § 115g eingefügt:</p>	<p>4. Nach § 115f wird folgender § 115g eingefügt:</p>
<p>„§ 115g</p>	<p>„§ 115g</p>
<p>Behandlung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung</p>	<p>Behandlung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung</p>
<p>(1) <i>Krankenhäuser</i>, die nach § 6c des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt worden sind, können <i>insbesondere</i> folgende Leistungen erbringen:</p>	<p><b>(1) Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sind Standorte von Krankenhäusern</b>, die nach § 6c Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt worden sind <b>und die nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten stationären Leistungen erbringen. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen können über die nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten stationären Leistungen hinaus</b> folgende Leistungen erbringen:</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
1. ambulante Leistungen aufgrund einer Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung,	1. un verändert
2. ambulantes Operieren nach § 115b,	2. ambulantes Operieren nach § 115b <b>sowie sonstige ambulante Leistungen, die nach diesem Buch von zugelassenen Krankenhäusern erbracht werden können,</b>
3. <i>stationäre Leistungen, soweit sie von der Vereinbarung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 und 3 umfasst und die Anforderungen nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 erfüllt sind, einschließlich belegärztlicher Leistungen, in dem durch den Versorgungsauftrag des Landes bestimmten Umfang,</i>	3. <b>die</b> nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 <b>vereinbarten stationären Leistungen</b> und, <b>wenn die jeweilige sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung hierbei telemedizinisch von einem kooperierenden Krankenhaus unterstützt wird, die</b> nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 <b>vereinbarten stationären Leistungen,</b>
4. Übergangspflege nach § 39e,	4. un verändert
5. Kurzzeitpflege nach § 39c.	5. un verändert
Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen <i>erbringen stationäre Leistungen, soweit sie von der Vereinbarung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 umfasst und die Anforderungen nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 erfüllt sind, einschließlich belegärztlicher Leistungen, in dem durch den Versorgungsauftrag des Landes bestimmten Umfang.</i> Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen können die in Satz 1 Nummer 4 und 5 genannten Leistungen unter pflegerischer Leitung erbringen, soweit sie nicht ärztlich zu verantworten sind. <i>Die Möglichkeit für Krankenhäuser, die nicht als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt sind, stationäre Leistungen nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 bis 3 und Leistungen nach Satz 1 Nummer 1, 2 und 4 zu erbringen, bleibt unberührt.</i>	Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen <b>haben die jeweiligen</b> nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 <b>vereinbarten Anforderungen zu erfüllen. Die in Satz 1 und Satz 2 genannten stationären Leistungen können auch belegärztlich erbracht werden.</b> Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen können die in Satz 2 Nummer 4 und 5 genannten Leistungen unter pflegerischer Leitung erbringen, soweit sie nicht ärztlich zu verantworten sind. <b>Nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 bis 3 vereinbarte stationäre Leistungen und in Satz 2 Nummer 1, 2 und 4 sowie in Absatz 2 genannte Leistungen können auch von Standorten von Krankenhäusern erbracht werden, die keine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung sind.</b>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>(2) Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen können zusätzlich Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 des Elften Buches und der Tagespflege und Nachtpflege nach § 41 des Elften Buches in selbständigen, organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennten Pflegeabteilungen, die als stationäre Pflegeeinrichtung im Sinne des § 72 des Elften Buches zugelassen sind, erbringen.</p>	<p>(2) <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>
<p>(3) Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung,</p>	<p>(3) Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung,</p>
<p>1. welche stationären Leistungen der Inneren Medizin und der Geriatrie sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen mindestens <i>anbieten</i> müssen,</p>	<p>1. welche stationären Leistungen der Inneren Medizin und der Geriatrie sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen mindestens <b>erbringen</b> müssen,</p>
<p>2. welche weiteren stationären Leistungen sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen erbringen können,</p>	<p>2. <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>
<p>3. welche stationären Leistungen eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung über die nach den Nummern 1 und 2 vereinbarten stationären Leistungen hinaus erbringen kann, wenn sie hierbei telemedizinisch von einem kooperierenden Krankenhaus unterstützt wird, und</p>	<p>3. <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>
<p>4. welche Anforderungen an die Qualität, Patientensicherheit und Dokumentation der Erbringung der den Nummern 1 bis 3 vereinbarten Leistungen und an die in Nummer 3 genannte Kooperation gestellt werden und wie diese aufwandsarm geprüft werden.</p>	<p>4. welche Anforderungen an die Qualität, Patientensicherheit und Dokumentation der Erbringung der <b>nach</b> den Nummern 1 bis 3 vereinbarten <b>stationären</b> Leistungen und an die in Nummer 3 genannte Kooperation gestellt werden und wie diese aufwandsarm geprüft werden.</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>Die in Satz 1 genannten Vertragsparteien haben die Vereinbarung nach Satz 1 im Abstand von jeweils höchstens zwei Jahren, erstmals zwei Jahre nach ihrem Abschluss, an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 oder Satz 2 nicht fristgerecht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von drei Monaten den Inhalt der Vereinbarung fest. <i>Für die Festlegung durch die Schiedsstelle nach Satz 3 gilt die Anpassung nach Satz 2 entsprechend.</i></p>	<p>Die in Satz 1 genannten Vertragsparteien haben die Vereinbarung nach Satz 1 <b>oder die Festlegung nach Satz 3</b> im Abstand von jeweils höchstens zwei Jahren, erstmals zwei Jahre nach ihrem Abschluss <b>oder der ersten Festlegung</b>, an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 oder Satz 2 nicht fristgerecht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von drei Monaten den Inhalt der Vereinbarung fest.</p>
<p>(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung dem Bundesministerium für Gesundheit im Abstand von zwei Jahren, erstmals zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des 60. auf die Verkündung folgenden Kalendermonats], einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der Leistungserbringung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen auf die ambulante, stationäre und pflegerische Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen vor. Die für den Bericht erforderlichen Daten sind ihnen von den Krankenkassen, den Pflegekassen, den Krankenhäusern und den Kassenärztlichen Vereinigungen in anonymisierter Form zu übermitteln.“</p>	<p>(4) <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>
<p>5. § 116a wird wie folgt gefasst:</p>	<p>5. § 116a wird wie folgt gefasst:</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„§ 116a	„§ 116a
Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser	Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser
<p>(1) Der Zulassungsausschuss muss zugelassene Krankenhäuser für das entsprechende Fachgebiet in den Planungsbereichen, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine eingetretene Unterversorgung nach § 100 Absatz 1 oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf nach § 100 Absatz 3 festgestellt hat, auf deren Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen, soweit und solange dies zur Beseitigung der Unterversorgung oder zur Deckung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist.</p>	<p>(1) <i>u n v e r ä n d e r t</i></p>
<p>(2) Der Zulassungsausschuss muss sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen für das entsprechende Fachgebiet in den Planungsbereichen, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen <i>eine</i> in absehbarer Zeit <i>drohende</i> Unterversorgung nach § 100 Absatz 1 <i>festgestellt hat</i>, auf deren Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen, soweit und solange dies zur Abwendung der drohenden Unterversorgung erforderlich ist.</p>	<p>(2) Der Zulassungsausschuss muss sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen für das entsprechende Fachgebiet in den Planungsbereichen, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen <b>festgestellt hat, dass</b> in absehbarer Zeit <b>eine</b> Unterversorgung nach § 100 Absatz 1 <b>droht</b>, auf deren Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen, soweit und solange dies zur Abwendung der drohenden Unterversorgung erforderlich ist.</p>
<p>(3) Der Zulassungsausschuss muss sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen in Planungsbereichen, in denen für die hausärztliche Versorgung keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf deren Antrag zur hausärztlichen Versorgung ermächtigen.“</p>	<p>(3) <i>u n v e r ä n d e r t</i></p>
<p>6. § 121 Absatz 6 Satz 2 und 3 wird aufgehoben.</p>	<p>6. <i>u n v e r ä n d e r t</i></p>
<p>7. § 135d wird wie folgt geändert:</p>	<p>7. § 135d wird wie folgt geändert:</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>a) In Absatz 2 Satz 2, 3 und 6 werden nach den Wörtern „des Krankenhausentgeltgesetzes“ jeweils die Wörter „und nach § 40 Absatz 2 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ eingefügt.</p>	<p>a) In Absatz 2 Satz 2, 3 und 6 werden nach den Wörtern „des Krankenhausentgeltgesetzes“ jeweils die Wörter „und nach § 40 Absatz 2 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ eingefügt.</p>
<p>b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:</p>	<p>b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:</p>
<p>aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:</p>	<p>aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:</p>
<p>aaa) In Nummer 1 werden die Wörter „bis zum 30. September 2024 differenziert nach Fachabteilungen und ab dem 1. Oktober 2024 differenziert nach den in Anlage 1 genannten Leistungsgruppen“ durch die Wörter „differenziert nach Leistungsgruppen“ ersetzt und nach dem Wort „bestimmt“ werden die Wörter „; § 135e Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend“ eingefügt.</p>	<p>aaa) In Nummer 1 werden die Wörter „bis zum 30. September 2024 differenziert nach Fachabteilungen und ab dem 1. Oktober 2024 differenziert nach den in Anlage 1 genannten Leistungsgruppen“ durch die Wörter „differenziert nach <b>den</b> nach § 135e Absatz 2 Satz 2 <b>maßgeblichen Leistungsgruppen</b>“ ersetzt.</p>
<p>bbb) In Nummer 7 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.</p>	<p>bbb) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>ccc) Die folgenden Nummern 8 und 9 werden angefügt:</p>	<p>ccc) Die folgenden Nummern 8 und 9 werden angefügt:</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>„8. die dem Krankenhaus nach § 6a Absatz 1 Satz 1 <i>oder</i> nach Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 4 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesenen Leistungsgruppen, die <i>als zugewiesen geltenden</i> Leistungsgruppen nach § 109 Absatz 3 Satz 3 <i>und</i> die Erfüllung oder Nichterfüllung der jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien; § 135e Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend,</p>	<p>„8. die dem Krankenhaus <b>für einen Krankenhausstandort</b> nach § 6a Absatz 1 Satz 1 <b>des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesenen Leistungsgruppen einschließlich der</b> nach § 6a Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 4 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesenen Leistungsgruppen <b>und die für einen Krankenhausstandort nach § 109 Absatz 1 Satz 1 vereinbarten</b> Leistungsgruppen <b>einschließlich der</b> nach § 109 Absatz 1 Satz 1 <b>in Verbindung mit Absatz 3a Satz 4 vereinbarten Leistungsgruppen sowie</b> die Erfüllung oder Nichterfüllung der jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien; § 135e Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend,</p>
<p>9. die Ausweisung <i>auf</i> der nach § 40 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes veröffentlichten Liste.“</p>	<p>9. die Ausweisung <b>in</b> der nach § 40 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes veröffentlichten Liste.“</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
bb) Satz 8 Nummer 1 wird wie folgt gefasst:	bb) Satz 8 Nummer 1 wird wie folgt gefasst:
<p>„1. der Gemeinsame Bundesausschuss die in § 136b Absatz 5 Satz 7 genannten Informationen der erfolgten Prognoseprüfungen und die ihm von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen übermittelten Entscheidungen der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden nach § 136b Absatz 5a über die Nichtanwendung von § 136b Absatz 5 Satz 1 und 2 sowie“.</p>	<p>„1. der Gemeinsame Bundesausschuss die in § 136b Absatz 5 Satz 7 genannten Informationen der erfolgten Prognoseprüfungen und die Entscheidungen der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden nach § 136b Absatz 5a über die Nichtanwendung von § 136b Absatz 5 Satz 1 und 2 sowie“.</p>
8. Nach § 135d werden die folgenden §§ 135e und 135f eingefügt:	8. Nach § 135d werden die folgenden §§ 135e und 135f eingefügt:
„§ 135e	„§ 135e
Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung	Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung
(1) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates	(1) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates
1. von der Krankenhausbehandlung umfasste Leistungen in Leistungsgruppen einzuteilen,	1. <b>u n v e r ä n d e r t</b>
2. für jede nach Nummer 1 festgelegte Leistungsgruppe Qualitätskriterien, die insbesondere Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität der Leistungen beinhalten, in folgenden Anforderungsbereichen festzulegen:	2. für jede nach Nummer 1 festgelegte Leistungsgruppe Qualitätskriterien, die insbesondere Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität der Leistungen beinhalten, in folgenden Anforderungsbereichen festzulegen:
a) Erbringung verwandter Leistungsgruppen,	a) <b>u n v e r ä n d e r t</b>
b) sachliche Ausstattung,	b) <b>u n v e r ä n d e r t</b>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
c) personelle Ausstattung und	c) <b>u n v e r ä n d e r t</b>
d) sonstige Struktur- und <i>Prozesskriterien</i> ,	d) sonstige Struktur- und <b>Prozessvoraussetzungen</b> ,
3. Regelungen zur Zulässigkeit der <i>Einhaltung</i> der Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbänden, insbesondere mit Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung oder Krankenhäusern, zu treffen,	3. Regelungen zur Zulässigkeit der <b>Erfüllung</b> der <b>nach Nummer 2 festgelegten</b> Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbänden, insbesondere mit Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung oder <b>mit anderen</b> Krankenhäusern, zu treffen,
4. Regelungen <i>dazu</i> , für welche Leistungsgruppen in <i>Einzelfällen zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung von den Qualitätskriterien abgewichen werden kann und für welche Leistungsgruppen dies ausgeschlossen ist</i> , zu treffen.	4. Regelungen <b>darüber zu treffen</b> , für welche Leistungsgruppen <b>die Zuweisung in dem in § 6a Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 4 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Fall oder der Abschluss eines Versorgungsvertrags in dem in § 109 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 3a Satz 4 genannten Fall</b> ausgeschlossen ist.
Die nach Satz 1 Nummer 2 festgelegten Qualitätskriterien sollen den aktuellen Stand der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse berücksichtigen und zu einer leitliniengerechten, qualitativ hochwertigen und für Patienten sicheren medizinischen Versorgung beitragen. Die Rechtsverordnung nach Satz 1 ist erstmals bis zum 31. März 2025 mit Wirkung ab dem 1. Januar 2027 zu erlassen.	Die nach Satz 1 Nummer 2 festgelegten Qualitätskriterien sollen den aktuellen Stand der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse berücksichtigen und zu einer leitliniengerechten, qualitativ hochwertigen und für Patienten sicheren medizinischen Versorgung beitragen. Die Rechtsverordnung nach Satz 1 ist erstmals bis zum 31. März 2025 mit Wirkung ab dem 1. Januar 2027 zu erlassen.
(2) Erbringen Krankenhäuser mindestens eine Leistung aus einer Leistungsgruppe, haben sie die für diese Leistungsgruppe <i>festgelegten</i> Qualitätskriterien zu erfüllen. Die maßgeblichen Leistungsgruppen und Qualitätskriterien bestimmen sich nach den Regelungen der Rechtsverordnung nach Absatz 1; bis zum Inkrafttreten dieser Rechtsverordnung bestimmen sie sich nach Absatz 4.	(2) Erbringen Krankenhäuser mindestens eine Leistung aus einer Leistungsgruppe, haben sie die für diese Leistungsgruppe <b>maßgeblichen</b> Qualitätskriterien <b>am jeweiligen Krankenhausstandort</b> zu erfüllen; <b>§ 135d Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend</b> . Die maßgeblichen Leistungsgruppen und Qualitätskriterien bestimmen sich nach den Regelungen der Rechtsverordnung nach Absatz 1; bis zum Inkrafttreten dieser Rechtsverordnung bestimmen sie sich nach Absatz 4.

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit richtet einen Ausschuss ein, der Empfehlungen zu den Inhalten der Rechtsverordnung nach Absatz 1 Nummer 1 bis 4 beschließt. Der Ausschuss wird durch das Bundesministerium für Gesundheit und die obersten Landesgesundheitsbehörden gemeinsam geleitet. Soweit das Bundesministerium für Gesundheit oder eine oberste Landesgesundheitsbehörde über die Weiterentwicklung der Inhalte der Rechtsverordnung nach Absatz 1 Nummer 1 bis 4 beraten möchte, kann der Ausschuss hierzu zunächst einen Vorschlag der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften einholen. Der Ausschuss kann *beschließen*, dass das Bundesministerium für Gesundheit das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte beauftragt, Leistungen zur Unterstützung seiner Tätigkeit zu erbringen. Der Ausschuss besteht in gleicher Zahl aus Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen einerseits und Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Bundesärztekammer, der Hochschulmedizin und der Berufsorganisationen der Pflegeberufe andererseits. Die Patientenorganisationen nach § 140f können beratend an den Sitzungen des Ausschusses teilnehmen. Der Ausschuss kann sachverständige Personen zur Beratung hinzuziehen. Der Ausschuss legt das Nähere zur Arbeitsweise, Besetzung und Beschlussfassung des Ausschusses in einer Geschäftsordnung fest. Die Geschäftsordnung und ihre Änderung bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Wird die Geschäftsordnung nicht bis zum ... [einsetzen: Datum desjenigen Tages des vierten auf den Monat des Inkrafttretens nach Artikel 7 dieses Gesetzes folgenden Kalendermonats, dessen Zahl mit der des Tages Inkrafttretens nach Artikel 7 dieses Gesetzes übereinstimmt, oder, wenn es einen solchen Kalendertag nicht gibt, Datum des ersten Tages des darauffolgenden Kalendermonats] festgelegt, legt das Bundesministerium für Gesundheit die

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit richtet einen Ausschuss ein, der Empfehlungen zu den Inhalten der Rechtsverordnung nach Absatz 1 beschließt. Der Ausschuss wird durch das Bundesministerium für Gesundheit und die obersten Landesgesundheitsbehörden gemeinsam geleitet. Soweit das Bundesministerium für Gesundheit oder eine oberste Landesgesundheitsbehörde über die Weiterentwicklung der Inhalte der Rechtsverordnung nach Absatz 1 beraten möchte, kann der Ausschuss hierzu zunächst einen Vorschlag der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften einholen. Der Ausschuss kann **empfehlen**, dass das Bundesministerium für Gesundheit das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte beauftragt, Leistungen zur Unterstützung seiner Tätigkeit zu erbringen. Der Ausschuss besteht in gleicher Zahl aus Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen einerseits und Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Bundesärztekammer, der Hochschulmedizin und der Berufsorganisationen der Pflegeberufe andererseits. Die Patientenorganisationen nach § 140f können beratend an den Sitzungen des Ausschusses teilnehmen. Der Ausschuss kann sachverständige Personen zur Beratung hinzuziehen. Der Ausschuss legt das Nähere zur Arbeitsweise, Besetzung und Beschlussfassung des Ausschusses in einer Geschäftsordnung fest. Die Geschäftsordnung und ihre Änderung bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Wird die Geschäftsordnung nicht bis zum ... [einsetzen: Datum desjenigen Tages des vierten auf den Monat des Inkrafttretens nach Artikel 7 folgenden Kalendermonats, dessen Zahl mit der des Tages Inkrafttretens nach Artikel 7 übereinstimmt, oder, wenn es einen solchen Kalendertag nicht gibt, Datum des ersten Tages des darauffolgenden Kalendermonats] festgelegt, legt das Bundesministerium für Gesundheit die Geschäftsordnung fest. Zur Koordinierung der Tätigkeit des Ausschusses richtet

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>Geschäftsordnung fest. Zur Koordinierung der Tätigkeit des Ausschusses richtet das Bundesministerium für Gesundheit eine Geschäftsstelle ein.</p>	<p>das Bundesministerium für Gesundheit eine Geschäftsstelle ein.</p>
<p>(4) Bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach Absatz 1 <i>gelten</i> im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 die in der Anlage 1 genannten Leistungsgruppen und Qualitätskriterien nach Maßgabe <i>dieses Absatzes</i>. Die in der <i>Tabellenzeile</i> „Auswahlkriterium“ <i>enthaltenen Qualitätskriterien werden bei der notwendigen Auswahl zwischen mehreren geeigneten Krankenhäusern im Rahmen der Entscheidung über den Abschluss eines Versorgungsvertrags nach § 109 Absatz 2 Satz 2 sowie über die Zuweisung von Leistungsgruppen nach § 6a Absatz 1 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes berücksichtigt. Für die Erfüllung der in der Tabelle in der Anlage 1 als Mindestvoraussetzungen genannten Qualitätskriterien gemäß Absatz 2 Satz 1 gilt:</i></p>	<p>(4) Bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach Absatz 1 <b>sind maßgeblich</b> im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 die in Anlage 1 genannten Leistungsgruppen und Qualitätskriterien nach Maßgabe der <b>Sätze 2 und 3. Hinsichtlich der Erfüllung der für eine Leistungsgruppe</b> in Anlage 1 als Mindestvoraussetzungen genannten Qualitätskriterien gilt,</p>
<p>1. hinsichtlich der im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ <i>genannten Leistungsgruppen müssen die Qualitätskriterien der in der Tabellenspalte</i> „Standort“ <i>aufgeführten Leistungsgruppen ebenfalls erfüllt sein,</i></p>	<p>1. <b>dass</b> hinsichtlich der im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ in der <b>Spalte</b> „Standort“ <b>genannten Leistungsgruppen die für diese Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien ebenfalls erfüllt sein müssen,</b></p>
<p>2. sofern in den Anforderungsbereichen „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ und „Personelle Ausstattung“ zwischen der Behandlung von Erwachsenen und der Behandlung von Kindern und Jugendlichen unterschieden wird, <i>bestimmen sich die einzuhaltenden Mindestanforderungen</i> danach, ob nur Erwachsene, nur Kinder und Jugendliche oder <i>alle Altersklassen</i> behandelt werden sollen,</p>	<p>2. <b>dass,</b> sofern in den Anforderungsbereichen „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ und „Personelle Ausstattung“ zwischen der Behandlung von Erwachsenen und der Behandlung von Kindern und Jugendlichen unterschieden wird, sich die <b>zu erfüllenden Qualitätskriterien jeweils</b> danach <b>bestimmen,</b> ob nur Erwachsene, nur Kinder und Jugendliche oder <b>sowohl Erwachsene als auch Kinder und Jugendliche</b> behandelt werden sollen,</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>3. <i>besondere medizinische Angebote, die in einigen Leistungsgruppen vorgesehen sind, müssen mindestens in Kooperation erbracht werden, sofern sie kein am Standort zu erfüllendes Auswahlkriterium darstellen,</i></p>	<p>3. <b>dass, soweit in dem Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ die Leistungsgruppe Intensivmedizin mit der Qualitätsanforderung Hochkomplex oder mit der Qualitätsanforderung Komplex genannt wird, hinsichtlich dieser Leistungsgruppe die in Anlage 1 Nummer 64 in der jeweiligen entsprechend benannten Tabellenzeile genannten Voraussetzungen ebenfalls erfüllt sein müssen,</b></p>
<p>4. <i>soweit die intensivmedizinische Versorgung erweiterte Qualitätsanforderungen in einzelnen Leistungsgruppen erfordert, müssen die erforderlichen Voraussetzungen für die komplexe oder hochkomplexe intensivmedizinische Versorgung am Standort vorgehalten werden,</i></p>	<p>4. <b>dass, soweit in dem Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ in der Tabellenspalte „Standort“ Krankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden, genannt sind, diese die für sie jeweils genannten verwandten Leistungsgruppen in Kooperation erbringen können,</b></p>
<p>5. <i>die im Anforderungsbereich „Sachliche Ausstattung“ in der Tabellenspalte vorgegebenen Geräte, Einrichtungen, Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sind mit dem dafür erforderlichen Personal in dem vorgegebenen Zeitraum vorzuhalten,</i></p>	<p>5. <b>dass die im Anforderungsbereich „Sachliche Ausstattung“ genannten Qualitätskriterien jeweils dann erfüllt sind, wenn die in diesem Anforderungsbereich genannten Geräte, Einrichtungen, Untersuchungs- und Behandlungsangebote mit dem dafür erforderlichen Personal sowie, sofern anwendbar, in dem genannten Zeitraum vorgehalten werden,</b></p>
<p>6. <i>die im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ in der Tabellenspalte „Qualifikation“ enthaltenen fachärztlichen Vorgaben richten sich nach der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer; Qualifikationen auf Basis früherer Musterweiterbildungsordnungen der Bundesärztekammer sind entsprechend anzuerkennen,</i></p>	<p>6. <b>dass die im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ in der Tabellenspalte „Qualifikation“ genannten Facharztbezeichnungen als erfüllt anzusehen sind, wenn der jeweilige Arzt nach landesrechtlichen Vorschriften zum Führen der entsprechenden Facharztbezeichnung berechtigt ist,</b></p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>7. im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ in der Tabellenspalte „Verfügbarkeit“ sind Fachärzte im <i>vorgegebenen</i> personellen und zeitlichen Umfang <i>vorzuhalten, dabei</i></p>	<p>7. <b>dass die</b> im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ in der Tabellenspalte „Verfügbarkeit“ <b>genannten Qualitätskriterien erfüllt</b> sind, <b>wenn</b> Fachärzte im <b>jeweils genannten</b> personellen und zeitlichen Umfang <b>vorgehalten werden, wobei</b></p>
<p>a) <i>entspricht ein</i> Facharzt einem <i>beschäftigten</i> Facharzt mit einem Vollzeitäquivalent von 40 Wochenstunden,</p>	<p>a) <b>die Vorgabe</b> „Facharzt“ einem Vollzeitäquivalent von 40 Wochenstunden <b>entspricht,</b></p>
	<p><b>b) mindestens ein Facharzt jederzeit in Rufbereitschaft verfügbar sein muss,</b></p>
<p>b) <i>können beschäftigte</i> Fachärzte für bis zu drei Leistungsgruppen, die <i>diesem</i> Krankenhausstandort nach § 6a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurden, berücksichtigt werden; dies gilt nicht für die in <i>der</i> Anlage 1 Nummer 1 und 14 genannten Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie,</p>	<p>c) Fachärzte für bis zu drei Leistungsgruppen, die <b>einem Krankenhaus für diesen</b> Krankenhausstandort nach § 6a <b>Absatz 1 Satz 1</b> des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurden, berücksichtigt werden <b>können;</b> dies gilt nicht für die in Anlage 1 Nummer 1 und 14 genannten Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie,</p>
<p>c) <i>können Anforderungen an die personelle Ausstattung</i> auch durch <i>Belegärzte erfüllt</i> werden, sofern dies in <i>der Tabelle</i> vorgesehen ist,</p>	<p><b>d) an Stelle eines Facharztes</b> auch <b>ein Belegarzt vorgehalten</b> werden <b>kann,</b> sofern dies in <b>dem jeweiligen Qualitätskriterium</b> vorgesehen ist,</p>
<p>8. Krankenhäuser <i>können ihre Verpflichtung nach Absatz 2 Satz 1</i> in Kooperationen und Verbänden insbesondere mit Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung <i>oder anderen Krankenhäusern</i> erfüllen, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt und</p>	<p>8. <b>dass</b> Krankenhäuser <b>ein Qualitätskriterium</b> in Kooperationen und Verbänden insbesondere mit <b>anderen Krankenhäusern oder</b> Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen <b>können,</b> wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt und</p>
<p>a) in <i>der Tabelle</i> eine Kooperation vorgesehen ist oder</p>	<p>a) <b>die Erfüllung</b> in Kooperation <b>in dem jeweiligen Qualitätskriterium</b> vorgesehen ist oder</p>

<b>Entwurf</b>	<b>Beschlüsse des 14. Ausschusses</b>
<p>b) dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich ist; § 6a Absatz 4 Satz 2 und 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gilt entsprechend.</p>	<p>b) <b>unverändert</b></p>
<p>Satz 3 Nummer 8 b <i>ist</i> auf Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden, in <i>Bezug auf die Erfüllung der Qualitätskriterien im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“</i> mit der <i>Maßgabe anzuwenden, dass § 6a Absatz 4 Satz 2 und 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht entsprechend gilt.</i></p>	<p><b>Abweichend von Satz 2 Nummer 8 Buchstabe b gilt in Bezug auf die Erfüllung der in Anlage 1 als Mindestvoraussetzungen genannten Qualitätskriterien im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“, dass</b> Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden, <b>diese Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbänden insbesondere mit anderen Krankenhäusern oder Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen können, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt und die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde festgestellt hat, dass dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung erforderlich ist.</b></p>

<b>Entwurf</b>	<b>Beschlüsse des 14. Ausschusses</b>
§ 135f	§ 135f
Mindestvorhaltezahlen für die Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung	Mindestvorhaltezahlen für die Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung

(1) Ein Krankenhaus erfüllt die für eine ihm für einen Krankenhausstandort zugewiesene Leistungsgruppe geltende Mindestzahl an vom Krankenhausstandort erbrachten Behandlungsfällen (*Mindestvorhaltezahlen*) in einem Kalenderjahr, wenn die sich aus den nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das vorvergangene Kalenderjahr übermittelten Daten ergebende Anzahl an der jeweiligen Leistungsgruppe zuzuordnenden Behandlungsfällen an diesem Krankenhausstandort mindestens der für die jeweilige Leistungsgruppe nach Absatz 4 festgelegten Mindestvorhaltezahl entspricht. *Ein Krankenhaus hat die ihm für einen Krankenhausstandort nach § 6a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes jeweils zugewiesenen Leistungsgruppe geltende Mindestvorhaltezahl zu erfüllen, um für diese Leistungsgruppe eine Vorhaltevergütung zu erhalten. Wenn die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde für mindestens zwei Krankenhausstandorte festlegt, dass Leistungen aus einer Leistungsgruppe im Folgejahr nur an einem dieser Krankenhausstandorte erbracht werden (Leistungsverlagerung), erfüllt das Krankenhaus, an dessen Standort die Leistungen künftig erbracht werden sollen, abweichend von Satz 1 die jeweilige Mindestvorhaltezahl in einem Kalenderjahr, wenn die sich aus den nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das vorvergangene Kalenderjahr übermittelten Daten ergebende Anzahl an der dieser Leistungsgruppe zuzuordnenden Behandlungsfällen an allen von der Leistungsverlagerung betroffenen Krankenhausstandorten gemeinsam mindestens der für diese Leistungsgruppe nach Absatz 4 festgelegten Mindestvorhaltezahl entspricht; dabei ist den betroffenen Krankenhausträgern vor der Festlegung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Satz 3 gilt entsprechend für den Fall einer Leistungsverlagerung zwischen mindestens zwei Krankenhausstandorten eines Krankenhausträgers. In den in den Sätzen 3 und 4 genannten Fällen hat die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde unverzüglich*

(1) Ein Krankenhaus erfüllt die für eine ihm für einen Krankenhausstandort zugewiesene Leistungsgruppe geltende Mindestzahl an vom Krankenhausstandort erbrachten Behandlungsfällen (**Mindestvorhaltezahl**) in einem Kalenderjahr, wenn die sich aus den nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das vorvergangene Kalenderjahr übermittelten Daten ergebende Anzahl an der jeweiligen Leistungsgruppe zuzuordnenden Behandlungsfällen an diesem Krankenhausstandort mindestens der für die jeweilige Leistungsgruppe nach Absatz 4 festgelegten Mindestvorhaltezahl entspricht. **Die** für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde **kann** für mindestens zwei Krankenhausstandorte **festlegen**, dass Leistungen aus einer Leistungsgruppe im Folgejahr nur an einem dieser Krankenhausstandorte erbracht werden (Leistungsverlagerung); **den betroffenen Krankenhausträgern ist vor der Festlegung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Hat die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde eine Festlegung nach Satz 2 getroffen**, erfüllt das Krankenhaus, an dessen Standort die Leistungen künftig erbracht werden sollen, abweichend von Satz 1 die jeweilige Mindestvorhaltezahl in einem Kalenderjahr, wenn die sich aus den nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das vorvergangene Kalenderjahr übermittelten Daten ergebende Anzahl an dieser Leistungsgruppe zuzuordnenden Behandlungsfällen an allen von der Leistungsverlagerung betroffenen Krankenhausstandorten gemeinsam mindestens der für diese Leistungsgruppe nach Absatz 4 festgelegten Mindestvorhaltezahl entspricht. In **dem** in **Satz 2** genannten **Fall** hat die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde unverzüglich das Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus über die Leistungsverlagerung zu informieren. Auf Bundeswehrkrankenhäuser und Krankenhäuser der **Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und ihrer Vereinigungen sind die Sätze 1 bis 4** mit der Maßgabe anzuwenden, dass als

<b>Entwurf</b>	<b>Beschlüsse des 14. Ausschusses</b>
<p>das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus über die Leistungsverlagerung zu informieren. Auf Bundeswehrkrankenhäuser und Krankenhäuser der gesetzlichen Unfallversicherung <i>ist Absatz 1</i> mit der Maßgabe anzuwenden, dass als Behandlungsfälle auch jene Behandlungsfälle zu berücksichtigen sind, für deren Leistungen die Krankenhäuser Daten nach § 135d Absatz 3 Satz 6 übermittelt haben.</p>	<p>Behandlungsfälle auch jene Behandlungsfälle zu berücksichtigen sind, für deren Leistungen die Krankenhäuser Daten nach § 135d Absatz 3 Satz 6 übermittelt haben.</p>
<p>(2) Das Bundesministerium für Gesundheit beauftragt das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen in regelmäßigen Abständen damit, unter Berücksichtigung der <i>Kriterien nach Absatz 4 Satz 2</i> wissenschaftliche Empfehlungen für die erstmalige Festlegung <i>oder</i> die Weiterentwicklung von Mindestvorhaltezahlen für die nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Leistungsgruppen zu erarbeiten. Die Empfehlungen sollen in Form der Angabe eines Perzentils der Zahl aller Behandlungsfälle eines Kalenderjahres, in denen Leistungen aus der jeweiligen Leistungsgruppe erbracht wurden, erfolgen. Dabei hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen auch die im Transparenzverzeichnis nach § 135d Absatz 3 veröffentlichten Bewertungen des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen zu berücksichtigen. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen legt die <i>Empfehlungen</i> innerhalb von drei Monaten nach Erteilung des jeweiligen Auftrags dem Bundesministerium für Gesundheit sowie dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus vor. Für die Finanzierung der Aufgaben des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach diesem Absatz gilt § 139c.</p>	<p>(2) Das Bundesministerium für Gesundheit beauftragt das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen in regelmäßigen Abständen damit, unter Berücksichtigung der <b>in Absatz 4 Satz 2 genannten Kriterien</b> wissenschaftliche Empfehlungen für die erstmalige Festlegung <b>und</b> die Weiterentwicklung von Mindestvorhaltezahlen für die nach § 135e Absatz 2 Satz 2 <b>jeweils</b> maßgeblichen Leistungsgruppen zu erarbeiten. Die Empfehlungen sollen in Form der Angabe eines Perzentils der Zahl aller Behandlungsfälle eines Kalenderjahres, in denen Leistungen aus der jeweiligen Leistungsgruppe erbracht wurden, erfolgen. Dabei hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen auch die im Transparenzverzeichnis nach § 135d Absatz 3 <b>Satz 1</b> veröffentlichten Bewertungen des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen zu berücksichtigen. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen legt die <b>jeweilige Empfehlung</b> innerhalb von drei Monaten nach Erteilung des jeweiligen Auftrags dem Bundesministerium für Gesundheit sowie dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus vor. Für die Finanzierung der Aufgaben des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach diesem Absatz gilt § 139c.</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>(3) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erstellt anhand der nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Leistungsdaten Auswertungen zu den Auswirkungen der nach Absatz 2 vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen erarbeiteten Empfehlungen auf die Anzahl und geographische Verteilung der Krankenhausstandorte. Die Auswertungen haben auch die Auswirkungen der nach Absatz 2 erarbeiteten Empfehlungen auf die für Patienten entstehenden Fahrzeiten zum nächsten erreichbaren Krankenhausstandort zu umfassen. Die <i>Auswertungen sind</i> dem Bundesministerium für Gesundheit innerhalb von drei Monaten nach der jeweiligen Vorlage der betreffenden nach Absatz 2 erarbeiteten Empfehlung zusammen mit einer eigenen Empfehlung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Festlegung der betreffenden Mindestvorhaltezah, bei deren Erarbeitung die in Absatz 4 Satz 2 genannten Kriterien zu berücksichtigen sind, vorzulegen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt zusätzlich für jeden Krankenhausstandort und jede Leistungsgruppe an die jeweilige für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde bis zum 30. Juni eines Kalenderjahres die Anzahl der Behandlungsfälle dieses Krankenhausstandorts im jeweiligen vorangegangenen Kalenderjahr, in denen Leistungen aus der jeweiligen Leistungsgruppe erbracht wurden, und die Information, ob der jeweilige Krankenhausstandort für das jeweils folgende Kalenderjahr die nach Absatz 4 festgelegte Mindestvorhaltezah der jeweiligen Leistungsgruppen gemäß Absatz 1 <i>Satz 1 bis 4</i> erfüllt.</p>	<p>(3) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erstellt anhand der nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Leistungsdaten Auswertungen zu den Auswirkungen der nach Absatz 2 vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen erarbeiteten Empfehlungen auf die Anzahl und geographische Verteilung der Krankenhausstandorte. Die Auswertungen haben auch die Auswirkungen der nach Absatz 2 erarbeiteten Empfehlungen auf die für Patienten entstehenden Fahrzeiten zum nächsten erreichbaren Krankenhausstandort zu umfassen. Die <b>jeweilige Auswertung ist</b> dem Bundesministerium für Gesundheit innerhalb von drei Monaten nach der jeweiligen Vorlage der betreffenden nach Absatz 2 erarbeiteten Empfehlung zusammen mit einer eigenen Empfehlung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Festlegung der betreffenden Mindestvorhaltezah, bei deren Erarbeitung die in Absatz 4 Satz 2 genannten Kriterien zu berücksichtigen sind, vorzulegen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt zusätzlich für jeden Krankenhausstandort und jede Leistungsgruppe an die jeweilige für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde bis zum 30. Juni eines Kalenderjahres die Anzahl der Behandlungsfälle dieses Krankenhausstandorts im jeweiligen vorangegangenen Kalenderjahr, in denen Leistungen aus der jeweiligen Leistungsgruppe erbracht wurden, und die Information, ob der jeweilige Krankenhausstandort für das jeweils folgende Kalenderjahr die nach Absatz 4 festgelegte Mindestvorhaltezah der jeweiligen Leistungsgruppen gemäß Absatz 1 erfüllt.</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>(4) Das Bundesministerium für Gesundheit legt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates für <i>jede</i> nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgebliche <i>Leistungsgruppe</i> Mindestvorhaltezahlen auf Grundlage der nach Absatz 2 vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen erarbeiteten jeweiligen <i>Empfehlungen</i> sowie der nach Absatz 3 vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erstellten jeweiligen <i>Auswertungen</i> und jeweiligen Empfehlung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus fest. Bei der Festlegung nach Satz 1 sind insbesondere zu <i>berücksichtigen</i>:</p>	<p>(4) Das Bundesministerium für Gesundheit legt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates für nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgebliche <b>Leistungsgruppen</b> Mindestvorhaltezahlen auf Grundlage der nach Absatz 2 vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen erarbeiteten jeweiligen <b>Empfehlung</b> sowie der nach Absatz 3 vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erstellten jeweiligen <b>Auswertung</b> und jeweiligen Empfehlung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus fest. Bei der Festlegung nach Satz 1 sind insbesondere zu <b>beachten</b>:</p>
<p>1. die <i>Verpflichtung zur Vorhaltung eines ständig verfügbaren</i> Facharztstandards,</p>	<p>1. die <b>Notwendigkeit der Gewährleistung des</b> Facharztstandards,</p>
<p>2. das Ziel der Sicherstellung einer bedarfsgerechten und flächendeckenden stationären Versorgung sowie</p>	<p>2. <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>
<p>3. die <i>Wahrung des Wirtschaftlichkeitsgebots</i> nach § 12 Absatz 1.</p>	<p>3. <b>das Wirtschaftlichkeitsgebot</b> nach § 12 Absatz 1.</p>
<p>Die Rechtsverordnung nach Satz 1 ist erstmals bis zum ... [einsetzen: Angabe des Tages und Monats des Inkrafttretens nach Artikel 7 <i>dieses Gesetzes</i> sowie die Jahreszahl des auf das Inkrafttreten nach Artikel 7 <i>dieses Gesetzes</i> folgenden Kalenderjahres] mit Wirkung ab dem 1. Januar 2027 zu erlassen. Das Bundesministerium für Gesundheit überprüft die Festlegungen nach Satz 1 regelmäßig.“</p>	<p>Die Rechtsverordnung nach Satz 1 ist erstmals bis zum ... [einsetzen: Angabe des Tages und Monats des Inkrafttretens nach Artikel 7 sowie die Jahreszahl des auf das Inkrafttreten nach Artikel 7 folgenden Kalenderjahres] mit Wirkung ab dem 1. Januar 2027 zu erlassen. Das Bundesministerium für Gesundheit überprüft die Festlegungen nach Satz 1 regelmäßig.“</p>
<p>9. § 136 wird wie folgt geändert:</p>	<p>9. § 136 wird wie folgt geändert:</p>
<p>a) In Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 werden vor dem Punkt am Ende ein Komma und die Wörter „sofern diese nicht in den nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Qualitätskriterien enthalten sind“ eingefügt.</p>	<p>a) <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>
<p>b) Folgender Absatz 4 wird angefügt:</p>	<p>b) Folgender Absatz 4 wird angefügt:</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>„(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Bestimmungen in Richtlinien aufzuheben, soweit die nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Qualitätskriterien vergleichbare Mindestanforderungen festlegen.“</p>	<p>„(4) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die in <b>nach</b> Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Bestimmungen in Richtlinien aufzuheben, soweit die nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Qualitätskriterien vergleichbare Mindestanforderungen festlegen.“</p>
<p>10. § 136c wird wie folgt geändert:</p>	<p>10. <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>
<p>a) Die Absätze 1 und 2 werden aufgehoben.</p>	
<p>b) Absatz 3 Satz 3 wird aufgehoben.</p>	
<p>c) Absatz 4 Satz 3 wird aufgehoben.</p>	
<p>d) In Absatz 6 werden die Wörter „<b>Ab-</b>sätzen 1 bis 5“ durch die Wörter „<b>Absätzen 3 bis 5</b>“ ersetzt.</p>	
<p>11. § 137 wird wie folgt geändert:</p>	<p>11. § 137 wird wie folgt geändert:</p>
<p>a) In der Überschrift wird das Wort „<b>Kontrolle</b>“ durch das Wort „<b>Prüfung</b>“ ersetzt.</p>	<p>a) <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>
<p>b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:</p>	<p>b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:</p>
<p>aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:</p>	<p>aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:</p>
<p>„Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in einer Richtlinie die Einzelheiten zu den Prüfungen des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 4, die <i>entweder</i></p>	<p>„Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in einer Richtlinie die Einzelheiten zu den Prüfungen des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 4, die <b>erforderlich sind</b></p>
<p>1. <i>durch Anhaltspunkte begründet sein müssen,</i></p>	<p>1. <b>aufgrund begründeter</b> Anhaltspunkte,</p>
<p>2. <i>die Erfüllung der Qualitätsanforderungen nach § 136a Absatz 2 und 5 zum Gegenstand haben oder</i></p>	<p>2. <b>als Stichprobenprüfungen</b> oder</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
3. <i>als Stichprobenprüfungen erforderlich sind.</i>	3. <b>aufgrund eines konkreten Anlasses, soweit die Prüfungen die Erfüllung der Qualitätsanforderungen nach § 136a Absatz 2 und 5 zum Gegenstand haben.</b>
bb) In den Sätzen 2 und 3 wird das Wort „Kontrollen“ jeweils durch das Wort „Prüfungen“ ersetzt.	bb) <b>u n v e r ä n d e r t</b>
cc) In Satz 5 werden die Wörter „der Krankenversicherung“ gestrichen.	cc) <b>u n v e r ä n d e r t</b>
dd) Satz 6 wird wie folgt gefasst:	dd) Satz 6 wird wie folgt gefasst:
„Die Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach den Sätzen 1 und 2 sollen eine möglichst aufwandsarme Durchführung der Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 sowie eine Vereinheitlichung der Prüfungen des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 1 Satz 1 unterstützen.“	„Die Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach den Sätzen 1 und 2 sollen eine möglichst aufwandsarme Durchführung der Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 <b>und 4</b> sowie eine Vereinheitlichung der Prüfungen des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 1 Satz 1 unterstützen.“
12. § 221 Absatz 3 wird wie folgt geändert:	12. § 221 Absatz 3 wird wie folgt geändert:
a) Satz 1 wird wie folgt geändert:	a) Satz 1 wird wie folgt geändert:
aa) In Nummer 1 wird das Wort „und“ am Ende durch ein Komma ersetzt.	aa) <b>u n v e r ä n d e r t</b>
bb) In Nummer 2 <i>wird</i> die Angabe „§§ 12 bis 14“ durch die Angabe „§§ 12 und 12a“ ersetzt und der Punkt am Ende durch das Wort „und“ ersetzt.	bb) In Nummer 2 <b>werden</b> die <b>Wörter „Maßgabe der §§ 12 bis 14“</b> durch die Angabe „ <b>den §§ 12 und 12a</b> “ ersetzt und <b>wird</b> der Punkt am Ende durch das Wort „und“ ersetzt.
cc) Folgende Nummer 3 wird angefügt:	cc) Folgende Nummer 3 wird angefügt:

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>„3. in den Jahren 2026 bis 2035 um den auf die landwirtschaftliche Krankenkasse entfallenden Anteil an der Finanzierung des Transformationsfonds nach <i>Maßgabe des § 12b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.</i>“</p>	<p>„3. in den Jahren 2026 bis 2035 um den auf die landwirtschaftliche Krankenkasse entfallenden Anteil an der Finanzierung des Transformationsfonds nach § 12b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.“</p>
<p>b) Die Sätze 3 und 4 werden wie folgt gefasst:</p>	<p>b) Die Sätze 3 und 4 werden wie folgt gefasst:</p>
<p>„Der <i>Anteil nach Satz 1 Nummer 1</i> wird dem Innovationsfonds, der <i>Anteil nach Satz 1 Nummer 2</i> dem Strukturfonds und der <i>Anteil nach Satz 1 Nummer 3</i> dem Transformationsfonds zugeführt. Die auf die landwirtschaftliche Krankenkasse entfallenden <i>Anteile nach Satz 1 Nummer 1, 2 und 3 an den Mitteln für den Innovationsfonds nach § 92a, den Strukturfonds nach den §§ 12 und 12a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und den Transformationsfonds nach § 12b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes</i> werden nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse des Gesundheitsfonds für das abgelaufene Kalenderjahr festgesetzt und mit der landwirtschaftlichen Krankenkasse abgerechnet.“</p>	<p>„Der <b>in Satz 1 Nummer 1 genannte Anteil</b> wird dem Innovationsfonds, der <b>in Satz 1 Nummer 2 genannte Anteil</b> dem Strukturfonds und der <b>in Satz 1 Nummer 3 genannte Anteil</b> dem Transformationsfonds zugeführt. Die auf die landwirtschaftliche Krankenkasse entfallenden <b>in Satz 1 Nummer 1, 2 und 3 genannten Anteile an der Finanzierung des Innovationsfonds nach § 92a, des Strukturfonds nach den §§ 12 und 12a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und des Transformationsfonds nach § 12b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes</b> werden nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse des Gesundheitsfonds für das abgelaufene Kalenderjahr festgesetzt und mit der landwirtschaftlichen Krankenkasse abgerechnet.“</p>
<p>13. § 271 wird wie folgt geändert:</p>	<p>13. § 271 wird wie folgt geändert:</p>
<p>a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:</p>	<p>a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:</p>
<p>aa) Nach Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:</p>	<p>aa) <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>

<b>Entwurf</b>	<b>Beschlüsse des 14. Ausschusses</b>
<p>„Abweichend von Satz 4 darf die Höhe der Liquiditätsreserve nach Ablauf der Geschäftsjahre 2025 bis 2034 einen Betrag von 50 Prozent der durchschnittlich auf den Monat entfallenden Ausgaben des Gesundheitsfonds auf Grundlage der für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a maßgeblichen Werte für dieses Geschäftsjahr nicht überschreiten.“</p>	
<p>bb) <i>In dem</i> neuen Satz 6 werden nach der Angabe „Satz 4“ die Wörter „oder Satz 5“ eingefügt.</p>	<p>bb) <b>Im</b> neuen Satz 6 werden nach der Angabe „Satz 4“ die Wörter „oder Satz 5“ eingefügt..</p>
<p>b) Absatz 6 wird wie folgt gefasst:</p>	<p>b) Absatz 6 wird wie folgt gefasst:</p>

„(6) Zur Finanzierung der Fördermittel nach den §§ 12 und 12a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes werden dem Strukturfonds aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ab dem Jahr 2016 Finanzmittel in Höhe von bis zu 500 Millionen Euro und in den Jahren 2019 bis 2025 Finanzmittel in Höhe von insgesamt bis zu 2 Milliarden Euro, jeweils abzüglich des Anteils der landwirtschaftlichen Krankenkasse nach § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 *und* Satz 4 und 5 zugeführt, soweit die Fördermittel von den Ländern nach Maßgabe der §§ 12, 12a und 13 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abgerufen werden. Zur Finanzierung der Fördermittel nach § 12b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes werden dem Transformationsfonds in den Jahren 2026 bis 2035 aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds jährlich Finanzmittel in der Höhe zugeführt, in der diese Fördermittel im jeweiligen Jahr den Ländern zugeteilt werden, höchstens jedoch in der Höhe des Höchstbetrags nach Satz 3 für das jeweilige Kalenderjahr. Der Höchstbetrag für ein Kalenderjahr ergibt sich aus der Summe eines Betrags in Höhe von 2,5 Milliarden Euro und des jeweiligen Mittelübertrags nach Satz 4 für dieses Kalenderjahr, jeweils abzüglich des Anteils der landwirtschaftlichen Krankenkasse nach § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 *und* Satz 4 und 5. Der Mittelübertrag für ein Kalenderjahr ist derjenige Betrag, um den der Höchstbetrag nach Satz 3 für das vorangegangene Kalenderjahr den Betrag der den Ländern im vorangegangenen Kalenderjahr zugeteilten Fördermittel übersteigt.“

„(6) Zur Finanzierung der Fördermittel nach den §§ 12 und 12a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes werden dem Strukturfonds aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ab dem Jahr 2016 Finanzmittel in Höhe von bis zu 500 Millionen Euro und in den Jahren 2019 bis 2025 Finanzmittel in Höhe von insgesamt bis zu 2 Milliarden Euro, jeweils abzüglich des Anteils der landwirtschaftlichen Krankenkasse nach § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2, **Satz 2 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 2 sowie Absatz 3 Satz 4** und 5 zugeführt, soweit die Fördermittel von den Ländern nach Maßgabe der §§ 12, 12a und 13 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abgerufen werden. Zur Finanzierung der Fördermittel nach § 12b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes werden dem Transformationsfonds in den Jahren 2026 bis 2035 aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds jährlich Finanzmittel in der Höhe zugeführt, in der diese Fördermittel im jeweiligen Jahr den Ländern zugeteilt werden, höchstens jedoch in der Höhe des Höchstbetrags nach Satz 3 für das jeweilige Kalenderjahr. Der Höchstbetrag für ein Kalenderjahr ergibt sich aus der Summe eines Betrags in Höhe von 2,5 Milliarden Euro und des jeweiligen Mittelübertrags nach Satz 4 für dieses Kalenderjahr, jeweils abzüglich des Anteils der landwirtschaftlichen Krankenkasse nach § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3, **Satz 2 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 2 sowie Absatz 3 Satz 4** und 5. Der Mittelübertrag für ein Kalenderjahr ist derjenige Betrag, um den der Höchstbetrag nach Satz 3 für das vorangegangene Kalenderjahr den Betrag der den Ländern im vorangegangenen Kalenderjahr zugeteilten Fördermittel übersteigt; **für das Kalenderjahr 2026 ist der Mittelübertrag der nach § 12a Absatz 2 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für eine Förderung von Vorhaben nach § 12b des**

