

Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG)

In der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886); zuletzt
geändert am 5. Dezember 2024 (BGBl. I Nr. 400 S. 21)

1. Abschnitt Allgemeine Vorschriften

§ 1 Grundsatz

(1) Zweck dieses Gesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen digital ausgestatteten qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.

(2) Bei der Durchführung des Gesetzes ist die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten. Dabei ist nach Maßgabe des Landesrechts insbesondere die wirtschaftliche Sicherung freigemeinnütziger und privater Krankenhäuser zu gewährleisten. Die Gewährung von Fördermitteln nach diesem Gesetz darf nicht mit Auflagen verbunden werden, durch die die Selbständigkeit und Unabhängigkeit von Krankenhäusern über die Erfordernisse der Krankenhausplanung und der wirtschaftlichen Betriebsführung hinaus beeinträchtigt werden.

§ 2 Begriffsbestimmungen

Im Sinne dieses Gesetzes sind

1. Krankenhäuser

Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und verpflegt werden können,

1a. mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundene Ausbildungsstätten

staatlich anerkannte Einrichtungen an Krankenhäusern zur Ausbildung für die Berufe

- a) Ergotherapeut, Ergotherapeutin,
 - b) Diätassistent, Diätassistentin,
 - c) Hebamme, Entbindungspfleger,
 - d) Krankengymnast, Krankengymnastin, Physiotherapeut, Physiotherapeutin
 - e) Pflegefachfrau, Pflegefachmann,
 - f) Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger,
 - g) Krankenpflegehelferin, Krankenpflegehelfer,
 - h) medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent, medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin,
 - i) medizinisch-technischer Radiologieassistent, medizinisch-technische Radiologieassistentin,
 - j) Logopäde, Logopädin,
 - k) Orthoptist, Orthoptistin,
 - l) medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik, medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik,
 - m) Anästhesietechnische Assistentin, Anästhesietechnischer Assistent,
 - n) Operationstechnische Assistentin, Operationstechnischer Assistent,
- wenn die Krankenhäuser Träger oder Mitträger der Ausbildungsstätte sind,

2. Investitionskosten

- a) die Kosten der Errichtung (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) von Krankenhäusern und der Anschaffung der zum Krankenhaus gehörenden Wirtschaftsgüter, ausgenommen der zum Verbrauch bestimmten Güter (Verbrauchsgüter),
- b) die Kosten der Wiederbeschaffung der Güter des zum Krankenhaus gehörenden Anlagevermögens (Anlagegüter);

zu den Investitionskosten gehören nicht die Kosten des Grundstücks, des Grundstückserwerbs, der Grundstückerschließung sowie ihrer Finanzierung

sowie die Kosten der Telematikinfrastruktur gemäß § 291a Abs. 7 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,

3. für die Zwecke dieses Gesetzes den Investitionskosten gleichstehende Kosten
 - a) die Entgelte für die Nutzung der in Nummer 2 bezeichneten Anlagegüter,
 - b) die Zinsen, die Tilgung und die Verwaltungskosten von Darlehen, soweit sie zur Finanzierung der in Nummer 2 sowie in Buchstabe a bezeichneten Kosten aufgewandt worden sind,
 - c) die in Nummer 2 sowie in den Buchstaben a und b bezeichneten Kosten, soweit sie gemeinschaftliche Einrichtungen der Krankenhäuser betreffen,
 - d) Kapitalkosten (Abschreibungen und Zinsen) für die in Nummer 2 genannten Wirtschaftsgüter,
 - e) Kosten der in Nummer 2 sowie in den Buchstaben a bis d bezeichneten Art, soweit sie die mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten betreffen und nicht nach anderen Vorschriften aufzubringen sind,
4. Pflegesätze
die Entgelte der Benutzer oder ihrer Kostenträger für stationäre und teilstationäre Leistungen des Krankenhauses,
5. pflegesatzfähige Kosten:
die Kosten des Krankenhauses, deren Berücksichtigung im Pflegesatz nicht nach diesem Gesetz ausgeschlossen ist.