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<b>Krankenhausfinanzierungsge- setzes zur Verfügung stehende Betrag.“</b>
14. § 275a wird wie folgt gefasst:	14. § 275a wird wie folgt gefasst:
„§ 275a	„§ 275a
Prüfungen zu Qualitätskriterien, Struk- turmerkmalen und Qualitätsanforde- rungen in Krankenhäusern	Prüfungen zu Qualitätskriterien, Struk- turmerkmalen und Qualitätsanforde- rungen in Krankenhäusern
(1) Der Medizinische Dienst führt in den zugelassenen Krankenhäusern bezogen auf einen Standort Prüfungen durch zur Erfüllung	(1) Der Medizinische Dienst führt in den zugelassenen Krankenhäusern bezogen auf einen Standort Prüfungen durch zur Erfüllung
1. der nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Qualitätskriterien,	1. <b>u n v e r ä n d e r t</b>
2. von Strukturmerkmalen, die in dem vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte herausgege- benen Operationen- und Prozedu- renschlüssel <i>nach § 301 Absatz 2</i> festgelegt werden,	2. von Strukturmerkmalen, die <b>nach § 301 Absatz 2</b> in dem vom Bun- desinstitut für Arzneimittel und Me- dizinprodukte herausgegebenen Operationen- und Prozeduren- schlüssel <b>für einzelne Kodes</b> fest- gelegt werden,
3. der Qualitätsanforderungen nach den §§ 135b und 136 bis 136c ein- schließlich der Prüfung der von den Krankenhäusern im Rahmen der externen stationären Qualitätssi- cherung vorzunehmenden Doku- mentation <i>sowie</i>	3. der Qualitätsanforderungen nach den §§ 135b und 136 bis 136c ein- schließlich der Prüfung der <b>Rich- tigkeit der</b> von den Krankenhäu- sern im Rahmen der externen sta- tionären Qualitätssicherung vorzu- nehmenden Dokumentation <b>und</b>
4. der von den Ländern landesrecht- lich vorgesehenen Qualitätsanfor- derungen; <i>hierzu kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde den Medizinischen Dienst beauftragen.</i>	4. der von den Ländern landesrecht- lich vorgesehenen Qualitätsanfor- derungen.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>Die Prüfungen sind aufwandsarm zu gestalten. Sie erfolgen in der Regel im schriftlichen Verfahren auf Grundlage vorliegender Daten, Nachweise, Unterlagen und Auskünfte der Krankenhäuser; <i>abweichend davon</i> erfolgen die Prüfungen angemeldet vor Ort, soweit eine Inaugenscheinnahme der Gegebenheiten vor Ort für die Prüfung erforderlich ist. Bei Prüfungen zu der Erfüllung der in Satz 1 Nummer 1, 3 und 4 genannten Qualitätskriterien und Qualitätsanforderungen sind Prüfungen ohne Anmeldung zulässig, wenn Tatsachen mit hinreichender Wahrscheinlichkeit erwarten lassen, dass eine Prüfung nach Anmeldung den Erfolg der Prüfung gefährden würde. Der Medizinische Dienst führt die Prüfungen nach Satz 1 soweit möglich einheitlich und aufeinander abgestimmt durch und verwendet Nachweise und Erkenntnisse aus anderen Prüfungen nach Satz 1 wechselseitig. Vorliegende Zertifikate und Daten aus dem Transparenzverzeichnis nach § 135d Absatz 1 Satz 1 sind vom Medizinischen Dienst im Rahmen der Prüfungen zu berücksichtigen. Die Krankenhäuser haben die für die Prüfung erforderlichen personen- und einrichtungsbezogenen Daten innerhalb von sechs Wochen nach Anforderung durch den Medizinischen Dienst an diesen zu übermitteln. Die Übermittlung der für die Prüfung erforderlichen Unterlagen durch die Krankenhäuser sowie Mitteilungen zu Prüfergebnissen durch den Medizinischen Dienst erfolgen grundsätzlich auf elektronischem Weg. Die Bereitstellung von für die Prüfung erforderlichen Unterlagen durch die Krankenhäuser <i>kann über ein geschütztes digitales Informationsportal des Medizinischen Dienstes erfolgen; die Medizinischen Dienste führen hierzu jeweils ein entsprechendes Informationsportal.</i> Die Prüfungen erfolgen grundsätzlich durch den Medizinischen Dienst, der örtlich für das zu prüfende Krankenhaus zuständig ist. § 135d Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend.</p>	<p>Die Prüfungen sind aufwandsarm zu gestalten. Sie erfolgen in der Regel im schriftlichen Verfahren auf Grundlage vorliegender Daten, Nachweise, Unterlagen und Auskünfte der Krankenhäuser. <b>Abweichend von Satz 3</b> erfolgen die Prüfungen angemeldet vor Ort, soweit eine Inaugenscheinnahme der Gegebenheiten vor Ort für die Prüfung erforderlich ist. Bei Prüfungen zu der Erfüllung der in Satz 1 Nummer 1, 3 und 4 genannten Qualitätskriterien und Qualitätsanforderungen sind Prüfungen ohne Anmeldung zulässig, wenn Tatsachen mit hinreichender Wahrscheinlichkeit erwarten lassen, dass eine Prüfung nach Anmeldung den Erfolg der Prüfung gefährden würde. Der Medizinische Dienst führt die Prüfungen nach Satz 1 soweit möglich einheitlich und aufeinander abgestimmt durch und verwendet Nachweise und Erkenntnisse aus anderen Prüfungen nach Satz 1 wechselseitig. Vorliegende Zertifikate und Daten aus dem Transparenzverzeichnis nach § 135d Absatz 1 Satz 1 sind vom Medizinischen Dienst im Rahmen der Prüfungen zu berücksichtigen. Die Krankenhäuser haben die für die Prüfung erforderlichen personen- und einrichtungsbezogenen Daten innerhalb von sechs Wochen nach Anforderung durch den Medizinischen Dienst an diesen zu übermitteln. Die Übermittlung der für die Prüfung erforderlichen Unterlagen durch die Krankenhäuser sowie Mitteilungen zu Prüfergebnissen durch den Medizinischen Dienst erfolgen grundsätzlich auf elektronischem <b>Wege.</b> Die <b>Medizinischen Dienste betreiben jeweils ein geschütztes digitales Informationsportal</b> zur Bereitstellung von für die Prüfung erforderlichen Unterlagen durch die Krankenhäuser; die <b>Krankenhäuser können für die Prüfung erforderliche Unterlagen über dieses Informationsportal bereitstellen.</b> Die Prüfungen erfolgen grundsätzlich durch den Medizinischen Dienst, der örtlich für das zu prüfende Krankenhaus zuständig ist. § 135d Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend.</p>

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

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

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>6 genannten Prüfungen bis <i>spätestens</i> zum 30. Juni 2026 abzuschließen.</p>	<p>sind bis zum 30. September 2025 zu beauftragen. Der Medizinische Dienst hat die in Satz 7 genannten Prüfungen bis zum 30. Juni 2026 abzuschließen.</p>
<p>(3) Die <i>beauftragende Stelle</i> nach Absatz 2 Satz 1 oder 2 hat den Medizinischen Dienst mit Prüfungen zur Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Qualitätskriterien zu beauftragen, wenn die Übermittlung eines neuen Gutachtens des Medizinischen Dienstes über eine entsprechende Prüfung erforderlich ist, um die Aufhebung einer Zuweisung einer Leistungsgruppe auf Grund von § 6a Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder die Kündigung eines Versorgungsvertrags auf Grund von § 110 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 abzuwenden. Die Beauftragung hat so rechtzeitig zu erfolgen, dass das Gutachten voraussichtlich bis zum Ablauf der in § 6a Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder der in § 110 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Frist übermittelt <i>wurde</i>.</p>	<p>(3) Die <b>in Absatz 2 Satz 1 oder Satz 2 genannte beauftragende Stelle</b> hat den Medizinischen Dienst mit Prüfungen zur Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Qualitätskriterien zu beauftragen, wenn die Übermittlung eines neuen Gutachtens des Medizinischen Dienstes über eine entsprechende Prüfung erforderlich ist, um die Aufhebung einer Zuweisung einer Leistungsgruppe auf Grund von § 6a Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder die Kündigung eines Versorgungsvertrags auf Grund von § 110 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 abzuwenden. Die Beauftragung hat so rechtzeitig zu erfolgen, dass das Gutachten voraussichtlich bis zum Ablauf der in § 6a Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder der in § 110 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Frist übermittelt <b>werden kann</b>.</p>
<p>(4) Nach Abschluss des in Absatz 2 Satz 6 genannten Verfahrens übermittelt der Medizinische Dienst sein Gutachten über das Ergebnis einer Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Qualitätskriterien auf elektronischem Wege an</p>	<p>(4) Nach Abschluss des in Absatz 2 Satz 6 genannten Verfahrens übermittelt der Medizinische Dienst sein Gutachten über das Ergebnis einer Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Qualitätskriterien auf elektronischem Wege an</p>
<p>1. die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde,</p>	<p>1. <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>
<p>2. die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen,</p>	<p>2. <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>
<p>3. <i>an</i> das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen <i>sowie</i></p>	<p>3. das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen <b>und</b></p>
<p>4. das jeweils geprüfte Krankenhaus.</p>	<p>4. <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>Krankenhäuser, die ein für eine Leistungsgruppe <i>maßgebliches Qualitätskriterium</i> über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht erfüllen, haben dies unverzüglich auf elektronischem Wege mitzuteilen</p>	<p>Krankenhäuser, die <b>an einem Krankenhausstandort ein nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgebliches Qualitätskriterium</b> für eine <b>nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesene</b> Leistungsgruppe über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht erfüllen, haben dies unverzüglich auf elektronischem Wege mitzuteilen</p>
<p>1. der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde,</p>	<p>1. <i>unverändert</i></p>
<p>2. den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie</p>	<p>2. <i>unverändert</i></p>
<p>3. dem zuständigen Medizinischen Dienst, <i>der hierüber unverzüglich das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen informiert.</i></p>	<p>3. dem zuständigen Medizinischen Dienst.</p>
<p>Stellt der Medizinische Dienst fest, dass ein Krankenhaus seiner Mitteilungspflicht nach Satz 2 nicht oder nicht rechtzeitig nachgekommen ist, so informiert er unverzüglich die <i>Institutionen nach Satz 2 Nummer 1 und 2</i> sowie das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen hierüber.</p>	<p><b>Der Medizinische Dienst informiert das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen unverzüglich über eine ihm nach Satz 2 Nummer 3 mitgeteilte Nichterfüllung eines Qualitätskriteriums.</b> Stellt der Medizinische Dienst fest, dass ein Krankenhaus seiner Mitteilungspflicht nach Satz 2 nicht oder nicht rechtzeitig nachgekommen ist, so informiert er unverzüglich die <b>in Satz 2 Nummer 1 und 2 genannten Stellen</b> sowie das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen hierüber.</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>(5) Krankenhäuser, die der Mitteilungspflicht nach Absatz 4 Satz 2 nicht oder nicht rechtzeitig nachkommen, dürfen <i>in dem Zeitraum von dem Beginn der zugrunde liegenden Nichterfüllung des für eine Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriteriums bis zu einer Aufhebung der Zuweisung dieser Leistungsgruppe nach § 6a Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder einer Kündigung des jeweiligen Versorgungsvertrags nach § 110 Absatz 1 Satz 2</i> erbrachte Leistungen aus dieser Leistungsgruppe nicht abrechnen. Satz 1 <i>ist ab dem Zeitpunkt nicht anzuwenden, zu dem nach Kenntnis von der Nichterfüllung der Mitteilungspflicht die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde nach § 6a Absatz 5 Satz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes die Zuweisung der jeweiligen Leistungsgruppe nicht aufhebt oder die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen nach § 110 Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 und 2 den jeweiligen Versorgungsvertrag nicht kündigen.</i></p>	<p>(5) Krankenhäuser, die der Mitteilungspflicht nach Absatz 4 Satz 2 nicht oder nicht rechtzeitig nachkommen, dürfen <b>nach</b> dem Beginn der zugrunde liegenden Nichterfüllung des für eine Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriteriums <b>an dem jeweiligen Krankenhausstandort</b> erbrachte Leistungen aus dieser Leistungsgruppe nicht abrechnen. Satz 1 <b>gilt nicht für die Abrechnung von Leistungen, die an Krankenhausstandorten erbracht wurden, für die die jeweilige Leistungsgruppe nach § 6a Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 4 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurde oder für die die jeweilige Leistungsgruppe nach § 109 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 3a Satz 4 vereinbart wurde.</b></p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>(6) Krankenhäuser können den Medizinischen Dienst mit Prüfungen zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale beauftragen. Der Medizinische Dienst stellt das Ergebnis der Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale durch Bescheid fest. Der Medizinische Dienst übermittelt dem jeweiligen geprüften Krankenhaus zusätzlich in elektronischer Form ein Gutachten über die Prüfung und <i>bei Erfüllung der jeweiligen Strukturmerkmale eine Bescheinigung über das Ergebnis der Prüfung, die auch Angaben darüber enthält, für welchen Zeitraum die jeweiligen Strukturmerkmale als erfüllt angesehen werden. Das geprüfte Krankenhaus hat die in Satz 3 genannte Bescheinigung den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jeweils anlässlich der Vereinbarungen nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 11 der Bundespflegegesetzverordnung auf elektronischem Wege zu übermitteln. Krankenhäuser, die ein Strukturmerkmal, dessen Erfüllung in einer in Satz 1 genannten Prüfung festgestellt wurde, über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht einhalten, haben dies unverzüglich auf elektronischem Wege den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, dem Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung sowie dem zuständigen Medizinischen Dienst mitzuteilen. Krankenhäuser bedürfen einer Bescheinigung nach Satz 3, um Leistungen nach dem Kode des Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2, der das geprüfte Strukturmerkmal enthält, vereinbaren und abrechnen zu können.</i></p>	<p>(6) Krankenhäuser können den Medizinischen Dienst mit Prüfungen zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale beauftragen. Der Medizinische Dienst stellt das Ergebnis der Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale durch Bescheid fest. Der Medizinische Dienst übermittelt dem jeweiligen geprüften Krankenhaus zusätzlich in elektronischer Form ein Gutachten über die Prüfung und, <b>wenn dieses Krankenhaus die</b> jeweiligen Strukturmerkmale <b>erfüllt</b>, eine Bescheinigung über das Ergebnis der Prüfung, die auch Angaben darüber enthält, für welchen Zeitraum die jeweiligen Strukturmerkmale als erfüllt angesehen werden. Das geprüfte Krankenhaus hat die in Satz 3 genannte Bescheinigung den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jeweils anlässlich der Vereinbarungen nach <b>§ 6c des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 11</b> des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 11 der Bundespflegegesetzverordnung auf elektronischem Wege zu übermitteln. Krankenhäuser, die ein Strukturmerkmal, dessen Erfüllung in einer in Satz 1 genannten Prüfung festgestellt wurde, über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht einhalten, haben dies unverzüglich auf elektronischem Wege mitzuteilen</p>
	<p><b>1. den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen,</b></p>
	<p><b>2. dem Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung und</b></p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p><b>3. dem zuständigen Medizinischen Dienst.</b></p>
	<p><b>Krankenhäuser dürfen Leistungen nicht vereinbaren und nicht abrechnen, soweit diese Leistungen in einem Zeitraum erbracht werden, für den diesen Krankenhäusern keine in Satz 3 genannte Bescheinigung über die Erfüllung der Strukturmerkmale übermittelt wurde, die nach § 301 Absatz 2 in dem vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssel für einen Kode festgelegt sind, der den jeweiligen Leistungen zugrunde liegt.</b></p>
<p>(7) Krankenhäuser können <i>Leistungen</i> abweichend von Absatz 6 Satz 6 bis zum Abschluss einer Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale, längstens bis zum 30. Juni eines Kalenderjahres, abrechnen, wenn</p>	<p>(7) Krankenhäuser können abweichend von Absatz 6 Satz 6 bis zum Abschluss einer Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale, längstens bis zum 30. Juni eines Kalenderjahres, <b>erbrachte Leistungen</b> abrechnen, wenn</p>
<p>1. sie bis zum 31. Dezember des jeweils vorhergehenden Kalenderjahres dem zuständigen Medizinischen Dienst, den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung unter Angabe des betreffenden Standortes des Krankenhauses auf elektronischem Wege angezeigt haben, dass sie die in dem Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 Absatz 2 festgelegten Strukturmerkmale des Kodes, der der jeweiligen Leistung zugrunde liegt, als erfüllt und nachweisbar ansehen, und</p>	<p>1. <b>unverändert</b></p>
<p>2. der der Leistung zugrunde liegende Kode des <i>Operationen- und Prozedurenschlüssels</i> nach § 301 Absatz 2 in dem jeweiligen Kalenderjahr erstmals vergütungsrelevant wurde.</p>	<p>2. der der Leistung zugrunde liegende Kode des <b>in § 301 Absatz 2 genannten Operationen- und Prozedurenschlüssels</b> in dem jeweiligen Kalenderjahr erstmals vergütungsrelevant wurde.</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>Krankenhäuser können <i>Leistungen</i> abweichend von Absatz 6 Satz 6 bis zum Abschluss einer Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale, längstens bis zu sechs Monate ab dem Tag der in Nummer 1 genannten Anzeige, abrechnen, wenn sie</p>	<p>Krankenhäuser können abweichend von Absatz 6 Satz 6 bis zum Abschluss einer Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale, längstens bis zu sechs Monate ab dem Tag der in Nummer 1 genannten Anzeige, <b>erbrachte Leistungen</b> abrechnen, wenn sie</p>
<p>1. dem zuständigen Medizinischen Dienst, den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung unter Angabe des betreffenden Standortes des Krankenhauses auf elektronischem Wege angezeigt haben, dass sie die in dem Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 Absatz 2 festgelegten Strukturmerkmale des Codes, der der jeweiligen Leistung zugrunde liegt, während der drei dieser Anzeige vorhergehenden Kalendermonate als erfüllt und nachweisbar ansehen, und</p>	<p>1. <b>unverändert</b></p>
<p>2. in den letzten zwölf Monaten vor der <i>Anzeige nach</i> Nummer 1 noch keine <i>Anzeige nach</i> Nummer 1 für Leistungen <i>nach diesem</i> Kode vorgenommen haben.</p>	<p>2. in den letzten zwölf Monaten vor der <b>in</b> Nummer 1 <b>genannten Anzeige</b> noch keine <b>in</b> Nummer 1 <b>genannte Anzeige</b> für Leistungen, <b>denen dieser</b> Kode <b>zugrunde liegt</b>, vorgenommen haben.</p>
<p>Krankenhäuser, denen nach Abschluss einer Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale, mit der sie den Medizinischen Dienst nach einer in Satz 1 Nummer 1 oder Satz 2 Nummer 1 genannten Anzeige beauftragt haben, keine in Absatz 6 Satz 3 genannte Bescheinigung übermittelt wurde, haben dies unverzüglich auf elektronischem Wege den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung unter Angabe des betreffenden Standortes des Krankenhauses mitzuteilen.</p>	<p>Krankenhäuser, denen nach Abschluss einer Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale, mit der sie den Medizinischen Dienst nach einer in Satz 1 Nummer 1 oder Satz 2 Nummer 1 genannten Anzeige beauftragt haben, keine in Absatz 6 Satz 3 genannte Bescheinigung übermittelt wurde, haben dies unverzüglich auf elektronischem Wege den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung unter Angabe des betreffenden Standortes des Krankenhauses mitzuteilen.</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>(8) Prüfungen zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 genannten Qualitätsanforderungen sind nur durchzuführen, wenn der Medizinische Dienst hiermit von einer in der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 Satz 1 und 2 festgelegten Stelle beauftragt wurde. Art und Umfang der vom Medizinischen Dienst durchzuführenden Prüfungen bestimmen sich abschließend nach dem jeweiligen Auftrag. Soweit der Auftrag auch eine in Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 genannte Prüfung der Richtigkeit der Dokumentation <i>nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3</i> beinhaltet, hat der Gemeinsame Bundesausschuss dem Medizinischen Dienst die Datensätze zu übermitteln, die das Krankenhaus im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung den zuständigen Stellen gemeldet hat und deren Richtigkeit der Medizinische Dienst zu prüfen hat.</p>	<p>(8) Prüfungen zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 genannten Qualitätsanforderungen sind nur durchzuführen, wenn <b>sie aufgrund begründeter Anhaltspunkte, als Stichprobenprüfungen oder, soweit die Prüfungen die Erfüllung der Qualitätsanforderungen nach § 136 Absatz 2 und 5 zum Gegenstand haben, aufgrund eines konkreten Anlasses erforderlich sind und wenn der</b> Medizinische Dienst hiermit von einer in der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 Satz 1 und 2 festgelegten Stelle beauftragt wurde. Art und Umfang der vom Medizinischen Dienst durchzuführenden Prüfungen bestimmen sich abschließend nach dem jeweiligen Auftrag. Soweit der Auftrag auch eine in Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 genannte Prüfung der Richtigkeit der Dokumentation beinhaltet, hat der Gemeinsame Bundesausschuss dem Medizinischen Dienst die Datensätze zu übermitteln, die das Krankenhaus im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung den zuständigen Stellen gemeldet hat und deren Richtigkeit der Medizinische Dienst zu prüfen hat.</p>
	<p><b>(9) Prüfungen zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 genannten Qualitätsanforderungen sind durchzuführen, wenn der Medizinische Dienst hiermit von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde beauftragt wurde.</b></p>
<p>(9) Werden bei Durchführung einer in Absatz 1 Satz 1 genannten Prüfung Anhaltspunkte für erhebliche Qualitätsmängel offenbar, die außerhalb des Prüfauftrags oder Prüfgegenstands liegen, so teilt der Medizinische Dienst diese Anhaltspunkte unverzüglich mit</p>	<p><b>(10)</b> Werden bei Durchführung einer in Absatz 1 Satz 1 genannten Prüfung Anhaltspunkte für erhebliche Qualitätsmängel offenbar, die außerhalb des Prüfauftrags oder Prüfgegenstands liegen, so teilt der Medizinische Dienst diese Anhaltspunkte unverzüglich mit</p>
<p>1. dem Krankenhaus,</p>	<p>1. <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>
<p>2. der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde <i>sowie</i></p>	<p>2. der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde <b>und</b></p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
3. den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen.	3. un verändert
Bei Prüfungen zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 genannten Qualitätsanforderungen erfolgt die Mitteilung abweichend von Satz 1 an das Krankenhaus und die jeweilige beauftragende Stelle.	Bei Prüfungen zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 genannten Qualitätsanforderungen erfolgt die Mitteilung abweichend von Satz 1 an das Krankenhaus und die jeweilige beauftragende Stelle.
<p>(10) Abweichend von Absatz 4, Absatz 6 Satz 4 und 5 sowie Absatz 7 Satz 3 ist von einer dort jeweils genannten Übermittlung, Mitteilung oder Information abzusehen, wenn die <i>in</i> der jeweiligen Übermittlung, Mitteilung oder Information <i>enthaltenen</i> Angaben und Unterlagen dem jeweiligen Empfänger in der in § 283 Absatz 5 Satz 1 genannten Datenbank zugänglich sind. <i>Der Medizinische Dienst Bund gewährt hierzu dem jeweiligen Empfänger Zugang zu den für ihn entsprechend seiner örtlichen Zuständigkeit relevanten und für die Erfüllung seiner gesetzlichen Aufgaben erforderlichen Daten.</i></p>	<p>(11) Abweichend von Absatz 4, Absatz 6 Satz 4 und 5 sowie Absatz 7 Satz 3 ist von einer dort jeweils genannten Übermittlung, Mitteilung oder Information abzusehen, wenn die <b>von</b> der jeweiligen Übermittlung, Mitteilung oder Information <b>umfassten</b> Angaben und Unterlagen dem jeweiligen Empfänger in der in § 283 Absatz 5 Satz 1 genannten Datenbank zugänglich sind.“</p>
15. § 275c Absatz 6 wird wie folgt geändert:	15. § 275c Absatz 6 wird wie folgt geändert:
a) In Nummer 2 wird das Wort „Einhaltung“ durch das Wort „Erfüllung“ und die Angabe „§ 275d“ durch die Wörter „§ 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2“ ersetzt und wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.	a) un verändert
b) Folgende Nummer 3 wird angefügt:	b) un verändert
„3. hinsichtlich der Abrechnung der Vergütung des Vorhaldebudgets nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b des Krankenhausentgeltgesetzes.“	
	c) Folgender Absatz 8 wird angefügt:

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p><b>„(8) Die Absätze 1 bis 7 sind nicht auf Rechnungen eines Krankenhauses über eine Krankenhausbehandlung nach § 39 von Patientinnen und Patienten anzuwenden, die ab dem 1. Januar 2027 in das Krankenhaus aufgenommen werden.“</b></p>
16. § 275d wird aufgehoben.	16. un v e r ä n d e r t
17. § 276 wird wie folgt geändert:	17. § 276 wird wie folgt geändert:
a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	a) un v e r ä n d e r t
aa) In Satz 1 wird die Angabe „bis 275d“ durch die Angabe „bis 275c“ ersetzt.	
bb) In Satz 2 wird die Angabe „§ 275c oder § 275d“ durch die Wörter „§ 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 oder § 275c“ ersetzt.	
cc) In Satz 3 wird die Angabe „bis 275d“ durch die Angabe „bis 275c“ ersetzt.	
b) Absatz 4a wird wie folgt geändert:	b) Absatz 4a wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 1 werden die Wörter „Kontrollen nach § 275a“ durch die Wörter „Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 3 und 4“ ersetzt, werden nach der Angabe „§ 137 Absatz 3“ die Wörter „der Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3“ eingefügt und <i>wird das Wort „Kontrollen“ durch das Wort „Prüfungen“</i> ersetzt.	aa) In Satz 1 werden die Wörter „Kontrollen nach § 275a“ durch die Wörter „Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 3 und 4“ ersetzt, werden nach der Angabe „§ 137 Absatz 3“ die Wörter „ <b>oder in</b> der Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3“ eingefügt und <b>werden die Wörter „die Kontrollen“ durch die Wörter „die Prüfungen“</b> ersetzt.
bb) In den Sätzen 2 und 3 werden die Wörter „Kontrollen nach § 275a“ jeweils durch die Wörter „Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 3 und 4“ ersetzt.	bb) un v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
cc) In Satz 4 werden die Wörter „Kontrollen nach § 275a Absatz 4“ durch die Wörter „Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 4“ ersetzt.	cc) <b>u n v e r ä n d e r t</b>
18. § 277 Absatz 1 wird wie folgt geändert:	18. § 277 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
a) Satz 6 wird wie folgt gefasst:	a) Satz 6 wird wie folgt gefasst:
„Nach Abschluss der Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 hat der Medizinische Dienst die Prüfergebnisse dem geprüften Krankenhaus und der jeweiligen beauftragenden Stelle mitzuteilen.“	„Nach Abschluss der Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 <b>und 4</b> hat der Medizinische Dienst die Prüfergebnisse dem geprüften Krankenhaus und der jeweiligen beauftragenden Stelle mitzuteilen.“
b) In Satz 7 wird das Wort „Kontrollergebnis“ jeweils durch das Wort „Prüfergebnis“ ersetzt.	b) <b>u n v e r ä n d e r t</b>
19. § 278 wird <i>wie folgt geändert</i> :	19. § 278 <b>Absatz 4</b> wird <b>durch die folgenden Absätze 4 und 5 ersetzt</b> :
a) <i>Absatz 4 wird wie folgt gefasst</i> :	<b>entfällt</b>
„(4) Die Medizinischen Dienste berichten dem Medizinischen Dienst Bund bis zum 1. April jedes zweiten Kalenderjahres über	„(4) Die Medizinischen Dienste berichten dem Medizinischen Dienst Bund bis zum 1. April jedes zweiten Kalenderjahres über
1. die Anzahl und die Ergebnisse der Begutachtungen nach § 275 und der Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 3 und 4, § 275b und § 275c,	1. die Anzahl und die Ergebnisse der Begutachtungen nach § 275 und der Prüfungen nach § <b>17c Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes</b> , § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 3 und 4, § 275b und § 275c,
2. die Personalausstattung der Medizinischen Dienste und	2. <b>u n v e r ä n d e r t</b>
3. die Ergebnisse der systematischen Qualitätssicherung der Begutachtungen und Prüfungen der Medizinischen Dienste für die gesetzliche Krankenversicherung.	3. <b>u n v e r ä n d e r t</b>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>Die Medizinischen Dienste berichten dem Medizinischen Dienst Bund bis zum 1. April eines jeden Kalenderjahres über die Anzahl und Ergebnisse der Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, differenziert nach den einzelnen in dem Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 Absatz 2 festgelegten Strukturmerkmalen einschließlich der Anzahl der in § 275a Absatz 7 Satz 1 Nummer 1 und der in § 275a Absatz 7 Satz 2 Nummer 1 genannten Anzeigen sowie der Anzahl der in § 275a Absatz 6 Satz 5 und der in § 275a Absatz 7 Satz 3 genannten Mitteilungen. Das Nähere zum Verfahren <i>nach Satz 1 und Satz 2</i> regeln die Richtlinien nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 und 8. Die Medizinischen Dienste übermitteln dem Medizinischen Dienst Bund regelmäßig die nach der Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 für die in § 283 Absatz 5 genannte Datenbank erforderlichen Daten.“</p>	<p>Die Medizinischen Dienste berichten dem Medizinischen Dienst Bund bis zum 1. April eines jeden Kalenderjahres über die Anzahl und Ergebnisse der Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, differenziert nach den einzelnen in dem Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 Absatz 2 festgelegten Strukturmerkmalen einschließlich der Anzahl der in § 275a Absatz 7 Satz 1 Nummer 1 und der in § 275a Absatz 7 Satz 2 Nummer 1 genannten Anzeigen sowie der Anzahl der in § 275a Absatz 6 Satz 5 und der in § 275a Absatz 7 Satz 3 genannten Mitteilungen. Das Nähere zum Verfahren <b>hinsichtlich der in den Sätzen 1 und 2 genannten Berichte</b> regeln die Richtlinien nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 und 8. Die Medizinischen Dienste übermitteln dem Medizinischen Dienst Bund regelmäßig die nach der Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 für die in § 283 Absatz 5 genannte Datenbank erforderlichen Daten.</p>
<p>b) <i>Folgender Absatz 5 wird angefügt:</i></p>	<p><b>entfällt</b></p>
<p>„(5) Die Medizinischen Dienste, die gemäß § 278 Absatz 1 Satz 2 in der am 31. Dezember 2019 geltenden Fassung in Verbindung mit Artikel 73 Absatz 4 des Gesundheits-Reformgesetzes Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Dienstherrnenfähigkeit sind, verlieren ihre Dienstherrnenfähigkeit, 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 Dienstherrnenfähigkeit entfällt, und macht ihn öffentlich bekannt.“</p>	<p>(5) <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>
<p>20. § 280 wird wie folgt geändert:</p>	<p>20. § 280 wird wie folgt geändert:</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „und den §§ 275a bis 275d“ durch die Wörter „, § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 3, § 275b und § 275c“ ersetzt.</p>	<p>a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „und den §§ 275a bis 275d“ durch <b>ein Komma und</b> die Wörter „§ 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 3, § 275b und § 275c“ ersetzt.</p>
<p>b) In Absatz 2 Satz 2 wird das Wort „Kontrollen“ durch das Wort „Prüfungen“ ersetzt und die Angabe „Absatz 4“ durch die Wörter „Absatz 1 Satz 1 Nummer 4“ ersetzt.</p>	<p>b) <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>
<p>21. § 283 wird wie folgt geändert:</p>	<p>21. § 283 wird wie folgt geändert:</p>
<p>a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:</p>	<p>a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:</p>
<p>aa) Satz 1 Nummer 3 wird wie folgt gefasst:</p>	<p>aa) Satz 1 Nummer 3 wird wie folgt gefasst:</p>
<p>„3. über die Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 einschließlich der Festlegung der fachlich erforderlichen Zeitabstände für die Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, der Folgen, die eintreten, wenn nach § 275a Absatz 6 Satz 5 Strukturmerkmale <i>nach Mitteilung</i> durch das Krankenhaus nicht mehr eingehalten werden, und der Festlegung geeigneter Maßnahmen, um die Prüfungen soweit möglich zu vereinheitlichen und aufwandsarm auszugestalten,“.</p>	<p>„3. über die Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 einschließlich der Festlegung der fachlich erforderlichen Zeitabstände für die Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, der Folgen, die eintreten, wenn nach <b>einer in § 275a Absatz 6 Satz 5 genannten Mitteilung</b> Strukturmerkmale durch das <b>betreffende</b> Krankenhaus nicht mehr eingehalten werden, und der Festlegung geeigneter Maßnahmen, um die Prüfungen soweit möglich zu vereinheitlichen und aufwandsarm auszugestalten,“.</p>
<p>bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:</p>	<p>bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:</p>

<b>Entwurf</b>	<b>Beschlüsse des 14. Ausschusses</b>
<p>„Der Medizinische Bund hat bis zum ... [einsetzen: Datum desjenigen Tages des sechsten auf den Monat des Inkrafttretens nach Artikel 7 dieses Gesetzes folgenden Kalendermonats, dessen Zahl mit der des Tages des Inkrafttretens übereinstimmt, oder, wenn es einen solchen Kalendertag nicht gibt, Datum des ersten Tages des darauffolgenden Kalendermonats] die Richtlinie nach Satz 1 Nummer 3 zu erlassen oder anzupassen, soweit dies aufgrund der Änderung dieses Gesetzes durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz vom ... [einsetzen: Datum und Fundstelle dieses Gesetzes] erforderlich ist.“</p>	<p>„Der Medizinische Bund hat bis zum ... [einsetzen: Datum desjenigen Tages des sechsten auf den Monat des Inkrafttretens nach Artikel 7 folgenden Kalendermonats, dessen Zahl mit der des Tages des Inkrafttretens übereinstimmt, oder, wenn es einen solchen Kalendertag nicht gibt, Datum des ersten Tages des darauffolgenden Kalendermonats] die Richtlinie nach Satz 1 Nummer 3 zu erlassen oder anzupassen, soweit dies aufgrund der Änderung dieses <b>Buches</b> durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz vom ... [einsetzen: Datum und Fundstelle dieses Gesetzes] erforderlich ist.“</p>
b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:	b) <b>u n v e r ä n d e r t</b>

<b>Entwurf</b>	<b>Beschlüsse des 14. Ausschusses</b>
<p>„(2a) In der Richtlinie nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 ist eine bundeseinheitliche Methodik und Vorgehensweise nach angemessenen und anerkannten Methoden der Personalbedarfsermittlung vorzugeben. Hierfür sind geeignete Gruppen der Aufgaben der Medizinischen Dienste zu definieren. Die für den Erlass der Richtlinie nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 erforderlichen Daten sind von allen Medizinischen Diensten unter Koordination des Medizinischen Dienstes Bund nach einer bundeseinheitlichen Methodik und Vorgehensweise zu erheben und für alle Medizinischen Dienste einheitlich durch den Medizinischen Dienst Bund unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste anonymisiert auszuwerten. Die Richtlinie hat mindestens aufgabenbezogene Richtwerte für die Aufgabengruppen der Prüfungen von Krankenhausleistungen nach § 275c, der Begutachtungen zur Beseitigung von Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit nach § 275 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe b sowie der Prüfungen von medizinischen Rehabilitations- und Vorsorgeleistungen nach § 275 Absatz 2 Nummer 1 einzubeziehen.“</p>	
<p>c) Absatz 4 wird durch die folgenden Absätze 4 und 5 ersetzt:</p>	<p>c) Absatz 4 wird durch die folgenden Absätze 4 und 5 ersetzt:</p>
<p>„(4) Der Medizinische Dienst Bund fasst die Berichte der Medizinischen Dienste nach</p>	<p>„(4) <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>
<p>1. § 278 Absatz 4 Satz 1 in einem Bericht zusammen, legt diesen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 1. Juni jedes zweiten Kalenderjahres vor und veröffentlicht den Bericht bis zum 1. September des jeweiligen Kalenderjahres,</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>2. § 278 Absatz 4 Satz 2 in einem Bericht zusammen, legt diesen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 1. Juni eines jeden Kalenderjahres vor und veröffentlicht den Bericht bis zum 1. September des jeweiligen Kalenderjahres.</p>	
<p>Das Nähere regelt der Medizinische Dienst Bund in der Richtlinie nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 8. Der Medizinische Dienst Bund hat die Berichte der Medizinischen Dienste nach § 278 Absatz 4 Satz 2 seiner in § 17c Absatz 7 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Stellungnahme zugrunde zu legen.</p>	<p>u n v e r ä n d e r t</p>
<p>(5) Der Medizinische Dienst Bund führt eine Datenbank zu den Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1. In der Datenbank auszuweisen sind differenziert nach Krankenhausstandorten</p>	<p>(5) Der Medizinische Dienst Bund führt eine Datenbank zu den Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1. In der Datenbank auszuweisen sind differenziert nach Krankenhausstandorten</p>
<p>1. das jeweilige Prüfergebnis mit Informationen zur <i>geprüften</i> Erfüllung oder Nichterfüllung der Qualitätskriterien, Strukturmerkmale und Qualitätsanforderungen, einschließlich der <i>Unterlagen</i> nach § 275a Absatz 4 Satz 1 und § 275a Absatz 6 Satz 3,</p>	<p>1. das jeweilige Prüfergebnis mit Informationen zur Erfüllung oder Nichterfüllung der Qualitätskriterien, Strukturmerkmale und Qualitätsanforderungen, einschließlich der nach § 275a Absatz 4 Satz 1 und Absatz 6 Satz 3 <b>zu übermittelnden Gutachten und Bescheinigungen</b>,</p>
<p>2. die in § 275a Absatz 4 Satz 2, <i>in § 275a Absatz 6 Satz 5 und in § 275a Absatz 7 Satz 3</i> genannten Mitteilungen sowie</p>	<p>2. die in § 275a Absatz 4 Satz 2 <b>und 3</b>, Absatz 6 Satz 5 und Absatz 7 Satz 3 genannten Mitteilungen <b>und Informationen</b> sowie</p>
<p>3. die in § 275a Absatz 4 Satz 3 genannten Feststellungen.</p>	<p>3. die in § 275a Absatz 4 Satz <b>4</b> genannten Feststellungen.</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>§ 135d Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend. Die Verarbeitung und Veröffentlichung der Daten in der <i>in Satz 1 genannten</i> Datenbank erfolgt ohne Personenbezug. Die Datenbank ist fortlaufend auf Basis neuer Erkenntnisse der Medizinischen Dienste zu aktualisieren. Die Medizinischen Dienste erhalten Zugang zu den für sie entsprechend ihrer örtlichen Zuständigkeit relevanten und für ihre Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 erforderlichen Daten. Der Medizinische Dienst Bund regelt das Nähere zum Verfahren, zur Art und zum Umfang des Zugangs zu der Datenbank sowie zum Umfang, Format und zur Spezifikation der für die Datenbank <i>nach Satz 1</i> erforderlichen Daten in der Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3. Der Medizinische Dienst Bund <i>ergänzt die Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 um die in Satz 7 genannten Inhalte und richtet die in Satz 1 genannte</i> Datenbank bis zum ... [einsetzen: Datum desjenigen Tages des zwölften auf den Monat des Inkrafttretens nach Artikel 7 dieses Gesetzes folgenden Kalendermonats, dessen Zahl mit der des Tages des Inkrafttretens übereinstimmt, oder, wenn es einen solchen Kalendertag nicht gibt, Datum des ersten Tages des darauffolgenden Kalendermonats] ein.“</p>	<p>§ 135d Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend. Die Verarbeitung und Veröffentlichung der Daten in der Datenbank erfolgt ohne Personenbezug. Die Datenbank ist fortlaufend auf Basis neuer Erkenntnisse der Medizinischen Dienste zu aktualisieren. Die Medizinischen Dienste erhalten Zugang zu den für sie entsprechend ihrer örtlichen Zuständigkeit relevanten und für ihre Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 erforderlichen Daten. Der Medizinische Dienst Bund <b>gewährt hinsichtlich der in § 275a Absatz 11 genannten Übermittlungen, Mitteilungen oder Informationen dem jeweiligen Empfänger Zugang zu den für ihn entsprechend seiner örtlichen Zuständigkeit relevanten und für die Erfüllung seiner gesetzlichen Aufgaben erforderlichen Daten.</b> Der Medizinische Dienst Bund regelt das Nähere zum Verfahren, zur Art und zum Umfang des Zugangs zu der Datenbank sowie zum Umfang, Format und zur Spezifikation der für die Datenbank erforderlichen Daten <b>bis zum ... [einsetzen: Datum desjenigen Tages des zwölften auf den Monat des Inkrafttretens nach Artikel 7 folgenden Kalendermonats, dessen Zahl mit der des Tages des Inkrafttretens übereinstimmt, oder, wenn es einen solchen Kalendertag nicht gibt, Datum des ersten Tages des darauffolgenden Kalendermonats]</b> in der Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3. Der Medizinische Dienst Bund richtet die Datenbank bis zum ... [einsetzen: Datum desjenigen Tages des zwölften auf den Monat des Inkrafttretens nach Artikel 7 folgenden Kalendermonats, dessen Zahl mit der des Tages des Inkrafttretens übereinstimmt, oder, wenn es einen solchen Kalendertag nicht gibt, Datum des ersten Tages des darauffolgenden Kalendermonats] ein.“</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
d) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 6.	d) un verändert
22. § 299 wird wie folgt geändert:	22. § 299 wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „§ 27b Absatz 2, § 135b Absatz 2, § 136 Absatz 1 Satz 1, den §§ 136b, 136c Absatz 1 und 2 sowie“ durch die Wörter „§ 27b Absatz 2, § 135b Absatz 2, § 136 Absatz 1 Satz 1 und § 136b sowie“ ersetzt.	a) un verändert
b) In Absatz 1a Satz 1 werden die Wörter „§ 27b Absatz 2, § 135b Absatz 2, § 136 Absatz 1 Satz 1, den §§ 136b, 136c Absatz 1 und 2, § 137 Absatz 3 und § 137b Absatz 1 sowie“ durch die Wörter „§ 27b Absatz 2, § 135b Absatz 2, § 136 Absatz 1 Satz 1, § 136b, § 137 Absatz 3 und § 137b Absatz 1 sowie“ ersetzt.	b) un verändert
c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:	c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 3 werden die Wörter „soweit dies für die Auswahl der Versicherten oder die Versendung der Fragebögen erforderlich ist“ durch die Wörter „soweit dies für die Auswahl der Versicherten, die Versendung der Fragebögen, die Risikoadjustierung der Auswertungen oder die wissenschaftliche Begleitung der Patientenbefragungen erforderlich ist“ ersetzt.	aa) un verändert
bb) Nach Satz 10 wird folgender Satz eingefügt:	bb) Nach Satz 10 wird folgender Satz eingefügt:

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>„Die Versendestelle ist befugt und verpflichtet, personen- oder einrichtungsbezogene Daten der Versicherten und der Leistungserbringer an die in den Richtlinien und Beschlüssen <i>nach Satz 1</i> festgelegte Empfänger zu übermitteln, soweit dies für die Durchführung der Patientenbefragung methodisch-fachlich erforderlich ist.“</p>	<p>„Die Versendestelle ist befugt und verpflichtet, personen- oder einrichtungsbezogene Daten der Versicherten und der Leistungserbringer an die in den <b>in Satz 1 genannten</b> Richtlinien und Beschlüssen festgelegte Empfänger zu übermitteln, soweit dies für die Durchführung der Patientenbefragung methodisch-fachlich erforderlich ist.“</p>
<p>cc) Im neuen Satz 12 werden die Wörter „<b>Sätze 1 bis 10</b>“ durch die Wörter „<b>Sätze 1 bis 11</b>“ ersetzt.</p>	<p>cc) <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>
<p>d) Absatz 7 Satz 1 wird wie folgt geändert:</p>	<p>d) Absatz 7 Satz 1 wird wie folgt geändert:</p>
<p>aa) In Nummer 2 wird das Wort „<b>sowie</b>“ gestrichen.</p>	<p>aa) <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>
<p>bb) In Nummer 3 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.</p>	<p>bb) <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>
<p>cc) Die folgenden Nummern 4 und 5 werden angefügt:</p>	<p>cc) Die folgenden Nummern 4 und 5 werden angefügt:</p>
<p>„4. Daten zur Erfüllung oder Nichterfüllung der nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Qualitätskriterien, die dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen <i>nach § 275a Absatz 4 Satz 1 bis 3</i> übermittelt werden <i>beziehungswise</i> in der in § 283 Absatz 5 Satz 1 genannten Datenbank des Medizinischen Dienstes Bund <i>bereitgestellt werden sowie</i></p>	<p>„4. Daten zur Erfüllung oder Nichterfüllung der nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Qualitätskriterien, die dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen <b>im Wege der in § 275a Absatz 4 Satz 1, 3 und 4 genannten Übermittlung oder Information</b> übermittelt werden <b>oder</b> in der in § 283 Absatz 5 Satz 1 genannten Datenbank des Medizinischen Dienstes Bund <b>zugänglich sind, und</b></p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>5. Daten, die dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen <i>nach</i> § 6a Absatz 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes übermittelt werden.“</p>	<p>5. Daten, die dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen <b>im Wege der in</b> § 6a Absatz 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes <b>genannten Übermittlung</b> übermittelt werden.“</p>
<p>23. Die §§ 411, 412 und 415 werden aufgehoben.</p>	<p>23. <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>
<p>24. Folgender § 427 wird angefügt:</p>	<p>24. Folgender § 427 wird angefügt:</p>
<p>„§ 427</p>	<p>„§ 427</p>
<p>Evaluation des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes</p>	<p>Evaluation des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes</p>
<p>Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen dem Bundesministerium für Gesundheit und den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, zum 31. Dezember 2028, zum 31. Dezember 2033 sowie zum 31. Dezember 2038 jeweils einen gemeinsamen Bericht vor über</p>	<p>Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen dem Bundesministerium für Gesundheit und den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, zum 31. Dezember 2028, zum 31. Dezember 2033 sowie zum 31. Dezember 2038 jeweils einen gemeinsamen Bericht vor über</p>
<p>1. die Auswirkungen der <i>Festlegung</i> der Leistungsgruppen nach § 135e und <i>ihre</i> Weiterentwicklung, insbesondere hinsichtlich der mit der Zuweisung von Leistungsgruppen nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zusammenhängenden Konzentrationswirkungen auf die Leistungserbringung durch die Krankenhäuser, auch soweit diese länderübergreifend eingetreten sind,</p>	<p>1. die Auswirkungen der <b>Einteilung</b> der <b>von der Krankenhausbehandlung umfassten Leistungen in</b> Leistungsgruppen nach § 135e <b>Absatz 1 Satz 1</b> und <b>die</b> Weiterentwicklung <b>dieser Einteilung</b>, insbesondere hinsichtlich der mit der Zuweisung von Leistungsgruppen nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zusammenhängenden Konzentrationswirkungen auf die Leistungserbringung durch die Krankenhäuser, auch soweit diese länderübergreifend eingetreten sind,</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>2. die Prüfungen zur Erfüllung der nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Qualitätskriterien durch den Medizinischen Dienst nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1,</p>	<p>2. die Prüfungen zur Erfüllung der nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Qualitätskriterien durch den Medizinischen Dienst nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, <b>insbesondere über die Dauer und die Ergebnisse dieser Prüfungen, sowie über die Anzahl der Fälle, in denen das Gutachten nach § 275a Absatz 2 Satz 6 zweiter Halbsatz korrigiert wurde oder in denen eine Erörterung nach § 275a Absatz 2 Satz 6 erster Halbsatz stattgefunden hat,</b></p>
<p>3. die Auswirkungen der durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz vom ... [einsetzen: Datum und Fundstelle dieses Gesetzes] bewirkten Rechtsänderungen auf</p>	<p>3. die Auswirkungen der durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz vom ... [einsetzen: Datum und Fundstelle dieses Gesetzes] bewirkten Rechtsänderungen auf</p>
<p>a) die Versorgungssituation der Patienten,</p>	<p>a) <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>
<p>b) die Personalstrukturen in den Krankenhäusern,</p>	<p>b) <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>
<p>c) die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser und die Ausgaben der Krankenkassen und</p>	<p>c) <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>
<p>d) <i>auf weitere Versorgungsbereiche, insbesondere den Bereich der medizinischen Rehabilitation.</i></p>	<p>d) <b>die Entwicklung des Leistungsgeschehens im Bereich der ambulanten und stationären medizinischen Rehabilitation sowie auf die Entwicklung des sonstigen ambulanten Leistungsgeschehens.</b></p>
<p>Die für den Bericht erforderlichen Daten sind ihnen von den Krankenkassen, den Unternehmen der privaten Krankenversicherung, den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Krankenhäusern und den Medizinischen Diensten in anonymisierter Form zu übermitteln.“</p>	<p>Die für den Bericht erforderlichen Daten sind ihnen von den Krankenkassen, den Unternehmen der privaten Krankenversicherung, den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Krankenhäusern und den Medizinischen Diensten in anonymisierter Form zu übermitteln.“</p>
<p>25. Die Anlage 1 erhält die aus dem Anhang zu diesem Gesetz ersichtliche Fassung.</p>	<p>25. <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<b>Artikel 2</b>	<b>Artikel 2</b>
<b>Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes</b>	<b>Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes</b>
<p>Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 8a des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 101) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:</p>	<p>Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 8a des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 101) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:</p>
<p>1. § 6 Absatz 1a wird aufgehoben.</p>	<p>1. <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>
<p>2. § 6a wird <i>wie folgt gefasst</i>:</p>	<p>2. § 6a wird <b>durch die folgenden §§ 6a bis 6c ersetzt</b>:</p>

<b>Entwurf</b>	<b>Beschlüsse des 14. Ausschusses</b>
„§ 6a	„§ 6a
Zuweisung von Leistungsgruppen	Zuweisung von Leistungsgruppen

(1) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann einem nach § 108 Nummer 1 *und* 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenen Krankenhaus für einen Krankenhausstandort Leistungsgruppen zuweisen, wenn das Krankenhaus an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für diese Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien erfüllt. *Die maßgeblichen Leistungsgruppen und Qualitätskriterien bestimmen sich nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.* Der Standort eines Krankenhauses bestimmt sich nach § 2 der zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemäß § 2a Absatz 1 getroffenen Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen vom 29. August 2017, die auf der Internetseite der Deutschen Krankenhausgesellschaft veröffentlicht ist. Ein Anspruch auf Zuweisung einer Leistungsgruppe besteht nicht. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren *geeigneten* Krankenhäusern entscheidet die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde unter Berücksichtigung der *Auswahlkriterien nach § 135e Absatz 4 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nach pflichtgemäßem Ermessen, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung des Landes am besten gerecht* wird. Die Zuweisung nach Satz 1 erfolgt durch Bescheid. Gegen den Bescheid ist der Verwaltungsweg gegeben.