§ 2a Krankenhausstandort

(1) Ein Krankenhausstandort ist ein Gebäude oder ein zusammenhängender Gebäudekomplex eines Krankenhausträgers, in dem Patienten in mindestens einer fachlichen Organisationseinheit voll-, teil- oder tagesstationär, vor- oder nachstationär oder ambulant behandelt werden, und dessen Ort nach Absatz 2 räumlich bestimmt ist. Ein Krankenhausstandort kann abweichend von Satz 1 aus mehreren Gebäuden oder Gebäudekomplexen eines Krankenhausträgers bestehen, wenn der Abstand

zwischen den am weitesten voneinander entfernt liegenden Gebäudepunkten nicht mehr als 2 000 Meter Luftlinie beträgt (Flächenstandort). Eine fachliche Organisationseinheit im Sinne des Satzes 1 ist insbesondere eine Fachabteilung, eine Tagesklinik oder eine andere ärztlich geleitete Organisationseinheit, in der ambulante Leistungen erbracht werden (Krankenhausambulanz).

(2) Die räumliche Bestimmung eines Krankenhausstandortes erfolgt anhand einer Geokoordinate der Zugangsadresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl). Ein Flächenstandort wird abweichend von Satz 1 räumlich anhand einer Geokoordinate der Adresse des Hauptzugangs bestimmt. Eigenständige Standorte, die die Vertragspartner nach Absatz 4 Satz 1 bestimmt haben, und Krankenhausambulanzen werden gesondert geokodiert.

(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. bis zum 31. März 2025

1. das Nähere zum Verfahren der Geokodierung, zum anzuwendenden Koordinatensystem und zur Notation nach Maßgabe der Vorgaben des Absatzes 2 und
2. Regelungen zu Krankenhausambulanzen, insbesondere unter welchen Voraussetzungen diese als eigenständige Krankenhausstandorte zu bestimmen sind.

Kommt eine Vereinbarung nicht fristgerecht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 den Inhalt der Vereinbarung ohne Antrag einer Vereinbarungspartei fest.

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

1. fachliche Organisationseinheiten nach Absatz 1 Satz 3 eigenständige Standorte sind oder
2. abweichend von Absatz 1 Satz 1 und 2 die Gebäude oder Gebäudekomplexe eines bestimmten Krankenhauses ein Krankenhausstandort sind. Kommt eine Einigung nach Satz 1 nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 auf Antrag einer Vertragspartei.

(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft prüfen im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung die Auswirkungen der Festlegung von Krankenhausstandorten nach Absatz 1 sowie möglichen Einzelfallentscheidungen nach Absatz 4 auf die Qualitätssicherung der Patientenversorgung sowie auf die Vergütung von Krankenhausleistungen und legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2029 einen Bericht über diese vor.

(6) Die Möglichkeit, Vereinbarungen nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 11 der Bundespflegesatzverordnung einheitlich für alle Standorte eines Krankenhauses zu schließen, bleibt bestehen.

§ 3 Anwendungsbereich

Dieses Gesetz findet keine Anwendung auf

1. (weggefallen)
2. Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug,
3. Polizeikrankenhäuser,
4. Krankenhäuser der Träger der allgemeine Rentenversicherung und, soweit die gesetzliche Unfallversicherung die Kosten trägt, Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und ihrer Vereinigungen; das gilt nicht für Fachkliniken zur Behandlung von Erkrankungen der Atmungsorgane, soweit sie der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern dienen.

§ 28 bleibt unberührt. § 26f findet hinsichtlich der Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und ihrer Vereinigungen auch Anwendung, soweit die gesetzliche Unfallversicherung die Kosten trägt.

§ 4

Die Krankenhäuser werden dadurch wirtschaftlich gesichert, dass

1. ihre Investitionskosten im Wege öffentlicher Förderung übernommen werden und sie
2. leistungsgerechte Erlöse aus den Pflegesätzen, die nach Maßgabe dieses Gesetzes auch Investitionskosten enthalten können, sowie Vergütungen für vor- und nachstationäre Behandlung und für ambulantes Operieren erhalten.