(1) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann einem nach § 108 Nummer 1 **oder Nummer 2** des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenen Krankenhaus für einen Krankenhausstandort Leistungsgruppen zuweisen, wenn das Krankenhaus an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für diese Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien erfüllt; § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch **gilt entsprechend.** **Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann mit der Zuweisung nach Satz 1 einem Krankenhausstandort für die Berechnung seines Anteils am Vorhaltevolumen des jeweiligen Landes für eine Leistungsgruppe nach § 37 Absatz 2 Satz 2 und 3 eine Fallzahl für diese Leistungsgruppe (Planfallzahl) vorgeben; bei der Zuweisung einer Leistungsgruppe, deren Leistungen erstmals an dem jeweiligen Krankenhausstandort erbracht werden, hat die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde dem Krankenhausstandort eine Planfallzahl für die Berechnung seines Anteils am Vorhaltevolumen des jeweiligen Landes für diese Leistungsgruppe nach § 37 Absatz 2 Satz 2, 3 und 5 vorzugeben.** Der Standort eines Krankenhauses bestimmt sich nach § 2 der zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemäß § 2a Absatz 1 getroffenen Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen vom 29. August 2017, die auf der Internetseite der Deutschen Krankenhausgesellschaft veröffentlicht ist. Ein Anspruch auf Zuweisung einer Leistungsgruppe besteht nicht. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern entscheidet die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde unter Berücksichtigung der **Erfüllung der in der Tabellenzeile „Auswahlkriterium“ der Anlage 1** des Fünften Buches Sozialgesetzbuch **für die jeweilige Leistungsgruppe genannten Qualitätskriterien, soweit vorhanden,** nach pflichtgemäßem

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p>Ermessen <b>darüber, welchem Krankenhaus die jeweilige Leistungsgruppe zugewiesen</b> wird. Die Zuweisung nach Satz 1 erfolgt durch Bescheid. Gegen den Bescheid ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben. <b>Als einem Krankenhaus zugewiesen im Sinne des Satzes 1 gelten Leistungsgruppen, die in einem wirksamen Versorgungsvertrag nach § 109 Absatz 3 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für dieses Krankenhaus vereinbart wurden.</b></p>
<p>(2) Die in Absatz 1 Satz 1 genannte Erfüllung der Qualitätskriterien ist durch das Krankenhaus vor der Zuweisung der jeweiligen Leistungsgruppe nachzuweisen. Der in Satz 1 genannte Nachweis wird durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes <i>nach § 275a Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</i> über die Prüfung der Erfüllung der für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien erbracht, <i>wenn die Übermittlung dieses Gutachtens</i> an die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde zu dem Zeitpunkt der Zuweisung der jeweiligen Leistungsgruppe nicht länger als zwei Jahre zurückliegt. Bis zu dem Zeitpunkt der in Satz 2 genannten Übermittlung kann der in Satz 1 genannte Nachweis durch eine begründete Selbsteinschätzung des Krankenhauses erbracht werden, wenn der Medizinische Dienst bereits mit der Prüfung nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beauftragt wurde.</p>	<p>(2) Die in Absatz 1 Satz 1 genannte Erfüllung der Qualitätskriterien ist durch das Krankenhaus vor der Zuweisung der jeweiligen Leistungsgruppe <b>gegenüber der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde</b> nachzuweisen. Der in Satz 1 genannte Nachweis wird durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes über die Prüfung der Erfüllung der für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien erbracht, <b>dessen Übermittlung nach § 275a Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</b> an die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde zu dem Zeitpunkt der Zuweisung der jeweiligen Leistungsgruppe nicht länger als zwei Jahre zurückliegt. Bis zu dem Zeitpunkt der in Satz 2 genannten Übermittlung kann der in Satz 1 genannte Nachweis durch eine begründete Selbsteinschätzung des Krankenhauses erbracht werden, wenn der Medizinische Dienst bereits mit der Prüfung nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beauftragt wurde.</p>

<b>Entwurf</b>	<b>Beschlüsse des 14. Ausschusses</b>
<p>(3) Den Bundeswehrkrankenhäusern sowie den Krankenhäusern der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und ihrer Vereinigungen sollen die Leistungsgruppen zugewiesen werden, für die sie nach den Vorgaben des Bundesministeriums der Verteidigung oder nach der Aufgabenstellung der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und ihrer Vereinigungen nach dem Siebten Buch Sozialgesetzbuch Ressourcen vorhalten. Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und ihrer Vereinigungen können die für eine Leistungsgruppe als Qualitätskriterien festgelegten verwandten Leistungsgruppen nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auch in Kooperation erbringen.</p>	<p>(3) <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>(4) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen einem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort <i>auch</i> Leistungsgruppen nach Absatz 1 Satz 1 zuweisen, obwohl das Krankenhaus die für diese Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien <i>an dem jeweiligen Krankenhausstandort</i> nicht erfüllt, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist und dies für die jeweilige Leistungsgruppe nicht durch die Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ausgeschlossen ist. Die Zuweisung einer Leistungsgruppe ist zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich, wenn ein <i>anderes Krankenhaus, dem die jeweilige Leistungsgruppe zugewiesen ist oder das die jeweilige Leistungsgruppe in einem genehmigten Versorgungsvertrag nach § 109 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vereinbart hat</i>, für einen erheblichen Teil der Einwohner des <i>jeweiligen Versorgungsgebiets</i> nicht innerhalb der in Satz 3 genannten Fahrzeit mit einem Kraftfahrzeug erreichbar ist. Die maßgebliche Fahrzeit beträgt</p>	<p>(4) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen einem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort Leistungsgruppen nach Absatz 1 Satz 1 zuweisen, obwohl <b>abweichend von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Voraussetzungen</b> das Krankenhaus <b>an dem jeweiligen Krankenhausstandort</b> die für diese Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist und dies für die jeweilige Leistungsgruppe nicht durch die Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ausgeschlossen ist. Die Zuweisung einer Leistungsgruppe ist zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich, wenn ein <b>anderer Krankenhausstandort, für den</b> die jeweilige Leistungsgruppe zugewiesen ist für einen erheblichen Teil der Einwohner des <b>Einzugsbereichs des Krankenhausstandorts, für den die Leistungsgruppe zugewiesen werden soll</b>, nicht innerhalb der in Satz 3 genannten Fahrzeit mit einem Kraftfahrzeug erreichbar ist. Die maßgebliche Fahrzeit beträgt</p>
<p>1. hinsichtlich der Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie: 30 Minuten,</p>	<p>1. <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>
<p>2. hinsichtlich der übrigen Leistungsgruppen: 40 Minuten.</p>	<p>2. <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>Die Zuweisung einer Leistungsgruppe <i>nach Satz 1 ist</i> auf höchstens drei Jahre zu befristen <i>und mit der Auflage zu verbinden, dass das jeweilige Krankenhaus</i> an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien innerhalb einer Frist, die höchstens drei Jahre betragen darf, zu erfüllen <i>hat</i>. <i>Solange</i> ein <i>Krankenhaus</i> in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgenommen ist, kann die Leistungsgruppe abweichend von Satz 4 unbefristet zugewiesen werden. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann sich vor Erteilung einer Auflage nach Satz 4 hierzu durch den Medizinischen Dienst beraten lassen. Bei der Entscheidung über die Erklärung des in Satz 1 genannten Benehmens handeln die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich.</p>	<p>Die Zuweisung einer Leistungsgruppe <b>ist in dem in Satz 1 genannten Fall</b> auf höchstens drei Jahre zu befristen; mit der <b>Zuweisung ist das Krankenhaus zu verpflichten</b>, an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien innerhalb einer Frist, die höchstens drei Jahre betragen darf, zu erfüllen. <b>Wenn ein Krankenhausstandort zum Zeitpunkt der Zuweisung der jeweiligen Leistungsgruppe</b> in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgenommen ist, kann die Leistungsgruppe abweichend von Satz 4 unbefristet zugewiesen werden. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann sich vor Erteilung einer Auflage nach Satz 4 hierzu durch den Medizinischen Dienst beraten lassen. Bei der Entscheidung über die Erklärung des in Satz 1 genannten Benehmens handeln die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich.</p>
<p>(5) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat die Zuweisung einer Leistungsgruppe unverzüglich aufzuheben,</p>	<p>(5) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat die Zuweisung einer Leistungsgruppe unverzüglich aufzuheben,</p>
<p>1. soweit das Krankenhaus aus dem Krankenhausplan herausgenommen <i>wurde</i>,</p>	<p>1. soweit das Krankenhaus aus dem Krankenhausplan <b>des jeweiligen Landes</b> herausgenommen <b>wird</b>,</p>
<p>2. wenn das Krankenhaus die für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt oder</p>	<p>2. wenn das Krankenhaus <b>an dem jeweiligen Krankenhausstandort</b> die für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt oder</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>3. wenn die Übermittlung des jeweils letzten Gutachtens des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über die Prüfung der Erfüllung der für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien an die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde länger als zwei Jahre zurückliegt, es sei denn, das Krankenhaus <i>erbringt</i> den Nachweis über die Erfüllung <i>der</i> Qualitätskriterien durch eine begründete Selbsteinschätzung und der Medizinische Dienst <i>wurde</i> bereits mit der Prüfung nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beauftragt.</p>	<p>3. wenn die Übermittlung des jeweils letzten Gutachtens des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 4 Satz 1 <b>Nummer 1</b> des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über die Prüfung der Erfüllung der für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien an die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde länger als zwei Jahre zurückliegt, es sei denn, <b>dass</b> das Krankenhaus den Nachweis über die Erfüllung <b>dieser</b> Qualitätskriterien durch eine begründete Selbsteinschätzung <b>erbringt</b> und der Medizinische Dienst bereits mit der Prüfung nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beauftragt <b>wurde</b>.</p>
<p>Satz 1 Nummer 2 <i>gilt</i> nicht,</p>	<p>Satz 1 Nummer 2 <b>ist</b> nicht <b>anzuwenden</b>,</p>
<p>1. <i>solange</i> eine Leistungsgruppe nach Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 4 zugewiesen ist,</p>	<p>1. <b>wenn die jeweilige</b> Leistungsgruppe nach Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 4 <b>Satz 1</b> zugewiesen ist <b>und die in Absatz 4 Satz 4 genannte Frist noch nicht abgelaufen ist oder in dem in Absatz 4 Satz 5 genannten Fall der jeweilige Krankenhausstandort weiterhin in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgenommen ist,</b></p>
<p>2. <i>für drei Monate ab Mitteilung des Krankenhauses über die Nichterfüllung der Qualitätskriterien nach § 275a Absatz 4 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, wenn die</i> für die Krankenhausplanung <i>zuständige</i> Landesbehörde Anhaltspunkte dafür <i>hat</i>, dass die Dauer der Nichterfüllung drei Monate nicht <i>überschreitet</i>.</p>	<p>2. <b>wenn das Krankenhaus unverzüglich eine</b> nach § 275a Absatz 4 Satz 2 <b>Nummer 1</b> des Fünften Buches Sozialgesetzbuch <b>erforderliche Mitteilung gemacht hat, seit dieser Mitteilung nicht mehr als drei Monate vergangen sind und der</b> für die Krankenhausplanung <b>zuständigen</b> Landesbehörde Anhaltspunkte dafür <b>vorliegen</b>, dass die Dauer der <b>von dieser Mitteilung erfassten Nichterfüllung von Qualitätskriterien</b> drei Monate nicht <b>überschreiten</b> wird.</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes zu der voraussichtlichen Dauer der in Satz 2 Nummer 2 genannten Nichterfüllung einholen. Die Aufhebung der Zuweisung einer Leistungsgruppe erfolgt durch Bescheid. Gegen den Bescheid ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben. Widerspruch und Anfechtungsklage gegen den Bescheid haben keine aufschiebende Wirkung.</p>	<p>Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes zu der voraussichtlichen Dauer der in Satz 2 Nummer 2 genannten Nichterfüllung einholen. Die Aufhebung der Zuweisung einer Leistungsgruppe erfolgt durch Bescheid. Gegen den Bescheid ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben. Widerspruch und Anfechtungsklage gegen den Bescheid haben keine aufschiebende Wirkung.</p>
<p>(6) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bis zum 31. Oktober eines jeden Kalenderjahres, erstmals bis zum 31. Oktober 2026, zum Zweck der Ermittlung der <i>Vorhaltevergütung</i> nach § 37 folgende Daten zu übermitteln:</p>	<p>(6) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bis zum 31. Oktober eines jeden Kalenderjahres, erstmals bis zum 31. Oktober 2026, zum Zweck der Ermittlung der <b>Vergütung eines Vorhaltebudgets</b> nach § 37 folgende Daten zu übermitteln:</p>
<p>1. eine Aufstellung über die den Krankenhäusern je Krankenhausstandort zugewiesenen <i>oder den als zugewiesen geltenden</i> Leistungsgruppen und, <i>soweit die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde dem jeweiligen Krankenhaus Fallzahlen vorgegeben hat oder Fallzahlen in dem für das jeweilige Krankenhaus abgeschlossenen Versorgungsvertrag vereinbart wurden</i> (Planfallzahlen), die <i>Planfallzahlen</i> je Leistungsgruppe,</p>	<p>1. eine Aufstellung über die den Krankenhäusern je Krankenhausstandort zugewiesenen Leistungsgruppen und <b>über die ihnen nach Absatz 1 Satz 2 vorgegebenen</b> Planfallzahlen je Leistungsgruppe,</p>
<p>2. die Angabe, ob eine Zuweisung einer Leistungsgruppe nach Absatz 5 Satz 1 aufgehoben wurde, einschließlich des Zeitpunkts der Aufhebung,</p>	<p>2. <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>
<p>3. die Angabe, ob die Zulassung des jeweiligen Krankenhauses vollständig oder teilweise weggefallen ist oder ob das jeweilige Krankenhaus vollständig oder teilweise seinen Betrieb eingestellt hat, einschließlich des Zeitpunkts des Wegfalls der Zulassung oder der Einstellung des Betriebs,</p>	<p>3. <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>4. die Angabe, ob sich das jeweilige Krankenhaus mit einem anderen Krankenhaus zusammengeschlossen hat, einschließlich des Zeitpunkts des Zusammenschlusses,</p>	<p>4. <b>unverändert</b></p>
<p>5. in dem Fall, dass das jeweilige Krankenhaus in dem jeweiligen Kalenderjahr erstmals Leistungen aus einer Leistungsgruppe erbringt, die betreffende Planfallzahl und</p>	<p>5. in dem Fall, dass das jeweilige Krankenhaus <b>an einem Krankenhausstandort</b> in dem jeweiligen Kalenderjahr erstmals Leistungen aus einer Leistungsgruppe erbringt, die betreffende Planfallzahl und</p>
<p>6. die Angabe, ob <i>das jeweilige Krankenhaus</i> nach § 6c Absatz 1 als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt wurde, sofern es bis zu dem Zeitpunkt <i>der</i> Bestimmung stationäre Leistungen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausentgeltgesetzes abgerechnet hat, einschließlich des Zeitpunkts, ab dem es die <i>in</i> § 6c Absatz 1 Satz 2 oder Absatz 7 Satz 4 des Krankenhausentgeltgesetzes genannten Tagesentgelte abrechnet.</p>	<p>6. die Angabe, ob <b>der</b> jeweilige <b>Krankenhausstandort</b> nach § 6c Absatz 1 als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt wurde, sofern <b>das Krankenhaus für den jeweiligen Krankenhausstandort</b> bis zu dem Zeitpunkt <b>dieser</b> Bestimmung stationäre Leistungen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausentgeltgesetzes abgerechnet hat, einschließlich des Zeitpunkts, ab dem es <b>für den jeweiligen Krankenhausstandort</b> die <b>nach</b> § 6c Absatz 1 Satz 2 <b>des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten Tagesentgelte</b> oder <b>die in § 6c Absatz 7 Satz 4</b> des Krankenhausentgeltgesetzes genannten <b>vorläufigen</b> Tagesentgelte abrechnet.</p>
<p>Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann die in Satz 1 genannten Daten bereits zum 31. Oktober 2025 an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus <i>zu dem</i> in § 37 Absatz 5 Satz 2 <i>genannten Zweck der</i> Übermittlung einer Information über die Höhe <i>des Vorhaltevolumens</i> für das Kalenderjahr 2026 <i>übermitteln</i>. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus regelt das Nähere zur Datenübermittlung <i>und zum Verfahren</i>.</p>	<p>Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann die in Satz 1 genannten Daten <b>erstmalig</b> bereits zum 31. Oktober 2025 an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus <b>übermitteln, um eine</b> in § 37 Absatz 5 Satz 2 <b>genannte</b> Übermittlung einer Information über die Höhe <b>der Vorhaltevolumina</b> für das Kalenderjahr 2026 <b>zu ermöglichen</b>. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus regelt das Nähere zur Datenübermittlung.</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>(7) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen und der nach § 135d Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch benannten Stelle zur Förderung der Qualität der Krankenhausbehandlung durch Transparenz unverzüglich folgende Daten zu übermitteln:</p>	<p>(7) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen und der nach § 135d Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch benannten Stelle zur Förderung der Qualität der Krankenhausbehandlung durch Transparenz <b>jeweils</b> unverzüglich folgende Daten zu übermitteln:</p>
<p>1. jede Zuweisung einer Leistungsgruppe nach Absatz 1 Satz 1 <i>oder</i> nach Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 4 Satz 1,</p>	<p>1. jede Zuweisung einer Leistungsgruppe nach Absatz 1 Satz 1 <b>einschließlich jeder Zuweisung</b> nach Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 4 Satz 1,</p>
<p>2. jede Aufhebung einer Zuweisung einer Leistungsgruppe nach Absatz 5 Satz 1,</p>	<p>2. <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>
<p>3. jeden Abschluss eines Versorgungsvertrags nach § 109 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch <i>oder</i> nach § 109 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 3a Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und</p>	<p>3. jeden Abschluss eines Versorgungsvertrags nach § 109 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch <b>einschließlich jedes Abschlusses</b> nach § 109 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 3a Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und</p>
<p>4. jede Kündigung eines Versorgungsvertrags nach § 110 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“</p>	<p>4. jede Kündigung eines Versorgungsvertrags nach § 110 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.</p>
<p>3. <i>Nach § 6a werden die folgenden §§ 6b und 6c eingefügt:</i></p>	<p><b>entfällt</b></p>
<p>„§ 6b</p>	<p>§ 6b</p>
<p>Zuweisung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben</p>	<p>Zuweisung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben</p>
<p>Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann einem Krankenhaus unter der in Satz 3 oder <i>der in</i> Satz 4 genannten Voraussetzung im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen folgende Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben gemeinsam zuweisen:</p>	<p>Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann einem Krankenhaus unter der in Satz 3 oder Satz 4 genannten Voraussetzung im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen folgende Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben gemeinsam zuweisen:</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>1. die krankenhausesübergreifende Koordination von Versorgungsprozessen und -kapazitäten, insbesondere bei Großschadenslagen, und</p>	<p>1. <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>
<p>2. die Konzeption und die Koordination des Einsatzes regionaler, insbesondere telemedizinischer Versorgungsnetzwerke sowie informationstechnischer Systeme und digitaler Dienste.</p>	<p>2. <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>
<p>Das Nähere zu dem Inhalt der in Satz 1 genannten Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben vereinbaren die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2. Die in Satz 1 genannten Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben dürfen nur einem Krankenhaus zugewiesen werden, das der in § 135d Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Versorgungsstufe „Level 3U“ zugeordnet ist. Ist in dem jeweiligen Land kein Krankenhaus dieser Versorgungsstufe zugeordnet, so dürfen die in Satz 1 genannten Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben einem Krankenhaus zugewiesen werden, das der in § 135d Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Versorgungsstufe „Level 3“ zugeordnet ist. Die Zuweisung nach Satz 1 erfolgt durch Bescheid. Gegen den Bescheid ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bis zum 31. Oktober eines jeden Kalenderjahres, erstmals bis zum 31. Oktober 2026, mitzuteilen, <i>welchem Krankenhaus</i> sie die in Satz 1 genannten Aufgaben zugewiesen hat. <i>§ 6a Absatz 6 Satz 3 gilt entsprechend.</i></p>	<p>Das Nähere zu dem Inhalt der in Satz 1 genannten Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben vereinbaren die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2. Die in Satz 1 genannten Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben dürfen nur einem Krankenhaus zugewiesen werden, das der in § 135d Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Versorgungsstufe „Level 3U“ zugeordnet ist. Ist in dem jeweiligen Land kein Krankenhaus dieser Versorgungsstufe zugeordnet, so dürfen die in Satz 1 genannten Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben einem Krankenhaus zugewiesen werden, das der in § 135d Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Versorgungsstufe „Level 3“ zugeordnet ist. Die Zuweisung nach Satz 1 erfolgt durch Bescheid. Gegen den Bescheid ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bis zum 31. Oktober eines jeden Kalenderjahres, erstmals bis zum 31. Oktober 2026, mitzuteilen, <b>welchen Krankenhäusern</b> sie die in Satz 1 genannten Aufgaben zugewiesen hat. <b>Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus regelt das Nähere zur Datenübermittlung.</b></p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
§ 6c	§ 6c
Bestimmung als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung	Bestimmung als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung
<p>(1) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann Standorte von Krankenhäusern im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Pflegekassen sowie den Ersatzkassen durch Bescheid als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmen, wenn <i>dieses</i> Krankenhaus in den Krankenhausplan des <i>jeweiligen</i> Landes aufgenommen wurde. <i>Als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung kann auch ein Krankenhaus bestimmt werden, das erstmalig in den Krankenhausplan aufgenommen wird.</i></p>	<p>(1) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann Standorte von Krankenhäusern im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Pflegekassen sowie den Ersatzkassen durch Bescheid als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmen, wenn <b>das jeweilige</b> Krankenhaus in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen wurde.</p>
<p>(2) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen <i>des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</i> unverzüglich, spätestens innerhalb von vier Wochen, eine Bestimmung nach Absatz 1 und Änderungen einer solchen Bestimmung mitzuteilen.“</p>	<p>(2) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen <b>je-weils</b> unverzüglich, spätestens innerhalb von vier Wochen, eine Bestimmung nach Absatz 1 und Änderungen einer solchen Bestimmung mitzuteilen.“</p>
4. § 8 Absatz 1a bis 1c wird aufgehoben.	3. u n v e r ä n d e r t
5. § 12a wird wie folgt geändert:	4. u n v e r ä n d e r t
a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „2024“ durch die Angabe „2025“ ersetzt.	
b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	
aa) In Satz 1 wird die Angabe „2024“ durch die Angabe „2025“ ersetzt.	
bb) In Satz 2 wird die Angabe „31. Dezember 2024“ durch die Angabe „31. Dezember 2025“ ersetzt.	
cc) Satz 4 wird wie folgt gefasst:	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>„Soweit die Mittel nach den Sätzen 2 und 3 bis zum 31. Dezember 2025 durch vollständig und vorbehaltlos gestellte Anträge nicht vollständig beantragt worden sind, stehen diese Mittel ergänzend für eine Förderung von Vorhaben nach § 12b zur Verfügung; der auf die Beteiligung der privaten Krankenversicherungen entfallende Anteil ist an diese zurückzuzahlen.“</p>	
<p>6. Nach § 12a wird folgender § 12b eingefügt:</p>	<p>5. Nach § 12a wird folgender § 12b eingefügt:</p>
<p>„§ 12b</p>	<p>„§ 12b</p>
<p>Transformationsfonds, Verordnungsermächtigung</p>	<p>Transformationsfonds, Verordnungsermächtigung</p>
<p>(1) Zur Förderung von Vorhaben der Länder zur Anpassung der Strukturen in der Krankenhausversorgung an die durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz ... [<i>Einsetzen</i>: Datum und Fundstelle <i>des Gesetzes</i>] bewirkten Rechtsänderungen in den Jahren 2026 bis 2035 wird beim Bundesamt für Soziale Sicherung ein Transformationsfonds errichtet. Die Höhe der zur Förderung in einem Kalenderjahr zur Verfügung stehenden Mittel entspricht der Höhe der höchstens zuzuführenden Mittel nach § 271 Absatz 6 Satz 2 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch <i>sowie für das Jahr 2026 zuzüglich des nach § 12a Absatz 2 Satz 4 zugeführten Betrags</i>. Im <i>Falle</i> einer Beteiligung von Unternehmen der privaten Krankenversicherung an der in Satz 1 genannten Förderung erhöht sich <i>das Fördervolumen</i> um den entsprechenden Betrag. Aus dem Transformationsfonds können gefördert werden</p>	<p>(1) Zur Förderung von Vorhaben der Länder zur Anpassung der Strukturen in der Krankenhausversorgung an die durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz <b>vom...</b> [<b>einsetzen</b>: Datum und Fundstelle] bewirkten Rechtsänderungen in den Jahren 2026 bis 2035 wird beim Bundesamt für Soziale Sicherung ein Transformationsfonds errichtet. Die Höhe der zur Förderung in einem Kalenderjahr zur Verfügung stehenden Mittel entspricht der Höhe der höchstens zuzuführenden Mittel nach § 271 Absatz 6 Satz 2 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3, <b>Satz 2 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 2 sowie Absatz 3 Satz 4 und 5</b> des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Im <b>Fall</b> einer <b>finanziellen</b> Beteiligung von Unternehmen der privaten Krankenversicherung an der in Satz 1 genannten Förderung erhöht sich <b>die Höhe der zur Förderung in einem Kalenderjahr zur Verfügung stehenden Mittel jeweils</b> um den entsprechenden Betrag. Aus dem Transformationsfonds können gefördert werden</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>1. Vorhaben zur standortübergreifenden Konzentration akutstationärer Versorgungskapazitäten, wenn diese zur Erfüllung von Qualitätskriterien nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder zur Erfüllung von Mindestvorhaltezahlen nach § 135f Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Bezug auf die an dem Vorhaben beteiligten Krankenhäuser erforderlich ist,</p>	<p>1. Vorhaben zur standortübergreifenden Konzentration akutstationärer Versorgungskapazitäten, wenn diese zur Erfüllung von Qualitätskriterien nach § 135e Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder zur Erfüllung von Mindestvorhaltezahlen nach § 135f Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Bezug auf die an dem Vorhaben beteiligten Krankenhäuser erforderlich ist,</p>
<p>2. Vorhaben zur Umstrukturierung eines <i>Krankenhauses</i>, das nach § 6c Absatz 1 Satz 1 oder Satz 2 als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt wurde,</p>	<p>2. Vorhaben zur Umstrukturierung eines <b>Krankenhausstandortes</b>, der nach § 6c Absatz 1 als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt wurde,</p>
<p>3. Vorhaben zur Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen einschließlich der Voraussetzungen für die Durchführung robotergestützter Telechirurgie, auch soweit Hochschulkliniken an diesen Vorhaben beteiligt sind,</p>	<p>3. Vorhaben zur Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen, <b>insbesondere zwischen Krankenhäusern</b>, einschließlich der <b>Schaffung der</b> Voraussetzungen für die Durchführung robotergestützter Telechirurgie, <b>abweichend von § 5 Absatz 1 Nummer 1</b> auch soweit Hochschulkliniken an diesen Vorhaben beteiligt sind,</p>
<p>4. wettbewerbsrechtlich zulässige Vorhaben zur Bildung von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen an Hochschulkliniken, soweit Hochschulkliniken und Krankenhäuser, die keine Hochschulkliniken sind, an diesen Vorhaben gemeinsam beteiligt sind,</p>	<p>4. <b>abweichend von § 5 Absatz 1 Nummer 1</b> wettbewerbsrechtlich zulässige Vorhaben zur Bildung von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen an Hochschulkliniken, soweit Hochschulkliniken und Krankenhäuser, die keine Hochschulkliniken sind, an diesen Vorhaben gemeinsam beteiligt sind,</p>
<p>5. wettbewerbsrechtlich zulässige Vorhaben zur Bildung von Krankenhausverbänden,</p>	<p>5. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>6. Vorhaben zur Bildung integrierter Notfallstrukturen und</p>	<p>6. u n v e r ä n d e r t</p>

<b>Entwurf</b>	<b>Beschlüsse des 14. Ausschusses</b>
<p>7. Vorhaben zur Schließung eines Krankenhauses oder von Teilen eines Krankenhauses, insbesondere in Gebieten mit einer hohen Dichte an Krankenhäusern und Krankenhausbetten.</p>	<p>7. unverändert</p>
<p>Fördermittel können auch zur Finanzierung der Zinsen, der Tilgung und der Verwaltungskosten von Darlehen gewährt werden, soweit diese zur Finanzierung von Vorhaben, die nach Satz 4 gefördert werden können, aufgenommen wurden.</p>	<p>Fördermittel können auch zur Finanzierung der Zinsen, der Tilgung und der Verwaltungskosten von Darlehen gewährt werden, soweit diese zur Finanzierung von Vorhaben, die nach Satz 4 gefördert werden können, aufgenommen wurden.</p>

(2) *Von dem Fördervolumen nach Absatz 1 Satz 2, abzüglich der jährlich notwendigen Aufwendungen des Bundesamtes für Soziale Sicherung für die Verwaltung des Transformationsfonds nach Absatz 4 Satz 1 sowie abzüglich der jährlichen in § 14 Satz 6 genannten Aufwendungen für die Auswertung (Fördervolumen) kann jedes Land für die Jahre 2026 bis 2035 jährlich bis zu 95 Prozent des Anteils beantragen, der sich aus dem Königsteiner Schlüssel mit Stand vom 1. Oktober 2019 ergibt. Mit den verbleibenden 5 Prozent des Betrags nach Satz 1 können Vorhaben gefördert werden, die sich auf mehrere Länder erstrecken und für die die beteiligten Länder einen gemeinsamen Antrag stellen (länderübergreifende Vorhaben). Das Bundesamt für Soziale Sicherung veröffentlicht auf seiner Internetseite für jedes der Kalenderjahre 2026 bis 2035 die auf die einzelnen Länder entfallenden Anteile an dem Fördervolumen sowie den Betrag, der für die Förderung länderübergreifender Vorhaben zur Verfügung steht. Die einem Land für ein Kalenderjahr rechnerisch zuteilbaren, aber nicht durch das Bundesamt für Soziale Sicherung nach Absatz 3 Satz 1 zugeteilten Mittel können zur Zuteilung an das jeweilige Land auf die nächsten Kalenderjahre, längstens bis auf das Jahr 2035 übertragen werden.*

(2) **Das Fördervolumen eines Kalenderjahres entspricht den nach Absatz 1 Satz 2 zur Förderung in diesem Kalenderjahr zur Verfügung stehenden Mitteln, abzüglich der in Absatz 4 Satz 1 genannten, im jeweiligen Kalenderjahr notwendigen Aufwendungen des Bundesamts für Soziale Sicherung für die Verwaltung des Transformationsfonds und die Durchführung der Förderung sowie abzüglich der in § 14 Satz 6 genannten Aufwendungen für die Auswertung im jeweiligen Kalenderjahr. Für jedes der Kalenderjahre 2026 bis 2035 kann jedes Land die Zuteilung von Fördermitteln bis zu einer Höhe von 95 Prozent desjenigen Anteils an dem um den Betrag der nach Satz 4 aus dem jeweils vorhergehenden Kalenderjahr übertragenen Mittel verminderten Fördervolumen beantragen, der sich für das jeweilige Land aus dem Königsteiner Schlüssel mit Stand vom 1. Oktober 2019 ergibt, zuzüglich der nach Satz 4 für das jeweilige Land aus dem jeweils vorherigen Kalenderjahr übertragenen Mittel. Für jedes der Kalenderjahre 2026 bis 2035 können mehrere Länder gemeinsam die Zuteilung von Fördermitteln für länderübergreifende Vorhaben bis zu einer Höhe von 5 Prozent des Fördervolumens nach Satz 1 zuzüglich der für länderübergreifende Vorhaben nach Satz 5 aus dem jeweils vorhergehenden Kalenderjahr übertragenen Mittel beantragen. Für jedes Land und jedes der Kalenderjahre 2026 bis 2034 sind Mittel in der Höhe der Differenz zwischen dem Betrag, bis zu dessen Höhe das jeweilige Land nach Satz 1 die Zuteilung von Fördermitteln beantragen kann, und dem Betrag, in dessen Höhe dem jeweiligen Land im jeweiligen Kalenderjahr Fördermittel nach Absatz 3 Satz 1 zugeteilt werden, zur Zuteilung im jeweils folgenden Kalenderjahr zu übertragen. Für länderübergreifende Vorhaben sind für jedes der Kalenderjahre 2026 bis 2034 Mittel in der Höhe der Differenz zwischen dem Betrag, bis zu dessen Höhe nach Satz 3 Fördermittel für länderübergreifende Vorhaben beantragt werden**

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p><b>können, und dem Betrag, in dessen Höhe im jeweiligen Kalenderjahr Fördermittel für länderübergreifende Vorhaben zugeteilt werden, zur Zuteilung im jeweils folgenden Kalenderjahr zu übertragen.</b> Das Bundesamt für Soziale Sicherung veröffentlicht auf seiner Internetseite für jedes der Kalenderjahre 2026 bis 2035 die <b>Höhe der Beträge, bis zu der einzelne Länder die Zuteilung von Fördermitteln beantragen können</b>, sowie den Betrag, der für die Förderung länderübergreifender Vorhaben zur Verfügung steht.</p>
<p>(3) Für jedes der Kalenderjahre 2026 bis 2035 teilt das Bundesamt für Soziale Sicherung jedem Land auf Antrag <i>Mittel</i> zu den in Absatz 1 Satz 3 genannten Zwecken bis zur Höhe <i>seines Anteils am Fördervolumen</i> nach Absatz 2 Satz 1 zu, wenn</p>	<p>(3) Für jedes der Kalenderjahre 2026 bis 2035 teilt das Bundesamt für Soziale Sicherung jedem Land auf Antrag <b>Fördermittel</b> zu den in Absatz 1 Satz 4 und 5 genannten Zwecken bis zur Höhe <b>des Betrags zu, bis zu dem das jeweilige Land nach Absatz 2 Satz 2 die Zuteilung von Fördermitteln beantragen kann</b>, wenn</p>
<p>1. der jeweilige Antrag auf Förderung für das jeweilige Kalenderjahr bis zum 30. September des jeweils vorhergehenden Kalenderjahres gestellt wurde,</p>	<p>1. <b>unverändert</b></p>
<p>2. die Umsetzung des zu fördernden Vorhabens am 1. Januar 2026 noch nicht begonnen hat,</p>	<p>2. <b>unverändert</b></p>
<p>3. <i>das antragstellende Land, gegebenenfalls gemeinsam mit dem Träger des Krankenhauses, auf das sich das zu fördernde Vorhaben bezieht, mindestens 50 Prozent der förderungsfähigen Kosten des Vorhabens (Ko-Finanzierung) trägt, wobei das Land mindestens die Hälfte dieser Ko-Finanzierung aus eigenen Haushaltsmitteln aufbringen muss,</i></p>	<p>3. <b>das jeweilige Land oder das jeweilige Land</b> gemeinsam mit dem Träger des Krankenhauses, auf das sich das zu fördernde Vorhaben bezieht, <b>die</b> förderungsfähigen Kosten des Vorhabens <b>zu einem Anteil von mindestens 50 Prozent</b> trägt, <b>und das jeweilige Land</b> mindestens die Hälfte <b>dieses Anteils</b> aus eigenen Haushaltsmitteln <b>aufbringt</b>,</p>
<p>4. <i>das antragstellende Land sich verpflichtet,</i></p>	<p>4. <b>das jeweilige Land</b></p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>a) in den Jahren 2026 bis 2035 jährlich Haushaltsmittel für die Investitionskostenförderung der Krankenhäuser mindestens in der Höhe bereitzustellen, die dem Durchschnitt der in den Haushaltsplänen der Jahre 2021 bis 2024 hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel entspricht, und</p>	<p>a) <b>sich verpflichtet, in jedem der Kalenderjahre vom Jahr der Antragstellung bis 2035</b> Haushaltsmittel für die Investitionskostenförderung der Krankenhäuser mindestens in der Höhe bereitzustellen, die der <b>durchschnittlichen Höhe der in den Haushaltsplänen des jeweiligen Landes der Kalenderjahre 2021 bis 2024</b> hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel <b>zuzüglich des in Nummer 3 genannten Anteils für das jeweilige Kalenderjahr</b> entspricht, und</p>
<p>b) die in <i>Buchstabe a</i> genannten Mittel um die vom Land getragenen Mittel nach Nummer 3 zu erhöhen und</p>	<p>b) <b>nachweist, dass es in jedem der Kalenderjahre von 2026 bis zum Jahr der Antragstellung</b> Haushaltsmittel für die Investitionskostenförderung der Krankenhäuser mindestens in der Höhe bereitgestellt hat, die der durchschnittlichen Höhe der in den Haushaltsplänen der Kalenderjahre 2021 bis 2024 des jeweiligen Landes hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel <b>zuzüglich des in Nummer 3 genannten Anteils für das jeweilige Kalenderjahr</b> entspricht, und</p>
<p>5. die Voraussetzungen der Rechtsverordnung nach Absatz 5 erfüllt sind.</p>	<p>5. <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>Beträge, mit denen sich die Länder am Gesamtvolumen des öffentlichen Finanzierungsanteils der förderfähigen Kosten der Investitionen finanzschwacher Gemeinden und Gemeindeverbände eines Landes nach § 6 Absatz 1 des Kommunalinvestitionsförderungsgesetzes beteiligen, dürfen weder auf den in Satz 1 Nummer 3 genannten Anteil noch auf die in Satz 1 Nummer 4 Buchstabe a genannten Haushaltsmittel in den Kalenderjahren 2026 bis 2035 angerechnet werden. Mittel aus dem Transformationsfonds dürfen nicht nach Satz 1 zugeteilt werden, soweit der Träger des Krankenhauses, auf das sich das zu fördernde Vorhaben bezieht, gegenüber dem <i>antragstellenden</i> Land auf Grund des zu fördernden Vorhabens zur Rückzahlung von Mitteln für die Investitionsförderung verpflichtet ist. Hat das <i>antragstellende</i> Land gegenüber dem Träger eines Krankenhauses, auf das sich das zu fördernde Vorhaben bezieht, auf eine verpflichtende Rückzahlung von Mitteln der Investitionsförderung verzichtet, gilt für diese Mittel Satz 2 entsprechend. Nicht zweckentsprechend verwendete oder überzahlte Mittel sind unverzüglich an das Bundesamt für Soziale Sicherheit zurückzuzahlen, wenn eine Aufrechnung mit Ansprüchen auf Auszahlung von Fördermitteln nicht möglich ist.</p>	<p><b>Das Bundesamt für Soziale Sicherheit teilt den Ländern die Fördermittel nach Satz 1 bis zum 31. Dezember 2035 zu.</b> Beträge, mit denen sich die Länder am Gesamtvolumen des öffentlichen Finanzierungsanteils der förderfähigen Kosten der Investitionen finanzschwacher Gemeinden und Gemeindeverbände eines Landes nach § 6 Absatz 1 des Kommunalinvestitionsförderungsgesetzes beteiligen, dürfen weder auf den in Satz 1 Nummer 3 genannten Anteil noch auf die in Satz 1 Nummer 4 Buchstabe a <b>und b</b> genannten Haushaltsmittel in den Kalenderjahren 2026 bis 2035 angerechnet werden. Mittel aus dem Transformationsfonds dürfen nicht nach Satz 1 zugeteilt werden, soweit der Träger des Krankenhauses, auf das sich das zu fördernde Vorhaben bezieht, gegenüber dem <b>jeweiligen</b> Land auf Grund des zu fördernden Vorhabens zur Rückzahlung von Mitteln für die Investitionsförderung verpflichtet ist. Hat das <b>jeweilige</b> Land gegenüber dem Träger eines Krankenhauses, auf das sich das zu fördernde Vorhaben bezieht, auf eine verpflichtende Rückzahlung von Mitteln der Investitionsförderung verzichtet, gilt für diese Mittel Satz 3 entsprechend. Nicht zweckentsprechend verwendete oder überzahlte Mittel sind <b>von dem jeweiligen Land</b> unverzüglich an das Bundesamt für Soziale Sicherheit zurückzuzahlen, wenn eine Aufrechnung mit Ansprüchen auf Auszahlung von Fördermitteln nicht möglich ist. <b>Die Sätze 1 bis 6 gelten für die Förderung länderübergreifender Vorhaben nach Absatz 2 Satz 3 und 5 entsprechend.</b></p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>(4) Die für die Verwaltung des Transformationsfonds und die Durchführung der Förderung notwendigen Aufwendungen des <i>Bundesamtes</i> für Soziale Sicherung werden aus dem Transformationsfonds gedeckt. Das Bundesamt für Soziale Sicherung kann nähere Bestimmungen zur Durchführung des Förderverfahrens und zur Übermittlung der vorzulegenden Unterlagen in einem einheitlichen Format oder in einer maschinell auswertbaren Form treffen. <i>Das Bundesamt für Soziale Sicherung teilt den Ländern die Mittel nach Absatz 3 Satz 1 bis zum 31. Dezember 2035 zu. Nach Beendigung des Transformationsfonds ist, soweit Fördermittel zu diesem Zeitpunkt nicht vollständig durch das Bundesamt für Soziale Sicherung nach Absatz 3 Satz 1 zugeteilt wurden, der auf die Beteiligung von Unternehmen der privaten Krankenversicherung entfallende Anteil an diese zurückzuführen.</i></p>	<p>(4) Die für die Verwaltung des Transformationsfonds und die Durchführung der Förderung notwendigen Aufwendungen des <b>Bundesamts</b> für Soziale Sicherung werden aus dem Transformationsfonds gedeckt. Das Bundesamt für Soziale Sicherung kann nähere Bestimmungen zur Durchführung des Förderverfahrens und zur Übermittlung der vorzulegenden Unterlagen in einem einheitlichen Format oder in einer maschinell auswertbaren Form treffen. <b>Soweit Fördermittel</b> bis zum 31. Dezember 2035 nicht vollständig durch das Bundesamt für Soziale Sicherung nach Absatz 3 Satz 1 zugeteilt wurden, <b>ist</b> der auf die <b>finanzielle</b> Beteiligung von Unternehmen der privaten Krankenversicherung entfallende Anteil an diese zurückzuführen.</p>
<p>(5) Das Bundesministerium für Gesundheit <i>regelt</i> durch Rechtsverordnung das Nähere</p>	<p>(5) Das Bundesministerium für Gesundheit <b>wird ermächtigt</b>, durch Rechtsverordnung <b>mit Zustimmung des Bundesrates</b> das Nähere <b>zu regeln</b></p>
<p>1. zu den Vorhaben, die nach Absatz 1 Satz 5 gefördert werden können,</p>	<p>1. zu den Vorhaben, die nach Absatz 1 Satz 4 gefördert werden können,</p>
<p>2. zum Verfahren der Zuteilung der Fördermittel,</p>	<p>2. <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>
<p>3. zur Höhe der förderungsfähigen Kosten,</p>	<p>3. zur Höhe der förderungsfähigen Kosten, <b>insbesondere zur Höhe der förderungsfähigen Kosten einzelner Bestandteile der jeweiligen Vorhaben,</b></p>
<p>4. zum Nachweis der in Absatz 3 Satz 1 genannten Voraussetzungen der Zuteilung von Fördermitteln,</p>	<p>4. <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>
<p>5. zum Nachweis der zweckentsprechenden Verwendung der Fördermittel und</p>	<p>5. <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
6. zur Rückzahlung überzahlter oder nicht zweckentsprechend verwendeter Fördermittel.“	6. un v e r ä n d e r t
7. § 14 wird wie folgt geändert:	6. un v e r ä n d e r t
a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:	
„Das Bundesamt für Soziale Sicherung gibt in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium der Finanzen begleitende Auswertungen des durch die Förderung nach den §§ 12 bis 12b bewirkten Strukturwandels in Auftrag.“	
b) In Satz 3 werden nach der Angabe „31. Dezember 2020“ die Wörter „und für die Förderung nach § 12b erstmals zum 31. Dezember 2027“ eingefügt.	
c) In Satz 5 werden die Wörter „nach diesem Zeitpunkt“ durch die Wörter „im Zeitraum vom 1. Januar 2021 bis zum 31. Dezember 2026“ ersetzt.	
d) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:	
„Die ab dem 1. Januar 2027 entstehenden Aufwendungen für die auf die Förderung nach den §§ 12a und 12b bezogenen Auswertungen werden aus dem Transformationsfonds nach § 12b gedeckt.“	
8. § 17b wird wie folgt geändert:	7. § 17b wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Absatz 4 keine abweichenden Regelungen enthält“ durch die Wörter „die Absätze 4 und 4b keine abweichenden Regelungen enthalten“ ersetzt.	a) un v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>b) In Absatz 3 Satz 4 werden nach dem Wort „Pflegepersonalkosten“ die Wörter „und des nach Absatz 4b Satz 1 auszugliedernden Betrags für die Vorhaltevergütung“ eingefügt.</p>	<p>b) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>c) Absatz 4a Satz 1 wird wie folgt geändert:</p>	<p>c) Absatz 4a Satz 1 wird wie folgt geändert:</p>
<p>aa) Im Satzteil vor der Aufzählung werden nach der Angabe „2022“ ein Komma und die Wörter „hinsichtlich der in den Nummern 4 und 5 genannten Berufsgruppen erstmals bis zum ... [einsetzen: Datum vier Wochen nach Datum des Inkrafttretens nach Artikel 7],“ eingefügt.</p>	<p>aa) Im Satzteil vor der Aufzählung werden nach der Angabe „2022“ ein Komma und die Wörter „hinsichtlich der in den Nummern 4 und 5 genannten Berufsgruppen erstmals bis zum ... [einsetzen: Datum vier Wochen nach Inkrafttreten nach Artikel 7],“ eingefügt.</p>
<p>bb) In Nummer 2 Buchstabe f wird das Wort „und“ am Ende gestrichen.</p>	<p>bb) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>cc) In Nummer 3 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.</p>	<p>cc) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>dd) Die folgenden Nummern 4 und 5 werden angefügt:</p>	<p>dd) Die folgenden Nummern 4 und 5 werden angefügt:</p>
<p>„4. als Auszubildende in der Pflege Personen, die eine berufliche oder hochschulische Ausbildung in einem in Nummer 1 oder <i>in</i> Nummer 2 Buchstabe a oder Buchstabe b genannten Beruf absolvieren, in dem Umfang, in dem die betreffenden Kosten der Ausbildungsvergütung nicht nach § 27 Absatz 2 des Pflegeberufgesetzes oder nach § 17a Absatz 1 Satz 3 Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen sind, und</p>	<p>„4. als Auszubildende in der Pflege Personen, die eine berufliche oder hochschulische Ausbildung in einem in Nummer 1 oder Nummer 2 Buchstabe a oder Buchstabe b genannten Beruf absolvieren, in dem Umfang, in dem die betreffenden Kosten der Ausbildungsvergütung nicht nach § 27 Absatz 2 des Pflegeberufgesetzes oder nach § 17a Absatz 1 Satz 3 Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen sind, und</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>5. als Pflegekräfte im Anerkennungsverfahren Personen, die einen Anpassungslehrgang nach § 40 Absatz 3 Satz 2 des Pflegeberufgesetzes oder § 41 Absatz 2 Satz 4 oder Absatz 3 Satz 2 des Pflegeberufgesetzes absolvieren.“</p>	<p>5. <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>
<p>d) Nach Absatz 4a werden die folgenden Absätze 4b und 4c eingefügt:</p>	<p>d) Nach Absatz 4a werden die folgenden Absätze 4b und 4c eingefügt:</p>
<p>„(4b)Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat für jedes Kalenderjahr, erstmals für das Kalenderjahr 2025, von den Kosten, die den bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen nach Satz 3, Absatz 1 Satz 4 und Absatz 4 Satz 5 zugrunde gelegt werden, die variablen Sachkosten abzuziehen (verminderte Kosten) und einen Betrag auszugliedern, der einem Anteil von 60 Prozent an den verminderten Kosten entspricht. Die nach Absatz 4 Satz 1 aus dem Vergütungssystem auszugliedernden Pflegepersonalkosten sind in dem Anteil <i>von 60 Prozent</i> enthalten; ihre Vergütung bleibt unberührt. <i>Zur</i> Ermittlung der Bewertungsrelationen für die Vergütung eines Vorhaltebudgets (Vorhaltebewertungsrelationen) <i>sind</i> die nach Absatz 4 Satz 1 aus dem Vergütungssystem auszugliedernden Pflegepersonalkosten <i>dadurch zu berücksichtigen</i>, dass</p>	<p>„(4b)Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat für jedes Kalenderjahr, erstmals für das Kalenderjahr 2025, von den Kosten, die den bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen nach Satz 3, Absatz 1 Satz 4 und Absatz 4 Satz 5 zugrunde gelegt werden, die variablen Sachkosten abzuziehen (verminderte Kosten) und einen Betrag <b>aus dem Vergütungssystem</b> auszugliedern, der einem Anteil von 60 Prozent an den verminderten Kosten entspricht. Die nach Absatz 4 Satz 1 aus dem Vergütungssystem auszugliedernden Pflegepersonalkosten sind in dem <b>in Satz 1 genannten</b> Anteil enthalten; ihre Vergütung bleibt unberührt. <b>Bei der</b> Ermittlung der Bewertungsrelationen für die Vergütung eines Vorhaltebudgets (Vorhaltebewertungsrelationen) <b>werden</b> die nach Absatz 4 Satz 1 aus dem Vergütungssystem auszugliedernden Pflegepersonalkosten <b>dahingehend berücksichtigt</b>, dass</p>
<p>1. sie in dem Fall, dass ihr Anteil an den verminderten Kosten weniger als 60 Prozent beträgt, von einem Betrag in Höhe von 60 Prozent der verminderten Kosten abzuziehen sind und der sich ergebende Betrag der jeweiligen Ermittlung zugrunde zu legen ist,</p>	<p>1. <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
2. in dem Fall, dass ihr Anteil an den verminderten Kosten mindestens 60 Prozent beträgt, die jeweilige Vorhaltebewertungsrelation null beträgt.	2. <b>unverändert</b>
Die Vorhaltebewertungsrelationen für Fälle aus den Leistungsgruppen der Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin sind um den nach § 39 Absatz 3 für das jeweilige Kalenderjahr berechneten Prozentsatz zu erhöhen und gesondert auszuweisen. Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 haben die Ausgliederung nach Satz 1 und die nach den Sätzen 3 und 4 zu ermittelnden Vorhaltebewertungsrelationen erstmals in der in Absatz 2 Satz 1 genannten Vereinbarung für das <i>Jahr 2025</i> zu berücksichtigen und die Vorhaltebewertungsrelationen <i>sind dementsprechend</i> erstmals in dem Entgeltkatalog für das <i>Jahr 2025</i> auszuweisen.	Die Vorhaltebewertungsrelationen für Fälle aus den Leistungsgruppen, <b>die in der für das jeweilige Kalenderjahr geltenden Vereinbarung nach § 39 Absatz 2 Satz 2 oder Festlegung nach § 39 Absatz 2 Satz 3 einem der</b> Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin <b>zugeordnet wurden</b> , sind <b>zum Zweck der Abrechnung</b> um den nach § 39 Absatz 4 für das jeweilige Kalenderjahr berechneten Prozentsatz zu erhöhen und gesondert <b>in dem Entgeltkatalog</b> auszuweisen. Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 haben die Ausgliederung nach Satz 1 und die nach den Sätzen 3 und 4 zu ermittelnden Vorhaltebewertungsrelationen erstmals in der in Absatz 2 Satz 1 genannten Vereinbarung für das <b>Kalenderjahr 2025</b> zu berücksichtigen und die Vorhaltebewertungsrelationen erstmals in dem Entgeltkatalog für das <b>Kalenderjahr 2025</b> auszuweisen.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>(4c) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat die Auswirkungen der Einführung der Vergütung eines Vorhaltebudgets nach § 6b des Krankenhausentgeltgesetzes in den Jahren 2027 bis 2030 insbesondere hinsichtlich der Veränderung der Versorgungsstrukturen und der Qualität der Versorgung zu analysieren und auf der Grundlage dieser Analyse Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Vergütung eines Vorhaltebudgets zu erstellen. Es hat dem Bundesministerium für Gesundheit die Ergebnisse seiner Analyse und seine Empfehlungen bis zum 31. Dezember 2029 in einem Zwischenbericht und bis zum 31. Dezember 2031 in einem abschließenden Bericht vorzulegen und diese Berichte jeweils zeitnah barrierefrei auf seiner Internetseite zu veröffentlichen. Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 haben vor der Erstellung der in Satz 2 genannten Berichte Stellung zu nehmen. Die Kosten der Aufgaben des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach diesem Absatz werden mit dem DRG-Systemzuschlag nach Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 finanziert.“</p>	<p>u n v e r ä n d e r t</p>
<p>e) In Absatz 5 Satz 1 wird die Angabe „bis 4“ durch die Angabe „bis 4b“ ersetzt.</p>	<p>e) u n v e r ä n d e r t</p>
<p>f) Absatz 7 Satz 1 wird wie folgt geändert:</p>	<p>f) Absatz 7 Satz 1 wird wie folgt geändert:</p>
<p>aa) In Nummer 1 werden nach der Angabe „Absatz 4“ die Wörter „und Vorschriften nach Absatz 4b“ eingefügt.</p>	<p>aa) In Nummer 1 werden nach der Angabe „Absatz 4“ die Wörter „und Vorschriften <b>über die Ermittlung der Vorhaltebewertungsrelationen</b> nach Absatz 4b“ eingefügt.</p>
<p>bb) In Nummer 2 werden die Wörter „Absatz 4 und“ durch die Wörter „Absatz 4 und der <i>Vorschriften</i> nach Absatz 4b sowie“ ersetzt.</p>	<p>bb) In Nummer 2 werden die Wörter „Absatz 4 und“ durch die Wörter „Absatz 4 und der <b>Ermittlung der Vorhaltebewertungsrelationen</b> nach Absatz 4b sowie“ ersetzt.</p>