§ 5 Nicht förderungsfähige Einrichtungen

(1) Nach diesem Gesetz werden nicht gefördert

1. Krankenhäuser, die nach den landesrechtlichen Vorschriften für den Hochschulbau gefördert werden; dies gilt für Krankenhäuser, die Aufgaben der Ausbildung von Ärzten nach der Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 (BGBl. I S. 2405), zuletzt geändert durch Artikel 71 des Gesetzes vom 21. Juni 2005 (BGBl. I S. 1818), erfüllen, nur hinsichtlich der nach den landesrechtlichen Vorschriften für Hochschulen förderfähigen Maßnahmen,
2. Krankenhäuser, die nicht die in § 67 der Abgabenordnung bezeichneten Voraussetzungen erfüllen,
3. Einrichtungen in Krankenhäusern,
 - a) soweit die Voraussetzungen nach § 2 Nr. 1 nicht vorliegen, insbesondere Einrichtungen für Personen, die als Pflegefälle gelten,
 - b) für Personen, die im Maßregelvollzug auf Grund strafrechtlicher Bestimmungen untergebracht sind,
4. Tuberkulosekrankenhäuser mit Ausnahme der Fachkliniken zur Behandlung von Erkrankungen der Atmungsorgane, soweit sie nach der Krankenhausplanung des Landes der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern dienen,
5. Krankenhäuser, deren Träger ein nicht bereits in § 3 Satz 1 Nr. 4 genannter Sozialleistungsträger ist, soweit sie nicht nach der Krankenhausplanung des Landes der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern dienen,
6. Versorgungskrankenhäuser,
7. Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, soweit die Anwendung dieses Gesetzes nicht bereits nach § 3 Satz 1 Nr. 4 ausgeschlossen ist,
8. die mit den Krankenhäusern verbundenen Einrichtungen, die nicht unmittelbar der stationären Krankenversorgung dienen, insbesondere die nicht für den Betrieb des Krankenhauses unerlässlichen Unterkunfts- und Aufenthaltsräume,

9. Einrichtungen, die auf Grund bundesrechtlicher Rechtsvorschriften vorgehalten oder unterhalten werden; dies gilt nicht für Einrichtungen, soweit sie auf Grund des § 30 des Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045) vorgehalten werden,
10. Einrichtungen, soweit sie durch die besonderen Bedürfnisse des Zivilschutzes bedingt sind,
11. Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und ihrer Vereinigungen.

(2) Durch Landesrecht kann bestimmt werden, daß die Förderung nach diesem Gesetz auch den in Absatz 1 Nr. 2 bis 8 bezeichneten Krankenhäusern und Einrichtungen gewährt wird.

§ 6 Krankenhausplanung und Investitionsprogramme

(1) Die Länder stellen zur Verwirklichung der in § 1 genannten Ziele Krankenhauspläne und Investitionsprogramme auf; Folgekosten, insbesondere die Auswirkungen auf die Pflegesätze, sind zu berücksichtigen.

(1a) (aufgehoben)

(2) Hat ein Krankenhaus auch für die Versorgung der Bevölkerung anderer Länder wesentliche Bedeutung, so ist die Krankenhausplanung insoweit zwischen den beteiligten Ländern abzustimmen.

(3) Die Länder stimmen ihre Krankenhausplanung auf die pflegerischen Leistungserfordernisse nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch ab, insbesondere mit dem Ziel, Krankenhäuser von Pflegefällen zu entlasten und dadurch entbehrlich werdende Teile eines Krankenhauses nahtlos in wirtschaftlich selbständige ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen umzuwidmen.

(4) Das Nähere wird durch Landesrecht bestimmt.

§ 6a Zuweisung von Leistungsgruppen

(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 § 2a. 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 zum Fünften Buch Sozialgesetzbuch für die jeweilige Leistungsgruppe genannten Qualitätskriterien, soweit vorhanden, nach pflichtgemäßem Ermessen darüber, welchem Krankenhaus die jeweilige Leistungsgruppe zugewiesen wird. Die Zuweisung nach Satz 1 erfolgt durch Bescheid. Gegen den Bescheid ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben. 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.

(2) Die in Absatz 1 Satz 1 genannte Erfüllung der Qualitätskriterien ist durch das Krankenhaus vor der Zuweisung der jeweiligen Leistungsgruppe gegenüber der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde 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 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch an die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde zu dem Zeitpunkt der Zuweisung der jeweiligen Leistungsgruppe nicht länger als zwei Jahre und ab dem dritten Nachweis nicht länger als drei Jahre zurückliegt. Wurde die Erfüllung der für eine Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien bereits zweimal durch ein Gutachten nach Satz 2 nachgewiesen, wird der in Satz 1 genannte Nachweis 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 des Fünften Buches

Sozialgesetzbuch an die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde zu dem Zeitpunkt der Zuweisung der jeweiligen Leistungsgruppe nicht länger als drei Jahre zurückliegt. Bis zu dem Zeitpunkt der in Satz 2 genannten Übermittlung kann der in Satz 1 genannte Nachweis durch eine begründete Selbsteinschätzung des Krankenhauses erbracht werden, wenn der Medizinische Dienst bereits mit der Prüfung nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beauftragt wurde.

(3) Den Bundeswehrkrankenhäusern werden die Leistungsgruppen zugewiesen, für die sie nach den Vorgaben des Bundesministeriums der Verteidigung zur Erfüllung ihres militärischen Auftrags Ressourcen vorhalten. Das Bundesministerium der Verteidigung teilt der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde mit, für welche Leistungsgruppen das jeweilige Bundeswehrkrankenhaus Ressourcen vorhält. Den Krankenhäusern der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und ihrer Vereinigungen sollen die Leistungsgruppen zugewiesen werden, für die sie nach der Aufgabenstellung der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und ihrer Vereinigungen nach dem Siebten Buch Sozialgesetzbuch Ressourcen vorhalten. Bundeswehrkrankenhäuser und Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und ihrer Vereinigungen können die für eine Leistungsgruppe als Qualitätskriterien festgelegten verwandten Leistungsgruppen nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auch in Kooperation erbringen.

(4) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen einem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort Leistungsgruppen nach Absatz 1 Satz 1 zuweisen, obwohl abweichend von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Voraussetzungen das Krankenhaus an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für diese Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt, wenn 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 anderer Krankenhausstandort, für den die jeweilige Leistungsgruppe zugewiesen ist für einen erheblichen Teil der Einwohner des Einzugsbereichs des Krankenhausstandorts, für den die Leistungsgruppe zugewiesen werden soll, nicht innerhalb der in

Satz 3 genannten Fahrzeit mit einem Kraftfahrzeug erreichbar ist. Die maßgebliche Fahrzeit beträgt

1. hinsichtlich der Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie: 30 Minuten,
2. hinsichtlich der übrigen Leistungsgruppen: 40 Minuten.

Die Zuweisung einer Leistungsgruppe ist in dem in Satz 1 genannten Fall auf höchstens drei Jahre zu befristen; mit der Zuweisung ist das Krankenhaus zu verpflichten, an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien innerhalb einer Frist, die höchstens drei Jahre betragen darf, zu erfüllen. Wenn ein Krankenhausstandort zum Zeitpunkt der Zuweisung der jeweiligen Leistungsgruppe in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgenommen ist, kann die Leistungsgruppe abweichend von Satz 4 unbefristet zugewiesen werden; mit der Zuweisung ist das Krankenhaus zu verpflichten, an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien innerhalb einer angemessenen Frist zu erfüllen. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann sich vor Erteilung einer Auflage nach Satz 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. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat Bedenken, die die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen im Rahmen der Benehmensherstellung zur Entscheidung über die Ausnahme nach Satz 1 vortragen, zu berücksichtigen.