<b>Entwurf</b>	<b>Beschlüsse des 14. Ausschusses</b>
9. § 17c wird wie folgt geändert:	8. § 17c wird wie folgt geändert:
a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:	a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Der Medizinische Dienst Bund entwickelt ein Konzept für Stichprobenprüfungen von Rechnungen eines Krankenhauses über eine Krankenhausbehandlung nach § 39 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und übermittelt dieses erstmals bis zum 28. Februar 2026 an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft; das Konzept *ist* unter *Würdigung* der Berichterstattung nach § 278 Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 und § 283 Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch *durch den Medizinischen Dienst Bund weiterzuentwickeln* und an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft *zu übermitteln*. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren unter Beachtung des *Konzepts* nach Satz 1 bis zum 30. Juni 2026 *das* Verfahren zur Durchführung von Stichprobenprüfungen von Rechnungen eines Krankenhauses über eine Krankenhausbehandlung nach § 39 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von Patientinnen und Patienten, die ab dem 1. Januar 2027 in das Krankenhaus aufgenommen werden; die Vereinbarung ist unter *Berücksichtigung* eines weiterentwickelten Konzepts *nach Satz 1* innerhalb von vier Monaten ab dessen *Vorlage* anzupassen. *§ 275c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist* nicht auf Rechnungen eines Krankenhauses über eine Krankenhausbehandlung nach § 39 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von Patientinnen und Patienten anzuwenden, die ab dem 1. Januar 2027 in das Krankenhaus aufgenommen werden. In dem *Konzept* nach Satz 1 *zu berücksichtigen* und in der Vereinbarung nach Satz 2 festzulegen ist insbesondere das Nähere

„(1a) Der Medizinische Dienst Bund entwickelt ein Konzept für Stichprobenprüfungen von Rechnungen eines Krankenhauses über eine Krankenhausbehandlung nach § 39 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, **bei denen gemäß § 275 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuches eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes eingeholt wird**, und übermittelt dieses erstmals bis zum 28. Februar 2026 an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft; **der Medizinische Dienst Bund entwickelt** das Konzept unter **Berücksichtigung** der Berichterstattung nach § 278 Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 **des Fünften Buches Sozialgesetzbuch** und **der Berichterstattung nach § 283 Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch** **anlassbezogen weiter** und **übermittelt das weiterentwickelte Konzept jeweils** an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren unter Beachtung des **in Satz 1 genannten Konzepts** bis zum 30. Juni 2026 **ein** Verfahren zur Durchführung von Stichprobenprüfungen von Rechnungen eines Krankenhauses über eine Krankenhausbehandlung nach § 39 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von Patientinnen und Patienten, die ab dem 1. Januar 2027 in das Krankenhaus aufgenommen werden; die Vereinbarung ist **jeweils** unter **Beachtung** eines **in Satz 1 genannten** weiterentwickelten Konzepts innerhalb von vier Monaten ab dessen **Übermittlung** anzupassen. **Die Absätze 2, 2b, 3 und 6 sind** nicht auf Rechnungen eines Krankenhauses über eine Krankenhausbehandlung nach § 39 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von Patientinnen und Patienten anzuwenden, die ab

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	dem 1. Januar 2027 in das Krankenhaus aufgenommen werden. In dem <b>in Satz 1 genannten Konzept</b> zu <b>entwickeln</b> und in der Vereinbarung nach Satz 2 festzulegen ist insbesondere das Nähere
1. zur Methodik der Prüfung und zum Umfang der Stichprobe,	1. <b>unverändert</b>
2. zur Ausgestaltung und zeitlichen Abfolge des Prüfverfahrens einschließlich der Zuständigkeit für die Durchführung einzelner Verfahrensschritte sowie zu Fristen und Intervallen für die Durchführung der Prüfungen,	2. <b>unverändert</b>
3. zur <i>administrativen Abwicklung</i> von Beanstandungen, zum <i>finanziellen Ausgleich</i> von Beanstandungen und zu einer Hochrechnung der Ergebnisse einer Stichprobenprüfung auf die <i>der Stichprobe zugrunde liegenden Fälle</i> sowie	3. <b>zu dem sich an</b> Beanstandungen <b>anschließenden Verfahren, einschließlich</b> einer Hochrechnung der Ergebnisse einer Stichprobenprüfung auf die <b>Fälle, aus denen die Stichprobe gezogen worden ist, zum Zwecke eines finanziellen Ausgleichs</b> sowie
4. zu <i>Dokumentationspflichten</i> der Beteiligten, insbesondere des Medizinischen Dienstes, hinsichtlich der Durchführung der Prüfungen.	4. zu <b>Pflichten</b> der Beteiligten, insbesondere des Medizinischen Dienstes, hinsichtlich der <b>Dokumentation der Durchführung der Prüfungen und</b>
	5. <b>zu einer jährlichen Veröffentlichung von Ergebnissen der Prüfungen.</b>
Kommt eine Vereinbarung nach Satz 2 ganz oder teilweise nicht oder nicht fristgerecht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 unter Beachtung des <i>Konzepts</i> nach Satz 1 den Inhalt der Vereinbarung ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen fest. Der Medizinische Dienst Bund hat die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 über den Zeitpunkt der <i>Vorlage</i> eines Konzepts nach Satz 1 <i>zweiter Halbsatz</i> zu informieren.“	Kommt eine Vereinbarung nach Satz 2 ganz oder teilweise nicht oder nicht fristgerecht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 unter Beachtung des nach Satz 1 <b>übermittelten Konzepts</b> den Inhalt der Vereinbarung ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen fest. Der Medizinische Dienst Bund hat die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 über den Zeitpunkt der <b>Übermittlung</b> eines Konzepts nach Satz 1 zu informieren.“

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
b) Absatz 2b wird wie folgt geändert:	b) Absatz 2b wird wie folgt geändert:
aa) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:	aa) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:
<p>„Es besteht kein Anspruch gegenüber der Gegenseite auf Erstattung der Kosten für die Hinzuziehung eines Bevollmächtigten oder Beistands im Rahmen der einzelfallbezogenen Erörterung nach Satz 1 oder des Abschlusses eines Vergleichsvertrags nach Satz 2.“</p>	<p><b>„Die Krankenkasse und das Krankenhaus können von dem jeweils anderen Beteiligten keine Erstattung von Kosten für die Hinzuziehung eines Bevollmächtigten oder eines Beistands im Rahmen der in Satz 1 genannten einzelfallbezogenen Erörterung oder des in Satz 2 genannten Abschlusses eines einzelfallbezogenen Vergleichsvertrags verlangen.“</b></p>
bb) Im neuen Satz 7 wird die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 6“ ersetzt.	bb) un verändert
c) In Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „Absatz 2 Satz 5“ durch die Wörter „Absatz 1a Satz 5 und Absatz 2 Satz 6“ ersetzt.	c) In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter „Absatz 2 Satz 5“ durch die Wörter „Absatz 1a Satz 5 und Absatz 2 Satz 6“ ersetzt.
d) Absatz 6 wird wie folgt geändert:	d) Absatz 6 wird wie folgt geändert:
aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:	aa) un verändert
aaa) In Nummer 6 wird das Komma durch einen Punkt ersetzt.	
bbb) Nummer 7 wird aufgehoben.	
bb) Satz 4 wird aufgehoben.	bb) un verändert
cc) In dem neuen Satz 5 wird die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 4“ ersetzt.	cc) Im neuen Satz 5 wird die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 4“ ersetzt.
e) In Absatz 7 Satz 2 werden die Wörter „der Strukturprüfung nach § 275d“ durch die Wörter „der Prüfungen zu der Erfüllung der in § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale“ ersetzt.	e) un verändert

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>10. In § 25 Absatz 4 Satz 3 werden die Wörter „§ 275d Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch begutachten“ durch die Wörter „§ 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch prüfen“ ersetzt und wird das Wort „einhält“ durch das Wort „erfüllt“ ersetzt.</p>	<p>9. un verändert</p>
<p>11. Nach der <i>Abschnittsbezeichnung</i> „5. Abschnitt Sonstige Vorschriften“ wird folgende <i>Titelbezeichnung</i> eingefügt:</p>	<p>10. Nach der <b>Überschrift des Fünften Abschnitts</b> wird folgende <b>Überschrift des Unterabschnitts 1</b> eingefügt:</p>
<p>„Titel 1</p>	<p>„<b>Unterabschnitt 1</b></p>
<p>Zuständigkeiten, Statistik, Darlehen“.</p>	<p>un verändert</p>
<p>12. § 28 Absatz 4 wird wie folgt geändert:</p>	<p>11. § 28 Absatz 4 wird wie folgt geändert:</p>
<p>a) In Nummer 4 werden die Wörter „sonstigen Entgelte und der tagesbezogenen Pflegeentgelte“ durch die Wörter „sonstigen Entgelte und tagesbezogenen <i>Entgelte</i> sowie der Vergütung eines Vorhaltebudgets und der krankenhausesindividuellen Tagesentgelte“ ersetzt.</p>	<p>a) In Nummer 4 werden die Wörter „sonstigen Entgelte und der tagesbezogenen Pflegeentgelte“ durch die Wörter „sonstigen Entgelte und tagesbezogenen <b>Pflegeentgelte</b> sowie der Vergütung eines Vorhaltebudgets und der krankenhausesindividuellen Tagesentgelte“ ersetzt.</p>
<p>b) In Nummer 5 werden nach dem Wort „Bewertungsrelationen“ die Wörter „einschließlich der Summe der Bewertungsrelationen der nach § 17b Absatz 4 Satz 1 aus dem Vergütungssystem auszugliedernden Pflegepersonalkosten und der Summe der Vorhaltebewertungsrelationen“ eingefügt.</p>	<p>b) un verändert</p>
<p>c) Nach Nummer 5 wird folgende Nummer 5a eingefügt:</p>	<p>c) Nach Nummer 5 wird folgende Nummer 5a eingefügt:</p>
<p>„5a. Zahl der Fälle, die mit krankenhausesindividuellen Tagesentgelten abgerechnet werden, sowie nach § 6c Absatz 5 des Krankenhausentgeltgesetzes ermittelte Ausgleichsbeträge,“.</p>	<p>„5a. Zahl der Fälle, die mit krankenhausesindividuellen Tagesentgelten abgerechnet werden, <b>und</b> nach § 6c Absatz 5 des Krankenhausentgeltgesetzes ermittelte Ausgleichsbeträge,“.</p>
<p>13. Nach § 30 wird folgende <i>Titelbezeichnung</i> eingefügt:</p>	<p>12. Nach § 30 wird folgende <b>Überschrift des Unterabschnitts 2</b> eingefügt:</p>

<b>Entwurf</b>	<b>Beschlüsse des 14. Ausschusses</b>
<i>„Titel 2</i>	<b>„Unterabschnitt 2</b>
Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“.	u n v e r ä n d e r t
14. Die folgenden §§ 37 und 38 werden angefügt:	<b>13.</b> Die folgenden §§ 37 und 38 werden angefügt:

<b>Entwurf</b>	<b>Beschlüsse des 14. Ausschusses</b>
„§ 37	„§ 37
<i>Verpflichtungen</i> des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Zusammenhang mit der Ermittlung der Vergütung eines Vorhaltebudgets	<b>Aufgaben</b> des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Zusammenhang mit der Ermittlung der Vergütung eines Vorhaltebudgets

(1) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt Vorhaltevolumina als Summe von Vorhaltebewertungsrelationen. *Für die Ermittlung des Vorhaltevolumens für das jeweils folgende Kalenderjahr und ein Land, die bis zum 30. November eines jeden Kalenderjahres zu erfolgen hat, sind die nach § 6a Absatz 6 Satz 1 in dem jeweiligen Kalenderjahr übermittelten Daten und die nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr übermittelten Leistungsdaten zu Krankenhaufällen, die mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütet werden, zugrunde zu legen und die Krankenhaufälle mit den Vorhaltebewertungsrelationen für das jeweils folgende Kalenderjahr zu bewerten; bei dieser Ermittlung nicht zu berücksichtigen sind Krankenhaufälle von Krankenhäusern, für die eine Datenübermittlung nach § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 6 erfolgt ist, von Bundeswehrkrankenhäusern und von Krankenhäusern der gesetzlichen Unfallversicherung, in denen sie nicht Zivilpatientinnen oder Zivilpatienten behandeln oder in denen die Kosten von der gesetzlichen Unfallversicherung getragen werden. Das nach Satz 2 ermittelte Vorhaltevolumen für ein Land ist auf Leistungsgruppen nach dem Verhältnis der Summe der Vorhaltebewertungsrelationen derjenigen Krankenhaufälle in dem jeweiligen Land, in denen Leistungen aus der jeweiligen Leistungsgruppe erbracht wurden, und dem Vorhaltevolumen des jeweiligen Landes rechnerisch aufzuteilen; die für die Ermittlung und die rechnerische Aufteilung der Vorhaltevolumina maßgeblichen Leistungsgruppen bestimmen sich nach § 135e Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und ab dem Kalenderjahr nach dem Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nach deren Regelungen. Das sich nach Satz 3 für eine Leistungsgruppe ergebende Vorhaltevolumen für ein Land ist auf die Krankenhausstandorte in dem jeweiligen Land, für die Krankenhäusern die jeweilige Leistungsgruppe nach § 6a Absatz 1 Satz 1*

(1) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt Vorhaltevolumina als Summe von Vorhaltebewertungsrelationen **nach den folgenden Vorschriften. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat** bis zum 30. November eines jeden Kalenderjahres **für die Ermittlung des Vorhaltevolumens für ein Land für das jeweils folgende Kalenderjahr die** nach § 6a Absatz 6 Satz 1 in dem jeweiligen Kalenderjahr übermittelten Daten und die nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das jeweils **vorhergehende** Kalenderjahr übermittelten Leistungsdaten zu Krankenhaufällen **in dem jeweiligen Land, die auf der Grundlage von** bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütet werden, zugrunde zu legen und **diesen Krankenhaufällen** die Vorhaltebewertungsrelationen für das **jeweilige** Kalenderjahr, **für das die Ermittlung erfolgt, zuzuordnen**; bei dieser Ermittlung nicht zu berücksichtigen sind Krankenhaufälle von **Krankenhausstandorten**, für die nach § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 6 **die Angabe übermittelt wurde, dass sie als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt wurden**, von Bundeswehrkrankenhäusern, **soweit die Krankenhaufälle nicht die Behandlung von Zivilpatientinnen oder Zivilpatienten betreffen**, und von Krankenhäusern der gesetzlichen Unfallversicherung, **soweit die Kosten der Krankenhaufälle** von der gesetzlichen Unfallversicherung getragen werden. Das nach Satz 2 ermittelte Vorhaltevolumen für ein Land **und für ein Kalenderjahr** ist auf Leistungsgruppen nach dem Verhältnis der Summe der Vorhaltebewertungsrelationen derjenigen Krankenhaufälle in dem jeweiligen Land, in denen Leistungen aus der jeweiligen Leistungsgruppe erbracht wurden, und **der Summe aller Vorhaltebewertungsrelationen** des jeweiligen Landes rechnerisch aufzuteilen; die für die rechnerische Aufteilung der Vorhaltevolumina maßgeblichen Leistungsgruppen bestimmen sich nach § 135e Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und **abweichend hiervon beginnend mit**

<b>Entwurf</b>	<b>Beschlüsse des 14. Ausschusses</b>
<p>zugewiesen worden ist, entsprechend dem jeweiligen nach Absatz 2 Satz 2 oder Satz 5 ermittelten Anteil rechnerisch aufzuteilen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erstellt bis zum 30. September 2024 ein Konzept zur Vorgehensweise bei der Ermittlung des Vorhaltevolumens für ein Land, eine Leistungsgruppe und einen Krankenhausstandort und aktualisiert dieses, soweit dies erforderlich ist; es veröffentlicht dieses Konzept und spätere Aktualisierungen barrierefrei auf seiner Internetseite.</p>	<p>dem <b>auf das</b> Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch <b>folgenden Kalenderjahr nach den</b> Regelungen <b>dieser Rechtsverordnung</b>. Das sich nach Satz 3 für eine Leistungsgruppe <b>und</b> für ein Land <b>ergebende Vorhaltevolumen</b> ist auf die Krankenhausstandorte in dem jeweiligen Land, für die Krankenhäusern die jeweilige Leistungsgruppe nach § 6a Absatz 1 Satz 1 zugewiesen worden ist, entsprechend dem jeweiligen nach Absatz 2 Satz 2 oder Satz 5 ermittelten Anteil rechnerisch aufzuteilen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erstellt bis zum 30. September 2024 ein Konzept zur Vorgehensweise bei der Ermittlung des Vorhaltevolumens für ein Land, eine Leistungsgruppe und einen Krankenhausstandort und aktualisiert dieses, soweit dies erforderlich ist; es veröffentlicht dieses Konzept und spätere Aktualisierungen barrierefrei auf seiner Internetseite.</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>(2) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt auf der Grundlage der für das jeweilige Kalenderjahr und das jeweilige Land nach § 6a Absatz 6 Satz 1 übermittelten Daten für jeden Krankenhausstandort in diesem Land, dessen Leistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz vergütet werden und für den die jeweilige Leistungsgruppe nach § 6a zugewiesen wurde, den Anteil des jeweiligen Krankenhausstandorts am Vorhaltevolumen des Landes <i>in der jeweiligen Leistungsgruppe</i>, wenn das Krankenhaus, zu dem der jeweilige Krankenhausstandort gehört, für diesen Krankenhausstandort die jeweilige Mindestvorhaltezahlnach § 135f Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt oder für das jeweilige Krankenhaus und die jeweilige Leistungsgruppe eine Feststellung nach § 6b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes getroffen wurde. Der in Satz 1 genannte Anteil ergibt sich, indem die nach <i>den Sätzen 3 oder 7</i> zu berücksichtigende Anzahl der Fälle des jeweiligen Krankenhausstandorts, in denen Leistungen aus der jeweiligen Leistungsgruppe erbracht wurden, mit dem nach Satz 4 zu ermittelnden Durchschnitt seiner Vorhaltebewertungsrelationen (Vorhalte-Casemixindex) in der jeweiligen Leistungsgruppe multipliziert und das Produkt durch die Summe aller für sämtliche Krankenhausstandorte des jeweiligen Landes in der jeweiligen Leistungsgruppe entsprechend berechneten Produkte geteilt wird. Bei der in Satz 2 genannten Berechnung ist als Anzahl der Fälle eines Krankenhausstandorts zu berücksichtigen</p>	<p>(2) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt auf der Grundlage der für das jeweilige Kalenderjahr und das jeweilige Land nach § 6a Absatz 6 Satz 1 übermittelten Daten für jeden Krankenhausstandort in diesem Land, dessen Leistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz vergütet werden und für den die jeweilige Leistungsgruppe nach § 6a <b>Absatz 1 Satz 1</b> zugewiesen wurde, den Anteil des jeweiligen Krankenhausstandorts am Vorhaltevolumen des Landes <b>für die jeweilige Leistungsgruppe</b>, wenn das Krankenhaus, zu dem der jeweilige Krankenhausstandort gehört, für diesen Krankenhausstandort die jeweilige Mindestvorhaltezahlnach § 135f Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt oder für das jeweilige Krankenhaus und die jeweilige Leistungsgruppe eine Feststellung nach § 6b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes getroffen wurde. Der in Satz 1 genannte Anteil ergibt sich, indem die nach <b>Satz 3</b> oder <b>Satz 7</b> zu berücksichtigende Anzahl der Fälle des jeweiligen Krankenhausstandorts, in denen Leistungen aus der jeweiligen Leistungsgruppe erbracht wurden, mit dem nach Satz 4 zu ermittelnden Durchschnitt seiner Vorhaltebewertungsrelationen (Vorhalte-Casemixindex) in der jeweiligen Leistungsgruppe multipliziert und das Produkt durch die Summe aller für sämtliche Krankenhausstandorte des jeweiligen Landes in der jeweiligen Leistungsgruppe entsprechend berechneten Produkte geteilt wird. Bei der in Satz 2 genannten Berechnung ist als Anzahl der Fälle eines Krankenhausstandorts zu berücksichtigen</p>
<p>1. die jeweilige Planfallzahl, wenn diese nach § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 oder Nummer 5 übermittelt wurde,</p>	<p>1. <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>

<b>Entwurf</b>	<b>Beschlüsse des 14. Ausschusses</b>
<p>2. anderenfalls die Anzahl der mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergüteten Fälle dieses Krankenhausstandorts für das vorangegangene Kalenderjahr, <i>die</i> nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelt wurden, wobei für die an einer Leistungsverlagerung im Sinne des § 135f Absatz 1 Satz 2 <i>oder Satz 3</i> des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beteiligten Krankenhausstandorte jeweils die von der Leistungsverlagerung <i>betroffene Anzahl der</i> Fälle erhöhend oder absenkend zu berücksichtigen ist.</p>	<p>2. anderenfalls die Anzahl der mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergüteten Fälle dieses Krankenhausstandorts, für <b>die für</b> das <b>jeweils</b> vorangegangene Kalenderjahr <b>Leistungsdaten</b> nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelt wurden, wobei für die an einer Leistungsverlagerung im Sinne des § 135f Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beteiligten Krankenhausstandorte jeweils die <b>Anzahl der</b> von der Leistungsverlagerung <b>betroffenen</b> Fälle erhöhend oder absenkend zu berücksichtigen ist.</p>

<b>Entwurf</b>	<b>Beschlüsse des 14. Ausschusses</b>
<p>Der Vorhalte-Casemixindex ist aus den nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr übermittelten Leistungsdaten zu ermitteln, indem die Summe der Vorhaltebewertungsrelationen durch die Anzahl der Fälle dividiert wird; die Vorhaltebewertungsrelationen der Fälle, hinsichtlich derer nach Satz 3 Nummer 2 Leistungsverlagerungen <i>zugrunde zu legen</i> sind, sind bei der Ermittlung des Vorhalte-Casemixindex der betreffenden Krankenhausstandorte erhöhend oder absenkend zu berücksichtigen. In dem Fall, dass das jeweilige Krankenhaus in einem Kalenderjahr erstmals Leistungen aus einer Leistungsgruppe erbringt, ist Satz 2 für die <i>jeweils</i> folgenden Kalenderjahre mit der Maßgabe anzuwenden, dass an die Stelle des dort genannten Produkts das Produkt der nach § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 5 übermittelten Planfallzahl und des Durchschnitts der Vorhalte-Casemixindizes der jeweiligen Leistungsgruppe aller betreffenden Krankenhausstandorte im jeweiligen Land tritt; <i>diese Maßgabe gilt bis zur Anwendung von Satz 7</i>. Die Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils nach Satz 2 oder Satz 5 bezogen auf ein Land ist erstmals bis zum 30. November des Kalenderjahres, in dem das jeweilige Land erstmals Daten nach § 6a Absatz 6 Satz 1 übermittelt, durchzuführen; die Ermittlung ist anschließend bis zum 30. November des übernächsten Kalenderjahres und sodann in einem Abstand von drei Jahren jeweils bis zum 30. November eines Kalenderjahres durchzuführen. Außer bei der erstmaligen Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils ist Satz 3 Nummer 2 mit der Maßgabe anzuwenden, dass anstelle der dort genannten Anzahl die bei der jeweils vorangegangenen Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils berücksichtigte Anzahl der Fälle erneut zu berücksichtigen ist, wenn nicht</p>	<p>Der Vorhalte-Casemixindex ist aus den nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr übermittelten Leistungsdaten zu ermitteln, indem die Summe der Vorhaltebewertungsrelationen durch die Anzahl der Fälle dividiert wird; die Vorhaltebewertungsrelationen der Fälle, hinsichtlich derer nach Satz 3 Nummer 2 Leistungsverlagerungen zu <b>berücksichtigen</b> sind, sind bei der Ermittlung des Vorhalte-Casemixindex der betreffenden Krankenhausstandorte erhöhend oder absenkend zu berücksichtigen. In dem Fall, dass das jeweilige Krankenhaus in einem Kalenderjahr erstmals Leistungen aus einer Leistungsgruppe erbringt, ist Satz 2 für die folgenden Kalenderjahre <b>bis zur nächsten nach Satz 7 durchgeführten Ermittlung</b> mit der Maßgabe anzuwenden, dass an die Stelle des dort genannten Produkts das Produkt der nach § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 5 übermittelten Planfallzahl und des Durchschnitts der Vorhalte-Casemixindizes der jeweiligen Leistungsgruppe aller betreffenden Krankenhausstandorte im jeweiligen Land tritt. Die Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils nach Satz 2 oder Satz 5 bezogen auf ein Land ist erstmals bis zum 30. November des Kalenderjahres, in dem das jeweilige Land erstmals Daten nach § 6a Absatz 6 Satz 1 übermittelt, durchzuführen; die Ermittlung ist anschließend bis zum 30. November des übernächsten Kalenderjahres und sodann in einem Abstand von drei Jahren jeweils bis zum 30. November eines Kalenderjahres durchzuführen. Außer bei der erstmaligen Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils ist Satz 3 Nummer 2 mit der Maßgabe anzuwenden, dass anstelle der dort genannten Anzahl die bei der jeweils vorangegangenen Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils berücksichtigte Anzahl der Fälle erneut zu berücksichtigen ist, wenn nicht</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
1. bei der jeweils vorangegangenen Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils als Anzahl der Fälle nach Satz 3 Nummer 1 eine Planfallzahl berücksichtigt wurde oder	1. <b>u n v e r ä n d e r t</b>
2. die jeweils aktuellste Anzahl der mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergüteten Fälle des betreffenden Krankenhausstandorts, für die nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes Leistungsdaten übermittelt wurden, um mehr als 20 Prozent von der bei der jeweils vorangegangenen Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils berücksichtigten Anzahl der Fälle abweicht, wobei für die an einer Leistungsverlagerung im Sinne des § 135f Absatz 1 Satz 2 <i>oder</i> Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beteiligten Krankenhausstandorte jeweils die von der Leistungsverlagerung <i>betroffene Anzahl der</i> Fälle erhöhend oder absenkend zu berücksichtigen ist.	2. die jeweils aktuellste Anzahl der mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergüteten Fälle des betreffenden Krankenhausstandorts, für die nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes Leistungsdaten übermittelt wurden, um mehr als 20 Prozent von der bei der jeweils vorangegangenen Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils berücksichtigten Anzahl der Fälle abweicht, wobei für die an einer Leistungsverlagerung im Sinne des § 135f Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beteiligten Krankenhausstandorte jeweils die <b>Anzahl der</b> von der Leistungsverlagerung <b>betroffenen</b> Fälle erhöhend oder absenkend zu berücksichtigen ist.
Wenn in einem Kalenderjahr, in dem für ein Land nach Satz 6 keine Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils durchzuführen ist, ein in § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 bis 4 oder Nummer 6 genanntes Ereignis in diesem Land eintritt, ist für die betroffenen Leistungsgruppen für dieses Land und <i>in</i> für die an dieses Land angrenzenden Länder für sämtliche Krankenhausstandorte, an denen Leistungen aus den betroffenen Leistungsgruppen erbracht werden, abweichend von Satz 6 eine Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils auch in diesem Kalenderjahr durchzuführen. Die Vorgehensweise bei der Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils ist von dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus in dem Konzept nach Absatz 1 Satz 5 darzustellen.	Wenn in einem Kalenderjahr, in dem für ein Land nach Satz 6 keine Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils durchzuführen ist, ein in § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 bis 4 oder Nummer 6 genanntes Ereignis in diesem Land eintritt, ist für die betroffenen Leistungsgruppen für dieses Land und für die an dieses Land angrenzenden Länder für sämtliche Krankenhausstandorte, an denen Leistungen aus den betroffenen Leistungsgruppen erbracht werden, abweichend von Satz 6 eine Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils auch in diesem Kalenderjahr durchzuführen. Die Vorgehensweise bei der Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils ist von dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus in dem Konzept nach Absatz 1 Satz 5 darzustellen.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>(3) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus addiert für jedes Krankenhaus sämtliche für seine Krankenhausstandorte nach Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilten Vorhaltevolumina jeweils für das Kalenderjahr 2027 und das Kalenderjahr 2028. Die jeweilige sich nach Satz 1 ergebende Summe ist jeweils von der Summe aller für das Kalenderjahr 2026 vereinbarten und genehmigten Vorhaltebewertungsrelationen des jeweiligen Krankenhauses abzuziehen und die sich jeweils ergebende Differenz ist für das Kalenderjahr 2027 mit 66 Prozent und für das Kalenderjahr 2028 mit 33 Prozent zu multiplizieren. Die nach Satz 2 ermittelten Ergebnisse für die Krankenhäuser eines Landes sind von dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für jedes Land jeweils für das Kalenderjahr 2027 und das Kalenderjahr 2028 unter Beachtung des Vorzeichens zu saldieren. Für jedes Land ist das jeweilige Vorhaltevolumen <i>in</i> der Ermittlung nach Absatz 1 Satz 2 für das jeweils folgende Kalenderjahr um den sich nach Satz 3 für das jeweilige Land ergebenden Saldo abzusenken, wenn dieser negativ ist, und um den sich nach Satz 3 für das jeweilige Land ergebenden Saldo zu erhöhen, wenn dieser positiv ist.</p>	<p>(3) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus addiert für jedes Krankenhaus sämtliche für seine Krankenhausstandorte nach Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilten Vorhaltevolumina jeweils für das Kalenderjahr 2027 und das Kalenderjahr 2028. Die jeweilige sich nach Satz 1 ergebende Summe ist jeweils von der Summe aller für das Kalenderjahr 2026 vereinbarten und genehmigten Vorhaltebewertungsrelationen des jeweiligen Krankenhauses abzuziehen und die sich jeweils ergebende Differenz ist für das Kalenderjahr 2027 mit 66 Prozent und für das Kalenderjahr 2028 mit 33 Prozent zu multiplizieren. Die nach Satz 2 ermittelten Ergebnisse für die Krankenhäuser eines Landes sind von dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für jedes Land jeweils für das Kalenderjahr 2027 und das Kalenderjahr 2028 unter Beachtung des Vorzeichens zu saldieren. Für jedes Land ist das jeweilige Vorhaltevolumen <b>bei</b> der Ermittlung nach Absatz 1 Satz 2 für das jeweils folgende Kalenderjahr um den sich nach Satz 3 für das jeweilige Land ergebenden Saldo abzusenken, wenn dieser negativ ist, und um den sich nach Satz 3 für das jeweilige Land ergebenden Saldo zu erhöhen, wenn dieser positiv ist.</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>(4) Wenn während eines Kalenderjahres in einem Land ein in § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 oder 3 genanntes Ereignis eintritt, hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus <i>bei der nächsten Ermittlung</i> das Vorhaltevolumen nach Absatz 1 Satz 3 in der betroffenen oder den betroffenen Leistungsgruppen in dem Land zu erhöhen. Der Umfang der in Satz 1 genannten Erhöhung ergibt sich, indem die Summe der sich nach Absatz 1 Satz 4 ergebenden Vorhaltevolumina für die in Satz 1 genannten Leistungsgruppen der Krankenhausstandorte derjenigen Krankenhäuser, die von dem in Satz 1 genannten Ereignis betroffen sind, durch 365 geteilt und mit der Zahl der Kalendertage multipliziert wird, die zwischen dem in Satz 1 genannten Ereignis und dem Ende des Kalenderjahres lagen, in dem dieses Ereignis eingetreten ist.</p>	<p>(4) Wenn während eines Kalenderjahres in einem Land ein in § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 oder <b>Nummer 3</b> genanntes Ereignis eintritt, hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus <b>für das Folgejahr das</b> Vorhaltevolumen nach Absatz 1 Satz 3 in der betroffenen <b>Leistungsgruppe</b> oder <b>in</b> den betroffenen Leistungsgruppen in dem Land zu erhöhen. Der Umfang der in Satz 1 genannten Erhöhung ergibt sich, indem die Summe der sich nach Absatz 1 Satz 4 ergebenden Vorhaltevolumina für die in Satz 1 genannten Leistungsgruppen der Krankenhausstandorte derjenigen Krankenhäuser, die von dem in Satz 1 genannten Ereignis betroffen sind, durch 365 geteilt und mit der Zahl der Kalendertage multipliziert wird, die zwischen dem in Satz 1 genannten Ereignis und dem Ende des Kalenderjahres lagen, in dem dieses Ereignis eingetreten ist.</p>

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

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

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht für jeden Krankenhausträger jeweils unverzüglich nach Erlass eines Bescheides nach Satz 1 sowie nach dem Widerruf eines solchen Bescheides nach Satz 3 die sich hiernach ergebende Höhe <i>des</i> nach Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach Absatz 1 Satz 3 und 4 auf die Krankenhausstandorte aufgeteilten <i>Vorhaltevolumens</i> je Leistungsgruppe sowie die Höhe der nach § 39 Absatz 2 Satz 5 auf die Krankenhausstandorte aufgeteilten Förderbeträge barrierefrei auf seiner Internetseite.</p>	<p>eingetreten ist. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht für jeden Krankenhausträger jeweils unverzüglich nach Erlass eines Bescheides nach Satz 1 sowie nach dem Widerruf eines solchen Bescheides nach Satz 3 die sich hiernach ergebende Höhe <b>der</b> nach Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach Absatz 1 Satz 3 und 4 auf die Krankenhausstandorte <b>dieses Krankenhausträgers</b> aufgeteilten <b>Vorhaltevolumina</b> je Leistungsgruppe sowie die Höhe der nach § 39 Absatz <b>3</b> Satz 5 auf die Krankenhausstandorte <b>dieses Krankenhausträgers</b> aufgeteilten Förderbeträge barrierefrei auf seiner Internetseite.</p>

<b>Entwurf</b>	<b>Beschlüsse des 14. Ausschusses</b>
<b>§ 38</b>	<b>§ 38</b>
<i>Verpflichtungen</i> des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Zusammenhang mit Zuschlägen zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und zur Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken	<b>Aufgaben</b> des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Zusammenhang mit Zuschlägen zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und zur Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken

(1) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus teilt jährlich, erstmals für das Kalenderjahr 2027, zur Ermittlung der Beträge der Förderung der Wahrnehmung der nach § 6b zugewiesenen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben eine Gesamtsumme in Höhe von 125 Millionen Euro rechnerisch auf die Länder auf. Der *einem Land in der Aufteilung nach Satz 1 zugerechnete* Betrag ergibt sich, indem der Anteil des Vorhaltevolumens dieses Landes im jeweiligen Kalenderjahr an der Summe der Vorhaltevolumina aller Länder im jeweiligen Kalenderjahr mit der in Satz 1 genannten Gesamtsumme multipliziert wird. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus teilt den nach Satz 1 *einem Land zugerechneten* Betrag rechnerisch auf die Krankenhäuser in dem jeweiligen Land auf, denen nach § 6b Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zugewiesen wurden. Der *einem Krankenhaus in der Aufteilung nach Satz 3 zugerechnete* Betrag ergibt sich, indem der Anteil der Summe der für seine Krankenhausstandorte nach § 37 Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach § 37 Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilten Vorhaltevolumina an der Summe aller für die Krankenhausstandorte von Krankenhäusern, denen nach § 6b Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zugewiesen wurden, nach § 37 Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach § 37 Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilten Vorhaltevolumina in dem jeweiligen Land mit dem *dem jeweiligen Land in der Aufteilung nach Satz 1 zugerechneten* Betrag multipliziert wird. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht die nach den Sätzen 1 und 3 *zugerechneten* Beträge für *das folgende* Kalenderjahr bis zum 10. Dezember *eines jeden* Kalenderjahres, erstmals bis zum 10. Dezember 2026, barrierefrei auf seiner Internetseite. Übermittelt *in einem Kalenderjahr* die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde die in § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 6 genannten Angaben nicht innerhalb der dort genannten Frist, ist das jeweilige Land in der Aufteilung nach *den Sätzen*

(1) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus teilt jährlich, erstmals für das Kalenderjahr 2027, zur Ermittlung der Beträge der Förderung der Wahrnehmung der nach § 6b **Satz 1** zugewiesenen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben eine Gesamtsumme in Höhe von 125 Millionen Euro rechnerisch auf die Länder auf. Der **auf ein Land nach Satz 1 aufzuteilende** Betrag ergibt sich, indem der Anteil des Vorhaltevolumens dieses Landes im jeweiligen Kalenderjahr an der Summe der Vorhaltevolumina aller Länder im jeweiligen Kalenderjahr mit der in Satz 1 genannten Gesamtsumme multipliziert wird. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus teilt den nach Satz 1 **auf ein Land aufgeteilten** Betrag rechnerisch auf die Krankenhäuser in dem jeweiligen Land auf, denen nach § 6b **Satz 1** Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zugewiesen wurden. Der **auf ein Krankenhaus nach Satz 3 aufzuteilende** Betrag ergibt sich, indem der Anteil der Summe der für seine Krankenhausstandorte nach § 37 Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach § 37 Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilten Vorhaltevolumina an der Summe aller für die Krankenhausstandorte von Krankenhäusern, denen nach § 6b **Satz 1** Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zugewiesen wurden, nach § 37 Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach § 37 Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilten Vorhaltevolumina in dem jeweiligen Land mit dem **auf das jeweilige Land nach Satz 1 aufgeteilten** Betrag multipliziert wird. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht die nach den Sätzen 1 und 3 **aufgeteilten** Beträge für **jedes** Kalenderjahr bis zum 10. Dezember **des jeweils vorhergehenden** Kalenderjahres, erstmals bis zum 10. Dezember 2026, barrierefrei auf seiner Internetseite. Übermittelt die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde die in § 6b Satz 7 genannten Angaben nicht innerhalb der dort genannten Frist, ist das jeweilige Land in der Aufteilung nach **Satz 1** für das Kalenderjahr, **für das die Angaben nicht fristgerecht übermittelt wurden, zwar rechnerisch** zu berücksichtigen, **der**

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>1 und 3 für das <i>jeweilige</i> Kalenderjahr nicht zu berücksichtigen.</p>	<p><b>Betrag jedoch nicht nach Satz 3 auf die Krankenhäuser in dem jeweiligen Land aufzuteilen.</b></p>
<p>(2) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus teilt jährlich, erstmals für das Kalenderjahr 2027, zur Ermittlung eines Betrags der Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken eine Gesamtsumme in Höhe von 75 Millionen Euro rechnerisch auf die in § 108 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten zugelassenen Krankenhäuser auf. Der <i>einem</i> in § 108 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch <i>genannten zugelassenen</i> Krankenhaus <i>in der Aufteilung</i> nach Satz 1 <i>zugerechnete</i> Betrag ergibt sich, indem der Anteil der Summe der für seine Krankenhausstandorte nach § 37 Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach § 37 Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilten Vorhaltevolumina an der Summe aller für die Krankenhausstandorte von in § 108 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten zugelassenen Krankenhäusern nach § 37 Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach § 37 Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilten Vorhaltevolumina mit der in Satz 1 genannten Gesamtsumme multipliziert wird. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht die <i>den Krankenhäusern in der Aufteilung</i> nach Satz 1 <i>zugerechneten</i> Beträge für <i>das folgende</i> Kalenderjahr bis zum 10. Dezember <i>eines jeden</i> Kalenderjahres, erstmals bis zum 10. Dezember 2026, barrierefrei auf seiner Internetseite.“</p>	<p>(2) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus teilt jährlich, erstmals für das Kalenderjahr 2027, zur Ermittlung eines Betrags der Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken eine Gesamtsumme in Höhe von 75 Millionen Euro rechnerisch auf die in § 108 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten zugelassenen Krankenhäuser auf. Der <b>auf ein</b> in § 108 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch <b>genanntes zugelassenes</b> Krankenhaus nach Satz 1 <b>aufzuteilende</b> Betrag ergibt sich, indem der Anteil der Summe der für seine Krankenhausstandorte nach § 37 Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach § 37 Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilten Vorhaltevolumina an der Summe aller für die Krankenhausstandorte von in § 108 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten zugelassenen Krankenhäusern nach § 37 Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach § 37 Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilten Vorhaltevolumina mit der in Satz 1 genannten Gesamtsumme multipliziert wird. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht die <b>auf die Krankenhäuser</b> nach Satz 1 <b>aufgeteilten</b> Beträge für <b>jedes</b> Kalenderjahr bis zum 10. Dezember <b>des jeweils vorhergehenden</b> Kalenderjahres, erstmals bis zum 10. Dezember 2026, barrierefrei auf seiner Internetseite.“</p>
<p>15. Folgender <i>Titel</i> wird angefügt:</p>	<p>14. Folgender <b>Unterabschnitt 3</b> wird angefügt:</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
„Titel 3	„Unterabschnitt 3
Förderbeträge und Förderung der Spezialisierung	Förderbeträge und Förderung der Spezialisierung
§ 39	§ 39
Förderbeträge für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin	Förderbeträge für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin
<p>(1) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus teilt <i>jährlich</i> für das jeweils folgende Kalenderjahr, erstmals für das Kalenderjahr 2027, auf die Krankenhausstandorte, auf die für mindestens eine Leistungsgruppe, die in der für das jeweilige Kalenderjahr geltenden Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 oder Festlegung nach Absatz 2 Satz 2 einem der Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie oder Intensivmedizin zugeordnet wurde, ein nach § 37 Absatz 1 Satz 1 und 2 ermitteltes Vorhaltevolumen nach § 37 Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilt wurde, nach Maßgabe der Absätze 2 und 3 die folgenden Beträge rechnerisch auf:</p>	<p>(1) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus teilt <b>bis zum 10. Dezember eines jeden Kalenderjahres</b> für das jeweils folgende Kalenderjahr, erstmals <b>bis zum 10. Dezember 2026</b> für das Kalenderjahr 2027, auf die Krankenhausstandorte, auf die für mindestens eine Leistungsgruppe, die in der für das jeweilige Kalenderjahr geltenden Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 2 oder <b>die in der</b> Festlegung nach Absatz 2 Satz 3 einem der Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie oder Intensivmedizin zugeordnet wurde, ein nach § 37 Absatz 1 Satz 1 und 2 ermitteltes Vorhaltevolumen nach § 37 Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilt wurde, nach Maßgabe der Absätze 2 und 3 die folgenden Beträge rechnerisch auf:</p>
1. Pädiatrie: 288 Millionen Euro,	1. <b>u n v e r ä n d e r t</b>
2. Geburtshilfe: 120 Millionen Euro,	2. <b>u n v e r ä n d e r t</b>
3. Stroke Unit: 35 Millionen Euro,	3. <b>u n v e r ä n d e r t</b>
4. Spezielle Traumatologie: 65 Millionen Euro,	4. <b>u n v e r ä n d e r t</b>
5. Intensivmedizin: 30 Millionen Euro.	5. <b>u n v e r ä n d e r t</b>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>(2) Zur Aufteilung der Förderbeträge für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin auf die Krankenhausstandorte vereinbaren die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus bis zum 31. Mai 2026, welche Leistungsgruppen diesen Bereichen jeweils zuzuordnen sind; das Konzept und die Vereinbarung sind unter Berücksichtigung der Regelungen der Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch anzupassen; § 6a Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht oder nicht fristgerecht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von einem Monat den Inhalt der Vereinbarung fest.</p>	<p>(2) <b>Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erstellt bis zum 28. Februar 2026 ein Konzept für eine Zuordnung von Leistungsgruppen zu den in Absatz 1 Nummer 1 bis 5 genannten Bereichen. Zur Ermöglichung der in Absatz 1 genannten Aufteilung vereinbaren die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 auf der Grundlage des in Satz 1 genannten Konzepts erstmals bis zum 31. Mai 2026, welche Leistungsgruppen den in Absatz 1 Nummer 1 bis 5 genannten Bereichen jeweils zuzuordnen sind; bei Änderungen der maßgeblichen Leistungsgruppen ist das Konzept innerhalb von einem Monat, die Vereinbarung oder die Festlegung nach Satz 3 innerhalb von zwei Monaten anzupassen; § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 2 oder eine in Satz 2 zweiter Halbsatz genannte Anpassung der Vereinbarung oder der Festlegung ganz oder teilweise nicht oder nicht fristgerecht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von einem Monat den Inhalt der Vereinbarung oder der in Satz 2 zweiter Halbsatz genannten Anpassung fest.</b></p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>(3) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus <i>teilt die Beträge nach Absatz 1 zunächst</i> auf die in der Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 oder in der Festlegung nach Absatz 2 Satz 2 den <i>jeweiligen</i> Bereichen zugeordneten Leistungsgruppen rechnerisch auf. Der <i>einer</i> Leistungsgruppe <i>in der Aufteilung nach Satz 1 zugerechnete</i> Betrag ergibt sich, indem der Anteil der Summe aller nach § 37 Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach § 37 Absatz 1 Satz 3 auf diese Leistungsgruppe aufgeteilten Vorhaltevolumina an der Summe aller für die dem jeweiligen Bereich zugeordneten Leistungsgruppen entsprechend berechneten Summen mit dem in Absatz 1 <i>genannten Betrag des Bereichs</i>, dem die jeweilige Leistungsgruppe <i>nach Absatz 2</i> zugeordnet wurde, multipliziert wird. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus <i>teilt jährlich, erstmals für das Kalenderjahr 2027, jeden in der Aufteilung nach Satz 1 einer</i> Leistungsgruppe <i>zugerechneten</i> Betrag auf die Länder auf. Der <i>einem</i> Land <i>in der Aufteilung nach Satz 3 zugerechnete</i> Betrag ergibt sich, indem der Anteil des nach § 37 Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach § 37 Absatz 1 Satz 3 aufgeteilten Vorhaltevolumens für das jeweilige Land und die jeweilige Leistungsgruppe an der Summe aller entsprechenden Vorhaltevolumina für diese Leistungsgruppe mit dem <i>der</i> Leistungsgruppe nach Satz 1 <i>zugerechneten</i> Betrag multipliziert wird. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus <i>teilt den einem</i> Land und <i>einer</i> Leistungsgruppe <i>in der Aufteilung nach Satz 3 zugerechneten</i> Betrag auf die Krankenhausstandorte in dem jeweiligen Land auf; § 37 Absatz 1 Satz 4 gilt entsprechend.</p>	<p>(3) <b>Zum Zweck der in Absatz 1 genannten Aufteilung teilt das</b> Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus die <b>in Absatz 1 Nummer 1 bis 5 genannten Beträge</b> auf die in der Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 2 oder in der Festlegung nach Absatz 2 Satz 3 den <b>jeweils zugehörigen</b> Bereichen zugeordneten Leistungsgruppen rechnerisch auf. Der <b>auf eine</b> Leistungsgruppe nach Satz 1 <b>aufzuteilende</b> Betrag ergibt sich, indem der Anteil der Summe aller nach § 37 Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach § 37 Absatz 1 Satz 3 auf diese Leistungsgruppe aufgeteilten Vorhaltevolumina an der Summe aller für die dem jeweiligen Bereich zugeordneten Leistungsgruppen entsprechend berechneten Summen mit dem in Absatz 1 <b>Nummer 1 bis 5 für den Bereich</b>, dem die jeweilige Leistungsgruppe zugeordnet wurde, <b>genannten Betrag</b> multipliziert wird. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus <i>teilt jeden nach Satz 1 auf eine</i> Leistungsgruppe <b>aufgeteilten</b> Betrag auf die Länder auf. Der <b>auf ein</b> Land nach Satz 3 <b>aufzuteilende</b> Betrag ergibt sich, indem der Anteil des nach § 37 Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach § 37 Absatz 1 Satz 3 aufgeteilten Vorhaltevolumens für das jeweilige Land und die jeweilige Leistungsgruppe an der Summe aller entsprechenden Vorhaltevolumina für diese Leistungsgruppe mit dem <b>auf die</b> Leistungsgruppe nach Satz 1 <b>aufgeteilten</b> Betrag multipliziert wird. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus <i>teilt den auf ein</i> Land und <i>eine</i> Leistungsgruppe nach Satz 3 <b>aufgeteilten</b> Betrag auf die Krankenhausstandorte in dem jeweiligen Land auf; § 37 Absatz 1 Satz 4 gilt entsprechend.</p>