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

1. soweit das Krankenhaus aus dem Krankenhausplan des jeweiligen Landes herausgenommen wird,
2. wenn das Krankenhaus an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt oder
3. wenn die Übermittlung des jeweils letzten Gutachtens des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 4 Satz 1 Nummer 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 oder, sofern die Erfüllung der Qualitätskriterien für die jeweilige Leistungsgruppe bereits zweimal durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes nachgewiesen wurde, länger als drei Jahre zurückliegt, es sei denn, dass das Krankenhaus den Nachweis über die Erfüllung dieser Qualitätskriterien durch eine begründete Selbsteinschätzung erbringt und der Medizinische Dienst bereits mit der Prüfung nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beauftragt wurde.

Satz 1 Nummer 2 ist nicht anzuwenden,

1. wenn die jeweilige Leistungsgruppe nach Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 4 Satz 1 zugewiesen ist 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,
2. wenn das Krankenhaus unverzüglich eine nach § 275a Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erforderliche Mitteilung gemacht hat, seit dieser Mitteilung nicht mehr als drei Monate vergangen sind und der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Dauer der von dieser Mitteilung erfassten Nichterfüllung von Qualitätskriterien sechs Monate nicht überschreiten wird.

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 Verwaltungsweg gegeben. Widerspruch und Anfechtungsklage gegen den Bescheid haben keine aufschiebende Wirkung.

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

1. eine Aufstellung über die den Krankenhäusern je Krankenhausstandort zugewiesenen Leistungsgruppen und über die ihnen nach Absatz 1 Satz 2 vorgegebenen Planfallzahlen je Leistungsgruppe,

2. die Angabe, ob eine Zuweisung einer Leistungsgruppe aufgehoben wurde, einschließlich des Zeitpunkts der Aufhebung,
3. die Angabe, ob die Zulassung des jeweiligen Krankenhauses vollständig oder teilweise weggefallen ist oder ob das jeweilige Krankenhaus vollständig oder teilweise seinen Betrieb eingestellt hat, einschließlich des Zeitpunkts des Wegfalls der Zulassung oder der Einstellung des Betriebs,
4. die Angabe, ob das jeweilige Krankenhaus mit einem anderen Krankenhaus oder ob der jeweilige Krankenhausstandort mit einem anderen Krankenhausstandort zusammengeschlossen wurde einschließlich des Zeitpunkts des Zusammenschlusses,
5. die Angabe, ob der jeweilige Krankenhausstandort nach § 6c Absatz 1 als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt wurde, sofern das Krankenhaus für den jeweiligen Krankenhausstandort bis zu dem Zeitpunkt dieser Bestimmung stationäre Leistungen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausentgeltgesetzes abgerechnet hat, einschließlich des Zeitpunkts, ab dem es für den jeweiligen Krankenhausstandort die nach § 6c Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten Tagesentgelte oder die in § 6c Absatz 7 Satz 4 des Krankenhausentgeltgesetzes genannten vorläufigen Tagesentgelte abrechnet.

Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann die in Satz 1 genannten Daten erstmals bereits zum 31. Oktober 2025 an das Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus übermitteln, um eine in § 37 Absatz 5 Satz 2 genannte Übermittlung einer Information über die Höhe der Vorhaltevolumina für das Kalenderjahr 2026 zu ermöglichen. Das Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus regelt das Nähere zur Datenübermittlung.

(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 jeweils unverzüglich folgende Daten zu übermitteln:

1. jede Zuweisung einer Leistungsgruppe nach Absatz 1 Satz 1 einschließlich jeder Zuweisung nach Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 4 Satz 1,
2. jede Aufhebung einer Zuweisung einer Leistungsgruppe,

3. jeden Abschluss eines Versorgungsvertrags nach § 109 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einschließlich jedes Abschlusses nach § 109 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 3a Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und
4. jede Kündigung eines Versorgungsvertrags nach § 110 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

§ 6b Zuweisung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben

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

1. die krankenhausesübergreifende Koordinierung von Versorgungsprozessen und -kapazitäten, insbesondere bei Großschadenslagen, der Intensivmedizin und Notfallversorgung, im Zusammenwirken mit den nach Landesrecht bestimmten oder den von der obersten zuständigen Landesbehörde hierfür vorgesehenen Rettungsleitstellen, und
2. die Konzeption und die Koordinierung des Einsatzes regionaler, insbesondere telemedizinischer Versorgungsnetzwerke sowie informationstechnischer Systeme und digitaler Dienste.

Das Nähere zu dem Inhalt der in Satz 1 genannten Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben vereinbaren die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2. Die in Satz 1 genannten Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben dürfen folgenden Krankenhäusern zugewiesen werden:

1. einem Krankenhaus, das der in § 135d Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Versorgungsstufe „Level 3U“ zugeordnet ist, oder
2. einem Krankenhaus, das der in § 135d Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Versorgungsstufe „Level 3“ zugeordnet ist, wenn in dem jeweiligen Land kein Krankenhaus der Versorgungsstufe „Level 3U“ zugeordnet ist, oder wenn die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde dies zur Förderung der Koordinierung und Vernetzung der Krankenhausversorgung für erforderlich hält.

Bei der Entscheidung über die Erklärung des in Satz 1 genannten Benehmens handeln die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat Bedenken, die die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen im Rahmen der Benehmensherstellung zur Entscheidung über die in Satz 1 genannte Zuweisung vortragen, zu berücksichtigen. 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, welchen Krankenhäusern sie die in Satz 1 genannten Aufgaben zugewiesen hat. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus regelt das Nähere zur Datenübermittlung.

§ 6c Bestimmung als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung

(1) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann Standorte von Krankenhäusern im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Pflegekassen sowie den Ersatzkassen, der Landeskrankenhausgesellschaft oder der Vereinigung der Krankenhausträger im Land sowie der Kassenärztlichen Vereinigung durch Bescheid als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmen, wenn das jeweilige Krankenhaus in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen wurde.

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

§ 7 Mitwirkung der Beteiligten

(1) Bei der Durchführung dieses Gesetzes arbeiten die Landesbehörden mit den an der Krankenhausversorgung im Lande Beteiligten eng zusammen; das betroffene Krankenhaus ist anzuhören. Bei der Krankenhausplanung und der Aufstellung der Investitionsprogramme sind einvernehmliche Regelungen mit den unmittelbar Beteiligten anzustreben.

(2) Das Nähere wird durch Landesrecht bestimmt.

2. Abschnitt Grundsätze der Investitionsförderung

§ 8 Voraussetzungen der Förderung

(1) Die Krankenhäuser haben nach Maßgabe dieses Gesetzes Anspruch auf Förderung, soweit und solange sie in den Krankenhausplan eines Landes und bei Investitionen nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 in das Investitionsprogramm aufgenommen sind. Die zuständige Landesbehörde und der Krankenhausträger können für ein Investitionsvorhaben nach § 9 Abs. 1 eine nur teilweise Förderung mit Restfinanzierung durch den Krankenhausträger vereinbaren; Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und den Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 ist anzustreben. Die Aufnahme oder Nichtaufnahme in den Krankenhausplan wird durch Bescheid festgestellt. Gegen den Bescheid ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben.

(1a) (aufgehoben)

(1b) (aufgehoben)

(1c) (aufgehoben)

(2) Ein Anspruch auf Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan und in das Investitionsprogramm besteht nicht. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern entscheidet die zuständige Landesbehörde unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Krankenhausträger nach pflichtgemäßem Ermessen, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung des Landes am besten gerecht wird; die Vielfalt der Krankenhausträger ist nur dann zu berücksichtigen, wenn die Qualität der erbrachten Leistungen der Einrichtungen gleichwertig ist.

(3) Für die in § 2 Nr. 1a genannten Ausbildungsstätten gelten die Vorschriften dieses Abschnitts entsprechend.