<b>Entwurf</b>	<b>Beschlüsse des 14. Ausschusses</b>
<p>(4) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus berechnet für jedes Kalenderjahr, erstmals für das Kalenderjahr 2027, und für jede der im jeweiligen Kalenderjahr in der Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 oder in der Festlegung nach Absatz 2 Satz 2 <i>den Bereichen</i> zugeordnete Leistungsgruppe einen Prozentsatz als Verhältnis des <i>dieser</i> Leistungsgruppe <i>in der Aufteilung</i> nach Absatz 3 Satz 1 <i>zugerechneten</i> Betrags und des Produkts der Summe aller sich aus der Aufteilung nach § 37 Absatz 1 Satz 3 für das jeweilige Kalenderjahr ergebenden Vorhaltevolumina für diese Leistungsgruppe und des nach § 10 Absatz 9 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes für das dem jeweiligen Kalenderjahr vorausgehende Kalenderjahr berechneten einheitlichen Basisfallwerts.</p>	<p>(4) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus berechnet für jedes Kalenderjahr, erstmals für das Kalenderjahr 2027, und für jede der im jeweiligen Kalenderjahr in der Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 2 oder in der Festlegung nach Absatz 2 Satz 3 <b>einem in Absatz 1 Nummer 1 bis 5 genannten Bereich</b> zugeordnete Leistungsgruppe einen Prozentsatz als Verhältnis des <b>auf diese</b> Leistungsgruppe nach Absatz 3 Satz 1 <b>aufgeteilten</b> Betrags und des Produkts der Summe aller sich aus der Aufteilung nach § 37 Absatz 1 Satz 3 für das jeweilige Kalenderjahr ergebenden Vorhaltevolumina für diese Leistungsgruppe und des nach § 10 Absatz 9 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes für das dem jeweiligen Kalenderjahr vorausgehende Kalenderjahr berechneten einheitlichen Basisfallwerts.</p>

<b>Entwurf</b>	<b>Beschlüsse des 14. Ausschusses</b>
<p>(5) Wenn während eines Kalenderjahres ein in § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 oder 3 genanntes Ereignis eintritt und dieses Ereignis mindestens einen Krankenhausstandort betrifft, <i>dem in der Aufteilung nach Absatz 3 Satz 5 für mindestens eine der nach Absatz 2 einem in Absatz 1 genannten Bereich zugeordneten Leistungsgruppen ein Betrag zugerechnet wurde</i>, hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bei der nächsten <i>Ermittlung den dem jeweiligen Land in der Aufteilung nach Absatz 3 Satz 1 und 3 zugerechneten Betrag für jede betroffene Leistungsgruppe vor der Aufteilung nach Absatz 3 Satz 5 in dem nach Satz 2 berechneten Umfang zu erhöhen</i>. Zur Ermittlung des Umfangs der in Satz 1 genannten Erhöhung ist für jeden der von dem in Satz 1 genannten Ereignis betroffenen Krankenhausstandorte der nach Absatz 3 Satz 5 für das Kalenderjahr des in Satz 1 genannten Ereignisses und die jeweilige Leistungsgruppe auf den jeweiligen Krankenhausstandort aufgeteilte Betrag durch 365 zu teilen und mit der Zahl der Kalendertage zu multiplizieren, die zwischen dem in Satz 1 genannten Ereignis und dem Ende des Kalenderjahres lagen, in dem dieses Ereignis eingetreten ist. Der Umfang der in Satz 1 genannten Erhöhung ergibt sich, indem für jede Leistungsgruppe in dem jeweiligen Land die Summe der nach Satz 2 ermittelten Produkte gebildet wird.</p>	<p>(5) Wenn während eines Kalenderjahres ein in § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 oder <b>Nummer 3</b> genanntes Ereignis eintritt und dieses Ereignis mindestens einen Krankenhausstandort betrifft, <b>auf den</b> nach Absatz 3 Satz 5 für mindestens eine der nach Absatz 2 einem in Absatz 1 <b>Nummer 1 bis 5</b> genannten Bereich zugeordneten Leistungsgruppen ein Betrag <b>aufgeteilt</b> wurde, hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bei der nächsten <b>Aufteilung nach Absatz 1</b> den <b>auf das jeweilige Land in der Aufteilung nach Absatz 3 Satz 1 und 3 aufgeteilten</b> Betrag für jede betroffene Leistungsgruppe vor der Aufteilung nach Absatz 3 Satz 5 in dem nach <b>den Sätzen 2 und 3</b> berechneten Umfang zu erhöhen. Zur Ermittlung des Umfangs der in Satz 1 genannten Erhöhung ist für jeden der von dem in Satz 1 genannten Ereignis betroffenen Krankenhausstandorte der nach Absatz 3 Satz 5 für das Kalenderjahr des in Satz 1 genannten Ereignisses und die jeweilige Leistungsgruppe auf den jeweiligen Krankenhausstandort aufgeteilte Betrag durch 365 zu teilen und mit der Zahl der Kalendertage zu multiplizieren, die zwischen dem in Satz 1 genannten Ereignis und dem Ende des Kalenderjahres lagen, in dem dieses Ereignis eingetreten ist. Der Umfang der in Satz 1 genannten Erhöhung ergibt sich, indem für jede Leistungsgruppe in dem jeweiligen Land die Summe der nach Satz 2 ermittelten Produkte gebildet wird.</p>

<b>Entwurf</b>	<b>Beschlüsse des 14. Ausschusses</b>
§ 40	§ 40
<i>Verpflichtungen</i> des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte und des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus <i>zur</i> Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von onkochirurgischen Leistungen	<b>Aufgaben</b> des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte und des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus <b>hinsichtlich der</b> Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von onkochirurgischen Leistungen

(1) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte identifiziert *im Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch* jene chirurgischen Leistungen, die regelhaft auf Grund einer onkologischen Diagnose erbracht werden, und übermittelt dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erstmals bis zum 28. Februar 2025 eine Aufstellung *dieser Leistungen und der jeweiligen Diagnosen anhand der Codes des Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der jeweils zugehörigen Codes der deutschen Fassung der Internationalen Klassifikation der Krankheiten nach § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, jeweils auf Basis der Version für das Jahr 2023.* Im Rahmen der Erstellung der in Satz 1 genannten Aufstellung hat das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte der Deutschen Krebsgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahme ist bei der Erstellung der in Satz 1 genannten Aufstellung zu berücksichtigen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus definiert Indikationsbereiche für *alle chirurgischen Leistungen, die regelhaft auf Grund einer onkologischen Diagnose erbracht werden*; der Deutschen Krebsgesellschaft *ist hierbei* Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben und *diese* Stellungnahme *ist* bei der Definition der Indikationsbereiche zu berücksichtigen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus überführt die in Satz 1 genannte Aufstellung in eine nach den nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Leistungsgruppen und den nach Satz 3 definierten Indikationsbereichen differenzierte Liste und veröffentlicht diese erstmals bis zum 30. April 2025 barrierefrei auf seiner Internetseite. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte passt die in Satz 1 genannte Aufstellung auf *Basis* der aktuellen *Version der* deutschen Fassung der Internationalen Klassifikation der Krankheiten *nach § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und des* Operationen- und

(1) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte identifiziert **in dem in § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Operationen- und Prozedurenschlüssel** jene chirurgischen Leistungen, die **durch Krankenhäuser** regelhaft auf Grund einer onkologischen Diagnose erbracht werden, und übermittelt dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erstmals bis zum 28. Februar 2025 eine Aufstellung der Codes **aus dem in § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Operationen- und Prozedurenschlüssel, die diesen Leistungen zugrunde liegen, und der Codes aus der in § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten deutschen Fassung der Internationalen Klassifikation der Krankheiten, die den jeweils zugehörigen Diagnosen zugrunde liegen, auf Grundlage der jeweils für das Jahr 2023 herausgegebenen Fassung des in dem in § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Operationen- und Prozedurenschlüssels und der in § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten deutschen Fassung der Internationalen Klassifikation der Krankheiten.** Im Rahmen der **Identifizierung der Leistungen und der** Erstellung der in Satz 1 genannten Aufstellung hat das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte der Deutschen Krebsgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahme ist bei der **Identifizierung der Leistungen und bei der** Erstellung der in Satz 1 genannten Aufstellung zu berücksichtigen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus definiert Indikationsbereiche für **die nach Satz 1 identifizierten** Leistungen; **im Rahmen der Definition der Indikationsbereiche hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus der** Deutschen Krebsgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben und **die** Stellungnahme bei der Definition der Indikationsbereiche zu berücksichtigen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus überführt die in Satz 1 genannte Aufstellung in eine nach den

<b>Entwurf</b>	<b>Beschlüsse des 14. Ausschusses</b>
<p>Prozedurenschlüssels <i>nach § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</i> an und übermittelt die angepasste Aufstellung jeweils bis zum 15. November eines jeden Kalenderjahres, erstmals bis zum 15. November 2026, an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, das die jeweils letzte Fassung der in Satz 4 genannten Liste entsprechend aktualisiert und die aktualisierte Liste bis zum 31. Dezember des jeweiligen Kalenderjahres barrierefrei auf seiner Internetseite veröffentlicht.</p>	<p>nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Leistungsgruppen und den nach Satz 3 definierten Indikationsbereichen differenzierte Liste und veröffentlicht diese erstmals bis zum 30. April 2025 barrierefrei auf seiner Internetseite. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte passt die in Satz 1 genannte Aufstellung auf <b>Grundlage der jeweils aktuellen in § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten</b> deutschen Fassung der Internationalen Klassifikation der Krankheiten <b>und der jeweils aktuellen Fassung des in § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten</b> Operationen- und Prozedurenschlüssels an und übermittelt die angepasste Aufstellung jeweils bis zum 15. November eines jeden Kalenderjahres, erstmals bis zum 15. November 2026, an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, das die jeweils letzte Fassung der in Satz 4 genannten Liste entsprechend aktualisiert und die aktualisierte Liste bis zum 31. Dezember des jeweiligen Kalenderjahres barrierefrei auf seiner Internetseite veröffentlicht. <b>Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erarbeitet anhand der in Satz 4 genannten Liste erstmals bis zum 31. Mai 2025 Vorgaben für eine eindeutige Zuordnung von Fällen zu den nach Satz 3 definierten Indikationsbereichen durch die Krankenhäuser und zertifiziert auf dieser Grundlage entwickelte Datenverarbeitungslösungen.</b></p>

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

(2) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus identifiziert auf Grundlage der nach § 21 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Kalenderjahr 2023 übermittelten Daten alle Krankenhausstandorte, die in diesem Kalenderjahr Leistungen erbracht haben, **denen** auf der in Absatz 1 Satz 4 genannten Liste **aufgeführte Kodes zugrunde liegen**, erstellt für jeden der **nach** Absatz 1 Satz 3 **definierten** Indikationsbereiche eine Aufstellung dieser Krankenhausstandorte und der Anzahl ihrer Fälle, bei denen diese Leistungen im jeweiligen Indikationsbereich erbracht worden sind, und sortiert diese Aufstellungen jeweils aufsteigend nach **der** Anzahl der Fälle. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus wählt aus jeder der nach Satz 1 erstellten und sortierten Aufstellungen von Krankenhausstandorten die obersten Einträge bis einschließlich zu jenem Eintrag aus, bei dem erstmals die Summe der Anzahl der Fälle und der Anzahl der Fälle aller vorhergehenden Einträge einem Anteil von mindestens 15 Prozent an der Anzahl der Fälle aller Einträge in der jeweiligen Aufstellung entspricht; sofern die **Anzahl der Fälle** mehrerer Krankenhausstandorte gleich hoch ist und **die Auswahl jedes dieser Krankenhausstandorte** dazu führen würde, dass der Anteil von 15 Prozent **an der Anzahl der Fälle aller Einträge in der jeweiligen Aufstellung** erreicht oder überschritten würde, sind alle diese Krankenhausstandorte auszuwählen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht bis zum 31. Mai 2025 eine nach den **nach** Absatz 1 Satz 3 **definierten** Indikationsbereichen differenzierte Liste der nach Satz 2 ausgewählten Krankenhausstandorte barrierefrei auf seiner Internetseite **und ordnet** zum Zweck der Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis nach § 135d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Indikationsbereiche, **nach der die** Liste **zu differenzieren ist**, den jeweils **nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch** maßgeblichen Leistungsgruppen zu. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt dem Institut

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen und der nach § 135d Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch benannten Stelle barrierefrei die <i>in</i> Satz 3 <i>genannte</i> Liste.</p>	<p>für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen und der nach § 135d Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch benannten Stelle barrierefrei die <b>nach</b> Satz 3 <b>veröffentlichte</b> Liste.</p>
<p>(3) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus analysiert auf der Grundlage der nach § 21 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten die Auswirkungen der Veröffentlichung der <i>Liste nach</i> Absatz 2 Satz 3 und des <i>daraus folgenden</i> Abrechnungsverbots nach § 8 Absatz 4 Satz 6 des Krankenhausentgeltgesetzes auf die Versorgung in den Jahren 2027 bis 2031 und formuliert Empfehlungen zur Weiterentwicklung der <i>Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von</i> onkochirurgischen Leistungen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht die Ergebnisse seiner Analyse und seine Empfehlungen bis zum 30. Juni 2032 barrierefrei auf seiner Internetseite. Die Kosten, die dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus durch die Erfüllung seiner Aufgaben nach den Absätzen 1 und 2 sowie nach den Sätzen 1 und 2 entstehen, werden mit dem DRG-Systemzuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 finanziert.“</p>	<p>(3) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus analysiert auf der Grundlage der nach § 21 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten die Auswirkungen der Veröffentlichung der <b>in</b> Absatz 2 Satz 3 <b>genannten</b> Liste und des Abrechnungsverbots nach § 8 Absatz 4 Satz 6 des Krankenhausentgeltgesetzes auf die Versorgung <b>mit onkochirurgischen Leistungen</b> in den Jahren 2027 bis 2031 und formuliert Empfehlungen zur Weiterentwicklung der <b>Versorgung mit</b> onkochirurgischen Leistungen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht die Ergebnisse seiner Analyse und seine Empfehlungen bis zum 30. Juni 2032 barrierefrei auf seiner Internetseite. Die Kosten, die dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus durch die Erfüllung seiner Aufgaben nach den Absätzen 1 und 2 sowie nach den Sätzen 1 und 2 entstehen, werden mit dem DRG-Systemzuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 finanziert.“</p>
<p><b>Artikel 3</b></p>	<p><b>Artikel 3</b></p>
<p><b>Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes</b></p>	<p><b>Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes</b></p>
<p>Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 105) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:</p>	<p>Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 105) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
1. In der Inhaltsübersicht werden nach der Angabe zu § 6 die folgenden Angaben eingefügt:	1. <b>u n v e r ä n d e r t</b>
„§ 6a Vereinbarung eines Pflegebudgets	
§ 6b Vergütung eines Vorhaltebudgets	
§ 6c Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen“.	
2. § 2 Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt geändert:	2. § 2 Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt geändert:
a) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:	a) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:
„2. eine Strahlentherapie, wenn <i>das Krankenhaus über keinen eigenen Versorgungsauftrag für strahlentherapeutische Leistungen verfügt und dadurch eine bereits vor Aufnahme geplante Strahlentherapie begonnen oder eine solche fortgeführt wird,</i> “.	„2. eine Strahlentherapie, wenn <b>der Versorgungsauftrag des Krankenhauses keine strahlentherapeutischen Leistungen umfasst und die Strahlentherapie bereits vor Aufnahme geplant oder begonnen wurde,</b> “.
b) Die bisherige Nummer 2 wird Nummer 3.	b) <b>u n v e r ä n d e r t</b>
3. § 3 wird wie folgt geändert:	3. § 3 wird wie folgt geändert:
a) Nach Nummer 3a wird folgende Nummer 3b eingefügt:	a) Nach Nummer 3a wird folgende Nummer 3b eingefügt:
„3b. ein Vorhaltebudget nach § 6b,“.	„3b. ein Vorhaltebudget nach § 6b <b>ab dem Jahr 2027,</b> “.
b) In Nummer 5 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.	b) <b>u n v e r ä n d e r t</b>
c) Folgende Nummer 6 wird angefügt:	c) <b>u n v e r ä n d e r t</b>
„6. ein Gesamtvolumen nach § 6c Absatz 1 Satz 1.“	
4. § 4 wird wie folgt geändert:	4. § 4 wird wie folgt geändert:

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>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, <i>die Zusatzentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2</i> sowie für die Jahre 2025 und 2026 jeweils die Vergütung des Vorhaltebudgets nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b“ ersetzt.</p>	<p>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, <b>in den Jahren 2025 und 2026 unter Einbeziehung der sich aus dem bundeseinheitlichen Entgeltkatalog ergebenden Vorhaltebewertungsrelationen, und die Zusatzentgelte</b> nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2“ ersetzt.</p>
<p>b) Absatz 2a wird wie folgt geändert:</p>	<p>b) Absatz 2a wird wie folgt geändert:</p>
<p>aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „ist“ ein Komma und die Wörter „<b>letztmalig für das Jahr 2026,</b>“ eingefügt.</p>	<p>aa) <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>
<p>bb) Folgender Satz wird angefügt:</p>	<p>bb) Folgender Satz wird angefügt:</p>
<p>„Abweichend von Satz 1 <i>gilt</i> der Fixkostendegressionsabschlag nicht für mit Fallpauschalen bewertete Leistungen, die auf Grund des <i>Auslaufens</i> der <i>Regelung zum Erlösvolumen nach § 4a im Erlösbudget</i> für das Jahr 2025 vereinbart werden.“</p>	<p>„Abweichend von Satz 1 <b>ist</b> der Fixkostendegressionsabschlag nicht für mit Fallpauschalen bewertete Leistungen <b>anzuwenden</b>, die auf Grund des <b>Ablaufs</b> der <b>in § 4a Absatz 1 Satz 1 genannten Anwendungsjahre</b> für das Jahr 2025 <b>zusätzlich im Erlösbudget berücksichtigt</b> werden.“</p>
<p>c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:</p>	<p>c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:</p>
<p>aa) In Satz 3 werden nach dem Wort „Hundert“ die Wörter „<b>und ab dem Jahr 2027 nicht</b>“ eingefügt.</p>	<p>aa) <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>
<p>bb) <i>In Satz 5 werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „die Vereinbarung eines Ausgleichs für Mindererlöse für den Zeitraum ab dem Jahr 2027 ist ausgeschlossen“</i> eingefügt.</p>	<p>bb) <b>Nach Satz 5 wird folgender Satz</b> eingefügt:</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p><b>„Ab dem Jahr 2027 ist die Vereinbarung eines Ausgleichs für Mindererlöse auch bei Vorliegen der in Satz 5 genannten Voraussetzungen ausgeschlossen.“</b></p>
<p>cc) In Satz 7 wird die Angabe „1, 2 und 5“ durch die Angabe „1, 2, 5 und 6b“ ersetzt.</p>	<p>cc) <b>Im neuen Satz 8</b> wird die Angabe „1, 2 und 5“ durch die Angabe „1, 2, 5 und 6b“ ersetzt.</p>
<p>5. § 5 wird wie folgt geändert:</p>	<p>5. § 5 wird wie folgt geändert:</p>
<p>a) In Absatz 2a Satz 1 wird die Angabe „400 000“ durch die Angabe „500 000“ und die Angabe „200 000“ durch die Angabe „250 000“ ersetzt.</p>	<p>a) <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>
<p>b) In Absatz 2b Satz 1 bis 3 und 5 wird die Angabe „2023 und 2024“ jeweils durch die Angabe „2023 bis 2026“ ersetzt.</p>	<p>b) <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>
<p>c) Absatz 2c wird wie folgt geändert:</p>	<p>c) <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>
<p>aa) Satz 3 wird wie folgt gefasst:</p>	
<p>„Der nach Satz 1 für das Kalenderjahr 2024, 2025 und 2026 jeweils ermittelte Zuschlag ist bei Patientinnen oder Patienten abzurechnen, die im Zeitraum vom 1. Januar des jeweiligen Kalenderjahres bis zum 31. Dezember des jeweiligen Kalenderjahres zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden.“</p>	
<p>bb) In den Sätzen 1, 4 und 7 wird die Angabe „2023 oder 2024“ jeweils durch die Angabe „2023, 2024, 2025 oder 2026“ ersetzt.</p>	
<p>d) Nach Absatz 3i werden die folgenden Absätze 3j bis 3m eingefügt:</p>	<p>d) Nach Absatz 3i werden die folgenden Absätze 3j bis 3m eingefügt:</p>

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

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

<b>Entwurf</b>	<b>Beschlüsse des 14. Ausschusses</b>
<i>Kalenderjahr abweichend von Satz 1 keinen Zuschlag erheben.</i>	

(3k) Zur Förderung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen erheben Krankenhäuser und die in § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten besonderen Einrichtungen, die im jeweiligen Kalenderjahr aus dem Vergütungssystem ausgenommen sind, für die Jahre 2025 und 2026 einen Zuschlag. Zur Erhebung dieses Zuschlags ermittelt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus auf der Grundlage der ihm nach § 21 Absatz 1 und 2 übermittelten Daten für die im Jahr 2023 erbrachten nach Satz 3 maßgeblichen Fälle, bewertet mit den Bewertungsrelationen für das Kalenderjahr 2024, die Summe der effektiven Bewertungsrelationen; bei der Ermittlung sind die im Katalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ausgewiesenen bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen für Pflegepersonalkosten nicht zu berücksichtigen. Maßgebliche Fälle sind alle voll- oder teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten, die zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Krankenhaus über 28 Tage und unter 16 Jahre alt sind. Für die Ermittlung eines Erlösvolumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen multipliziert das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus jeweils für die Kalenderjahre 2025 und 2026 die nach Satz 2 berechnete Summe der effektiven Bewertungsrelationen mit dem nach § 10 Absatz 9 Satz 1 für das dem jeweiligen Kalenderjahr vorausgegangene Kalenderjahr berechneten einheitlichen Basisfallwert und erhöht das sich jeweils ergebende Produkt um den für das jeweilige Kalenderjahr nach § 9 Absatz 1b Satz 1 vereinbarten Veränderungswert. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus berechnet jeweils einen Prozentsatz für die Kalenderjahre 2025 und 2026 als Verhältnis eines Betrags in Höhe von 300 Millionen Euro und der Summe des jeweiligen nach Satz 4

(3k) Zur Förderung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen erheben Krankenhäuser und die in § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten besonderen Einrichtungen, die im jeweiligen Kalenderjahr aus dem Vergütungssystem ausgenommen sind, für die **Kalenderjahre** 2025 und 2026 einen Zuschlag. Zur Erhebung dieses Zuschlags ermittelt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus auf der Grundlage der ihm nach § 21 Absatz 1 und 2 übermittelten Daten für die im Jahr 2023 erbrachten nach Satz 3 maßgeblichen **und** mit den Bewertungsrelationen für das Kalenderjahr 2024 **bewerteten Fälle** die Summe der effektiven Bewertungsrelationen; bei der Ermittlung sind die im Katalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ausgewiesenen bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen für Pflegepersonalkosten nicht zu berücksichtigen. Maßgebliche Fälle sind alle voll- oder teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten, die zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Krankenhaus über 28 Tage und unter 16 Jahre alt sind. Für die Ermittlung eines Erlösvolumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen multipliziert das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus jeweils für die Kalenderjahre 2025 und 2026 die nach Satz 2 berechnete Summe der effektiven Bewertungsrelationen mit dem nach § 10 Absatz 9 Satz 1 für das dem jeweiligen Kalenderjahr vorausgegangene Kalenderjahr berechneten einheitlichen Basisfallwert und erhöht das sich jeweils ergebende Produkt um den für das jeweilige Kalenderjahr nach § 9 Absatz 1b Satz 1 vereinbarten Veränderungswert. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus berechnet jeweils einen Prozentsatz für die Kalenderjahre 2025 und 2026 als Verhältnis eines Betrags in Höhe von 300 Millionen Euro und der

ermittelten Erlösvolumens und eines Betrags in Höhe von 90 Millionen Euro und veröffentlicht diesen Prozentsatz für das *jeweils folgende* Kalenderjahr bis zum 15. Dezember, *erstmals bis zum 15. Dezember 2024*, barrierefrei auf seiner Internetseite. Die nach Satz 5 jeweils berechneten Prozentsätze sind kaufmännisch auf drei Nachkommastellen zu runden. In den Kalenderjahren 2025 und 2026 berechnen die Krankenhäuser für die nach Satz 3 maßgeblichen Fälle, die im Zeitraum vom 1. Januar des jeweiligen Kalenderjahres bis zum 31. Dezember des jeweiligen Kalenderjahres zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden, jeweils einen Zuschlag in Höhe des nach Satz 5 für das jeweilige Kalenderjahr ermittelten Prozentsatzes auf die im auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog bewerteten Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und die Vergütung des Vorhaltebudgets nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b. Die Krankenhäuser haben den Zuschlag jeweils gesondert in der Rechnung auszuweisen. In den Kalenderjahren 2025 und 2026 berechnen die in § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten besonderen Einrichtungen, die im jeweiligen Kalenderjahr aus dem Vergütungssystem ausgenommen sind, für die nach Satz 3 maßgeblichen Fälle, die im Zeitraum vom 1. Januar des jeweiligen Kalenderjahres bis zum 31. Dezember des jeweiligen Kalenderjahres aufgenommen werden, jeweils einen Zuschlag in Höhe des nach Satz 5 für das jeweilige Kalenderjahr ermittelten Prozentsatzes auf die nach § 6 Absatz 1 Satz 1 vereinbarten fall- oder tagesbezogenen Entgelte *und weisen diesen* Zuschlag jeweils gesondert in der Rechnung aus.

Summe des jeweiligen nach Satz 4 ermittelten Erlösvolumens und eines Betrags in Höhe von 90 Millionen Euro und veröffentlicht diesen Prozentsatz für das **jeweilige** Kalenderjahr bis zum 15. Dezember **des jeweils vorhergehenden Kalenderjahres** barrierefrei auf seiner Internetseite. Die nach Satz 5 jeweils berechneten Prozentsätze sind kaufmännisch auf drei Nachkommastellen zu runden. In den Kalenderjahren 2025 und 2026 berechnen die Krankenhäuser für die nach Satz 3 maßgeblichen Fälle, die im Zeitraum vom 1. Januar des jeweiligen Kalenderjahres bis zum 31. Dezember des jeweiligen Kalenderjahres zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden, jeweils einen Zuschlag in Höhe des nach Satz 5 für das jeweilige Kalenderjahr ermittelten Prozentsatzes auf die im auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog bewerteten Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und die Vergütung des Vorhaltebudgets nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b. Die Krankenhäuser haben den Zuschlag jeweils gesondert in der Rechnung auszuweisen. In den Kalenderjahren 2025 und 2026 berechnen die in § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten besonderen Einrichtungen, die im jeweiligen Kalenderjahr aus dem Vergütungssystem ausgenommen sind, für die nach Satz 3 maßgeblichen Fälle, die im Zeitraum vom 1. Januar des jeweiligen Kalenderjahres bis zum 31. Dezember des jeweiligen Kalenderjahres aufgenommen werden, jeweils einen Zuschlag in Höhe des nach Satz 5 für das jeweilige Kalenderjahr ermittelten Prozentsatzes auf die nach § 6 Absatz 1 Satz 1 vereinbarten fall- oder tagesbezogenen Entgelte. **Die in Satz 9 genannten Einrichtungen haben den** Zuschlag jeweils gesondert in der Rechnung **auszuweisen**.

<b>Entwurf</b>	<b>Beschlüsse des 14. Ausschusses</b>
<p>(3l) Die in § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten besonderen Einrichtungen, die in einem Kalenderjahr, erstmals in dem Kalenderjahr 2027, aus dem Vergütungssystem ausgenommen sind, berechnen für die nach Absatz 3k Satz 3 maßgeblichen Fälle, die im Zeitraum vom 1. Januar des jeweiligen Kalenderjahres bis zum 31. Dezember des jeweiligen Kalenderjahres aufgenommen werden, einen Zuschlag in Höhe des nach Absatz 3k Satz 5 für das Kalenderjahr 2026 ermittelten Prozentsatzes auf die nach § 6 Absatz 1 Satz 1 vereinbarten fall- oder tagesbezogenen Entgelte <i>und weisen diesen</i> Zuschlag jeweils gesondert in der Rechnung <i>aus</i>.</p>	<p>(3l) Die in § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten besonderen Einrichtungen, die in einem Kalenderjahr, erstmals in dem Kalenderjahr 2027, aus dem Vergütungssystem ausgenommen sind, berechnen für die nach Absatz 3k Satz 3 maßgeblichen Fälle, die im Zeitraum vom 1. Januar des jeweiligen Kalenderjahres bis zum 31. Dezember des jeweiligen Kalenderjahres aufgenommen werden, einen Zuschlag in Höhe des nach Absatz 3k Satz 5 für das Kalenderjahr 2026 ermittelten Prozentsatzes auf die nach § 6 Absatz 1 Satz 1 vereinbarten fall- oder tagesbezogenen Entgelte. <b>Die in Satz 1 genannten Einrichtungen haben den Zuschlag jeweils gesondert in der Rechnung auszuweisen.</b></p>

<b>Entwurf</b>	<b>Beschlüsse des 14. Ausschusses</b>
<p>(3m) Die in § 108 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten zugelassenen Krankenhäuser erheben zur Finanzierung ihrer speziellen Vorhaltung gegenüber den Patientinnen oder Patienten, die ab dem 1. Januar 2027 zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden, oder ihren Kostenträgern einen Zuschlag. Der Krankenhausträger ermittelt die Höhe des Zuschlags nach Satz 1 in einem Kalenderjahr, indem der für dieses Kalenderjahr vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach § 38 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für das jeweilige Krankenhaus veröffentlichte Betrag durch die voraussichtliche Summe der voll- und teilstationären Fälle des jeweiligen Krankenhauses im jeweiligen Kalenderjahr geteilt wird. Weicht die in einem Kalenderjahr abgerechnete Summe der Zuschläge nach Satz 1 von dem für das jeweilige Krankenhaus und das jeweilige Kalenderjahr nach § 38 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes veröffentlichten Betrag ab, werden die Mehr- oder Mindererlöse über den Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche nach Absatz 4 Satz 1 im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum vollständig ausgeglichen.“</p>	<p>(3m) <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>
<p>6. § 6 wird wie folgt geändert:</p>	<p>6. § 6 wird wie folgt geändert:</p>
<p>a) Absatz 2a Satz 1 wird wie folgt geändert:</p>	<p>a) <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>
<p>aa) Im Satzteil vor der Aufzählung werden die Wörter „§ 7 Satz 1 Nr. 1 und 2“ durch die Wörter „§ 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2“ ersetzt.</p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>bb) In Nummer 2 werden nach dem Wort „Höhe“ die Wörter „der Vergütung eines Vorhaltebudgets und“ eingefügt.</p>	
<p>b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:</p>	<p>b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:</p>
<p>aa) In Satz 5 werden nach dem Wort „Erhöhungsbetrag“ die Wörter „auf Verlangen einer Vertragspartei über das Budget des jeweils laufenden Pflegesatzzeitraums und anderenfalls“ eingefügt.</p>	<p>aa) <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>
<p>bb) Folgender Satz wird angefügt:</p>	<p>bb) Folgender Satz wird angefügt:</p>
<p>„Die für das Jahr 2025 zu vereinbarende Erlössumme ist unter Berücksichtigung des nach § 9 Absatz 1b Satz 1 zweiter Halbsatz vereinbarten Veränderungswerts zu vereinbaren; bis zum Ablauf des ... [einsetzen: Tag der Verkündung dieses Gesetzes] getroffene Vereinbarungen über diese Erlössumme sind bis zum ... [einsetzen: Datum zwei Monate nach <i>Datum des Inkrafttretens</i> nach Artikel 7 dieses Gesetzes] entsprechend anzupassen.“</p>	<p>„Die für das Jahr 2025 zu vereinbarende Erlössumme ist unter Berücksichtigung des nach § 9 Absatz 1b Satz 1 zweiter Halbsatz vereinbarten Veränderungswerts zu vereinbaren; bis zum Ablauf des ... [einsetzen: Tag der Verkündung dieses Gesetzes] getroffene Vereinbarungen über diese Erlössumme sind bis zum ... [einsetzen: Datum zwei Monate nach <b>Inkrafttreten</b> nach Artikel 7] entsprechend anzupassen.“</p>
<p>7. <i>In § 6a Absatz 1 Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „dies gilt nicht für Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.</i></p>	<p>7. <b>§ 6a wird wie folgt geändert:</b></p>
	<p>a) In Absatz 1 Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „<b>dies gilt nicht für die in § 115g Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen</b>“ eingefügt.</p>
	<p>b) In Absatz 5 Satz 2 wird die Angabe „<b>7 und 9</b>“ durch die Angabe „<b>8 und 10</b>“ ersetzt.</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
8. Nach § 6a werden die folgenden §§ 6b und 6c eingefügt:	8. Nach § 6a werden die folgenden §§ 6b und 6c eingefügt:
„§ 6b	„§ 6b
Vergütung eines Vorhaltebudgets	Vergütung eines Vorhaltebudgets
<p>(1) Jedes Krankenhaus erhält ab dem 1. Januar 2027 für jede Leistungsgruppe, die ihm <i>gemäß</i> § 6a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurde, ein Vorhaltebudget, wenn das jeweilige Krankenhaus für die betreffenden Krankenhausstandorte die jeweilige <i>standortbezogene</i> Mindestvorhaltezah nach § 135f Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt oder für das jeweilige Krankenhaus und die jeweilige Leistungsgruppe eine Feststellung nach Absatz 2 Satz 1 getroffen wurde. Das Vorhaltebudget für ein Krankenhaus und eine Leistungsgruppe in einem Kalenderjahr ergibt sich aus der Summe der in dem Bescheid gemäß § 37 Absatz 5 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für die Standorte des jeweiligen Krankenhauses, die jeweilige Leistungsgruppe und das jeweilige Kalenderjahr festgestellten <i>Förderbeträge</i> nach § 39 Absatz 2 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und des Produkts der Summe der in dem Bescheid gemäß § 37 Absatz 5 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für die Standorte des jeweiligen Krankenhauses, die jeweilige Leistungsgruppe und das jeweilige Kalenderjahr festgestellten Vorhaltevolumina und des für das jeweilige Kalenderjahr vereinbarten oder festgesetzten Landesbasisfallwerts. Das Gesamtvorhaltebudget für ein Krankenhaus und ein Kalenderjahr ergibt sich aus der Summe der Vorhaltebudgets dieses Krankenhauses im jeweiligen Kalenderjahr für die Leistungsgruppen, die ihm für mindestens einen seiner Standorte <i>nach § 6a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes</i> zugewiesen wurden.</p>	<p>(1) Jedes Krankenhaus erhält ab dem 1. Januar 2027 für jede Leistungsgruppe, die ihm <b>nach § 6a Absatz 1 Satz 1</b> des Krankenhausfinanzierungsgesetzes <b>für mindestens einen seiner Krankenhausstandorte</b> zugewiesen wurde, ein Vorhaltebudget, wenn das jeweilige Krankenhaus für die betreffenden Krankenhausstandorte die jeweilige Mindestvorhaltezah nach § 135f Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt oder für das jeweilige Krankenhaus und die jeweilige Leistungsgruppe eine Feststellung nach Absatz 2 Satz 1 getroffen wurde. Das Vorhaltebudget für ein Krankenhaus und eine Leistungsgruppe in einem Kalenderjahr ergibt sich aus der Summe der in dem Bescheid gemäß § 37 Absatz 5 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für die Standorte des jeweiligen Krankenhauses, die jeweilige Leistungsgruppe und das jeweilige Kalenderjahr festgestellten, nach § 39 Absatz 3 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes <b>aufgeteilten Beträge</b> und des Produkts der Summe der in dem Bescheid gemäß § 37 Absatz 5 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für die Standorte des jeweiligen Krankenhauses, die jeweilige Leistungsgruppe und das jeweilige Kalenderjahr festgestellten Vorhaltevolumina und des für das jeweilige Kalenderjahr vereinbarten oder festgesetzten Landesbasisfallwerts. Das Gesamtvorhaltebudget für ein Krankenhaus und ein Kalenderjahr ergibt sich aus der Summe der Vorhaltebudgets dieses Krankenhauses im jeweiligen Kalenderjahr für die Leistungsgruppen, die ihm <b>nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes</b> für mindestens einen seiner Standorte zugewiesen wurden.</p>

<b>Entwurf</b>	<b>Beschlüsse des 14. Ausschusses</b>
<p>(2) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann durch Bescheid feststellen, dass die Erbringung von Leistungen aus einer Leistungsgruppe durch ein Krankenhaus unabhängig von der Erfüllung der für die jeweilige Leistungsgruppe festgelegten Mindestvorhaltezah zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist; § 6a Absatz 4 Satz 2 und 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gilt entsprechend. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde teilt dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie dem Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung erstmalig spätestens bis zum 31. Oktober 2026 und anschließend jeweils spätestens zum 31. Oktober eines Kalenderjahres mit, für welche Krankenhausstandorte und für welche Leistungsgruppen für das jeweils nächste Kalenderjahr eine Feststellung nach Satz 1 getroffen wurde.</p>	<p>(2) <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>
<p>(3) Der Anspruch des Krankenhauses auf ein Vorhaltebudget nach Absatz 1 Satz 1 ist vorrangig durch die Abrechnung nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b und ergänzend nach den Regelungen der Absätze 4 und 5 zu erfüllen.</p>	<p>(3) <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>(4) Wenn die Erlöse des Krankenhauses aus den Entgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b im ersten oder im zweiten Quartal eines Kalenderjahres <i>das einem Krankenhaus für ein Viertel des laufenden Kalenderjahres zustehende Gesamtvorhaltebudget nach Absatz 1 Satz 3</i> voraussichtlich jeweils um mindestens 10 Prozent unterschreiten, kann das Krankenhaus verlangen, dass die Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b für den Zeitraum der nach dem jeweiligen Quartal verbleibenden Monate dieses Kalenderjahres um einen Zuschlag in Höhe von 10 Prozent erhöht werden. Das Krankenhaus hat ein Verlangen nach Satz 1 bezogen auf das erste Quartal eines Kalenderjahres bis zum 31. März dieses Kalenderjahres und bezogen auf das zweite Quartal eines Kalenderjahres bis zum 30. Juni dieses Kalenderjahres gegenüber den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, gegenüber dem Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung sowie gegenüber der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde auf elektronischem Wege anzuzeigen und die voraussichtliche Unterschreitung nach Satz 1 hierbei glaubhaft zu machen; § 14 findet keine Anwendung.</p>	<p>(4) Wenn die Erlöse des Krankenhauses aus den Entgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b im ersten oder im zweiten Quartal eines Kalenderjahres ein Viertel des <b>Gesamtvorhaltebudgets dieses Krankenhauses für dieses Kalenderjahr</b> voraussichtlich jeweils um mindestens 10 Prozent unterschreiten, kann das Krankenhaus verlangen, dass die Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b für den Zeitraum der nach dem jeweiligen Quartal verbleibenden Monate dieses Kalenderjahres um einen Zuschlag in Höhe von 10 Prozent erhöht werden. Das Krankenhaus hat ein Verlangen nach Satz 1 bezogen auf das erste Quartal eines Kalenderjahres bis zum 31. März dieses Kalenderjahres und bezogen auf das zweite Quartal eines Kalenderjahres bis zum 30. Juni dieses Kalenderjahres gegenüber den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, gegenüber dem Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung sowie gegenüber der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde auf elektronischem Wege anzuzeigen und die voraussichtliche Unterschreitung nach Satz 1 hierbei glaubhaft zu machen; § 14 findet keine Anwendung.</p>
<p>(5) Weicht die Summe der Erlöse eines Krankenhauses aus den Entgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b in einem Kalenderjahr von dem Betrag des Gesamtvorhaltebudgets dieses Krankenhauses für dieses Kalenderjahr ab, gilt für den Ausgleich von Mehr- oder <i>Mindererlösen ab dem Jahr 2027</i> (Ausgleichsbetrag):</p>	<p>(5) Weicht die Summe der Erlöse eines Krankenhauses aus den Entgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b in einem Kalenderjahr von dem Betrag des Gesamtvorhaltebudgets dieses Krankenhauses für dieses Kalenderjahr ab, gilt <b>ab dem Kalenderjahr 2027</b> für den Ausgleich <b>dieser</b> Mehr- oder <b>Mindererlöse</b> (Ausgleichsbetrag), <b>dass</b></p>
<p>1. Mindererlöse, die <i>infolge der Anwendung des § 275a Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entstehen, werden</i> nicht ausgeglichen,</p>	<p>1. Mindererlöse, die <b>entstehen, weil das Krankenhaus nach § 275a Absatz 5 Satz 1</b> des Fünften Buches Sozialgesetzbuch <b>Leistungen nicht abrechnen durfte</b>, nicht ausgeglichen <b>werden</b>,</p>

<b>Entwurf</b>	<b>Beschlüsse des 14. Ausschusses</b>
2. Mehrerlöse, die <i>infolge der Anwendung des § 275a Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entstehen, werden zu 100 Prozent ausgeglichen,</i>	2. Mehrerlöse, die <b>entstehen, weil das Krankenhaus entgegen § 275a Absatz 5 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Leistungen abgerechnet hat, vollständig ausgeglichen</b> werden,
3. sonstige Mehr- oder Mindererlöse <i>werden vollständig ausgeglichen.</i>	3. sonstige Mehr- oder Mindererlöse vollständig ausgeglichen <b>werden.</b>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>Zur Ermittlung des Ausgleichsbetrags für ein Kalenderjahr bestimmt das Krankenhaus bis zum 28. Februar des jeweils folgenden Kalenderjahres die Summe der abgerechneten oder abzurechnenden Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b für sämtliche Fälle, in denen die Patientin oder der Patient bis zum 31. Dezember des jeweiligen Kalenderjahres entlassen wurde; noch nicht abgerechnete Entgelte sind vom Krankenhaus sachgerecht zu schätzen. Der nach Satz 2 ermittelte Ausgleichsbetrag wird in einem Zeitraum von zwölf Wochen nach der Erteilung der Genehmigung nach § 14 Absatz 1a durch einen prozentualen Zu- oder Abschlag auf die Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b abgerechnet. Das Krankenhaus übermittelt bis zum 28. Februar die nach Satz 2 bestimmte Summe der abgerechneten oder abzurechnenden Entgelte, die Höhe des ermittelten Ausgleichsbetrags, die Höhe des sich hieraus ergebenden prozentualen Zu- oder Abschlags und den in Satz 3 genannten Zeitraum sowie den Bescheid nach § 37 Absatz 5 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für das jeweilige Krankenhaus und das jeweilige Kalenderjahr an die anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie an die für die Krankenhausplanung <i>zuständigen</i> Landesbehörde auf elektronischem Wege. Spätestens mit endgültiger Berechnung des Ausgleichs nach § 4 Absatz 3 wird auch der Ausgleich <i>für das Vorhaltebudget</i> endgültig vereinbart. § 4 Absatz 3 Satz 7 <i>gilt entsprechend</i>.</p>	<p>Zur Ermittlung des Ausgleichsbetrags für ein Kalenderjahr bestimmt das Krankenhaus bis zum 28. Februar des jeweils folgenden Kalenderjahres die Summe der abgerechneten oder abzurechnenden Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b für sämtliche Fälle, in denen die Patientin oder der Patient bis zum 31. Dezember des jeweiligen Kalenderjahres entlassen wurde; noch nicht abgerechnete Entgelte sind vom Krankenhaus sachgerecht zu schätzen. Der nach Satz 2 ermittelte Ausgleichsbetrag wird in einem Zeitraum von zwölf Wochen nach der Erteilung der Genehmigung nach § 14 Absatz 1a durch einen prozentualen Zu- oder Abschlag auf die Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b abgerechnet. Das Krankenhaus übermittelt bis zum 28. Februar <b>des jeweils folgenden Kalenderjahres</b> die nach Satz 2 bestimmte Summe der abgerechneten oder abzurechnenden Entgelte, die Höhe des ermittelten Ausgleichsbetrags, die Höhe des sich hieraus ergebenden prozentualen Zu- oder Abschlags und den in Satz 3 genannten Zeitraum sowie den Bescheid nach § 37 Absatz 5 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für das jeweilige Krankenhaus und das jeweilige Kalenderjahr an die anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie an die für die Krankenhausplanung <b>zuständige</b> Landesbehörde auf elektronischem Wege. Spätestens mit endgültiger Berechnung des Ausgleichs nach § 4 Absatz 3 wird auch der Ausgleich <b>nach den Sätzen 1 bis 3</b> endgültig vereinbart. <b>Zur Ermittlung der in Satz 1 genannten Mehr- oder Mindererlöse hat der Krankenhausträger den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes eine von einem Jahresabschlussprüfer bestätigte Aufstellung über die Erlöse aus den Entgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b vorzulegen.</b></p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>(6) Die Vertragsparteien nach § 11 ermitteln für das jeweilige Krankenhaus und für jedes der Kalenderjahre 2027 und 2028 einen Konvergenzbetrag nach Maßgabe der Sätze 2 bis 4. Der Konvergenzbetrag beträgt unter Beachtung des jeweiligen Vorzeichens für das Kalenderjahr 2027 66 Prozent und für das Kalenderjahr 2028 33 Prozent der Differenz zwischen dem in Satz 3 genannten Ausgangswert und dem in Satz 4 genannten Zielwert. Der Ausgangswert für ein Kalenderjahr ergibt sich als Produkt der Summe der für das Kalenderjahr 2026 für das jeweilige Krankenhaus vereinbarten und genehmigten Vorhaltebewertungsrelationen und des für das jeweilige Kalenderjahr vereinbarten oder festgesetzten Landesbasisfallwerts. Der Zielwert für das jeweilige Kalenderjahr ist das für das jeweilige Kalenderjahr nach Absatz 1 Satz 3 ermittelte Gesamtvorhaltebudget des jeweiligen Krankenhauses abzüglich der Summe aller in dem Bescheid gemäß § 37 Absatz 5 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für die Standorte des jeweiligen Krankenhauses und das jeweilige Kalenderjahr festgestellten Förderbeträge nach § 39 Absatz 2 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Der nach Satz 1 ermittelte Konvergenzbetrag wird jeweils über einen prozentualen Zu- oder Abschlag auf die Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b abgerechnet. Spätestens mit endgültiger Berechnung des Ausgleichs nach § 4 Absatz 3 wird auch der Ausgleich für das Vorhaltebudget endgültig vereinbart. § 4 Absatz 3 Satz 7 gilt entsprechend.</p>	<p>(6) Die Vertragsparteien nach § 11 ermitteln für das jeweilige Krankenhaus und für jedes der Kalenderjahre 2027 und 2028 einen Konvergenzbetrag nach Maßgabe der Sätze 2 bis 4. Der Konvergenzbetrag beträgt unter Beachtung des jeweiligen Vorzeichens für das Kalenderjahr 2027 66 Prozent und für das Kalenderjahr 2028 33 Prozent der Differenz zwischen dem in Satz 3 genannten Ausgangswert und dem in Satz 4 genannten Zielwert. Der Ausgangswert für ein Kalenderjahr ergibt sich als Produkt der Summe der für das Kalenderjahr 2026 für das jeweilige Krankenhaus vereinbarten und genehmigten Vorhaltebewertungsrelationen und des für das jeweilige Kalenderjahr vereinbarten oder festgesetzten Landesbasisfallwerts. Der Zielwert für das jeweilige Kalenderjahr ist das für das jeweilige Kalenderjahr nach Absatz 1 Satz 3 ermittelte Gesamtvorhaltebudget des jeweiligen Krankenhauses abzüglich der Summe aller in dem Bescheid gemäß § 37 Absatz 5 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für die Standorte des jeweiligen Krankenhauses und das jeweilige Kalenderjahr festgestellten, nach § 39 Absatz 3 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes aufgeteilten Beträge. Der nach Satz 1 ermittelte Konvergenzbetrag wird jeweils über einen prozentualen Zu- oder Abschlag auf die Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b abgerechnet. Spätestens mit endgültiger Berechnung des Ausgleichs nach § 4 Absatz 3 wird auch der Ausgleich nach den Sätzen 1 bis 5 endgültig vereinbart. Zur Ermittlung der Mehr- oder Mindererlöse, die sich aus der jeweiligen in Satz 2 genannten Differenz zwischen dem jeweiligen Ausgangswert und dem jeweiligen Zielwert ergeben, hat der Krankenhausträger den anderen Vertragsparteien nach § 11 eine vom Jahresabschlussprüfer bestätigte Aufstellung über die Erlöse aus den Entgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b vorzulegen.</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
§ 6c	§ 6c
Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen	Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen
<p>(1) Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren für <i>voll- und teilstationäre Leistungen, die einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung im Sinne des § 115g Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nach § 6c Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen sind</i>, unter Beachtung des Versorgungsauftrags dieser sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung sowie der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 ein finanzielles Gesamtvolumen (Gesamtvolumen). Die Vertragsparteien nach § 11 <i>bestimmen</i> in der Vereinbarung nach Satz 1 insbesondere</p>	<p>(1) Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren für die <b>nach § 115g Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 bis 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vereinbarten stationären Leistungen einer in § 115g Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung</b> unter Beachtung des Versorgungsauftrags dieser sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung, <b>der Ergebnisse der Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</b> sowie der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 ein finanzielles Gesamtvolumen (Gesamtvolumen); <b>§ 18 Absatz 1 Satz 2 bis 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gilt für diese Vereinbarung entsprechend</b>. Die Vertragsparteien nach § 11 <b>vereinbaren</b> in der Vereinbarung nach Satz 1 insbesondere</p>
	<p><b>1. Art und Menge der voraussichtlich zu erbringenden voll- und teilstationären Leistungen,</b></p>
<p>1. ein krankenhausindividuelles Tagesentgelt für diejenigen Fälle, in denen die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung die ärztlichen Leistungen erbringt, <i>sowie dessen Degression,</i></p>	<p><b>2.</b> ein krankenhausindividuelles Tagesentgelt für diejenigen Fälle, in denen die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung die ärztlichen Leistungen erbringt, <b>und</b> dessen Degression,</p>
<p>2. ein verringertes krankenhausindividuelles Tagesentgelt für diejenigen Fälle, in denen die ärztlichen Leistungen durch einen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer erbracht werden, <i>sowie dessen Degression,</i></p>	<p><b>3.</b> ein verringertes krankenhausindividuelles Tagesentgelt für diejenigen Fälle, in denen die ärztlichen Leistungen durch einen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer erbracht werden, <b>und</b> dessen Degression,</p>