§ 9 Fördertatbestände

(1) Die Länder fördern auf Antrag des Krankenhausträgers Investitionskosten, die entstehen insbesondere

1. für die Errichtung von Krankenhäusern einschließlich der Erstausrüstung mit den für den Krankenhausbetrieb notwendigen Anlagegütern,
2. für die Wiederbeschaffung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren.

(2) Die Länder bewilligen auf Antrag des Krankenhausträgers ferner Fördermittel

1. für die Nutzung von Anlagegütern, soweit sie mit Zustimmung der zuständigen Landesbehörde erfolgt,
2. für Anlaufkosten, für Umstellungskosten bei innerbetrieblichen Änderungen sowie für Erwerb, Erschließung, Miete und Pacht von Grundstücken, soweit ohne die Förderung die Aufnahme oder Fortführung des Krankenhausbetriebs gefährdet wäre,
3. für Lasten aus Darlehen, die vor der Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan für förderungsfähige Investitionskosten aufgenommen worden sind,
4. als Ausgleich für die Abnutzung von Anlagegütern, soweit sie mit Eigenmitteln des Krankenhausträgers beschafft worden sind und bei Beginn der Förderung nach diesem Gesetz vorhanden waren,
5. zur Erleichterung der Schließung von Krankenhäusern,
6. zur Umstellung von Krankenhäusern oder Krankenhausabteilungen auf andere Aufgaben, insbesondere zu ihrer Umwidmung in Pflegeeinrichtungen oder selbständige, organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennte Pflegeabteilungen.

(3) Die Länder fördern die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter sowie kleine bauliche Maßnahmen durch feste jährliche Pauschalbeträge, mit denen das Krankenhaus im Rahmen der Zweckbindung der Fördermittel frei wirtschaften kann; § 10 bleibt unberührt. Die Pauschalbeträge sollen nicht ausschließlich nach der Zahl der in den Krankenhausplan aufgenommenen Betten bemessen werden. Sie sind in regelmäßigen Abständen an die Kostenentwicklung anzupassen.

(3a) Der vom Land bewilligte Gesamtbetrag der laufenden und der beiden folgenden Jahrespauschalen nach Absatz 3 steht dem Krankenhaus unabhängig von einer Verringerung der tatsächlichen Bettenzahl zu, soweit die Verringerung auf einer Vereinbarung des Krankenhausträgers mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nach § 109 Abs. 1 Satz 4 oder 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beruht und ein Fünftel der Planbetten nicht übersteigt. § 6 Abs. 3 bleibt unberührt.

(4) Wiederbeschaffung im Sinne dieses Gesetzes ist auch die Ergänzung von Anlagegütern, soweit diese nicht über die übliche Anpassung der vorhandenen Anlagegüter an die medizinische und technische Entwicklung wesentlich hinausgeht.

(5) Die Fördermittel sind nach Maßgabe dieses Gesetzes und des Landesrechts so zu bemessen, daß sie die förderungsfähigen und unter Beachtung betriebswirtschaftlicher Grundsätze **und Nachhaltigkeit** notwendigen Investitionskosten decken.

§ 10 Entwicklungsauftrag zur Reform der Investitionsfinanzierung

(1) Für in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommene Krankenhäuser, die Entgelte nach § 17b erhalten, sowie für in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommene psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen nach § 17d Absatz 1 Satz 1 wird eine Investitionsförderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen ermöglicht. Dafür werden Grundsätze und Kriterien für die Ermittlung eines Investitionsfallwertes auf Landesebene entwickelt. Die Investitionsfinanzierung der Hochschulkliniken ist zu berücksichtigen. Die näheren Einzelheiten des weiteren Verfahrens legen Bund und Länder fest. Das Recht der Länder, eigenständig zwischen der Förderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen und der Einzelförderung von Investitionen einschließlich der Pauschalförderung kurzfristiger Anlagegüter zu entscheiden, bleibt unberührt.