<b>Entwurf</b>	<b>Beschlüsse des 14. Ausschusses</b>
3. weitere krankenhausesindividuelle Tagesentgelte mit Degression, soweit dies für eine sachgerechte Vergütung erforderlich ist,	4. weitere krankenhausesindividuelle Tagesentgelte mit Degression, soweit dies für eine sachgerechte Vergütung erforderlich ist, <b>einschließlich eines krankenhausesindividuellen Tagesentgelts mit Degression für diejenigen Fälle, in denen die ärztlichen Leistungen teils durch die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung und teils durch einen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer erbracht werden,</b>
4. die sachgerechte Aufteilung des Gesamtvolumens auf die in den Nummern 1 bis 3 genannten Tagesentgelte,	5. die sachgerechte Aufteilung des Gesamtvolumens auf die in den Nummern 2 bis 4 genannten Tagesentgelte,
5. <i>Art und Menge der voraussichtlich zu erbringenden voll- und teilstationären Leistungen,</i>	<b>entfällt</b>
6. die Höhe der Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen und den Anteil dieser Pflegepersonalkosten an dem Gesamtvolumen sowie	6. <b>u n v e r ä n d e r t</b>
7. die Mehr- und Mindererlösausgleiche nach Absatz 5.	7. <b>u n v e r ä n d e r t</b>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>§ 11 Absatz 1 Satz 2, 3 und 4 erster Halbsatz sowie Absatz 2 gilt für die Vereinbarung nach Satz 1 entsprechend. Die Vereinbarung nach Satz 1 ist schriftlich oder elektronisch abzuschließen und unter Verwendung der nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 vereinbarten vorzulegenden Unterlagen auf maschinenlesbaren Datenträgern zu dokumentieren. Die Vertragsparteien nehmen die Verhandlung über eine Vereinbarung nach Satz 1 unverzüglich auf, nachdem eine Vertragspartei dazu schriftlich oder elektronisch aufgefordert hat. Die Verhandlung soll unter Berücksichtigung der Sechswochenfrist des § 18 Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes so rechtzeitig abgeschlossen werden, dass das neue Gesamtvolumen und die neuen krankenhausesindividuellen Tagesentgelte mit Ablauf des Kalenderjahres, das dem Kalenderjahr vorausgeht, für das die Vereinbarung gelten soll, in Kraft treten können.</p>	<p><b>Die Vereinbarung nach Satz 1 ist für ein zukünftiges Kalenderjahr zu schließen, wenn der Krankenhausstandort ganzjährig betrieben wird, und kann mehrere Kalenderjahre umfassen;</b> § 11 Absatz 1 Satz 3 und 4 erster Halbsatz gilt entsprechend. Die Vereinbarung nach Satz 1 ist schriftlich oder elektronisch abzuschließen und unter Verwendung der nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 vereinbarten vorzulegenden Unterlagen auf maschinenlesbaren Datenträgern zu dokumentieren. Die Vertragsparteien nehmen die Verhandlung über eine Vereinbarung nach Satz 1 unverzüglich auf, nachdem eine Vertragspartei <b>sie</b> dazu schriftlich oder elektronisch aufgefordert hat. Die Verhandlung soll so rechtzeitig abgeschlossen werden, dass das neue Gesamtvolumen und die neuen krankenhausesindividuellen Tagesentgelte mit Ablauf des Kalenderjahres, das dem Kalenderjahr vorausgeht, für das die Vereinbarung gelten soll, in Kraft treten können; <b>die Verhandlung ist innerhalb von sechs Wochen nach der in Satz 5 genannten Aufforderung abzuschließen.</b></p>

(2) Das Gesamtvolumen ist von den Vertragsparteien nach § 11 sachgerecht zu kalkulieren. Bei der Kalkulation des Gesamtvolumens sind Art und Menge der in Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 genannten voraussichtlich zu erbringenden Leistungen der jeweiligen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung und die Kosten, die *den in Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 voraussichtlich zu erbringenden Leistungen zuzuordnen sind, einschließlich der in Satz 4 genannten Pflegepersonalkosten zu berücksichtigen. Die Kosten und Leistungen sind zu anderweitig finanzierten Leistungsbereichen der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung abzugrenzen sowie die Vorgaben der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 zu beachten.* Die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen sind *gemäß der für das jeweilige Vereinbarungsjahr geltenden bundeseinheitlichen Definition und Regelungen für die Zuordnung von Kosten von Pflegepersonal nach § 17b Absatz 4 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu ermitteln und vollständig im Gesamtvolumen zu berücksichtigen; bei der Ermittlung sind § 6a Absatz 2 Satz 1 und 2 entsprechend anzuwenden.* Zu- und Abschläge sind gemäß den Vorgaben der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 bei der Kalkulation des Gesamtvolumens erhöhend oder mindernd zu berücksichtigen. Weichen in einem Kalenderjahr die tatsächlichen Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen von den nach Satz 4 ermittelten und nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 für das jeweilige Kalenderjahr vereinbarten Pflegepersonalkosten ab, sind die Mehr- oder Minderkosten bei der Vereinbarung des Gesamtvolumens für das auf dieses *Vereinbarungsjahr* folgende Kalenderjahr zu berücksichtigen, *§ 6a Absatz 2 Satz 3 erster Halbsatz ist entsprechend anzuwenden.*

(2) Das Gesamtvolumen ist von den Vertragsparteien nach § 11 sachgerecht zu kalkulieren. Bei der Kalkulation des Gesamtvolumens sind Art und Menge der in Absatz 1 Satz 2 Nummer **1** genannten voraussichtlich zu erbringenden Leistungen der jeweiligen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung und die Kosten, die **diesen** Leistungen zuzuordnen sind, einschließlich der in Satz 4 genannten Pflegepersonalkosten zu berücksichtigen. Die **in Satz 2 genannten Leistungen und deren Kosten der jeweiligen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung sind von anderen Leistungen und deren Kosten der jeweiligen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung, die anderweitig finanziert werden, abzugrenzen.** Die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen sind **auf der Grundlage der Summe der im jeweiligen vorhergehenden Kalenderjahr entstandenen Pflegepersonalkosten, die der bundeseinheitlichen Definition der ausgliedernden Pflegepersonalkosten und den Regelungen für die Zuordnung von Kosten von Pflegepersonal entsprechen, die** nach § 17b Absatz 4 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes **für das jeweilige Kalenderjahr vereinbart wurden, für das die Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 gelten soll, und unter Berücksichtigung der für das jeweilige Kalenderjahr zu erwartenden Veränderungen gegenüber dem jeweiligen vorhergehenden Kalenderjahr, insbesondere bei der Zahl und der beruflichen Qualifikation der Pflegevollkräfte sowie bei der Kostenentwicklung, zu ermitteln und vollständig im Gesamtvolumen zu berücksichtigen.** Zu- und Abschläge sind gemäß den Vorgaben der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 bei der Kalkulation des Gesamtvolumens erhöhend oder mindernd zu berücksichtigen. Weichen in einem Kalenderjahr die tatsächlichen Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen von den nach Satz 4 ermittelten und nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 für das jeweilige Kalenderjahr

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	vereinbarten Pflegepersonalkosten ab, sind die Mehr- oder Minderkosten bei der Vereinbarung des Gesamtvolumens für das auf dieses <b>Kalenderjahr</b> folgende Kalenderjahr zu berücksichtigen.
<p>(3) Die nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 bis 3 vereinbarten krankenhausindividuellen Tagesentgelte und die in Absatz 7 Satz 4 genannten vorläufigen Tagesentgelte sind <i>tagesbezogen</i> für den Tag zu erheben, an dem die Behandlung erbracht wurde. Bei Patientinnen und Patienten, die über den Jahreswechsel in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung stationär behandelt werden (Überlieger), werden die Erlöse aus den in Satz 1 genannten Tagesentgelten tagesbezogen dem jeweiligen Kalenderjahr zugeordnet, in dem die durch das jeweilige Tagesentgelt vergütete Behandlung erbracht wurde. Für das Gesamtvolumen gilt § 4 Absatz 4 entsprechend. Das Gesamtvolumen für ein <i>Vereinbarungsjahr</i> darf den Betrag, der sich ergibt, wenn das Gesamtvolumen des vorangegangenen <i>Vereinbarungsjahres</i> um den nach § 9 Absatz 1b Satz 1 für das jeweilige Kalenderjahr vereinbarten Veränderungswert erhöht wird, nur überschreiten, soweit diese Überschreitung durch eine Steigerung der nach Absatz 2 Satz 4 ermittelten Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen bedingt ist oder durch Veränderungen von <i>Art und Menge</i> der nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 zu vereinbarenden Leistungen bedingt ist. Wird für ein Kalenderjahr eine Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbart, so ist das Gesamtvolumen <i>des betroffenen Vereinbarungsjahres</i> um die nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbarte anteilige Erhöhungsrates zu erhöhen; für diese Erhöhung des Gesamtvolumens gilt keine Begrenzung durch den <i>Veränderungswert</i> nach § 9 Absatz 1b Satz 1.</p>	<p>(3) Die nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 bis 4 vereinbarten krankenhausindividuellen Tagesentgelte und die in Absatz 7 Satz 4 genannten vorläufigen Tagesentgelte sind für den Tag zu erheben, an dem die Behandlung erbracht wurde. Bei Patientinnen und Patienten, die über den Jahreswechsel in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung stationär behandelt werden (Überlieger), werden die Erlöse aus den in Satz 1 genannten Tagesentgelten tagesbezogen dem jeweiligen Kalenderjahr zugeordnet, in dem die durch das jeweilige Tagesentgelt vergütete Behandlung erbracht wurde. Für das Gesamtvolumen gilt § 4 Absatz 4 entsprechend. Das Gesamtvolumen für ein <b>Kalenderjahrjahr</b> darf den Betrag, der sich ergibt, wenn das Gesamtvolumen des <b>diesem Kalenderjahres</b> vorangegangenen <b>Kalenderjahres</b> um den nach § 9 Absatz 1b Satz 1 <b>erster Halbsatz</b> für das jeweilige Kalenderjahr vereinbarten Veränderungswert erhöht wird, nur überschreiten, soweit diese Überschreitung durch eine Steigerung der nach Absatz 2 Satz 4 ermittelten Pflegepersonalkosten bedingt ist oder durch Veränderungen von der nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 zu vereinbarenden <b>Art und Menge der voraussichtlich zu erbringenden voll- und teilstationären</b> Leistungen bedingt ist. Wird für ein Kalenderjahr eine Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbart, so ist das Gesamtvolumen <b>dieses Kalenderjahres</b> um die nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbarte anteilige Erhöhungsrates zu erhöhen; für diese Erhöhung des Gesamtvolumens gilt keine Begrenzung durch den nach § 9 Absatz 1b Satz 1 <b>erster Halbsatz vereinbarten Veränderungswert</b>.</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>(4) <i>Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen</i> dürfen für die von <i>ihnen</i> erbrachten voll- und teilstationären Leistungen ausschließlich die nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 bis 3 vereinbarten krankenhausesindividuellen Tagesentgelte oder die in Absatz 7 Satz 4 genannten vorläufigen Tagesentgelte abrechnen. <i>Zusätzlich zu den in Satz 1 genannten Tagesentgelten dürfen sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen keine anderen Entgelte für die in Satz 1 genannten Leistungen abrechnen. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen bedürfen einer Bescheinigung nach § 275a Absatz 6 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, um Leistungen nach dem Kode des Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, der das geprüfte Strukturmerkmale enthält, vereinbaren und abrechnen zu können. Die auf der Bundesebene nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 vereinbarten Abrechnungsbestimmungen sind anzuwenden.</i></p>	<p>(4) <b>Krankenhäuser</b> dürfen für die von <b>ihren sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen</b> erbrachten voll- und teilstationären Leistungen ausschließlich die nach Absatz 1 Satz 2 Nummer <b>2 bis 4</b> vereinbarten krankenhausesindividuellen Tagesentgelte oder die in Absatz 7 Satz 4 genannten vorläufigen Tagesentgelte abrechnen.</p>
<p>(5) Weicht die Summe der auf ein <i>Vereinbarungsjahr</i> entfallenden Erlöse der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung aus den nach Absatz 1 Satz 2 vereinbarten krankenhausesindividuellen Tagesentgelten von dem für dieses <i>Vereinbarungsjahr</i> vereinbarten Gesamtvolumen ab, werden die Mehr- oder Mindererlöse wie folgt ausgeglichen:</p>	<p>(5) Weicht die Summe der auf ein <b>Kalenderjahr</b> entfallenden Erlöse der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung aus den nach Absatz 1 Satz 2 <b>Nummer 2 bis 4</b> vereinbarten krankenhausesindividuellen Tagesentgelten von dem für dieses <b>Kalenderjahr</b> vereinbarten Gesamtvolumen ab, werden die Mehr- oder Mindererlöse wie folgt ausgeglichen:</p>
<p>1. Mehr oder- Mindererlöse, soweit sie den nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 vereinbarten Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen <i>zuzurechnen</i> sind, werden vollständig ausgeglichen,</p>	<p>1. Mehr oder- Mindererlöse, soweit sie den nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 vereinbarten Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen <b>zuzuordnen</b> sind, werden vollständig ausgeglichen,</p>
<p>2. Mindererlöse, <i>die nicht nach Nummer 1 ausgeglichen</i> werden, werden zu 40 Prozent ausgeglichen,</p>	<p>2. <b>andere</b> Mindererlöse werden zu 40 Prozent ausgeglichen,</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>3. Mehrerlöse, die nicht nach Nummer 1 ausgeglichen werden, werden zu 65 Prozent ausgeglichen.</p>	<p>3. <b>andere</b> Mehrerlöse werden zu 65 Prozent ausgeglichen.</p>
<p>Für den Ausgleich der Mehr- oder Mindererlöse sind die Erlöse der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung aus den nach Absatz 1 Satz 2 vereinbarten krankenhausindividuellen Tagesentgelten den Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen gemäß ihrem nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 vereinbarten Anteil am Gesamtvolumen zuzuordnen. <i>Zur Ermittlung der Mehr- oder Mindererlöse hat der Krankenhausträger der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung für das vorangegangene Vereinbarungsjahr eine von einem Jahresabschlussprüfer bestätigte Aufstellung über die Erlöse aus den nach Absatz 1 Satz 2 vereinbarten krankenhausindividuellen Tagesentgelten oder den in Absatz 7 Satz 4 genannten vorläufigen Tagesentgelten sowie über die tatsächlich entstandenen Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen vorzulegen.</i> Der nach den Sätzen 1 und 2 auszugleichende Betrag ist im Rahmen der jeweils nächstmöglichen Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 durch eine entsprechende Erhöhung oder Absenkung des Gesamtvolumens auszugleichen. Mehr- oder Mindererlöse infolge der Weitererhebung bisheriger krankenhausindividueller Tagesentgelte nach Absatz 7 Satz 3 oder vorläufiger Tagesentgelte nach Absatz 7 Satz 4 sind auszugleichen, indem sie bei der Vereinbarung der <i>krankenhausindividuellen Tagesentgelte</i> nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 bis 3 <i>berücksichtigt</i> werden.</p>	<p>Für den Ausgleich der Mehr- oder Mindererlöse sind die Erlöse der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung aus den nach Absatz 1 Satz 2 <b>Nummer 2 bis 4</b> vereinbarten krankenhausindividuellen Tagesentgelten den Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen gemäß ihrem nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 vereinbarten Anteil am Gesamtvolumen zuzuordnen. Der nach den Sätzen 1 und 2 auszugleichende Betrag ist im Rahmen der jeweils nächstmöglichen Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 durch eine entsprechende Erhöhung oder Absenkung des Gesamtvolumens auszugleichen. Mehr- oder Mindererlöse infolge der Weitererhebung bisheriger krankenhausindividueller Tagesentgelte nach Absatz 7 Satz 3 oder vorläufiger Tagesentgelte nach Absatz 7 Satz 4 sind <b>vollständig im verbleibenden Kalenderjahr</b> auszugleichen, indem sie bei der Vereinbarung <b>des Gesamtvolumens erhöhend oder absenkend berücksichtigt</b> werden. <b>Zur Ermittlung der Mehr- oder Mindererlöse für ein Kalenderjahr hat der Krankenhausträger der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung nach Ablauf dieses Kalenderjahres für dieses Kalenderjahr eine von einem Jahresabschlussprüfer bestätigte Aufstellung über die Erlöse aus den nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 bis 4 vereinbarten krankenhausindividuellen Tagesentgelten oder den in Absatz 7 Satz 4 genannten vorläufigen Tagesentgelten sowie über die tatsächlich entstandenen Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen vorzulegen.</b></p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>(6) Auf Verlangen einer Vertragspartei <i>sind</i> bei wesentlichen Änderungen der der Vereinbarung des Gesamtvolumens nach Absatz 1 Satz 1 für das laufende Kalenderjahr zugrunde gelegten Annahmen das Gesamtvolumen <i>und weitere in Absatz 1 Satz 2 genannte Inhalte</i> der Vereinbarung für dieses laufende Kalenderjahr neu zu vereinbaren. Die Vertragsparteien können <i>im Voraus</i> vereinbaren, dass in bestimmten Fällen das Gesamtvolumen nach Absatz 1 Satz 1 <i>und weitere in Absatz 1 Satz 2 genannte Inhalte</i> der Vereinbarung abweichend von Satz 1 nur teilweise neu zu vereinbaren <i>sind</i>. Der Unterschiedsbetrag zum bisherigen Gesamtvolumen ist <i>entsprechend der Vorgaben nach Absatz 5 Satz 5</i> über <i>erhöhte oder abgesenkte krankenhaushausindividuelle Tagesentgelte abzurechnen</i>.</p>	<p>(6) Auf Verlangen einer Vertragspartei <b>ist</b> bei wesentlichen Änderungen der der Vereinbarung des Gesamtvolumens nach Absatz 1 Satz 1 für das laufende Kalenderjahr zugrunde gelegten Annahmen das Gesamtvolumen, <b>einschließlich der weiteren nach Absatz 1 Satz 2 in der Vereinbarung zu vereinbarenden Inhalte</b>, für dieses laufende Kalenderjahr neu <b>nach Absatz 1 Satz 1</b> zu vereinbaren. Die Vertragsparteien können vereinbaren, dass in bestimmten Fällen das Gesamtvolumen, <b>einschließlich der weiteren nach Absatz 1 Satz 2 in der Vereinbarung zu vereinbarenden Inhalte</b>, abweichend von Satz 1 nur teilweise neu zu vereinbaren <b>ist</b>. Der Unterschiedsbetrag zum bisherigen Gesamtvolumen ist <b>vollständig im verbleibenden Kalenderjahr auszugleichen, indem er nach der Vereinbarung des neuen Gesamtvolumens durch die Vertragsparteien festgestellt wird und über eine Erhöhung oder Absenkung des neuen Gesamtvolumens berücksichtigt wird</b>.</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>(7) <i>Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen erheben die für das Kalenderjahr nach Absatz 1 Satz 2 zu vereinbarenden krankenhausindividuellen Tagesentgelte vom Beginn des Vereinbarungszeitraums an. Wird eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 erst nach dem Beginn des Vereinbarungszeitraums genehmigt, erhebt die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung die krankenhausindividuellen Tagesentgelte ab dem ersten Tag des Kalendermonats, der auf die Genehmigung folgt, soweit in dieser Vereinbarung oder in der von der Schiedsstelle anstelle oder teilweise anstelle dieser Vereinbarung getroffenen Entscheidung kein anderer Zeitpunkt bestimmt ist. Bis zu dem nach Satz 2 maßgeblichen Zeitpunkt erhebt die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung die bisherigen krankenhausindividuellen Tagesentgelte weiter. Sofern nach der erstmaligen Bestimmung eines Krankenhauses als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung nach § 6c Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zum Beginn des Vereinbarungszeitraums noch keine krankenhausindividuellen Tagesentgelte vereinbart und genehmigt wurden, erhebt die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung die nach § 9 Absatz Nummer 10 vereinbarten vorläufigen Tagesentgelte. Wird ein Krankenhaus erstmals nach § 6c Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt, kann diese sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung krankenhausindividuelle Tagesentgelte oder vorläufige Tagesentgelte erstmals ab dem 1. Januar eines Kalenderjahres erheben.“</i></p>	<p>(7) <b>Krankenhäuser rechnen für ihre sektorenübergreifenden</b> Versorgungseinrichtungen die für <b>ein</b> Kalenderjahr nach Absatz 1 Satz 2 <b>Nummer 2 bis 4 vereinbarten</b> krankenhausindividuellen Tagesentgelte vom Beginn <b>dieses Kalenderjahres an ab</b>. Wird eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 erst nach dem Beginn <b>eines Kalenderjahres</b> genehmigt, <b>rechnet das Krankenhaus für seine sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen</b> die krankenhausindividuellen Tagesentgelte ab dem ersten Tag des Kalendermonats <b>ab</b>, der auf die Genehmigung folgt, soweit in dieser Vereinbarung oder in der von der Schiedsstelle anstelle oder teilweise anstelle dieser Vereinbarung <b>nach § 18 Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes</b> getroffenen Entscheidung kein anderer Zeitpunkt bestimmt ist. Bis zu dem nach Satz 2 maßgeblichen Zeitpunkt <b>rechnet das Krankenhaus für seine sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen</b> die für <b>das vorangegangene Kalenderjahr vereinbarten</b> krankenhausindividuellen Tagesentgelte weiter <b>ab</b>. <b>Bis zu dem Zeitpunkt, zu dem erstmals krankenhausindividuelle Tagesentgelte</b> nach Absatz 1 Satz 2 <b>Nummer 2 bis 4</b> vereinbart und genehmigt <b>werden, rechnet das Krankenhaus für seine sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen</b> die nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 vereinbarten vorläufigen Tagesentgelte <b>ab</b>. Wird ein <b>Krankenhausstandort</b> erstmals nach § 6c Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt, kann <b>das Krankenhaus für</b> diese sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung krankenhausindividuelle Tagesentgelte oder vorläufige Tagesentgelte erstmals ab dem 1. Januar <b>des</b> Kalenderjahres, <b>das dem Kalenderjahr folgt, in dem die Bestimmung erfolgte, abrechnen.“</b></p>
9. § 7 wird wie folgt geändert:	9. § 7 wird wie folgt geändert:

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:	a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:
aa) Nach Nummer 6a wird folgende Nummer 6b eingefügt:	aa) Nach Nummer 6a wird folgende Nummer 6b eingefügt:
„6b. ab 2025 eine Vergütung des Vorhaltebudgets nach § 6b,“.	„6b. ab <b>2027</b> eine Vergütung des Vorhaltebudgets nach § 6b,“.
bb) In Nummer 7 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.	bb) <b>u n v e r ä n d e r t</b>
cc) Folgende Nummer 8 wird angefügt:	cc) Folgende Nummer 8 wird angefügt:
„8. <i>krankenhausindividuelle Tagesentgelte nach § 6c Absatz 1 Satz 2 oder vorläufige Tagesentgelte nach § 6c Absatz 7 Satz 4.</i> “	„8. nach § 6c Absatz 1 Satz 2 <b>Nummer 2 bis 4 vereinbarte krankenhausindividuelle Tagesentgelte</b> oder in § 6c Absatz 7 Satz 4 <b>genannte vorläufige Tagesentgelte.</b> “
b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:	b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
aa) Satz 1 wird <i>wie folgt gefasst</i> :	aa) Satz 1 wird <b>durch die folgenden Sätze ersetzt</b> :
„Die Höhe der Entgelte nach Absatz 1 Satz 1 wird nach den folgenden Sätzen ermittelt.“	<b>entfällt</b>
bb) Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:	<b>entfällt</b>

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

**„Die Höhe der Entgelte nach Absatz 1 Satz 1 wird nach den folgenden Sätzen ermittelt. Die Höhe der** Fallpauschalen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 **ergibt sich, indem** die sich aus dem bundeseinheitlichen Entgeltkatalog einschließlich der Regelungen zur Grenzverweildauer und zu Verlegungen **ergebende Bewertungsrelation** (effektive Bewertungsrelation) mit dem Landesbasisfallwert multipliziert **wird. In den Jahren 2025 und 2026 umfasst die effektive Bewertungsrelation auch die sich aus dem bundeseinheitlichen Entgeltkatalog ergebende Vorhaltebewertungsrelation. Die Höhe der** Zusatzentgelte nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 **ergibt sich bundeseinheitlich aus dem Entgeltkatalog. Zusatzentgelte, fall- oder tagesbezogene Entgelte** und tagesbezogene **Pflegeentgelte** nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3, 5, 6 und 6a sind in der nach den §§ 6 und 6a krankenhausindividuell vereinbarten Höhe abzurechnen. Zu- und Abschläge nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 werden krankenhausindividuell vereinbart; **die Höhe des Zuschlags nach § 6b Absatz 4 Satz 1 beträgt 10 Prozent. Die Höhe der** Vergütung des Vorhaltebudgets nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b **ergibt sich, indem** die sich aus dem bundeseinheitlichen Entgeltkatalog ergebende Vorhaltebewertungsrelation mit dem Landesbasisfallwert multipliziert **wird. Im Fall des § 6b Absatz 4 Satz 1 werden die Entgelte nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b für den Zeitraum der nach dem jeweiligen Quartal verbleibenden Monate des betreffenden Kalenderjahres um einen Zuschlag in Höhe von 10 Prozent erhöht.**

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>Degression tagesbezogen berechnet.“</p>	<p>Abweichend von Satz 7 <b>erster Halbsatz</b> sind für die Ermittlung der Vergütung des Vorhaltebudgets nach Absatz 1 <b>Satz 1</b> Nummer 6b hinsichtlich derjenigen Krankenhausstandorte, auf die ein <b>Betrag</b> nach § 39 Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes aufgeteilt wurde, für die Fälle, <b>in denen Leistungen aus einer Leistungsgruppe erbracht wurden</b>, die dem <b>für diese Aufteilung maßgeblichen</b> Bereich nach § 39 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes <b>zugeordnet wurden</b>, die nach § 17b Absatz 4b Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes <b>erhöhten Vorhaltebewertungsrelationen</b> mit dem Landesbasisfallwert zu multiplizieren. Tagesentgelte nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 werden unter Berücksichtigung der für sie geltenden Degression tagesbezogen berechnet.“</p>
<p>cc) Im neuen Satz 9 wird die Angabe „Nr. 3“ durch die Wörter „Nummer 3 und 10“ ersetzt.</p>	<p>bb) Im neuen Satz 11 werden die <b>Wörter „vereinbarten Abrechnungsbestimmungen nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3“</b> durch die Wörter „nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 10 vereinbarten Abrechnungsbestimmungen“ ersetzt.</p>
<p>10. § 8 wird wie folgt geändert:</p>	<p>10. § 8 wird wie folgt geändert:</p>
<p>a) In Absatz 2 Satz 1 werden nach dem Wort „Fallpauschalen“ die Wörter „sowie die Vergütung eines Vorhaltebudgets“ eingefügt.</p>	<p>a) <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>
<p>b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:</p>	<p>b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:</p>
<p>aa) In den Sätzen 2 und 3 wird jeweils das Wort „berechnet“ durch das Wort „abgerechnet“ ersetzt.</p>	<p><b>entfällt</b></p>

<b>Entwurf</b>	<b>Beschlüsse des 14. Ausschusses</b>
<i>bb)</i> In Satz 3 wird die Angabe „§ 275d“ durch die Wörter „§ 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2“ ersetzt.	<b>aa)</b> un v e r ä n d e r t
<i>cc)</i> Die folgenden Sätze werden angefügt:	<b>bb)</b> Die folgenden Sätze werden angefügt:

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>„Ab dem 1. Januar 2027 dürfen Entgelte nicht für Leistungen aus einer Leistungsgruppe <i>abgerechnet</i> werden, die einem Krankenhaus nicht nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurde; dies gilt nicht für die Behandlung von Notfallpatienten. Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b dürfen ab dem 1. Januar 2027 nicht für Leistungen aus einer Leistungsgruppe <i>abgerechnet</i> werden, wenn das jeweilige Krankenhaus für diese Leistungsgruppe die MindestvorhaltezahI im Sinne des § 135f Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht erfüllt und die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde keine Feststellung nach § 6b Absatz 2 Satz 1 <i>mitgeteilt</i> hat. Ab dem 1. Januar 2027 dürfen für <i>Fälle, bei denen auf der nach § 40 Absatz 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes veröffentlichten Liste aufgeführte Leistungen in einem Indikationsbereich erbracht werden, für den der Krankenhausstandort, an dem die Leistungen erbracht werden, auf der nach § 40 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes veröffentlichten Liste benannt ist</i>, Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 6 und 8 nicht <i>abgerechnet</i> werden.“</p>	<p>„Ab dem 1. Januar 2027 dürfen Entgelte nicht für Leistungen aus einer Leistungsgruppe <b>berechnet</b> werden, die einem Krankenhaus nicht nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurde; dies gilt nicht für die Behandlung von Notfallpatienten. Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b dürfen ab dem 1. Januar 2027 nicht für Leistungen aus einer Leistungsgruppe <b>berechnet</b> werden, wenn das jeweilige Krankenhaus für diese Leistungsgruppe die MindestvorhaltezahI im Sinne des § 135f Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht erfüllt und die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde keine Feststellung nach § 6b Absatz 2 Satz 1 <b>getroffen</b> hat. Ab dem 1. Januar 2027 dürfen für <b>Krankenhausstandorte, die in der nach § 40 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes veröffentlichten Liste genannt sind</b>, für <b>einem nach § 40 Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes definierten Indikationsbereich zugeordnete Fälle</b> Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 6 und 8 nicht <b>berechnet</b> werden; für <b>die Zuordnung von Fällen zu diesen Indikationsbereichen haben die Krankenhäuser ausschließlich nach § 40 Absatz 1 Satz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zertifizierte Datenverarbeitungslösungen zu verwenden</b>.“</p>
<p>c) In Absatz 6 werden die Wörter „<i>einer Fallpauschale</i>“ durch die Wörter „<i>einem Entgelt</i>“ und die Wörter „<i>die Fallpauschale</i>“ durch die Wörter „<i>das Entgelt</i>“ ersetzt.</p>	<p>c) <b>unverändert</b></p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>d) In Absatz 8 Satz 2 werden nach dem Wort „Entgelte“ die Wörter „oder die voraussichtlich abzurechnenden krankenhausindividuellen Tagesentgelte“ eingefügt.</p>	<p>d) In Absatz 8 Satz 2 werden nach dem Wort „Entgelte“ die Wörter „oder die voraussichtlich abzurechnenden krankenhausindividuellen <b>oder vorläufigen</b> Tagesentgelte“ eingefügt.</p>
<p>11. § 9 wird wie folgt geändert:</p>	<p>11. § 9 wird wie folgt geändert:</p>
<p>a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:</p>	<p>a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:</p>
<p>aa) In Nummer 9 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.</p>	<p>aa) <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>
<p>bb) Folgende Nummer 10 wird angefügt:</p>	<p>bb) Folgende Nummer 10 wird angefügt:</p>
<p>„10. innerhalb von drei Monaten nach Zustandekommen einer Vereinbarung nach § 115g Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder, in dem in § 115g Absatz 3 Satz 3 genannten Fall, nach der dort genannten Festlegung nähere Einzelheiten, insbesondere</p>	<p>„10. innerhalb von drei Monaten nach Zustandekommen einer Vereinbarung nach § 115g Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder, in dem in § 115g Absatz 3 Satz 3 <b>des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</b> genannten Fall, nach der dort genannten Festlegung nähere Einzelheiten, insbesondere</p>

<b>Entwurf</b>	<b>Beschlüsse des 14. Ausschusses</b>
<p>a) zur Verhandlung des nach § 6c Absatz 1 Satz 1 zu vereinbarenden Gesamtvolumens, zu der nach § 6c Absatz 1 Satz 2 zu vereinbarenden sachgerechten Aufteilung dieses Gesamtvolumens auf krankenhausindividuelle Tagesentgelte, einschließlich deren Degression, und zu den weiteren nach § 6c Absatz 1 Satz 2 zu vereinbarenden Inhalten, insbesondere zu den vorzulegenden Unterlagen und den wesentlichen Rechengrößen zur Herleitung der zu berücksichtigenden Kosten einschließlich der bei der Kalkulation zu berücksichtigenden Zu- und Abschläge,</p>	<p>a) zur Verhandlung des nach § 6c Absatz 1 Satz 1 zu vereinbarenden Gesamtvolumens,</p>
	<p>b) zu den nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 bis 4 zu vereinbarenden krankenhausindividuellen Tagesentgelten, einschließlich deren Degression,</p>
	<p>c) zu der nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 zu vereinbarenden sachgerechten Aufteilung,</p>
	<p>d) zu den nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 1, 6 und 7 zu vereinbarenden Inhalten,</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p><b>e) zu den vom Krankenhaus zur Vorbereitung der in Buchstabe a genannten Verhandlung vorzulegenden Unterlagen,</b></p>
	<p><b>f) zu den wesentlichen Rechengrößen zur Herleitung der nach § 6c Absatz 2 Satz 2 zu berücksichtigenden Kosten einschließlich der bei der Kalkulation des Gesamtvolumens nach § 6c Absatz 2 Satz 1 zu berücksichtigenden Zu- und Abschläge,</b></p>
<p><i>b) eine einheitliche Form der Dokumentation der Höhe des vereinbarten Gesamtvolumens, der vereinbarten krankenhausindividuellen Tagesentgelte, der berücksichtigten Kosten und der wesentlichen Rechengrößen,</i></p>	<p><b>g) zu einer einheitlichen Form der Dokumentation der Höhe des nach § 6c Absatz 1 Satz 1 zu vereinbarenden Gesamtvolumens, der nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 bis 4 zu vereinbarenden krankenhausindividuellen Tagesentgelte, der nach § 6c Absatz 2 Satz 2 zu berücksichtigenden Kosten und der in Buchstabe f genannten wesentlichen Rechengrößen,</b></p>
<p><i>c) Regelungen zur unterjährigen Refinanzierung von Tarifsteigerungen,</i></p>	<p><b>h) unverändert</b></p>
<p><i>d) vorläufige Tagesentgelte und deren Degression sowie</i></p>	<p><b>i) unverändert</b></p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
e) Abrechnungsbestimmungen für die nach § 6c Absatz 1 Satz 2 <i>vereinbarten</i> krankenhausindividuellen Tagesentgelte und für die vorläufigen Tagesentgelte.“	j) Abrechnungsbestimmungen für die nach § 6c Absatz 1 Satz 2 <b>Nummer 2 bis 4 zu vereinbarenden</b> krankenhausindividuellen Tagesentgelte und für die <b>in Buchstabe i genannten</b> vorläufigen Tagesentgelte.“
b) Dem Absatz 1a Nummer 5 werden die Wörter „ab dem Jahr 2027 sind die Zuschläge für eine Teilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung jährlich um 33 Millionen Euro zu erhöhen;“ angefügt.	b) <b>u n v e r ä n d e r t</b>
c) In Absatz 1b Satz 1 werden die Wörter „die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch unter Berücksichtigung der Gewährleistung der notwendigen medizinischen Versorgung und von Personal- und Sachkostensteigerungen um bis zu ein Drittel dieser Differenz zu erhöhen“ durch die Wörter „der Veränderungswert ausgehend von dem nach § 10 Absatz 6 Satz 1 veröffentlichten Orientierungswert unter Berücksichtigung bereits anderweitig finanzierter Kostensteigerungen zu vereinbaren; für das Jahr 2025 ist der bis zum 31. Oktober 2024 vereinbarte Veränderungswert bis zum ... [einsetzen: Datum zwei Wochen nach <i>Datum des Inkrafttretens</i> nach Artikel 7] entsprechend neu zu vereinbaren“ ersetzt.	c) In Absatz 1b Satz 1 werden die Wörter „die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch unter Berücksichtigung der Gewährleistung der notwendigen medizinischen Versorgung und von Personal- und Sachkostensteigerungen um bis zu ein Drittel dieser Differenz zu erhöhen“ durch die Wörter „der Veränderungswert ausgehend von dem nach § 10 Absatz 6 Satz 1 veröffentlichten Orientierungswert unter Berücksichtigung bereits anderweitig finanzierter Kostensteigerungen zu vereinbaren; für das Jahr 2025 ist der bis zum 31. Oktober 2024 vereinbarte Veränderungswert bis zum ... [einsetzen: Datum zwei Wochen nach <b>Inkrafttreten</b> nach Artikel 7] entsprechend neu zu vereinbaren“ ersetzt.
	d) <b>Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:</b>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	<p><b>„Kommt eine Vereinbarung der Erhöhungsrates und der anteiligen Erhöhungsrates nach Absatz 1 Nummer 7 nicht in der in § 10 Absatz 5 Satz 4 genannten Frist zustande, entscheidet die Schiedsstelle auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen ab Antragstellung über die Erhöhungsrates und die anteilige Erhöhungsrates.“</b></p>
<p>12. § 10 wird wie folgt geändert:</p>	<p>12. § 10 wird wie folgt geändert:</p>
<p>a) In Absatz 4 Satz 4 werden nach der Angabe „§ 6a“ die Wörter „<b>so wie im Zusammenhang mit der Einführung der Vergütung eines Vorhaltebudgets nach § 6b</b>“ eingefügt.</p>	<p>a) In Absatz 4 Satz 4 werden nach der Angabe „§ 6a“ die Wörter „<b>und im Zusammenhang mit der Einführung der Vergütung eines Vorhaltebudgets nach § 6b</b>“ eingefügt.</p>
<p>b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:</p>	<p>b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:</p>
<p>aa) In Satz 1 wird die Angabe „2020“ durch die Angabe „2024“ ersetzt.</p>	<p>aa) <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>
<p>bb) In Satz 2 wird die Angabe „100 Prozent“ gestrichen und <i>wird</i> die Angabe „50 Prozent“ durch die Angabe „100 Prozent“ ersetzt.</p>	<p>bb) In Satz 2 wird die Angabe „100 Prozent“ gestrichen und die Angabe „50 Prozent“ durch die Angabe „100 Prozent“ ersetzt.</p>
<p>cc) In Satz 3 werden im Satzteil nach der Aufzählung die Wörter „für den Bereich nach Nummer 1“ durch das Wort „jeweils“ ersetzt und die Wörter „und für die Bereiche nach den Nummern 2 und 3 jeweils die durchschnittlichen Auswirkungen der tarifvertraglich vereinbarten linearen Steigerungen und Einmalzahlungen“ gestrichen.</p>	<p>cc) <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>
<p>dd) Satz 4 wird wie folgt gefasst:</p>	<p>dd) Satz 4 wird wie folgt gefasst:</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>„Die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 vereinbaren jeweils für das laufende Kalenderjahr innerhalb von vier Wochen nach Wirksamwerden der nach Satz 3 maßgeblichen tarifvertraglichen Vereinbarung in Höhe des Unterschieds zwischen beiden Raten eine Erhöhungsr<span style="color:red">ate</span> und eine anteilige Erhöhungsr<span style="color:red">ate</span> nach § 9 Absatz 1 Nummer 7; kommt eine Vereinbarung nicht fristgerecht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen ab Antragstellung über die Erhöhungsr<span style="color:red">ate</span> und die anteilige Erhöhungsr<span style="color:red">ate</span> nach § 9 Absatz 1 Nummer 7.“</p>	<p>„Die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 <b>haben die Vereinbarung der Erhöhungsr<span style="color:red">ate</span> und der anteiligen Erhöhungsr<span style="color:red">ate</span> nach § 9 Absatz 1 Nummer 7</b> jeweils für das laufende Kalenderjahr innerhalb von vier Wochen nach Wirksamwerden <b>einer</b> nach Satz 3 maßgeblichen tarifvertraglichen Vereinbarung <b>zu treffen; die</b> Erhöhungsr<span style="color:red">ate</span> nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 <b>ist in Höhe</b> des <b>Unterschieds zwischen dem in § 9 Absatz 1b Satz 1 genannten Veränderungswert und der in Satz 3 genannten Tarifr<span style="color:red">ate</span> zu vereinbaren.</b>“</p>
<p>ee) Folgender Satz wird angefügt:</p>	<p>ee) Folgender Satz wird angefügt:</p>
<p>„Abweichend von Satz 6 ist der Basisfallwert, sofern er bereits vereinbart oder festgesetzt ist, auf Verlangen einer in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartei auf Landesebene während eines laufenden Kalenderjahres unverzüglich unter Berücksichtigung der <i>in Satz 4 genannten</i> anteiligen Erhöhungsr<span style="color:red">ate</span> und des Zeitpunkts der erstmaligen Abrechnung neu zu vereinbaren.“</p>	<p>„Abweichend von Satz 6 ist der Basisfallwert, sofern er bereits vereinbart oder festgesetzt ist, auf Verlangen einer in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartei auf Landesebene während eines laufenden Kalenderjahres unverzüglich unter Berücksichtigung der <b>nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbarten</b> anteiligen Erhöhungsr<span style="color:red">ate</span> und des Zeitpunkts der erstmaligen Abrechnung neu zu vereinbaren.“</p>
<p>c) Absatz 6 wird wie folgt geändert:</p>	<p>c) Absatz 6 wird wie folgt geändert:</p>
	<p><b>aa) In Satz 1 wird das Semikolon und werden die Wörter „die hierfür vom Statistischen Bundesamt zu erhebenden Daten werden vom Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates festgelegt“ gestrichen.</b></p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>aa) In Satz 3 wird das Wort „ermitteln“ durch das Wort „vereinbaren“ ersetzt und werden die Wörter „die Differenz zwischen beiden Werten und vereinbaren“ gestrichen.</p>	<p><b>bb) unverändert</b></p>
<p>bb) Satz 4 wird aufgehoben.</p>	<p><b>cc) Satz 4 wird wie folgt gefasst:</b></p>
	<p><b>„Die vom Statistischen Bundesamt für die Ermittlung und die Veröffentlichung nach Satz 1 zu erhebenden Daten werden vom Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates festgelegt; das Bundesministerium für Gesundheit kann die Ermächtigung durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates auf das Statistische Bundesamt übertragen.“</b></p>
<p>d) Nach Absatz 6 wird folgender Absatz 6a eingefügt:</p>	<p><b>entfällt</b></p>
<p><i>„(6a) Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Ermächtigung nach Absatz 6 Satz 1 zweiter Halbsatz durch Rechtsverordnung auf das Statistische Bundesamt übertragen.“</i></p>	
<p>e) In Absatz 10 Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „der bis zum 30. November 2024 zu schließende Basisfallwert ist unter Berücksichtigung des Veränderungswerts nach § 9 Absatz 1b Satz 1 zweiter Halbsatz und des Zeitpunkts der erstmaligen Abrechnung bis zum ... [einsetzen: Datum sechs Wochen nach Inkrafttreten nach Artikel 7] neu zu vereinbaren“ eingefügt.</p>	<p><b>d) unverändert</b></p>
<p>13. § 11 wird wie folgt geändert:</p>	<p>13. § 11 wird wie folgt geändert:</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „§§ 3 bis 6a“ durch die Angabe „§§ 3 bis 6b“ ersetzt, werden die Wörter „Prüfergebnisse nach § 275d“ durch die Wörter „Ergebnisse der Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2“ ersetzt und werden die Wörter „und die Mehr- und Mindererlösausgleiche“ durch ein Komma und die Wörter „die Mehr- und Mindererlösausgleiche und den <i>Ausgleich des Vorhaltebudgets</i> nach § 6b Absatz 5 Satz 5“ ersetzt.</p>	<p>a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „§§ 3 bis 6a“ durch die Angabe „§§ 3 bis 6b“ ersetzt, werden die Wörter „Prüfergebnisse nach § 275d“ durch die Wörter „Ergebnisse der Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2“ ersetzt und werden die Wörter „und die Mehr- und Mindererlösausgleiche“ durch ein Komma und die Wörter „die Mehr- und Mindererlösausgleiche und den nach § 6b Absatz 5 Satz 5 <b>und Absatz 6 Satz 6 vorzunehmenden Ausgleich des Vorhaltebudgets</b>“ ersetzt.</p>
<p>b) <i>Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt.</i></p>	<p>b) Absatz 3 wird <b>wie folgt geändert:</b></p>
	<p><b>aa) Satz 2 wird wie folgt gefasst:</b></p>
	<p><b>„Die Verhandlung soll so rechtzeitig abgeschlossen werden, dass das neue Erlösbudget, das neue Pflegebudget und die neuen Entgelte mit Ablauf des Jahres, das dem Jahr vorausgeht, für das die Vereinbarung gelten soll, in Kraft treten können; die Verhandlung ist innerhalb von sechs Wochen nach der in Satz 1 genannten Aufforderung einer Vertragspartei abzuschließen.“</b></p>
	<p><b>bb) Folgender Satz wird angefügt:</b></p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>„Das für das Jahr 2025 zu vereinbarende Erlösbudget ist unter Berücksichtigung des nach § 9 Absatz 1b Satz 1 zweiter Halbsatz vereinbarten Veränderungswerts zu vereinbaren; bis zum Ablauf des ... [einsetzen: Tag der Verkündung dieses Gesetzes] getroffene Vereinbarungen über dieses Erlösbudget sind bis zum ... [einsetzen: Datum zwei Monate nach <i>Datum des Inkrafttretens</i> nach Artikel 7 dieses Gesetzes] entsprechend anzupassen.“</p>	<p>„Das für das Jahr 2025 zu vereinbarende Erlösbudget ist unter Berücksichtigung des nach § 9 Absatz 1b Satz 1 zweiter Halbsatz vereinbarten Veränderungswerts zu vereinbaren; bis zum Ablauf des ... [einsetzen: Tag der Verkündung dieses Gesetzes] getroffene Vereinbarungen über dieses Erlösbudget sind bis zum ... [einsetzen: Datum zwei Monate nach <b>Inkrafttreten</b> nach Artikel 7] entsprechend anzupassen.“</p>
<p>14. In § 12 Satz 1 werden die Wörter „oder über“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Entgelte“ die Wörter „oder über die Höhe des Gesamtvolumens und der krankenhausesindividuellen Tagesentgelte“ eingefügt.</p>	<p>14. un verändert</p>
<p>15. In § 13 Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „Vereinbarung nach“ die Wörter „§ 6c Absatz 1 Satz 1,“ eingefügt.</p>	<p>15. un verändert</p>
<p>16. § 14 wird wie folgt geändert:</p>	<p>16. § 14 wird wie folgt geändert:</p>
<p>a) In Absatz 1 Satz 1 wird nach der Angabe „§ 6a“ das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Abschläge“ die Wörter „und des Gesamtvolumens nach § 6c Absatz 1 Satz 1 und der krankenhausesindividuellen Tagesentgelte nach § 6c Absatz 1 Satz 2“ eingefügt.</p>	<p>a) In Absatz 1 Satz 1 wird nach der Angabe „§ 6a“ das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Abschläge“ die Wörter „und des nach § 6c Absatz 1 Satz 1 vereinbarten Gesamtvolumens und der nach § 6c Absatz 1 Satz 2 <b>Nummer 2 bis 4 vereinbarten krankenhausesindividuellen Tagesentgelte</b>“ eingefügt.</p>
<p>b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:</p>	<p>b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:</p>
<p>„(1a) Bei der zuständigen Landesbehörde ist <i>die Genehmigung</i></p>	<p>„(1a) Bei der zuständigen Landesbehörde ist <b>zu beantragen</b></p>
<p>1. des Ausgleichsbetrags nach § 6b Absatz 5 Satz 1 vom Krankenhausträger sowie</p>	<p>1. <b>die Genehmigung</b> des Ausgleichsbetrags nach § 6b Absatz 5 Satz 1 vom Krankenhausträger sowie</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>2. des Konvergenzbetrags nach § 6b Absatz 6 Satz 6 von einer der Vertragsparteien</p>	<p><b>2. die Genehmigung</b> des Konvergenzbetrags nach § 6b Absatz 6 Satz <b>1</b> von einer der Vertragsparteien.</p>
<p><i>zu beantragen.</i> Die zuständige Landesbehörde erteilt die Genehmigung, wenn die Vereinbarung oder Festsetzung den Vorschriften dieses Gesetzes sowie sonstigem Recht entspricht. Die zuständige Landesbehörde entscheidet jeweils innerhalb von 14 Tagen nach Eingang über die in Satz 1 genannten Anträge.“</p>	<p>Die zuständige Landesbehörde erteilt die Genehmigung, wenn die Vereinbarung oder Festsetzung den Vorschriften dieses Gesetzes sowie sonstigem Recht entspricht. Die zuständige Landesbehörde entscheidet jeweils innerhalb von 14 Tagen nach Eingang über die in Satz 1 genannten Anträge.“</p>
<p>17. § 18 wird wie folgt geändert:</p>	<p>17. § 18 wird wie folgt geändert:</p>
<p>a) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:</p>	<p>a) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:</p>
<p>„Für die in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen im Sinne des § 115g Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch durch Belegärzte behandelten Belegpatienten gelten die nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 vereinbarten verringerten krankhausindividuellen Tagesentgelte; die erbrachten belegärztlichen Leistungen werden nach § 121 Absatz 2 <i>bis</i> 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet.“</p>	<p>„Für die in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen im Sinne des § 115g Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch durch Belegärzte behandelten Belegpatienten gelten die nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer <b>3</b> vereinbarten verringerten krankhausindividuellen Tagesentgelte; die erbrachten belegärztlichen Leistungen werden nach § 121 Absatz <b>3 und</b> 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet.“</p>
<p>b) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:</p>	<p>b) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:</p>
<p>„Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen im Sinne des § 115g Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit Belegbetten, die nach § 121 Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Vergütung der belegärztlichen Leistungen mit Belegärzten Honorarverträge schließen, rechnen für die von diesen Belegärzten behandelten Belegpatienten die nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer <b>1</b> vereinbarten krankhausindividuellen Tagesentgelte ab.“</p>	<p>„Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen im Sinne des § 115g Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit Belegbetten, die nach § 121 Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Vergütung der belegärztlichen Leistungen mit Belegärzten Honorarverträge schließen, rechnen für die von diesen Belegärzten behandelten Belegpatienten die nach § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer <b>2</b> vereinbarten krankhausindividuellen Tagesentgelte ab.“</p>

<b>Entwurf</b>	<b>Beschlüsse des 14. Ausschusses</b>
18. § 21 wird wie folgt geändert:	18. § 21 <b>Absatz 2</b> wird wie folgt geändert:
a) <i>Absatz 2 wird wie folgt geändert:</i>	<b>entfällt</b>
aa) Nummer 1 wird wie folgt geändert:	<b>a)</b> Nummer 1 wird wie folgt geändert:
aaa) Buchstabe d wird wie folgt gefasst:	<b>aa)</b> Buchstabe d wird wie folgt gefasst:

<p>„d) Summe der vereinbarten und abgerechneten DRG-Fälle, der vereinbarten und abgerechneten Summe der Bewertungsrelationen des Fallpauschalen-Katalogs und des Pflegeerlöskatalogs sowie der Ausgleichsbeträge nach § 5 Absatz 4 und § 6b Absatz 5 und der Zahlungen zum Ausgleich der Abweichungen zwischen den tatsächlichen und den vereinbarten Pflegepersonalkosten nach § 6a Absatz 2, die Summe der vereinbarten und abgerechneten Fälle, die mit in § 6c Absatz 1 Satz 2 genannten krankenhausindividuellen Tagesentgelten oder in § 6c Absatz 7 Satz 4 genannten vorläufigen Tagesentgelten abgerechnet werden und der nach § 6c Absatz 5 Satz 1 ermittelten Ausgleichsbeträge, jeweils für das vorangegangene Kalenderjahr; in den Kalenderjahren 2026 und 2027 zusätzlich die Summe der vereinbarten und abgerechneten Vorhaltebewertungsrelationen sowie ab dem Kalenderjahr 2028</p>	<p>„d) Summe der vereinbarten und abgerechneten DRG-Fälle, der vereinbarten und abgerechneten Summe der Bewertungsrelationen des Fallpauschalen-Katalogs und des Pflegeerlöskatalogs sowie der Ausgleichsbeträge nach § 5 Absatz 4 und § 6b Absatz 5 <b>Satz 1</b> und der Zahlungen zum Ausgleich der Abweichungen zwischen den tatsächlichen und den vereinbarten Pflegepersonalkosten nach § 6a Absatz 2, die Summe der vereinbarten und abgerechneten Fälle, die mit in § 6c Absatz 1 Satz 2 genannten krankenhausindividuellen Tagesentgelten oder in § 6c Absatz 7 Satz 4 genannten vorläufigen Tagesentgelten abgerechnet werden und der nach § 6c Absatz 5 Satz 1 ermittelten Ausgleichsbeträge, jeweils für das vorangegangene Kalenderjahr; in den Kalenderjahren 2026 und 2027 zusätzlich die Summe der vereinbarten und abgerechneten Vorhaltebewertungsrelationen sowie ab dem Kalenderjahr 2028 <b>zusätzlich</b> die abgerechneten Vorhaltebewertungsrelationen, jeweils für das vorangegangene Kalenderjahr,“.</p>
---	--

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>die abgerechneten Vorhaltebewertungsrelationen, jeweils für das vorangegangene Kalenderjahr,“.</p>	
<p><i>bbb)</i> In Buchstabe g werden die Wörter „in Anlage 1 zum Fünften Buch Sozialgesetzbuch genannten“ <i>gestrichen und werden vor dem Semikolon am Satzende ein Semikolon sowie die Wörter „§ 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend“ eingefügt.</i></p>	<p><b>bb)</b> In Buchstabe g werden die Wörter „in Anlage 1 zum Fünften Buch Sozialgesetzbuch genannten“ <b>jeweils durch</b> die Wörter „<b>nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen</b>“ <b>ersetzt.</b></p>
<p><i>bb)</i> In Nummer 2 Buchstabe i werden die Wörter „in Anlage 1 zum Fünften Buch Sozialgesetzbuch genannte“ <i>gestrichen und werden nach den Wörtern „zugewiesene Leistungsgruppe“ ein Semikolon sowie die Wörter „§ 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend“ eingefügt.</i></p>	<p><b>b)</b> In Nummer 2 Buchstabe i werden die Wörter „in Anlage 1 zum Fünften Buch Sozialgesetzbuch genannte“ <b>durch die Wörter „nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgebliche“</b> und die Wörter „in Anlage 1 zum Fünften Buch Sozialgesetzbuch genannten“ <b>durch</b> die Wörter „nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch <b>maßgeblichen</b>“ <b>ersetzt.</b></p>
<p><i>b)</i> Absatz 7 Satz 4 wird wie folgt gefasst:</p>	<p><b>entfällt</b></p>
<p><i>„Absatz 5 Satz 2 bis 8 ist entsprechend anzuwenden, abweichend von Absatz 5 Satz 3 beträgt der Abschlag 20 000 Euro.“</i></p>	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<b>Artikel 4</b>	<b>Artikel 4</b>
<b>Änderung der Bundespflege-satzverordnung</b>	<b>Änderung der Bundespflege-satzverordnung</b>
Die Bundespflegeverordnung 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:	Die Bundespflegeverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. § 2 Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt geändert:	1. § 2 Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt geändert:
a) Nach Nummer 1 wird folgende Nummer 2 eingefügt:	a) Nach Nummer 1 wird folgende Nummer 2 eingefügt:
<p>„2. eine Strahlentherapie, wenn <i>das Krankenhaus über keinen eigenen Versorgungsauftrag für strahlentherapeutische Leistungen verfügt und dadurch eine bereits vor Aufnahme geplante Strahlentherapie begonnen oder eine solche fortgeführt wird,</i>“.</p>	<p>„2. eine Strahlentherapie, wenn <b>der Versorgungsauftrag des Krankenhauses keine strahlentherapeutischen Leistungen umfasst und die Strahlentherapie bereits vor Aufnahme geplant oder begonnen wurde,</b>“.</p>
b) Die bisherige Nummer 2 wird Nummer 3.	b) <b>u n v e r ä n d e r t</b>
2. § 3 wird wie folgt geändert:	2. § 3 wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „55 Prozent“ durch die Angabe „75 Prozent“ ersetzt.	a) <b>u n v e r ä n d e r t</b>
b) Dem Absatz 5 <i>wird folgender Satz</i> angefügt:	b) Dem Absatz 5 <b>werden die folgenden Sätze</b> angefügt:

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
<p>„Alternativ zu der in Absatz 4 Satz 1 genannten Berichtigung kann das Krankenhaus ab dem Tag des Inkrafttretens der Vereinbarung einer Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes für den verbleibenden Teil des jeweiligen Kalenderjahres <i>den nach Satz 3 zugrunde zu legenden</i> Basisentgeltwert bei der Abrechnung der mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte zugrunde legen, der <i>erhöht wird um</i> das Produkt aus 75 Prozent der nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen und dem Quotienten aus 365 und der Anzahl der Kalendertage zwischen dem Tag des Inkrafttretens der Vereinbarung einer Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes und dem Ende <i>dieses Jahres</i>.“</p>	<p>„Alternativ zu der in Absatz 4 Satz 1 genannten Berichtigung kann das Krankenhaus ab dem Tag des Inkrafttretens der Vereinbarung einer Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes für den <b>ab diesem Tag</b> verbleibenden Teil des jeweiligen Kalenderjahres <b>einen erhöhten</b> Basisentgeltwert bei der Abrechnung der mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte zugrunde legen. <b>Der erhöhte Basisentgeltwert ergibt sich aus der Summe des nach Satz 1 für das jeweilige Kalenderjahr ermittelten Basisentgeltwerts und dem</b> Produkt aus 75 Prozent der nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen und dem Quotienten aus 365 und der Anzahl der Kalendertage zwischen dem Tag des Inkrafttretens der Vereinbarung einer Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes und dem Ende <b>des jeweiligen Kalenderjahres</b>.“</p>
<p>3. In § 8 Absatz 3 Satz 2 wird die Angabe „§ 275d“ durch die Wörter „§ 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2“ ersetzt.</p>	<p>3. <b>u n v e r ä n d e r t</b></p>
<p>4. In § 9 Absatz 1 Nummer 5 werden die Wörter „die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch um 40 Prozent dieser Differenz zu erhöhen“ durch die Wörter „der Veränderungswert ausgehend von dem nach § 10 Absatz 6 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes veröffentlichten Orientierungswert unter Berücksichtigung bereits anderweitig finanzierter Kostensteigerungen zu vereinbaren; für das Jahr 2025 ist der bis zum 31. Oktober 2024 vereinbarte Veränderungswert bis zum ... [einsetzen: Datum zwei Wochen nach <i>Datum des Inkrafttretens</i> nach Artikel 7] entsprechend neu zu vereinbaren“ ersetzt.</p>	<p>4. In § 9 Absatz 1 Nummer 5 werden die Wörter „die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch um 40 Prozent dieser Differenz zu erhöhen“ durch die Wörter „der Veränderungswert ausgehend von dem nach § 10 Absatz 6 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes veröffentlichten Orientierungswert unter Berücksichtigung bereits anderweitig finanzierter Kostensteigerungen zu vereinbaren; für das Jahr 2025 ist der bis zum 31. Oktober 2024 vereinbarte Veränderungswert bis zum ... [einsetzen: Datum zwei Wochen nach <b>Inkrafttreten</b> nach Artikel 7] entsprechend neu zu vereinbaren“ ersetzt.</p>

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
5. § 11 wird wie folgt geändert:	5. § 11 wird wie folgt geändert:
a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „Prüfergebnisse nach § 275d“ durch die Wörter „Ergebnisse der Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2“ ersetzt.	a) <b>u n v e r ä n d e r t</b>
b) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:	b) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:
„Das für das Jahr 2025 zu vereinbarende Budget ist unter Berücksichtigung des Veränderungswerts nach § 9 Absatz 1 Nummer 5 zweiter Halbsatz zu vereinbaren; bis zum Ablauf des ... [einsetzen: Tag der Verkündung dieses Gesetzes] getroffene Vereinbarungen über dieses Budget sind bis zum ... [einsetzen: Datum zwei Monate nach Datum des Inkrafttretens dieses Gesetzes nach Artikel 7] entsprechend anzupassen.“	„Das für das Jahr 2025 zu vereinbarende Budget ist unter Berücksichtigung des Veränderungswerts nach § 9 Absatz 1 Nummer 5 zweiter Halbsatz zu vereinbaren; bis zum Ablauf des ... [einsetzen: Tag der Verkündung dieses Gesetzes] getroffene Vereinbarungen über dieses Budget sind bis zum ... [einsetzen: Datum zwei Monate nach <b>Inkrafttreten</b> nach Artikel 7] entsprechend anzupassen.“
<b>Artikel 5</b>	<b>Artikel 5</b>
<b>Änderung der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser</b>	<b>u n v e r ä n d e r t</b>
§ 4 Absatz 6 der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser vom 7. April 2021 (BAnz AT 08.04.2021 V1), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 8. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 356) geändert worden ist, wird aufgehoben.	

<b>Entwurf</b>	<b>Beschlüsse des 14. Ausschusses</b>
<b>Artikel 6</b>	<b>Artikel 6</b>
<b>Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen</b>	<b>Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen</b>
<p>§ 187 Absatz 9 Satz 1 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen in der Fassung der Bekanntmachung vom 26. Juni 2013 (BGBl. I S. 1750, 3245), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 22. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 405) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:</p>	<p>§ 187 Absatz 9 Satz 1 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen in der Fassung der Bekanntmachung vom 26. Juni 2013 (BGBl. I S. 1750, 3245), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 22. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 405) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:</p>
<p>1. In Nummer 2 werden die Wörter „§ 14 Absatz 2 Nummer 3 Buchstabe a“ gestrichen.</p>	<p>1. u n v e r ä n d e r t</p>
<p>2. In Nummer 3 werden nach den Wörtern „§ 12a Absatz 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Verbindung mit § 11 Absatz 1 Nummer 2 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung“ die Wörter „oder nach § 12b Absatz 1 Satz 4 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ eingefügt und wird die Angabe „§ 15“ gestrichen.</p>	<p>2. In Nummer 3 werden nach den Wörtern „§ 11 Absatz 1 Nummer 2 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung“ die Wörter „oder nach § 12b Absatz 1 Satz 4 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ eingefügt und wird die Angabe „nach § 15“ durch die Wörter „auf der Grundlage“ ersetzt.</p>
<p>3. In Nummer 4 wird die Angabe „31. Dezember 2027“ durch die Angabe „31. Dezember 2038“ ersetzt.</p>	<p>3. u n v e r ä n d e r t</p>
<b>Artikel 7</b>	<b>Artikel 7</b>
<b>Inkrafttreten</b>	<b>Inkrafttreten</b>
<p>Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.</p>	<p>Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.</p>

<b>Entwurf</b>	<b>Beschlüsse des 14. Ausschusses</b>
<b>Anhang</b>	<b>Anhang unverändert</b>
(zu Artikel 1 Nummer 25)	unverändert
<b>Anlage 1</b>	<b>Anlage 1</b>
(zu § 135e)	unverändert
<b>Qualitätskriterien für bestimmte Leistungsgruppen</b>	<b>Leistungsgruppen und Qualitätskriterien</b>

Entwurf

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

<i>Leistungsgruppen-Nummer</i>	<i>Leistungsgruppe (LG)</i>	<i>Erbringung verwandter LG</i>		<i>Sachliche Ausstattung</i>	<i>Personelle Ausstattung</i>		<i>Sonstige Struktur- und Prozesskriterien</i>
		<i>Standort</i>	<i>Kooperation</i>		<i>Qualifikation</i>	<i>Verfügbarkeit</i>	
		<i>oder LG Ovarial-Ca oder LG Senologie oder LG Geburten</i>					

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
2	Komplexe Endokrinologie und Diabetologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin  Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden: LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin			Sofern Erwachsene behandelt werden: FA Gebiet Innere Medizin FA Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie  Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden: FA Kinder- und Jugendmedizin FA Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung (ZW) Kinder- und Jugend-Endokrinologie und Diabetologie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr  Sofern Erwachsene behandelt werden: Davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie, dritter FA kann aus dem Gebiet der Inneren Medizin sein  Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden: Davon mindestens zwei FA Kinder- und Jugendmedizin mit ZW Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie, dritter FA kann FA Kinder- und Jugendmedizin	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
3	Infektiologie	Mindestvoraussetzung	<p>LG Allgemeine Innere Medizin oder                      LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin,                      LG Intensivmedizin                      LG Notfallmedizin                      LG Komplexe Pneumologie                      LG Allgemeine Chirurgie</p>	<p>LG Komplexe Gastroenterologie                      LG Interventionelle Kardiologie</p>	<p>mindestens vier Isolationsbetten mit Schleusenfunktion, Notfall-Labor plus Point-of-Care Laboranalytik, Zugang zu Mikrobiologischem Labor (mindestens zwölf Stunden täglich) mindestens in Kooperation, CT, MRT mindestens in Kooperation, Positronen-Emissions-Tomographie-CT (PET-CT) mindestens in Kooperation</p>	<p>FA Innere Medizin und Infektiologie oder FA in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung mit ZW Infektiologie                       FA Mikrobiologie, Virologie und Infektions-epidemiologie mit ZW Infektiologie oder FA Hygiene und Umweltmedizin mit ZW Infektiologie</p>	<p>Vier FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr                       Davon mindestens drei FA Innere Medizin und Infektiologie oder drei FA in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung mit ZW Infektiologie (davon mindestens ein FA Innere Medizin) sowie                       mindestens ein FA Mikrobiologie, Virologie und Infektions-epidemiologie mit ZW Infektiologie oder ein FA Hygiene und Umweltmedizin mit ZW Infektiologie</p>	<p>Fachärztlicher infektiologischer Konsilservice                      Antibiotic Stewardship (ABS) Team                      HIV- Ambulanz (mindestens in Kooperation)                      Konsiliarische Erreichbarkeit im Zeitraum von Montag bis Sonntag, jeweils von 8 Uhr bis 17Uhr) folgender Dienste:                      • Augenheilkunde                      • Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (HNO)                      • Gynäkologie                      • Dermatologie                      • Neurologie                       Erfüllung der Voraussetzungen der erweiterten Notfallstufe gemäß §§ 13ff. der Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.05.2018 B4), der durch Beschluss vom 20. November 2020 (BAnz AT 24.12.2020 B2) geändert worden ist</p>

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
4	Komplexe Gastroenterologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Palliativmedizin	Endoskopie (Gastroskopie, Koloskopie), Sonographie, Endosonographie, CT täglich rund um die Uhr	FA Innere Medizin und Gastroenterologie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr Davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Gastroenterologie, dritter FA kann FA aus dem Gebiet Innere Medizin sein	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
5	Komplexe Nephrologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin		Doppler- oder Duplex-Sonographie	FA Innere Medizin und Nephrologie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr Davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Nephrologie, dritter FA kann FA aus dem Gebiet Innere Medizin sein	Die personellen Vorgaben richten sich nach der derzeitig geltenden Fassung der PpUGV
6	Komplexe Pneumologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Palliativmedizin Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome Angebot Nuklearmedizin	Röntgen, CT, Bronchoskopie täglich rund um die Uhr, Spirometrie, Bodyplethysmographie	FA Innere Medizin und Pneumologie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr Davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Pneumologie, dritter FA kann FA aus dem Gebiet	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
				Angebot Strahlentherapie			Innere Medizin sein	
7	Komplexe Rheumatologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin oder mindestens eine der folgenden LG: LG Endoprothetik Hüfte oder LG Endoprothetik Knie oder LG Revision Hüftendoprothetik oder LG Revision Knieendoprothese		Sonographiegerät, Osteodensitometrie	FA Innere Medizin und Rheumatologie FA Orthopädie und Unfallchirurgie mit ZW Orthopädische Rheumatologie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
8	Stammzelltransplantation	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex	LG Augenheilkunde LG HNO LG Komplexe Gastroenterologie LG Palliativmedizin	CT täglich rund um die Uhr oder MRT täglich rund um die Uhr, Zentrales Monitoring von EKG, Blutdruck und Sauerstoffsättigung auf der Station, Nichtinvasive Beatmung einschließlich High-Flow-Nasenkannüle (HFNC)  Sofern allogene Stammzelltransplantationen durchgeführt werden: Einzelzimmer mit eigener Schleuse und kontinuierlichem	FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
					Überdruck und gefilterter Luftzufuhr			
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin LG Haut- und Geschlechtskrankheiten LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Stammzelltransplantation LG Komplexe Nephrologie LG Komplexe Pneumologie Angebot Strahlentherapie			FA Transfusionsmedizin		
9	Leukämie und Lymphome	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Palliativmedizin LG Stammzelltransplantation Angebot Strahlentherapie	CT täglich rund um die Uhr oder MRT täglich rund um die Uhr	FA Gebiet Innere Medizin FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Drei FA aus dem Gebiet Innere Medizin mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr Davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	
		Auswahlkriterium	LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Leukämie und Lymphome LG Komplexe Gastroenterologie			FA Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt (SP) Kinder- und Jugend-		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)	Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
		Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			LG Stammzell-transplantation				

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
10	EPU/Ablation	Mindestvoraussetzung	<p>LG Allgemeine Innere Medizin</p> <p>LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex</p>	<p>LG Interventionelle Kardiologie</p> <p>LG Kardiale Devices</p> <p>mindestens eine der folgenden LG:</p> <p>LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie-Kinder und Jugendliche</p>	<p>CT täglich rund um die Uhr,</p> <p>12-Kanal-EKG-Gerät,</p> <p>Echokardiographie,</p> <p>Transösophageale Echokardiographie (TEE)</p>	<p>FA Innere Medizin und Kardiologie</p>	<p>Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr</p>	<p>Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen</p>
		Auswahlkriterium	<p>LG Kardiale Devices</p> <p>mindestens eine der folgenden LG:</p> <p>LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/ interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße</p> <p>mindestens eine der folgenden LG:</p> <p>LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie-Kinder und Jugendliche</p>		<p>Kardio-MRT</p>			

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
11	Interventionelle Kardiologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Kardiale Devices mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie-Kinder und Jugendliche	Katheterlabor, Röntgen, CT täglich rund um die Uhr, 12-Kanal-EKG-Gerät, Echokardiographie, TEE	FA Innere Medizin und Kardiologie	Fünf FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG EPU/Ablation LG Kardiale Devices mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/ interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie- Kinder und Jugendliche		Kardio-MRT			Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls Durchblutungsstörungen am Herzen gemäß § 28 oder Erfüllung der Voraussetzungen der erweiterten Notfallstufe gemäß § 13ff oder Erfüllung der Voraussetzungen der umfassenden Notfallstufe gemäß §§ 18ff der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.05.2018 B4), der durch Beschluss vom 20. November 2020 (BAnz AT 24.12.2020 B2) geändert wurde

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
12	Kardiale Devices	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG EPU/Ablation LG Interventionelle Kardiologie mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie-oder LG Herzchirurgie-Kinder und Jugendliche	CT täglich rund um die Uhr, 12-Kanal-EKG-Gerät, Echokardiographie, TEE	FA Innere Medizin und Kardiologie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG EPU/Ablation mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/ interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie- Kinder und Jugendliche		Kardio-MRT			

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
13	Minimalinvasive Herzklappenintervention	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex  LG Interventionelle Kardiologie mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie- Kinder und Jugendliche	LG Allgemeine Chirurgie LG EPU/Ablation	Katheterlabor und herzchirurgischer Operationssaal (OP) oder Hybrid-OP	FA Herzchirurgie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Chirurgie					
14	Allgemeine Chirurgie	Mindestvoraussetzungen	LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Innere Medizin	Röntgen, EKG, Sonographiegerät, Basislabor täglich rund um die Uhr, CT täglich rund um die Uhr mindestens in Kooperation, Möglichkeit zur Anforderung und Transfusion von Erythrozytenkonzentraten und Thrombozytenkonzentraten (mindestens in Kooperation, täglich rund um die Uhr), mindestens zwei OP-Säle	FA Allgemein Chirurgie FA Orthopädie und Unfallchirurgie FA Viszeralchirurgie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr Davon mindestens ein FA Allgemein Chirurgie	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)	Auswahlkriterium	Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			LG Geriatrie					
15	Kinder- und Jugendchirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin LG Intensivmedizin		CT täglich rund um die Uhr oder MRT täglich rund um die Uhr mindestens in Kooperation, Sonographie	FA Kinder- und Jugendchirurgie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
16	Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie	Mindestvoraussetzung	Erfüllung der Mindestvoraussetzungen der LG 15 Kinder- und Jugendchirurgie (KJ Chi)  Darüber hinaus mindestens ein Schwerpunkt (SP) gemäß nachfolgenden Spezifizierungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• KJ Chi-Traumatologie</li> <li>• KJ Chi-Orthopädie</li> <li>• KJ Chi-Urologie</li> <li>• KJ Chi-Verbrennung</li> <li>• KJ Chi-Onkologie</li> <li>• KJ Chi-Fehlbildungen</li> </ul>		CT täglich rund um die Uhr, MRT täglich rund um die Uhr mindestens in Kooperation, Sonographie	FA Kinder- und Jugendchirurgie FA Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatzqualifikation im SP (sofern Zusatzqualifikation verfügbar)	Fünf FÄ mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr Davon ein FA mit Zusatzqualifikation im SP (sofern Zusatzqualifikation verfügbar)	Kinderradiologie in Kooperation Kinderschutzstrukturen Kinderanästhesiologische Kompetenz Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• KJ-Chi- pädiatrische HNO-Heilkunde</li> </ul>					
17	Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin Für Krankenhäuser, die nicht als Fachkrankenhaus tätig sind: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Angebot Schwerbrandverletzte Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin		FA Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr Davon mindestens zwei FA Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, dritter FA kann FA aus dem Gebiet Chirurgie sein	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin					
18	Bauchaortenaneurysma	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex LG Komplexe periphere arterielle Gefäße			FA Gefäßchirurgie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr	Einhaltung der Anforderungen gemäß §§ 4f der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über eine Qualitätssicherungsvereinbarung zum Bauchaortenaneurysma vom 13. März 2008 (BAnz Nr. 71, S. 1706), die durch Beschluss vom 2. Dezember 2021 (BAnz

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
								AT 22.12.2021 B5) geändert wurde
		Auswahlkriterium				FA Innere Medizin und Angiologie		
19	Carotis operativ/interventionell	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex LG Komplexe periphere arterielle Gefäße	LG Neurochirurgie mindestens eine der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B) mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)	Röntgen täglich rund um die Uhr, Teleradiologischer Befund möglich, CT täglich rund um die Uhr, MRT, Digitale Substraktionsangiographie (DSA), Periphere Dopplersonographie, Duplexsonographie, Funktionelle Gefäßdiagnostik	FA Gefäßchirurgie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr	
			LG Neurochirurgie mindestens eine der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie mindestens eine	Hybrid-OP	FA Innere Medizin und Angiologie			

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

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
21	Herzchirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex LG Interventionelle Kardiologie	LG Allgemeine Chirurgie	Katheterlabor, Echokardiographie, EKG, Doppler- oder Duplex-Sonographie, DSA, Röntgen, CT täglich rund um die Uhr, Teleradiologischer Befund möglich, Herz-Lungen-Maschine	FA Herzchirurgie	Fünf FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG Herztransplantation mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/ interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße		Hybrid-OP Extrakorporale Membranoxygenierung (ECMO)			
22	Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche	Mindestvoraussetzung						Einhaltung der Anforderungen gemäß §§ 4ff. der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über eine Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der herzchirurgischen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 137 Absatz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vom 18. Februar 2010 (BAnz Nr. 89a – Beilage vom 16.06.2010), der durch

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
								Beschluss vom 16. Dezember 2021 (BAnz AT 10.03.2022 B2) geändert wurde Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
23	Endoprothetik Hüfte	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin Für Krankenhäuser, die nicht als Fachkrankenhaus tätig sind: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Röntgen täglich rund um die Uhr, Teleradiologischer Befund möglich	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegeperson
		Auswahlkriterium	LG Endoprothetik Knie LG Geriatrie LG Revision Hüftendoprothese Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin		CT täglich rund um die Uhr, MRT	ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie ZW Spezielle Unfallchirurgie		
24	Endoprothetik Knie	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin Für Krankenhäuser, die nicht als Fachkrankenhaus tätig sind:	Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Röntgen täglich rund um die Uhr, Teleradiologischer Befund möglich	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegeperson

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin					
		Auswahlkriterium	LG Endoprothetik Hüfte LG Geriatrie LG Revision Knieendoprothese Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin		CT täglich rund um die Uhr, MRT	ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie ZW Spezielle Unfallchirurgie		
25	Revision Hüftendoprothese	Mindestvoraussetzung	LG Endoprothetik Hüfte LG Intensivmedizin Für Krankenhäuser, die nicht als Fachkrankenhaus tätig sind: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Röntgen täglich rund um die Uhr, Teleradiologischer Befund möglich	FA Orthopädie und Unfallchirurgie ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr Davon mindestens ein FA mit ZW	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegeperson
		Auswahlkriterium	LG Geriatrie Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin		CT täglich rund um die Uhr, MRT			

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
26	Revision Knieendoprothese	Mindestvoraussetzung	LG Endoprothetik Knie LG Intensivmedizin Für Krankenhäuser, die nicht als Fachkrankenhaus tätig sind: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Röntgen täglich rund um die Uhr, Teleradiologischer Befund möglich	FA Orthopädie und Unfallchirurgie ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr Davon mindestens ein FA mit ZW	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG Geriatrie Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin		CT täglich rund um die Uhr, MRT			
27	Spezielle Traumatologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Intensivmedizin LG Notfallmedizin LG Allgemeine Innere Medizin	LG Neurochirurgie LG Komplexe periphere arterielle Gefäße  LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	CT täglich rund um die Uhr, Röntgen täglich rund um die Uhr, Sonographie, Basislabor, Blutdepot, mindestens zwei Operationssäle, Intensivstation mit mindestens sechs Betten, MRT täglich rund um die Uhr, Schockraum, Angiographiearbeitsplatz, Teleradiologische Anbindung zum Standort	FA Orthopädie und Unfallchirurgie FA Orthopädie und Unfallchirurgie mit ZW Spezielle Unfallchirurgie	Fünf FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr Davon mindestens drei FA mit ZW Spezielle Unfallchirurgie	Erfüllung der Voraussetzungen der erweiterten Notfallstufe gemäß §§ 13ff. der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vom 19. April 2018, (BAnz AT 18.05.2018 B4) der mit Beschluss vom 20. November 2020, (BAnz AT 24.12.2020 B2) geändert worden ist  Erfüllung der Anforderungen der gesetzlichen

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
					mit LG Neurochirurgie, falls diese in Kooperation erbracht wird, Hubschrauberlandeplatz oder Public Interest Site (PIS)-Landestelle			Unfallversicherungsträger nach § 34 SGB VII an Krankenhäuser zur Beteiligung am Schwerverletzungsverfahren (SAV), vom 1. Januar 2013 in der Fassung vom 1. Juli 2023, welche auf Grundlage von § 34 Absatz 1 Satz 2 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e.V. und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau festgelegt worden sind <sup>1</sup> Erfüllung der Anforderungen an die personelle Ausstattung und der räumlichen Anforderungen für Regionales Traumazentrum (RTZ) oder Überregionales Traumazentrum (ÜTZ) nach „Weißbuch Schwerverletztenversorgung - Empfehlungen zur Struktur, Organisation, Ausstattung sowie Förderung von Qualität und Sicherheit in der Schwerverletztenversorgung in der Bundesrepublik Deutschland“. Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V., 3. erweiterte Auflage 2019, Seiten 16 bis 17 und Seiten 18 bis 20

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

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		Auswahlkriterium	LG Geriatrie LG Wirbelsäuleneingriffe LG Endoprothetik Hüfte LG Endoprothetik Knie	LG Urologie LG Plastische und Rekonstruktive Chirurgie LG Thoraxchirurgie LG HNO LG Herzchirurgie LG Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie (MKG)		FA Neurochirurgie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr	
28	Wirbelsäuleneingriffe	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin Für Krankenhäuser, die nicht als Fachkrankenhaus tätig sind: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Angebot Schmerztherapie Für Fachkrankenhaus: Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Röntgen täglich rund um die Uhr, Telerradiologischer Befund möglich	FA Orthopädie und Unfallchirurgie FA Neurochirurgie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	Angebot Schmerztherapie Für Fachkrankenhaus: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	LG Neurochirurgie	CT täglich rund um die Uhr, MRT	ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie		
29	Thoraxchirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex	LG Komplexe Pneumologie LG Palliativmedizin	Röntgen täglich rund um die Uhr, CT täglich rund um die Uhr oder MRT täglich rund um die Uhr,	FA Thoraxchirurgie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr	

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			<p>Für Krankenhäuser, die nicht als Fachkrankenhaus tätig sind:                      LG Allgemeine Chirurgie                      LG Allgemeine Innere Medizin</p>	<p>mindestens eine der folgenden LG:                      LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome</p> <p>Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Chirurgie                      LG Allgemeine Innere Medizin                      Angebot Strahlentherapie</p>	<p>Teleradiologischer Befund möglich</p>		<p>Sofern LG Herzchirurgie am Standort vorhanden ist: mindestens zwei FA Thoraxchirurgie                      mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr</p>	
		<p>Auswahlkriterium</p>	<p>LG Herzchirurgie                      LG Komplexe Pneumologie                      LG Palliativmedizin</p> <p>mindestens eine der folgenden LG:                      LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome</p> <p>Für Fachkrankenhäuser:                      LG Allgemeine Chirurgie                      LG Allgemeine Innere Medizin                      Angebot Strahlentherapie</p>	<p>LG Neurochirurgie</p> <p>mindestens eine der folgenden LG:                      LG Bauchortenaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße</p> <p>mindestens eine der folgenden LG:                      LG Endoprothetik Hüfte oder LG Endoprothetik Knie oder LG Revision</p>		<p>FA Radiologie</p>		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
				Hüftendoprothese oder LG Revision Knieendoprothese mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe				
30	Bariatrische Chirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Komplexe Gastroenterologie	CT täglich rund um die Uhr oder MRT täglich rund um die Uhr	FA Viszeralchirurgie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr	
		Auswahlkriterium	LG Komplexe Gastroenterologie		Mindestens ein OP-Tisch mit einer Tragfähigkeit von mindestens 225 Kilogramm			
31	Lebereingriffe	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex	LG Komplexe Gastroenterologie mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG	Röntgen täglich rund um die Uhr, CT täglich rund um die Uhr oder MRT täglich rund um die Uhr, Teleradiologischer Befund möglich	FA Viszeralchirurgie ZW Spezielle Viszeralchirurgie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr Davon mindestens ein FA mit ZW	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
				Leukämie und Lymphome Angebot Strahlentherapie				
		Auswahlkriterium	LG Lebertransplantation LG Palliativmedizin LG Pankreaseingriffe LG Komplexe Gastroenterologie mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome Angebot Strahlentherapie		täglich rund um die Uhr interventionelle Endoskopie einschließlich endoskopische retrograde Cholangiopankreatikographie (ERC/P), interventionelle Radiologie täglich rund um die Uhr, diagnostische Angiographie täglich rund um die Uhr			
32	Ösophaguseingriffe	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex	Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome Angebot Strahlentherapie	Röntgen täglich rund um die Uhr, CT täglich rund um die Uhr oder MRT täglich rund um die Uhr, Teleradiologischer Befund möglich, interventionelle Endoskopie täglich rund um die Uhr	FA Viszeralchirurgie ZW Spezielle Viszeralchirurgie FA Innere Medizin und Gastroenterologie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr Davon mindestens ein FA mit ZW Zwei FA Innere Medizin und Gastroenterologie	
		Auswahlkriterium	LG Komplexe Gastroenterologie LG Palliativmedizin	LG Thoraxchirurgie	Diagnostische Angiographie			

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome Angebot Strahlentherapie					
33	Pankreas-eingriffe	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex	Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome Angebot Strahlentherapie	Röntgen täglich rund um die Uhr, CT täglich rund um die Uhr oder MRT täglich rund um die Uhr, Teleradiologischer Befund möglich, Interventionelle Endoskopie einschließlich ERC/P	FA Viszeralchirurgie ZW Spezielle Viszeralchirurgie FA Innere Medizin und Gastroenterologie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr Davon mindestens ein FA mit ZW und zwei FA Innere Medizin und Gastroenterologie	
		Auswahlkriterium	LG Komplexe Endokrinologie und Diabetologie LG Lebereingriffe LG Palliativmedizin  mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome Angebot Strahlentherapie		Interventionelle Radiologie, Diagnostische Angiographie			

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
34	Tiefe Rektumeingriffe	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Komplexe Gastroenterologie  mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome  Angebot Strahlentherapie	Röntgen täglich rund um die Uhr, CT täglich rund um die Uhr oder MRT täglich rund um die Uhr, Teleradiologischer Befund möglich	FA Viszeralchirurgie ZW Spezielle Viszeralchirurgie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr Davon mindestens ein FA mit ZW	
		Auswahlkriterium	LG Komplexe Gastroenterologie LG Palliativmedizin LG Urologie  mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome  Angebot Strahlentherapie		Interventionelle Endoskopie täglich rund um die Uhr	ZW Proktologie		
35	Augenheilkunde	Mindestvoraussetzung		LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Sonographiegerät, Gonioskopie, Ophthalmoskopie, Fluoreszenzangiographie	FA Augenheilkunde	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr oder vertragliche Vereinbarung mindestens drei Belegärzte	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Innere Medizin LG MKG  mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)		Optische Kohärenztomographie (OCT)			
36	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin  Für Krankenhäuser, die nicht als Fachkrankenhaus tätig sind: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	LG Allgemeine Frauenheilkunde LG Urologie  Angebot Strahlentherapie  Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Lasertherapie, Photo(chemo)therapie Balneophototherapie	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr	
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Frauenheilkunde LG Neurochirurgie LG Urologie  Angebot Strahlentherapie  Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	LG HNO LG MKG LG Thoraxchirurgie  Angebot Infektiologie		FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie ZW Allergologie		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
37	MKG	Mindestvoraussetzung	<p>LG Intensivmedizin</p> <p>Für Krankenhäuser, die nicht als Fachkrankenhaus tätig sind:</p> <p>LG Allgemeine Chirurgie</p> <p>LG Allgemeine Innere Medizin</p>	<p>Für Fachkrankenhäuser:</p> <p>LG Allgemeine Chirurgie</p> <p>LG Allgemeine Innere Medizin</p>	<p>Panendoskop,</p> <p>B-Bild-Sonograph,</p> <p>CT,</p> <p>Orthopantomogramm (OPG)-Röntgengerät</p>	<p>FA Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie</p>	<p>Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr oder vertragliche Vereinbarung mindestens drei Belegärzte</p>	
		Auswahlkriterium	<p>LG Neurochirurgie mindestens eine der folgenden LG:</p> <p>LG Endoprothetik Hüfte oder LG Endoprothetik Knie oder LG Revision Hüftendoprothetik oder LG Revision Knieendoprothese</p> <p>Für Fachkrankenhäuser:</p> <p>LG Allgemeine Chirurgie</p> <p>LG Allgemeine Innere Medizin</p>	<p>LG Augenheilkunde</p> <p>LG HNO</p>				
38	Urologie	Mindestvoraussetzung	<p>LG Allgemeine Chirurgie</p> <p>LG Allgemeine Innere Medizin</p> <p>LG Intensivmedizin</p>	<p>LG Komplexe Nephrologie</p>	<p>Endoskop</p> <p>Laparoskop,</p> <p>Sonographiegerät (einschließlich Doppeler- oder Duplex-Sonographie)</p>	<p>FA Urologie</p>	<p>Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr</p>	
		Auswahlkriterium	<p>LG Komplexe Nephrologie</p>	<p>LG Allgemeine Frauenheilkunde</p> <p>Mindestens eine der folgenden</p>	<p>CT,</p> <p>MRT,</p> <p>PET oder PET-CT,</p>	<p>ZW Andrologie</p>		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
				LG: Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome  Angebot Infektiologie Angebot Nuklearmedizin Angebot Schmerztherapie Angebot Strahlentherapie	Roboter-assistierte Chirurgie			
39	Allgemeine Frauenheilkunde	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin			FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr oder vertragliche Vereinbarung mindestens drei Belegärzte	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG Urologie mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe			FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
40	Ovarial-CA	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Frauenheilkunde LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Urologie		FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe SP Gynäkologische Onkologie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr Davon mindestens ein FA mit SP	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG Palliativmedizin LG Senologie LG Urologie  mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome  mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe	Angebot Nuklearmedizin Angebot Strahlentherapie		FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin		
41	Senologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Frauenheilkunde LG Allgemeine Innere Medizin			FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			LG Intensivmedizin					
		Auswahlkriterium	LG Ovarial-CA LG Palliativmedizin LG Plastische und Rekonstruktive Chirurgie  mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome  Angebot Strahlentherapie	Angebot Nuklearmedizin		FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Gynäkologische Onkologie FA für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie		
42	Geburten	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Frauenheilkunde LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin		FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin LG Kinder- und Jugendchirurgie			FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	täglich rund um die Uhr fachärztliche Anwesenheit	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
43	Perinataler Schwerpunkt	Mindestvoraussetzung						<p><i>Einhaltung der Anforderungen der Versorgungsstufe III gemäß Nummer III der Anlage 2 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über eine Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen vom 20. September 2005 (BAnz S. 15 684 vom 28.10.2005), der durch Beschluss vom 2. Dezember 2021 (BAnz. AT 22.12.2021 B5) geändert wurde</i></p> <p><i>Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen</i></p>
44	Perinatalzentrum Level 1	Mindestvoraussetzung						<p><i>Einhaltung der Anforderungen der Versorgungsstufe I gemäß Nummer I der Anlage 2 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über eine Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen vom 20. September 2005 (BAnz S. 15 684 vom 28.10.2005), der durch Beschluss vom 2. Dezember 2021 (BAnz. AT 22.12.2021 B5) geändert wurde</i></p> <p><i>Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen</i></p>

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		Auswahlkriterium				FA Kinder- und Jugendmedizin mit SP Neuropädiatrie		
45	Perinatalzentrum Level 2	Mindestvoraussetzung						<p>Einhaltung der Anforderungen der Versorgungsstufe II gemäß Nummer II der Anlage 2 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über eine Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen vom 20. September 2005 (BAnz S. 15 684 vom 16.06.2005), der durch Beschluss vom 2. Dezember 2021 (BAnz. AT 22.12.2021 B5) geändert wurde</p> <p>Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen</p>
46	Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	Mindestvoraussetzung		LG Intensivmedizin		FA Kinder- und Jugendmedizin	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG Perinataler Schwerpunkt oder LG Perinatalzentrum Level 1 oder LG Perinatalzentrum Level 2 LG Geburten LG Intensivmedizin			FA Kinder- und Jugendchirurgie		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			LG Kinder- und Jugendchirurgie					
47	Spezielle Kinder- und Jugendmedizin	Mindestvoraussetzung	<p>Erfüllung der Mindestvoraussetzungen der LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin (KJ)</p> <p>Darüber hinaus mindestens ein SP gemäß nachfolgenden Spezifizierungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• KJ-Endokrinologie und Diabetologie,</li> <li>• KJ-Gastroenterologie und Hepatologie,</li> <li>• KJ-Infektiologie,</li> <li>• KJ-Intensivmedizin,</li> <li>• KJ-Kardiologie,</li> <li>• KJ-Nephrologie,</li> <li>• KJ-Notfallmedizin,</li> <li>• KJ-Pneumologie, Allergologie und Schlafmedizin,</li> <li>• KJ-Rheumatologie,</li> <li>• Neuropädiatrie,</li> <li>• Sozialpädiatrie,</li> </ul>			<p>FA Kinder- und Jugendmedizin</p> <p>FA Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzqualifikation im SP (sofern Zusatzqualifikation verfügbar)</p>	<p>Fünf FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr</p> <p>Davon drei FA mit Zusatzqualifikation im SP (sofern Zusatzqualifikation verfügbar)</p>	

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pädiatrische Stoffwechselmedizin,</li> <li>• KJ-Palliativmedizin</li> </ul> <p>Zusätzlich außer in Fachkliniken zum Beispiel für Kinder- und Jugendrheumatologie, Neuropädiatrie, Sozialpädiatrie:</p> <p>LG Perinatalzentrum Level 2</p> <p>LG Intensivmedizin</p>					
		Auswahlkriterium	<p>LG Kinder- und Jugendchirurgie</p> <p>LG Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG:                      LG Perinataler Schwerpunkt oder                      LG Perinatalzentrum Level 1 oder                      LG Perinatalzentrum Level 2</p>					
48	Kinder-Hämatologie und -Onkologie -	Mindestvoraussetzung	<p>LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin</p> <p>LG Intensivmedizin,</p>	<p>LG Kinder- Hämatologie und -Onkologie - Leukämie und Lymphome</p>	<p>CT täglich rund um die Uhr oder MRT täglich rund um die Uhr, Zentrales Monitoring von EKG, Blutdruck und</p>	<p>FA Kinder- und Jugendmedizin</p>	<p>Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr</p>	<p>Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen</p> <p>Einhaltung der Anforderungen gemäß §§ 4ff der Bekanntmachung eines Beschlusses des</p>

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)	Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
		Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit		
	Stammzelltransplantation		Qualitätsanforderung Hochkomplex	LG Palliativmedizin	Sauerstoffsättigung auf der Station, Nichtinvasive Beatmung (einschließlich HFNC)  Sofern allogene Stammzelltransplantationen durchgeführt werden: Einzelzimmer mit eigener Schleuse und kontinuierlichem Überdruck und gefilterter Luftzufuhr			G-BA über eine Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämatologischen Krankheiten vom 16. Mai 2006 (BAnz Nr. 129, S. 4997), der durch Beschluss vom 3. November 2021 (BAnz AT 26.11.2021 B5) geändert wurde
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Leukämie und Lymphome LG Komplexe Pneumologie LG Neurochirurgie LG Palliativmedizin LG Stammzelltransplantation Angebot Strahlentherapie	LG Kinder- und Jugendchirurgie LG Leukämie und Lymphome	Telemedizinische Behandlung	FA Transfusionsmedizin FA Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie		

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

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			Lymphome LG Neurochirurgie LG Palliativmedizin Angebot Strahlentherapie					
50	HNO	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin		Elektrische Reaktionsaudiometrie (ERA)	FA HNO	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr oder vertragliche Vereinbarung mindestens drei Belegärzte	
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	LG MKG Angebot Strahlentherapie	MRT, PET-CT, Doppler- oder Duplex-Sonographien	ZW Allergologie		
51	Cochleaimplantate	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG HNO LG Intensivmedizin		Elektrische Reaktionsaudiometrie (ERA)	FA für HNO	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr	
		Auswahlkriterien	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	LG MKG	MRT, PET-CT, Doppler- oder Duplex-Sonographien	FA Phoniatrie und Pädaudiologie		

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

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
53	Allgemeine Neurologie	Mindestvoraussetzung	Für Krankenhäuser, die nicht als Fachkrankenhaus tätig sind: LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	CT oder MRT (Telerradiologie möglich), EEG, EMG, evozierte Potentiale,  ENG, Sonographie einschließlich extra- und intrakranielle Doppler- und Farbduplexsonographie, Schluckdiagnostik	FA Neurologie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG Geriatrie LG Neurochirurgie Mindestens einer der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie  Angebot Schmerztherapie Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Chirurgie LG Augenheilkunde LG HNO	Polysomnographie	ZW Geriatrie ZW Intensivmedizin ZW Palliativmedizin ZW Schlafmedizin		
54	Stroke Unit	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Allgemeine Neurologie LG Intensivmedizin	LG Neurochirurgie Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis	CT täglich rund um die Uhr oder MRT täglich rund um die Uhr, CT-Angiographie täglich rund um die Uhr oder MR-Angiographie täglich rund um die Uhr,	FA Neurologie	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
				operativ/ interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäß	Intra- und extrakranielle Sonographie einschließlich Farbduplex täglich rund um die Uhr, Transthorakale Echokardiographie (TTE),  TEE, Systemische Fibrinolyse täglich rund um die Uhr			
		Auswahlkriterium	LG Neurochirurgie LG Neuro- Frühreha (NNF, Phase B)  Mindestens einer der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/ interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße  Mindestens eine der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie		Neuroradiologische Behandlungsmöglichkeit (einschließlich Thrombektomie) täglich rund um die Uhr mindestens in Kooperation, DSA	FA Radiologie mit SP Neuroradiologie FA Innere Medizin und Kardiologie		
55	Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Innere Medizin LG Allgemeine Neurologie	CT oder MRT (Telerradiologie möglich), EKG, EEG, EMG, EVP, Motorisch evozierte	FA Neurochirurgie FA Neurologie FA Neuropädiatrie FA Rehabilitationsmedizin	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
					Potenziale (MEP), Mobiles Ultraschallgerät einschließlich Farbduplex			
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Innere Medizin LG Allgemeine Neurologie					
56	Geriatric	Mindestvoraussetzung	Für Krankenhäuser, die nicht als Fachkrankenhaus tätig sind: LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	<p>LG Urologie</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG: LG Endoprothetik Hüfte oder LG Endoprothetik Knie oder LG Revision Hüftendoprothese oder LG Revision Knieendoprothese</p> <p>Für Fachkrankenhaus: LG Allgemeine Innere Medizin</p>	CT (wenn Stand alone Leistungserbringung oder für Fachkrankenhaus mindestens in Kooperation)	ZW Geriatric	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr Davon mindestens zwei FA mit ZW	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
				LG Intensivmedizin				
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Chirurgie LG Palliativmedizin  Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)  Mindestens eine der folgenden LG: LG Endoprothetik Hüfte oder LG Endoprothetik Knie oder LG Revision Hüftendoprothese oder LG Revision Knieendoprothese  Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin					
57	Palliativmedizin	Mindestvoraussetzung	Für Krankenhäuser, die nicht als Fachkrankenhaus tätig sind: LG Allgemeine Innere Medizin oder LG Allgemeine	Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Innere Medizin oder LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin		ZW Palliativmedizin	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr Davon mindestens zwei FA mit ZW	

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			Kinder- und Jugendmedizin					
		Auswahlkriterium	LG Intensivmedizin LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Leukämie und Lymphome LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltransplantation  Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome  Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)  Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Innere Medizin oder LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	LG Geriatrie Angebot Schmerztherapie		FA Kinder- und Jugendmedizin		

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
58	Darmtransplantation	Mindestvoraussetzung	<p>LG Allgemeine Chirurgie                      LG Allgemeine Innere Medizin                      LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG:                      LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe</p>		Röntgen, CT täglich rund um die Uhr, Teleradiologischer Befund möglich, MRT	<p>FA Viszeralchirurgie                      ZW Transplantationsmedizin</p>	Drei FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr Davon mindestens ein FA mit ZW	Transplantationsbeauftragter Interdisziplinäre Transplantationskonferenz
		Auswahlkriterium	<p>LG Bauchaneurysma oder LG Carotis operativ/ interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße</p>			<p>FA Allgemein Chirurgie                      FA Gefäßchirurgie                      FA Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit ZW                      Transplantationsmedizin</p>		
59	Herztransplantation	Mindestvoraussetzung	<p>LG Allgemeine Innere Medizin                      LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG:                      LG Herzchirurgie oder LG</p>	Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Chirurgie	<p>Herzkatheterlabor (Rechts- und Linkskatheter), Herz-Lungen-Maschine, Röntgen, CT täglich rund um die Uhr, Teleradiologischer</p>	<p>FA Herzchirurgie                      FA Innere Medizin und Kardiologie                      ZW Transplantationsmedizin</p>	<p>Sechs FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr                      Davon mindestens drei FA Herzchirurgie und drei FA Innere Medizin und Kardiologie</p>	Transplantationsbeauftragter Interdisziplinäre Transplantationskonferenz

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			<p>Herzchirurgie-Kinder und Jugendliche</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie</p> <p>Für Krankenhäuser, die nicht als Fachkrankenhaus tätig sind: LG Allgemeine Chirurgie</p>		Befund möglich, MRT		Davon mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin	
		Auswahlkriterium	<p>LG Thoraxchirurgie</p> <p>Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Chirurgie</p>		ECMO	<p>FA Thoraxchirurgie</p> <p>FA Innere Medizin und Pneumologie</p> <p>FA Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit ZW Transplantationsmedizin</p>		
60	Lebertransplantation	Mindestvoraussetzung	<p>LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex</p> <p>LG Komplexe Gastroenterologie</p> <p>mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG</p>		Röntgen, CT täglich rund um die Uhr, Teleradiologischer Befund möglich, MRT	<p>FA Viszeralchirurgie</p> <p>FA Innere Medizin und Gastroenterologie</p> <p>ZW Transplantationsmedizin</p>	<p>Sechs FA je Disziplin mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr</p> <p>Davon mindestens drei FA Viszeralchirurgie und drei FA Innere Medizin und Gastroenterologie</p> <p>Davon</p>	Transplantationsbeauftragter Interdisziplinäre Transplantationskonferenz

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe				mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin	
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin  Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/ interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße			FA Allgemein Chirurgie FA Gefäßchirurgie FA Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit ZW Transplantationsmedizin		
61	Lungen- transplantation	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex  LG Komplexe Pneumologie und LG Herzchirurgie oder LG Thoraxchirurgie		Herz-Lungen-Maschine, Röntgen, CT täglich rund um die Uhr, Teleradiologischer Befund möglich, MRT	FA Herzchirurgie FA Thoraxchirurgie ZW Transplantationsmedizin	Fünf FA Herzchirurgie und ein FA Thoraxchirurgie mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr oder drei FA Thoraxchirurgie und ein FA Herzchirurgie mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr Davon mindestens ein FA mit ZW	Transplantationsbeauftragter Interdisziplinäre Transplantationskonferenz

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)	Auswahlkriterium	Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
		Auswahlkriterium			ECMO	FA Kinder- und Jugendmedizin mit ZW Transplantationsmedizin		
62	Nierentransplantation	Mindestvoraussetzung	<p>LG Allgemeine Chirurgie                      LG Allgemeine Innere Medizin                      LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex</p> <p>Mindestens zwei der folgenden LG:                      LG Komplexe Nephrologie oder LG Urologie oder</p> <p>mindestens eine der folgenden LG:                      LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe</p>	<p>Sofern nicht bereits am Standort erbracht:                      LG Komplexe Nephrologie                      LG Urologie</p> <p>mindestens eine der folgenden LG:                      LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe</p>	Röntgen, CT täglich rund um die Uhr, Teleradiologischer Befund möglich, MRT	<p>FA Viszeralchirurgie                      FA Urologie</p> <p>FA Innere Medizin und Nephrologie                      ZW Transplantationsmedizin</p>	<p>Neun FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr                      Davon mindestens drei FA Viszeralchirurgie, drei FA Urologie und drei FA Innere Medizin und Nephrologie                      Davon mindestens ein FA mit ZW</p>	Transplantationsbeauftragter Interdisziplinäre Transplantationskonferenz
		Auswahlkriterium	<p>LG Urologie</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG:                      LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder</p>			<p>FA Allgemeinchirurgie                      FA Gefäßchirurgie                      FA Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit ZW Transplantationsmedizin</p>		



Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
			oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße					
64	Intensivmedizin	Mindestvoraussetzung			Notfall-Labor am Standort oder Notfall-Labor in Kooperation plus PoC-Laboranalytik	FA aus einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung ZW Intensivmedizin FA Anästhesiologie	Drei intensivmedizinisch erfahrene FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr Davon mindestens ein FA mit ZW Intensivmedizin oder ein FA Anästhesiologie	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Qualitätsanforderung Komplex			Verfügbarkeit folgender Untersuchungs-/Behandlungsverfahren auf der Intensivstation: a. Kontinuierliche Nierenersatzverfahren (täglich rund um die Uhr) b. Flexible Bronchoskopie (täglich acht Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 18 Uhr) c. Ultraschall-Verfahren (täglich acht Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 18 Uhr): Abdomen, TTE, TEE am Standort (täglich acht Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 18 Uhr), Notfall-Labor am	FA aus einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung ZW Intensivmedizin	Drei intensivmedizinisch erfahrene FA mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr Davon mindestens zwei FA mit ZW Intensivmedizin  Ständige Arztpräsenz auf der Intensivstation (Arzt kann zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz innerhalb des Krankenhauses hinzugezogen werden)	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)	Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien
		Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
				Standort plus PoC-Laboranalytik			
	Qualitätsanforderung Hochkomplex			<p>Verfügbarkeit folgender Untersuchungs- oder Behandlungsverfahren auf der Intensivstation:</p> <p>a. Kontinuierliche Nierenersatzverfahren (täglich rund um die Uhr)</p> <p>b. Flexible Bronchoskopie (täglich rund um die Uhr)</p> <p>c. Ultraschall-Verfahren (täglich rund um die Uhr): Abdomen, TTE, TEE am Standort, (täglich acht Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 18 Uhr), Notfall-Labor am Standort plus PoC-Laboranalytik</p>	ZW Intensivmedizin	<p>Drei FA mit ZW Intensivmedizin, mindestens Rufbereitschaft täglich rund um die Uhr</p> <p>Täglich rund um die Uhr Arztpräsenz auf der Intensivstation (Arzt kann zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz innerhalb des Krankenhauses hinzugezogen werden)</p>	Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen

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

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
1	Allgemeine Innere Medizin	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Chirurgie	Röntgen, Elektrokardiographie (EKG), Sonographiegerät, Basislabor jederzeit, Computertomographie (CT) jederzeit,	Facharzt (FA) Innere Medizin	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) festgelegten

					mindestens in Kooperation, Endoskopie (täglich zehn Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 20 Uhr)			Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	<p><b>LG Geriatrie</b></p> <p>Mindestens eine der folgenden LG:                  LG Allgemeine Frauenheilkunde oder LG Ovarial-CA oder LG Senologie oder LG Geburten</p>		Magnetresonanztomographie (MRT)			
2	Komplexe Endokrinologie und Diabetologie	Mindestvoraussetzung	<p>LG Allgemeine Chirurgie                  LG Allgemeine Innere Medizin                  LG Intensivmedizin</p> <p>Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden:                  LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin</p>			<p>Sofern Erwachsene behandelt werden:                  FA aus dem Gebiet Innere Medizin</p> <p>FA Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie</p> <p>Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden:                  FA Kinder- und Jugendmedizin                  FA Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-</p>	<p>Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit</p> <p>Sofern Erwachsene behandelt werden:                  Davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie, dritter FA kann aus dem Gebiet der Inneren Medizin sein</p> <p>Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden:                  Davon mindestens zwei FA Kinder- und Jugendmedizin mit</p>	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen

						<b>Weiterbildung (ZW) Kinder- und Jugend-Endokrinologie und Diabetologie</b>	<b>ZW Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie, dritter FA kann FA Kinder- und Jugendmedizin sein</b>	
<b>3</b>	<b>Infektiologie</b>	<b>Mindestvoraussetzung</b>	<b>LG Allgemeine Innere Medizin oder LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin, LG Intensivmedizin LG Notfallmedizin LG Komplexe Pneumologie LG Allgemeine Chirurgie</b>	<b>LG Komplexe Gastroenterologie LG Interventionelle Kardiologie</b>	<b>Mindestens vier Isolationsbetten mit Schleusenfunktion, Notfall-Labor plus Point-of-Care Laboranalytik, Zugang zu Mikrobiologischem Labor (mindestens zwölf Stunden täglich) mindestens in Kooperation, CT, MRT mindestens in Kooperation, Positronen-Emissions-Tomographie-CT (PET-CT) mindestens in Kooperation</b>	<b>FA Innere Medizin und Infektiologie oder FA in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung mit ZW Infektiologie  FA Mikrobiologie, Virologie und Infektions-epidemiologie mit ZW Infektiologie oder FA Hygiene und Umweltmedizin mit ZW Infektiologie</b>	<b>Vier FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens drei FA Innere Medizin und Infektiologie oder drei FA in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung mit ZW Infektiologie (davon mindestens ein FA Innere Medizin) sowie mindestens ein FA Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie mit ZW Infektiologie oder ein FA Hygiene und Umweltmedizin mit ZW Infektiologie</b>	<b>Fachärztlicher infektiologischer Konsilservice  Antibiotic Stewardship (ABS) Team  HIV- Ambulanz (mindestens in Kooperation)  Konsiliarische Erreichbarkeit täglich von 8 Uhr bis 17 Uhr, folgender Dienste:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Augenheilkunde</li> <li>• Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (HNO)</li> <li>• Gynäkologie</li> <li>• Dermatologie</li> <li>• Neurologie</li> </ul> <b>Erfüllung der Voraussetzungen der erweiterten Notfallversorgung gemäß den §§ 13 bis 17 der Bekanntmachung eines Beschlusses des</b>

								<p><b>Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.05.2018 B4), der durch den Beschluss vom 20. November 2020 (BAnz AT 24.12.2020 B2) geändert worden ist</b></p>
4	Komplexe Gastroenterologie	Mindestvoraussetzung	<p>LG Allgemeine Chirurgie                      LG Allgemeine Innere Medizin                      LG Intensivmedizin</p>	<p>LG Palliativmedizin</p>	<p>Endoskopie (Gastroskopie, Koloskopie),                      Sonographie,                      Endosonographie,                      CT jederzeit</p>	<p>FA Innere Medizin und Gastroenterologie</p>	<p>Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit                      Davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Gastroenterologie, dritter FA kann FA aus dem Gebiet Innere Medizin sein</p>	<p>Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen</p>
5	Komplexe Nephrologie	Mindestvoraussetzung	<p>LG Allgemeine Chirurgie                      LG Allgemeine Innere Medizin                      LG Intensivmedizin</p>		<p>Doppler- oder Duplex-Sonographie</p>	<p>FA Innere Medizin und Nephrologie</p>	<p>Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit                      Davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Nephrologie, dritter FA kann</p>	<p>Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen</p>

							<b>FA aus dem Gebiet Innere Medizin sein</b>	
<b>6</b>	<b>Komplexe Pneumologie</b>	<b>Mindestvoraussetzung</b>	<b>LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin</b>	<b>LG Palliativmedizin</b>  <b>Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome</b>	<b>Röntgen, CT, Bronchoskopie jederzeit, Spirometrie, Bodyplethysmographie</b>	<b>FA Innere Medizin und Pneumologie</b>	<b>Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Pneumologie, dritter FA kann FA aus dem Gebiet Innere Medizin sein</b>	<b>Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen</b>
<b>7</b>	<b>Komplexe Rheumatologie</b>	<b>Mindestvoraussetzung</b>	<b>LG Allgemeine Innere Medizin oder mindestens eine der folgenden LG: LG Endoprothetik Hüfte oder LG Endoprothetik Knie oder LG Revision Hüftendoprothetik oder LG Revision Knieendoprothese</b>		<b>Sonographiegerät, Osteodensitometrie</b>	<b>FA Innere Medizin und Rheumatologie FA Orthopädie und Unfallchirurgie mit ZW Orthopädische Rheumatologie</b>	<b>Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit</b>	<b>Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen</b>

8	Stammzelltransplantation	Mindestvoraussetzung	<p>LG Allgemeine Chirurgie                  LG Allgemeine Innere Medizin                  LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung                  Hochkomplex</p>	<p>LG Augenheilkunde                  LG HNO                  LG Komplexe Gastroenterologie                  LG Palliativmedizin</p>	<p>CT jederzeit oder MRT jederzeit, Zentrales Monitoring von EKG, Blutdruck und Sauerstoffsättigung auf der Station, Nichtinvasive Beatmung einschließlich High-Flow-Nasenkäule (HFNC)</p> <p>Sofern allogene Stammzelltransplantationen durchgeführt werden:                  Einzelzimmer mit eigener Schleuse und kontinuierlichem Überdruck und gefilterter Luftzufuhr</p>	FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	<p>LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin                  LG Haut- und Geschlechtskrankheiten                  LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Stammzelltransplantation                  LG Komplexe Nephrologie                  LG Komplexe Pneumologie</p>			FA Transfusionsmedizin		

9	Leukämie und Lymphome	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Palliativmedizin LG Stammzelltransplantation	CT jederzeit oder MRT jederzeit	FA aus dem Gebiet Innere Medizin FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Drei FA aus dem Gebiet Innere Medizin, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	
		Auswahlkriterium	LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Leukämie und Lymphome LG Komplexe Gastroenterologie LG Stammzelltransplantation			FA Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt (SP) Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie		
10	EPU/Abtation	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Interventionelle Kardiologie LG Kardiale Devices  Mindestens eine der folgenden LG: LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche	CT jederzeit, 12-Kanal-EKG-Gerät, Echokardiographie, Transösophageale Echokardiographie (TEE)	FA Innere Medizin und Kardiologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG Kardiale Devices		Kardio-MRT			

			<p>Mindestens eine der folgenden LG:                  LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/ interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG:                  LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche</p>					
11	Interventionelle Kardiologie	Mindestvoraussetzung	<p>LG Allgemeine Innere Medizin                  LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex</p>	<p>LG Kardiale Devices</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG:                  LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche</p>	<p>Katheterlabor, Röntgen, CT jederzeit, 12-Kanal-EKG-Gerät, Echokardiographie, TEE</p>	<p>FA Innere Medizin und Kardiologie</p>	<p>Fünf FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit</p>	<p>Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen</p>

		<b>Auswahlkriterium</b>	<b>LG EPU/Ablation</b> <b>LG Kardiale Devices</b>  <b>Mindestens eine der folgenden LG:</b> <b>LG Bauchortenaneurysma</b> <b>oder LG Carotis operativ/interventionell</b> <b>oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße</b>  <b>Mindestens eine der folgenden LG:</b> <b>LG Herzchirurgie</b> <b>oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche</b>		<b>Kardio-MRT</b>			<b>Erfüllung der Voraussetzungen gemäß § 28 Nummer 1 bis 6 oder Erfüllung der Voraussetzungen der erweiterten Notfallversorgung gemäß den §§ 13 bis 17</b>  <b>oder Erfüllung der Voraussetzungen der umfassenden Notfallversorgung gemäß den §§ 18 bis 22,</b>  <b>jeweils bezogen auf die Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.05.2018 B4), der durch Beschluss vom 20. November 2020 (BAnz AT 24.12.2020 B2) geändert wurde</b>
--	--	-------------------------	---	--	-------------------	--	--	--

12	Kardiale Devices	Mindestvoraussetzung	<p>LG Allgemeine Innere Medizin                  LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex</p>	<p>LG EPU/Ablation                  LG Interventionelle Kardiologie</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG:                  LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche</p>	<p>CT jederzeit, 12-Kanal-EKG-Gerät, Echokardiographie, TEE</p>	<p>FA Innere Medizin und Kardiologie</p>	<p>Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit</p>	<p>Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen</p>
		Auswahlkriterium	<p>LG EPU/Ablation</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG:                  LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG:                  LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche</p>		<p>Kardio-MRT</p>			

13	Minimalinvasive Herzklappenintervention	Mindestvoraussetzung	<p>LG Allgemeine Innere Medizin                      LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex                      LG Interventionelle Kardiologie</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG:                      LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche</p>	<p>LG Allgemeine Chirurgie                      LG EPU/Ablation</p>	Katheterlabor und herzchirurgischer Operationssaal (OP) oder Hybrid-OP	FA Herzchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Chirurgie					
14	Allgemeine Chirurgie	Mindestvoraussetzungen	LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Innere Medizin	Röntgen, EKG, Sonographiegerät, Basislabor jederzeit, CT jederzeit, mindestens in Kooperation, Möglichkeit zur Anforderung und Transfusion von Erythrozytenkonzentraten und Thrombozytenkonzentraten (mindestens in Kooperation, jederzeit), mindestens zwei OP-Säle	FA Allgemein Chirurgie FA Orthopädie und Unfallchirurgie FA Viszeralchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens ein FA Allgemein Chirurgie	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen

		Auswahlkriterium	LG Geriatrie					
15	Kinder- und Jugendchirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin LG Intensivmedizin		CT jederzeit oder MRT jederzeit mindestens in Kooperation, Sonographie	FA Kinder- und Jugendchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
16	Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Kinder- und Jugendchirurgie		CT jederzeit, MRT jederzeit mindestens in Kooperation, Sonographie	FA Kinder- und Jugendchirurgie  Sofern orthopädische Leistungen erbracht werden: FA Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz zur Weiterbildung (ZW) Kinder- und Jugend-Orthopädie	Fünf FÄ, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit  Sofern orthopädische Leistungen erbracht werden: mindestens zwei FÄ mit ZW Kinder- und Jugend-Orthopädie	Kinderradiologie in Kooperation  Kinderschutzstrukturen  Kinderanästhesiologische Kompetenz  Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
17	Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin  Für Krankenhäuser, die nicht von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4	Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“		FA Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens zwei FA Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, dritter FA kann FA aus dem Gebiet Chirurgie sein	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen

			Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	zugeordnet wurden: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin				
		Auswahlkriterium	Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin					
18	Bauchortenaneurysma	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex LG Komplexe periphere arterielle Gefäße			FA Gefäßchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der Anforderungen gemäß den §§ 4 und 5 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über eine Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchortenaneurysma vom 13. März 2008 (BAnz Nr. 71, S. 1706), die zuletzt durch den

								Beschluss vom 6. Dezember 2023 (BAnz AT 29.01.2024 B4) geändert worden ist
		Auswahlkriterium				FA Innere Medizin und Angiologie		
19	Carotis operativ/interventionell	Mindestvoraussetzung	<p>LG Allgemeine Chirurgie</p> <p>LG Allgemeine Innere Medizin</p> <p>LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex</p> <p>LG Komplexe periphere arterielle Gefäße</p>	<p>LG Neurochirurgie</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG:</p> <p>LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie oder LG NeuroFrühreha (NNF, Phase B)</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG:</p> <p>LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG NeuroFrühreha (NNF, Phase B)</p>	<p>Röntgen jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich,</p> <p>CT jederzeit, MRT, Digitale Substraktionsangiographie (DSA), Periphere Dopplersonographie, Duplexsonographie, Funktionelle Gefäßdiagnostik</p>	FA Gefäßchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
			LG Neurochirurgie		Hybrid-OP	FA Innere Medizin und Angiologie		

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

			<p>EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG:                  LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)</p>					
21	Herzchirurgie	Mindestvoraussetzung	<p>LG Allgemeine Innere Medizin                  LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex                  LG Interventionelle Kardiologie</p>	LG Allgemeine Chirurgie	<p>Katheterlabor, Echokardiographie, EKG, Doppler- oder Duplex-Sonographie, DSA, Röntgen, CT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich,</p> <p>Herz-Lungen-Maschine</p>	FA Herzchirurgie	Fünf FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	<p>LG Herztransplantation</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG:                  LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/ interventionell oder</p>		<p>Hybrid-OP                  Extrakorporale Membranoxygenierung (ECMO)</p>			

			<b>LG Komplexe periphere arterielle Gefäße</b>					
22	<b>Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche</b>	<b>Mindestvoraussetzung</b>						<p>Erfüllung der Anforderungen gemäß den §§ 4 und 5 und der Vorgaben gemäß § 6 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über eine Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der herzchirurgischen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 137 Absatz 1 Nummer 2 SGB V vom 18. Februar 2010 (BAnz Nr. 89a – Beilage vom 16.06.2010), der durch Beschluss vom 21. Dezember 2023 (BAnz AT 15.02.2024 B5) geändert wurde</p> <p>Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen</p>

23	Endoprothetik Hüfte	Mindestvoraussetzung	<p><b>LG Intensivmedizin</b></p> <p>Für Krankenhäuser, die nicht von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden:  <b>LG Allgemeine Chirurgie</b>  <b>LG Allgemeine Innere Medizin</b></p>	<p>Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden:  <b>LG Allgemeine Chirurgie</b>  <b>LG Allgemeine Innere Medizin</b></p>	Röntgen jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	<p><b>LG Endoprothetik Knie</b> <b>LG Geriatrie</b>  <b>LG Revision Hüftendoprothese</b></p> <p>Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden:</p>		CT jederzeit, MRT	ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie ZW Spezielle Unfallchirurgie		

			<p>LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin</p>					
24	Endoprothetik Knie	Mindestvoraussetzung	<p>LG Intensivmedizin</p> <p>Für Krankenhäuser, die nicht von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin</p>	<p>Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin</p>	<p>Röntgen jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich</p>	<p>FA Orthopädie und Unfallchirurgie</p>	<p>Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit</p>	<p>Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen</p>
		Auswahlkriterium	<p>LG Endoprothetik Hüfte LG Geriatrie LG Revision Knieendoprothese</p> <p>Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d</p>		<p>CT jederzeit, MRT</p>	<p>ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie oder ZW Spezielle Unfallchirurgie</p>		

			<p><b>Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden:</b>                  LG Allgemeine Chirurgie                  LG Allgemeine Innere Medizin</p>					
25	Revision Hüftendoprothese	Mindestvoraussetzung	<p>LG Endoprothetik Hüfte                  LG Intensivmedizin</p> <p>Für Krankenhäuser, die nicht von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden:                  LG Allgemeine Chirurgie                  LG Allgemeine Innere Medizin</p>	<p>Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden:                  LG Allgemeine Chirurgie                  LG Allgemeine Innere Medizin</p>	<p>Röntgen jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich</p>	<p>FA Orthopädie und Unfallchirurgie                  ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie</p>	<p>Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit                  Davon mindestens ein FA mit ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie</p>	<p>Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen</p>
		Auswahlkriterium	<p>LG Geriatrie</p> <p>Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen</p>		<p>CT jederzeit, MRT</p>			

			Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin					
26	Revision Knieendoprothese	Mindestvoraussetzung	<p>LG Endoprothetik Knie LG Intensivmedizin</p> <p>Für Krankenhäuser, die nicht von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin</p>	Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Röntgen jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich	FA Orthopädie und Unfallchirurgie ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens ein FA mit ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	<p>LG Geriatrie</p> <p>Für Fachkrankenhäuser, die von der für die</p>		CT jederzeit, MRT			

			<p>Krankenhausplanung zu- ständigen Landesbehörde ge- mäß § 135d Ab- satz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zuge- ordnet wurden: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin</p>					
27	Spezielle Traumatologie	Mindest- vo- raus- setzung	<p>LG Allgemeine Chirurgie LG Intensivme- dizin LG Notfallmedi- zine LG Allgemeine Innere Medizin</p>	<p>LG Neurochi- rurgie LG Komplexe periphere arte- rielle Gefäße LG Allgemeine Kinder- und Ju- gendmedizin</p>	<p>CT jederzeit, Röntgen jederzeit, Sonographie, Basislabor, Blutdepot, mindestens zwei Operationssäle, Intensivstation mit mindestens sechs Betten, MRT jederzeit, Schockraum, Angiographiearbeits- platz, Teleradiologische Anbindung zum Standort mit LG Neu- rochirurgie, falls diese in Kooperation erbracht wird, Hubschrauberlande- platz oder Public Inte- rest Site (PIS)-Land- stelle</p>	<p>FA Orthopädie und Unfallchirur- gie FA Orthopädie und Unfallchirur- gie mit ZW Spezi- elle Unfallchirur- gie</p>	<p>Fünf FA, mindes- tens Rufbereit- schaft: jederzeit Davon mindestens drei FÄ mit ZW Spezi- elle Unfallchirur- gie</p>	<p>Erfüllung der Vo- oraussetzungen der erweiterten Notfall- versorgung gemäß den §§ 13 bis 17 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über Re- gelungen zu einem gestuften System von Notfallstruktu- ren in Krankenhäu- sern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V vom 19. April 2018, (BAnz AT 18.05.2018 B4) der durch Beschluss vom 20. November 2020, (BAnz AT 24.12.2020 B2) ge- ändert worden ist</p> <p>Erfüllung der An- forderungen der gesetzlichen</p>

								<p><b>Unfallversicherungsträger nach § 34 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VII) an Krankenhäuser zur Beteiligung am Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV) vom 1. Januar 2013 in der Fassung vom 1. Juli 2023, welche auf Grundlage von § 34 Absatz 1 Satz 2 SGB VII von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e.V. und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau festgelegt worden sind Die Anforderungen sind abrufbar auf der Internetseite der Landesverbände der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (<a href="http://www.dguv.de/landesverbaende">www.dguv.de/landesverbaende</a>) unter der Rubrik „Medizinische Rehabilitation“ in der Unter rubrik „Schwerstverletzungsartenverfahren“.</b></p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--

								<p>Erfüllung der Anforderungen an die personelle Ausstattung und der räumlichen Anforderungen für Regionales Traumazentrum (RTZ) oder Überregionales Traumazentrum (ÜTZ) nach dem „Weißbuch Schwerverletztenversorgung - Empfehlungen zur Struktur, Organisation, Ausstattung sowie Förderung von Qualität und Sicherheit in der Schwerverletztenversorgung in der Bundesrepublik Deutschland“; Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V., 3. erweiterte Auflage 2019, Seiten 16 bis 17 und Seiten 18 bis 20.</p>
		<p><b>Auswahlkriterium</b></p>	<p>LG Geriatrie                  LG Wirbelsäuleneingriffe                  LG Endoprothetik Hüfte                  LG Endoprothetik Knie</p>	<p>LG Urologie                  LG Plastische und Rekonstruktive Chirurgie                  LG Thoraxchirurgie                  LG HNO                  LG Herzchirurgie</p>		<p>FA Neurochirurgie</p>	<p>Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit</p>	

				<b>LG Mund-Kiefer-Gesichts-chirurgie (MKG)</b>				
28	Wirbel-säulen-eingriffe	Mindest-vo-raus-set-zung	<p><b>LG Intensivmedizin</b></p> <p>Für Krankenhäuser, die nicht von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden:  <b>LG Allgemeine Chirurgie</b>  <b>LG Allgemeine Innere Medizin</b></p>	<p>Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden:  <b>LG Allgemeine Chirurgie</b>  <b>LG Allgemeine Innere Medizin</b></p>	Röntgen jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich	<p><b>FA Orthopädie und Unfallchirurgie</b>  <b>FA Neurochirurgie</b></p>	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	<p>Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden:  <b>LG Allgemeine Chirurgie</b></p>	<b>LG Neurochirurgie</b>	CT jederzeit, MRT	<b>ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie</b>		

			<b>LG Allgemeine Innere Medizin</b>					
29	Thora- xchi- rurgie	Min- dest- vo- raus- set- zung	<p><b>LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex</b></p> <p>Für Krankenhäuser, die nicht von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden:  <b>LG Allgemeine Chirurgie</b>  <b>LG Allgemeine Innere Medizin</b></p>	<p><b>LG Komplexe Pneumologie</b>  <b>LG Palliativmedizin</b></p> <p>Mindestens eine der folgenden <b>LG:</b>  <b>LG Stammzelltransplantation</b>  <b>oder LG Leukämie und Lymphome</b></p> <p>Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden:  <b>LG Allgemeine Chirurgie</b>  <b>LG Allgemeine Innere Medizin</b></p>	Röntgen jederzeit, CT jederzeit oder MRT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich	<b>FA Thoraxchirurgie</b>	<p>Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit</p> <p>Sofern LG Herzchirurgie am Standort erbracht wird: abweichend mindestens zwei FA Thoraxchirurgie, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit</p>	
		Auswahlkriterium	<p><b>LG Herzchirurgie</b>  <b>LG Komplexe Pneumologie</b>  <b>LG Palliativmedizin</b></p>	<p><b>LG Neurochirurgie</b></p> <p>Mindestens eine der folgenden <b>LG:</b></p>		<b>FA Radiologie</b>		

			<p>Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome</p> <p>Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin</p>	<p>LG Bauchortenaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG: LG Endoprothetik Hüfte oder LG Endoprothetik Knie oder LG Revision Hüftendoprothese oder LG Revision Knieendoprothese</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe</p>				
--	--	--	---	---	--	--	--	--

30	Bariatrische Chirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Komplexe Gastroenterologie	CT jederzeit oder MRT jederzeit	FA Viszeralchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Komplexe Gastroenterologie		Mindestens ein OP-Tisch mit einer Tragfähigkeit von mindestens 225 Kilogramm			
31	Lebereingriffe	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex	LG Komplexe Gastroenterologie  Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome	Röntgen jederzeit, CT jederzeit oder MRT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich	FA Viszeralchirurgie ZW Spezielle Viszeralchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens ein FA mit ZW Spezielle Viszeralchirurgie	
		Auswahlkriterium	LG Lebertransplantation LG Palliativmedizin LG Pankreas Eingriffe LG Komplexe Gastroenterologie  Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation		jederzeit interventionelle Endoskopie einschließlich endoskopische retrograde Cholangiopankreatikographie (ERC/P),  interventionelle Radiologie jederzeit,  diagnostische Angiographie jederzeit			

			oder LG Leukämie und Lymphome					
32	Öso- phage- sei- ngriffe	Mindest- vo- raus- set- zung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivme- dizin, Qualitäts- anforderung Hochkomplex	Mindestens eine der folgen- den LG: LG Stammzell- transplantation oder LG Leukä- mie und Lym- phome	Röntgen jederzeit, CT jederzeit oder MRT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich,  interventionelle En- doskopie jederzeit	FA Viszeralchi- rurgie ZW Spezi- elle Viszeralchi- rurgie FA Innere Medi- zin und Gastro- enterologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: je- derzeit Davon mindestens ein FA mit ZW Spe- zielle Viszeralchi- rurgie  Zwei FA Innere Me- dizin und Gastro- enterologie	
		Aus- wahl- krite- rium	LG Komplexe Gastroentero- logie LG Palliativme- dizin  Mindestens eine der folgen- den LG: LG Stammzell- transplantation oder LG Leukä- mie und Lym- phome	LG Thoraxchi- rurgie	Diagnostische Angio- graphie			
33	Pan- kreas- ein- griffe	Mindest- vo- raus- set- zung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere LG Intensivme- dizin, Qualitäts- anforderung Hochkomplex	Mindestens eine der folgen- den LG: LG Stammzell- transplantation oder LG Leukä- mie und Lym- phome	Röntgen jederzeit, CT jederzeit oder MRT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich,  Interventionelle En- doskopie einschließ- lich ERC/P	FA Viszeralchi- rurgie ZW Spezielle Vis- zeralchirurgie FA Innere Medi- zin und Gastro- enterologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: je- derzeit Davon mindestens ein FA mit ZW und zwei FA Innere Me- dizin und Gastro- enterologie	

		<b>Auswahlkriterium</b>	<p>LG Komplexe Endokrinologie und Diabetologie                  LG Lebereingriffe                  LG Palliativmedizin</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG:                  LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome</p>		<b>Interventionelle Radiologie, Diagnostische Angiographie</b>			
34	Tiefe Rektumeingriffe	<b>Mindestvoraussetzung</b>	<p>LG Allgemeine Chirurgie                  LG Allgemeine Innere Medizin                  LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung                  Komplex</p>	<p>LG Komplexe Gastroenterologie</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG:                  LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome</p>	Röntgen jederzeit, CT jederzeit oder MRT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich	FA Viszeralchirurgie ZW Spezielle Viszeralchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens ein FA mit ZW Spezielle Viszeralchirurgie	
		<b>Auswahlkriterium</b>	<p>LG Komplexe Gastroenterologie                  LG Palliativmedizin                  LG Urologie</p> <p>Mindestens eine der</p>		<b>Interventionelle Endoskopie jederzeit</b>	ZW Proktologie		

			folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome					
35	Augenheilkunde	Mindestvoraussetzung		LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin	Sonographiegerät, Gonioskopie, Ophtalmoskopie, Fluoreszenzangiographie	FA Augenheilkunde	Drei FA oder Belegärzte, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Innere Medizin LG MKG  Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)		Optische Kohärenztomographie (OCT)			
36	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin  Für Krankenhäuser, die nicht von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4	LG Allgemeine Frauenheilkunde LG Urologie  Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde	Lasertherapie, Photo(chemo)therapie Balneophototherapie	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	

			<p>Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden:                  LG Allgemeine Chirurgie                  LG Allgemeine Innere Medizin</p>	<p>gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden:                  LG Allgemeine Chirurgie                  LG Allgemeine Innere Medizin</p>					
		<p>Auswahlkriterium</p>	<p>LG Allgemeine Frauenheilkunde                  LG Neurochirurgie                  LG Urologie</p> <p>Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden:                  LG Allgemeine Chirurgie                  LG Allgemeine Innere Medizin</p>	<p>LG HNO                  LG MKG                  LG Thoraxchirurgie</p>		<p>FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie                  ZW Allergologie</p>			

37	MKG	Mindestvoraussetzung	<p>LG Intensivmedizin</p> <p>Für Krankenhäuser, die nicht von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden:                  LG Allgemeine Chirurgie                  LG Allgemeine Innere Medizin</p>	<p>Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden:                  LG Allgemeine Chirurgie                  LG Allgemeine Innere Medizin</p>	<p>Panendoskop, B-Bild-Sonograph, CT, Orthopantomogramm (OPG)-Röntgengerät</p>	<p>FA Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie</p>	<p>Drei FA oder Belegärzte, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit</p>	
		Auswahlkriterium	<p>LG Neurochirurgie</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG:                  LG Endoprothetik Hüfte oder LG Endoprothetik Knie oder LG Revision Hüftendoprothetik oder LG Revision Knieendoprothese</p> <p>Für Fachkrankenhäuser, die von der für die</p>	<p>LG Augenheilkunde                  LG HNO</p>				

			Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin					
38	Urologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Komplexe Nephrologie	Endoskop Laparoskop, Sonographiergerät (einschließlich Doppler- oder Duplex-Sonographie)	FA Urologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	
		Auswahlkriterium	LG Komplexe Nephrologie	LG Allgemeine Frauenheilkunde  Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome	CT, MRT, PET oder PET-CT, Roboter-assistierte Chirurgie	FA Urologie mit ZW Andrologie		

39	Allgemeine Frauenheilkunde	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin			FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Drei FA oder Belegärzte, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG Urologie  Mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe			FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin		
40	Ovarial-CA	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Frauenheilkunde LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex	LG Urologie		FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe SP Gynäkologische Onkologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens ein FA mit SP Gynäkologische Onkologie	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG Palliativmedizin LG Senologie LG Urologie			FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Gynäkologische Endokrinologie		

			<p>Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe</p>			und Reproduktionsmedizin		
41	Senologie	Mindestvoraussetzung	<p>LG Allgemeine Chirurgie</p> <p>LG Allgemeine Frauenheilkunde</p> <p>LG Allgemeine Innere Medizin</p> <p>LG Intensivmedizin</p>			FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	<p>LG Ovarial-CA</p> <p>LG Palliativmedizin</p> <p>LG Plastische und Rekonstruktive Chirurgie</p>			<p>FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP</p> <p>Gynäkologische Onkologie</p> <p>FA für Plastische, Rekonstruktive und</p>		

			Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG Leukämie und Lymphome			Ästhetische Chirurgie		
42	Geburten	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Frauenheilkunde LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin		FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin LG Kinder- und Jugendchirurgie			FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	FA anwesend: jederzeit	
43	Perinataler Schwerpunkt	Mindestvoraussetzung						Erfüllung der Anforderungen der Versorgungsstufe III gemäß Nummer III der Anlage 2 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in

								<p>Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V vom 20. September 2005 (BAnz S. 15 684 vom 28.10.2005), der zuletzt durch den Beschluss vom 16. Mai 2024 (BAnz. AT 25.07.2024 B2) geändert wurde</p> <p>Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen</p>
44	Perinatalzentrum Level 1	Mindestvoraussetzung						<p>Erfüllung der Anforderungen der Versorgungsstufe I gemäß Nummer 1 der Anlage 2 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V vom 20. September 2005 (BAnz S. 15 684 vom 28.10.2005), der zuletzt durch den</p>

								<b>Beschluss vom 16. Mai 2024 (BAnz. AT 25.07.2024 B2) geändert wurde</b>  <b>Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen</b>
		<b>Auswahlkriterium</b>				<b>FA Kinder- und Jugendmedizin mit SP Neuropädiatrie</b>		
<b>45</b>	<b>Perinatalzentrum Level 2</b>	<b>Mindestvoraussetzung</b>						<b>Erfüllung der Anforderungen der Versorgungsstufe II gemäß Nummer II der Anlage 2 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V vom 20. September 2005 (BAnz S. 15 684 vom 16.06.2005), der zuletzt durch den Beschluss vom 16. Mai 2024 (BAnz. AT</b>

								25.07.2024 B2) geändert wurde  Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
46	Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	Mindestvoraussetzung		LG Intensivmedizin		FA Kinder- und Jugendmedizin	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG Perinataler Schwerpunkt oder LG Perinatalzentrum Level 1 oder LG Perinatalzentrum Level 2 LG Geburten LG Intensivmedizin LG Kinder- und Jugendchirurgie			FA Kinder- und Jugendchirurgie		
47	Spezielle Kinder- und Jugendmedizin	Mindestvoraussetzung	Erfüllung der Mindestvoraussetzungen der LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin  Zusätzlich außer in Fachkrankenhäusern, die von der für die			FA Kinder- und Jugendmedizin FA Kinder- und Jugendmedizin mit mindestens einer ZW oder einem SP:  ZW Kinder- und Jugend-Endokrinologie und Diabetologie	Fünf FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit  Davon drei FA mit ZW oder SP: ZW Kinder- und Jugend-Endokrinologie und Diabetologie ZW Kinder- und Jugend-	

		<p>Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden:</p> <p>LG Perinatalzentrum Level 2 LG Intensivmedizin</p>			<p>ZW Kinder- und Jugend-Gastroenterologie ZW Kinder- und Jugend-Nephrologie ZW Kinder- und Jugend-Pneumologie ZW Kinder- und Jugend-Rheumatologie SP Kinder- und Jugend-Kardiologie SP Kinder- und Jugend-Neuropädiatrie</p>	<p>Gastroenterologie ZW Kinder- und Jugend-Nephrologie ZW Kinder- und Jugend-Pneumologie ZW Kinder- und Jugend-Rheumatologie SP Kinder- und Jugend-Kardiologie SP Kinder- und Jugend-Neuropädiatrie</p>	
	<p>Auswahlkriterium</p>	<p>LG Kinder- und Jugendchirurgie LG Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG: LG Perinataler Schwerpunkt oder LG Perinatalzentrum Level 1 oder LG Perinatalzentrum Level 2</p>					

<p>48</p>	<p>Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Stammzelltransplantation</p>	<p>Mindestvoraussetzung</p>	<p>LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex</p>	<p>LG Kinder- Hämatologie und -Onkologie - Leukämie und Lymphome LG Palliativmedizin</p>	<p>CT jederzeit oder MRT jederzeit, Zentrales Monitoring von EKG, Blutdruck und Sauerstoffsättigung auf der Station, Nichtinvasive Beatmung (einschließlich HFNC)</p> <p>Sofern allogene Stammzelltransplantationen durchgeführt werden: Einzelzimmer mit eigener Schleuse und kontinuierlichem Überdruck und gefilterter Luftzufuhr</p>	<p>FA Kinder- und Jugendmedizin</p>	<p>Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit</p>	<p>Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen</p> <p>Erfüllung der Anforderungen gemäß den §§ 4 und 5 und der Vorgaben gemäß § 6 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über eine Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern- und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser vom 16. Mai 2006 (BAnz S. 4997 vom 16.05.2006), der zuletzt durch Beschluss vom 1. November 2023 (BAnz AT 22.12.2023 B1) geändert wurde</p>
-----------	---	-----------------------------	---	--	--	-------------------------------------	---	--

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

<p>49</p>	<p>Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Leukämie und Lymphome</p>	<p>Mindestvoraussetzung</p>	<p>LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex</p>	<p>LG Kinder- Hämatologie und -Onkologie - Stammzelltransplantation LG Palliativmedizin</p>	<p>CT jederzeit oder MRT jederzeit</p>	<p>FA Kinder- und Jugendmedizin</p>	<p>Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit</p>	<p>Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen</p> <p>Erfüllung der Anforderungen gemäß den §§ 4 und 5 und der Vorgaben gemäß § 6 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über eine Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern- und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser vom 16. Mai 2006 (BAnz, S. 4997 vom 16.05.2006), der zuletzt durch Beschluss vom 1. November 2023 (BAnz AT 22.12.2023 B1) geändert wurde</p>
-----------	--	-----------------------------	---	---	--	-------------------------------------	---	---

		<b>Auswahlkriterium</b>	<b>LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltransplantation LG Komplexe Pneumologie LG Leukämie und Lymphome LG Neurochirurgie LG Palliativmedizin</b>	<b>LG Kinder- und Jugendchirurgie LG Stammzelltransplantation</b>	<b>Telemedizinische Behandlung</b>	<b>FA Kinder- und Jugendmedizin mit SP Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie</b>		
50	HNO	<b>Mindestvoraussetzung</b>	<b>LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin</b>		<b>Elektrische Reaktionsaudiometrie (ERA)</b>	<b>FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde</b>	<b>Drei FA oder Belegärzte, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit</b>	
		<b>Auswahlkriterium</b>	<b>LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin</b>	<b>LG MKG</b>	<b>MRT, PET-CT, Doppler-Duplex-Sonographien oder</b>	<b>ZW Allergologie</b>		
51	<b>Cochleaimplante</b>	<b>Mindestvoraussetzung</b>	<b>LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG HNO LG Intensivmedizin</b>		<b>Elektrische Reaktionsaudiometrie (ERA)</b>	<b>FA für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde</b>	<b>Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit</b>	

		<b>Auswahlkriterien</b>	<b>LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin</b>	<b>LG MKG</b>	<b>MRT, PET-CT, Doppler- oder Duplex-Sonographien</b>	<b>FA Phoniatrie und Pädaudiologie</b>		
<b>52</b>	<b>Neurochirurgie</b>	<b>Mindestvoraussetzung</b>	<b>LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Komplex</b>	<b>LG Allgemeine Neurologie LG Stroke Unit</b>	<b>Elektroenzephalogramm (EEG), evozierte Potentiale, Elektromyographie (EMG), Elektroneurographie (ENG), Sonographie einschließlich extra- und intrakranielle Doppler- und Farbduplexsonographie, CT jederzeit, MRT</b>	<b>FA Neurochirurgie</b>	<b>Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit</b>	
		<b>Auswahlkriterium</b>	<b>LG Allgemeine Neurologie LG Stroke Unit LG Wirbelsäulenchirurgie</b>  <b>Mindestens eine der folgenden LG: LG Endoprothetik Hüfte oder LG Endoprothetik Knie oder LG Revision Hüftendoprothetik oder LG Revision Knieendoprothese</b>	<b>LG HNO LG MKG LG Palliativmedizin</b>	<b>MRT jederzeit</b>	<b>FA Radiologie mit SP Neuroradiologie ZW Spezielle Schmerztherapie</b>		

53	Allgemeine Neurologie	Mindestvoraussetzung	Für Krankenhäuser, die nicht von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	CT oder MRT (Telerradiologie möglich), EEG, EMG, evozierte Potentiale, ENG, Sonographie einschließlich extra- und intrakranielle Doppler- und Farbduplexsonographie, Schluckdiagnostik	FA Neurologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG Geriatrie LG Neurochirurgie  Mindestens einer der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie  Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe	LG Allgemeine Chirurgie LG Augenheilkunde LG HNO	Polysomnographie	FA Neurologie mit ZW Geriatrie oder ZW Intensivmedizin oder ZW Palliativmedizin oder ZW Schlafmedizin		

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

			Mindestens eine der folgenden LG: LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie					
55	Neuro - Frühreha (NNF, Phase B)	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Innere Medizin LG Allgemeine Neurologie	CT oder MRT (Telerradiologie möglich), EKG, EEG, EMG, EVP, Motorisch evozierte Potenziale (MEP), Mobiles Ultraschallgerät einschließlich Farbduplex	FA Neurochirurgie FA Neurologie FA Neuropädiatrie FA Physikalische und Rehabilitative Medizin	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
		Auswahlkriterium	LG Allgemeine Innere Medizin LG Allgemeine Neurologie					
56	Geriatric	Mindestvoraussetzung	Für Krankenhäuser, die nicht von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Innere Medizin	LG Urologie  Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)  Mindestens eine der	CT oder für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden, mindestens in Kooperation	FA Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Neurologie, Physikalische und Rehabilitative Medizin oder Psychiatrie und Psychotherapie mit ZW Geriatrie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens zwei FA Neurologie oder FA Physikalische und Rehabilitative Medizin mit ZW Geriatrie	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen

			<p><b>LG Intensivmedizin</b></p> <p>folgenden <b>LG:</b>  <b>LG Endoprothetik Hüfte oder LG Endoprothetik Knie oder LG Revision Hüftendoprothese oder LG Revision Knieendoprothese</b></p> <p>Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden:  <b>LG Allgemeine Innere Medizin</b>  <b>LG Intensivmedizin</b></p>				
		<p><b>Auswahlkriterium</b></p>	<p><b>LG Allgemeine Chirurgie</b>  <b>LG Palliativmedizin</b></p> <p>Mindestens eine der folgenden <b>LG:</b>  <b>LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke</b></p>				

		<p><b>Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)</b></p> <p><b>Mindestens eine der folgenden LG:</b> LG Endoprothetik Hüfte oder LG Endoprothetik Knie oder LG Revision Hüftendoprothese oder LG Revision Knieendoprothese</p> <p><b>Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden:</b> LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin</p>					
--	--	---	--	--	--	--	--

57	Palliativmedizin	Mindestvoraussetzung	Für Krankenhäuser, die nicht von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Innere Medizin oder LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden:  LG Allgemeine Innere Medizin oder LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin		ZW Palliativmedizin	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens zwei FA mit ZW Palliativmedizin	
		Auswahlkriterium	LG Intensivmedizin LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Leukämie und Lymphome LG Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Stammzelltransplantation  Mindestens eine der folgenden LG: LG Stammzelltransplantation oder LG	LG Geriatrie		FA Kinder- und Jugendmedizin		

			<p><b>Leukämie und Lymphome</b></p> <p><b>Mindestens eine der folgenden LG: LG Allgemeine Neurologie oder LG Stroke Unit oder LG Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)</b></p> <p><b>Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Innere Medizin oder LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin</b></p>					
58	Darmtransplantation	Mindestvoraussetzung	<p><b>LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin,</b></p>		<p><b>Röntgen, CT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich,  MRT</b></p>	<p><b>FA Viszeralchirurgie ZW Transplantationsmedizin</b></p>	<p><b>Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin</b></p>	<p><b>Transplantationsbeauftragter</b></p> <p><b>Interdisziplinäre Transplantkonferenz</b></p>

			<p><b>Qualitätsanforderung Hochkomplex</b></p> <p>Mindestens eine der folgenden LG:                  LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe</p>					
		<b>Auswahlkriterium</b>	<p>LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/ interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße</p>			<p>FA Allgemein Chirurgie                  FA Gefäßchirurgie                  FA Kinder- und Jugendmedizin                  jeweils mit ZW Transplantationsmedizin</p>		
59	<b>Herztransplantation</b>	<b>Mindestvoraussetzung</b>	<p>LG Allgemeine Innere Medizin                  LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG:                  LG Herzchirurgie oder LG Herzchirurgie-</p>	<p>Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden:</p>	<p>Herzkatheterlabor (Rechts- und Linkskatheter),                  Herz-Lungen-Maschine,                  Röntgen,                  CT jederzeit,                  Teleradiologischer Befund möglich,                  MRT</p>	<p>FA Herzchirurgie                  FA Innere Medizin und Kardiologie                  ZW Transplantationsmedizin</p>	<p>Sechs FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit                  Davon mindestens drei FA Herzchirurgie und drei FA Innere Medizin und Kardiologie                  Davon mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin</p>	<p>Transplantationsbeauftragter</p> <p>Interdisziplinäre Transplantatkonferenz</p>

		<p><b>Kinder und Jugendliche</b></p> <p><b>Mindestens eine der folgenden LG:</b>  <b>LG EPU/Ablation oder LG Interventionelle Kardiologie</b></p> <p><b>Für Krankenhäuser, die nicht von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden:</b>  <b>LG Allgemeine Chirurgie</b></p>	<p><b>LG Allgemeine Chirurgie</b></p>				
	<p><b>Auswahlkriterium</b></p>	<p><b>LG Thoraxchirurgie</b></p> <p><b>Für Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe</b></p>		<p><b>ECMO</b></p>	<p><b>FA Thoraxchirurgie</b>  <b>FA Innere Medizin und Pneumologie</b>  <b>FA Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit ZW Transplantationsmedizin</b></p>		

			„Level F“ zugeordnet wurden: LG Allgemeine Chirurgie					
60	Lebertransplantation	Mindestvoraussetzung	<p>LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex LG Komplexe Gastroenterologie</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe</p>		<p>Röntgen, CT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich,  MRT</p>	<p>FA Viszeralchirurgie FA Innere Medizin und Gastroenterologie ZW Transplantationsmedizin</p>	<p>Sechs FA, je Disziplin mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens drei FA Viszeralchirurgie und drei FA Innere Medizin und Gastroenterologie Davon mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin</p>	<p>Transplantationsbeauftragter</p> <p>Interdisziplinäre Transplantkonferenz</p>
		Auswahlkriterium	<p>LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/ interventionell oder LG Komplexe</p>			<p>FA Allgemein Chirurgie FA Gefäßchirurgie FA Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit ZW Transplantationsmedizin</p>		

			periphere arterielle Gefäße					
61	Lungen- trans- plan- tation	Min- dest- vo- raus- set- zung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex LG Komplexe Pneumologie LG Herzchirurgie oder LG Thoraxchirurgie		Herz-Lungen-Maschine, Röntgen, CT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich,  MRT	FA Herzchirurgie FA Thoraxchirurgie ZW Transplantationsmedizin	Fünf FA Herzchirurgie und ein FA Thoraxchirurgie, mindestens Rufbereitschaft jederzeit oder drei FA Thoraxchirurgie und ein FA Herzchirurgie, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin	Transplantationsbeauftragter  Interdisziplinäre Transplantkonferenz
		Auswahlkriterium			ECMO	FA Kinder- und Jugendmedizin mit ZW Transplantationsmedizin		
62	Nieren- trans- plan- tation	Min- dest- vo- raus- set- zung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex  Mindestens zwei der folgenden LG: LG Komplexe Nephrologie oder LG Urologie oder mindestens eine der	LG Komplexe Nephrologie LG Urologie  Mindestens eine der folgenden LG: LG Bariatrische Chirurgie oder LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG	Röntgen, CT jederzeit, Teleradiologischer Befund möglich,  MRT	FA Viszeralchirurgie FA Urologie FA Innere Medizin und Nephrologie ZW Transplantationsmedizin	Neun FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens drei FA Viszeralchirurgie, drei FA Urologie und drei FA Innere Medizin und Nephrologie Davon mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin	Transplantationsbeauftragter  Interdisziplinäre Transplantkonferenz

			<p>folgenden LG:                  LG Bariatrische Chirurgie oder                  LG Lebereingriffe oder LG                  Ösophaguseingriffe oder LG                  Pankreaseingriffe oder LG                  Tiefe Rektum-                  eingriffe</p>	<p>Tiefe Rektum-                  eingriffe</p>				
		<p><b>Auswahl-                  krite-                  rium</b></p>	<p>LG Urologie</p> <p>Mindestens                  eine der folgen-                  den LG:                  LG Bariatrische                  Chirurgie oder                  LG Leberein-                  griffe oder LG                  Ösophagusein-                  griffe oder LG                  Pankreasein-                  griffe oder LG                  Tiefe Rektum-                  eingriffe</p> <p>Mindestens                  eine der folgen-                  den LG:                  LG Bauchao-                  rtenaneurysma                  oder LG Carotis                  operativ/ inter-                  ventionell oder                  LG Komplexe                  periphere arte-                  rielle Gefäße</p>			<p>FA Allgemeinchi-                  rurgie                  FA Gefäßchirur-                  gie                  FA Kinder- und                  Jugendmedizin                  jeweils mit ZW                  Transplantati-                  onsmedizin</p>		

63	Pan- kreas- trans- plan- tation	Min- dest- vo- raus- set- zung	<p>LG Allgemeine Chirurgie                      LG Allgemeine Innere Medizin                      LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex</p> <p>Mindestens eine der folgenden LG:                      LG Bariatrische Chirurgie oder                      LG Lebereingriffe oder LG Ösophaguseingriffe oder LG Pankreaseingriffe oder LG Tiefe Rektumeingriffe</p>		<p>Röntgen,                      CT jederzeit,                      Teleradiologischer Befund möglich,                      MRT</p>	<p>FA Viszeralchirurgie                      ZW Transplantationsmedizin</p>	<p>Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit                      Davon mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin</p>	<p>Transplantationsbeauftragter</p> <p>Interdisziplinäre Transplantkonferenz</p>
		Aus- wahl- krite- rium	<p>Mindestens eine der folgenden LG:                      LG Bauchortenaneurysma oder LG Carotis operativ/ interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße</p>			<p>FA Allgemein Chirurgie                      FA Gefäßchirurgie                      FA Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit ZW Transplantationsmedizin</p>		

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

		Qualitätsanforderung Hochkomplex			<p>Verfügbarkeit folgender Untersuchungs- oder Behandlungsverfahren auf der Intensivstation:</p> <p>a. Kontinuierliche Nierenersatzverfahren (jederzeit)</p> <p>b. Flexible Bronchoskopie (jederzeit)</p> <p>c. Ultraschall-Verfahren (jederzeit): Abdomen, TTE, TEE am Standort, (täglich acht Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 18 Uhr),</p> <p>Notfall-Labor am Standort plus PoC-Laboranalytik</p>	ZW Intensivmedizin	<p>Drei FA mit ZW Intensivmedizin, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit</p> <p>Jederzeit Arztpräsenz auf der Intensivstation (Arzt kann zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz innerhalb des Krankenhauses hinzugezogen werden)</p>	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
65	Notfallmedizin	Mindestvoraussetzung	<p>LG Intensivmedizin</p> <p>LG Allgemeine Innere Medizin</p> <p>LG Allgemeine Chirurgie</p>	<p>Ultraschall, Videolaryngoskopie, Möglichkeit zur nicht-invasiven und invasiven Beatmung oder Transportbeatmung, Sauerstofftherapie, Blutgasanalyse, Röntgen, CT jederzeit, Telemedizinische Behandlung, Monitoring von Elektrokardiogramm (EKG)</p>	<p>FA Innere Medizin oder FA Allgemein Chirurgie oder FA Anästhesiologie oder FA Neurologie</p> <p>FA Innere Medizin oder FA Allgemein Chirurgie oder FA Anästhesiologie oder FA Neurologie jeweils mit ZW</p>	<p>Fünf FA, die zu mindestens 80% in der Notaufnahme tätig sind, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit</p> <p>davon mindestens drei FA mit der ZW Klinische Akut- und Notfallmedizin</p>	<p>Erfüllung der Voraussetzungen der Basisnotfallversorgung gemäß den §§ 8 bis 12 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.05.2018 B4), der durch den</p>	

						<b>Klinische Akut- und Notfallmedi- zin</b>		<b>Beschluss vom 20. November 2020 (BAnz AT 24.12.2020 B2) ge- ändert worden ist</b>
--	--	--	--	--	--	---	--	--

<b>Entwurf</b>	<b>Beschlüsse des 14. Ausschusses</b>
----------------	---------------------------------------

## **Begründung**

Bei den Änderungen handelt es sich um rechtsförmliche und rechtssystematische Anpassungen und Umformulierungen, die aufgrund der Rechtsprüfung durch das Bundesministerium der Justiz erforderlich sind.