(2) Die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 17b Absatz 2 Satz 1 vereinbaren die Grundstrukturen für Investitionsbewertungsrelationen und das Verfahren zu ihrer Ermittlung, insbesondere zur Kalkulation in einer sachgerechten und repräsentativen Auswahl von Krankenhäusern; § 17b Absatz 3 Satz 5 und 5, Absatz 3a und 7 Satz 6 ist entsprechend anzuwenden. In den Investitionsbewertungsrelationen ist der Investitionsbedarf für die voll- und teilstationären Leistungen pauschaliert abzubilden; der Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. Die Vertragsparteien nach Satz 1 beauftragen das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, für das DRG-Vergütungssystem und für Einrichtungen nach § 17d Abs. 1 Satz 1 bundeseinheitliche Investitionsbewertungsrelationen zu entwickeln und zu kalkulieren. Für die Finanzierung der Aufgaben gilt § 17b Abs. 5 entsprechend. Die erforderlichen Finanzmittel sind mit dem DRG-Systemzuschlag zu erheben; dieser ist entsprechend zu erhöhen. Für die Befugnisse des Bundesministeriums für Gesundheit gilt § 17b Abs. 7 und 7a entsprechend. Für die Veröffentlichung der Ergebnisse gilt § 17b Absatz 2 Satz 8 entsprechend.

§ 11 Landesrechtliche Vorschriften über die Förderung

Das Nähere zur Förderung wird durch Landesrecht bestimmt. Dabei kann auch gere-

gelt werden, daß Krankenhäuser bei der Ausbildung von Ärzten und sonstigen Fachkräften des Gesundheitswesens besondere Aufgaben zu übernehmen haben; soweit hierdurch zusätzliche Sach- und Personalkosten entstehen, ist ihre Finanzierung zu gewährleisten.

§ 12 Förderung von Vorhaben zur Verbesserung von Versorgungsstrukturen

(1) Zur Förderung von Vorhaben der Länder zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung wird beim Bundesversicherungsamt aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ein Fonds in Höhe von insgesamt 500 Millionen Euro errichtet (Strukturfonds). Im Fall einer finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherungen an der Förderung nach Satz 1 erhöht sich das Fördervolumen um den entsprechenden Betrag. Zweck des Strukturfonds ist insbesondere der Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen; palliative Versorgungsstrukturen sollen gefördert werden. Von dem in Satz 1 genannten Betrag, abzüglich der Aufwendungen nach Absatz 2 Satz 6 und nach § 14 Satz 4, kann jedes Land den Anteil abrufen, der sich aus dem Königsteiner Schlüssel mit Stand vom 1. Januar 2016 ergibt. Soweit durch die von einem Land bis zum 31. Juli 2017 eingereichten Anträge die ihm nach Satz 4 zustehenden Fördermittel nicht ausgeschöpft werden, werden mit diesen Mitteln Vorhaben anderer Länder gefördert, für die Anträge gestellt worden sind. Fördermittel können auch für die Finanzierung der Zinsen, der Tilgung und der Verwaltungskosten von Darlehen gewährt werden, soweit diese zur Finanzierung förderungsfähiger Vorhaben nach Satz 3 aufgenommen worden sind.

Fassung des § 12 Absatz 1 ab dem 1. Januar 2024:

(1) Zur Förderung von Vorhaben der Länder zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung wird beim Bundesamt für Soziale Sicherung aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ein Fonds in Höhe von insgesamt 500 Millionen Euro errichtet (Strukturfonds). Im Fall einer finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherungen an der Förderung nach Satz 1 erhöht sich das Fördervolumen um den entsprechenden Betrag. Zweck des Strukturfonds ist insbesondere der Abbau von Überkapazitäten, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten sowie die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akut-

stationäre örtliche Versorgungseinrichtungen; palliative Versorgungsstrukturen sollen gefördert werden. Von dem in Satz 1 genannten Betrag, abzüglich der Aufwendungen nach Absatz 2 Satz 6 und nach § 14 Satz 4, kann jedes Land den Anteil abrufen, der sich aus dem Königsteiner Schlüssel mit Stand vom 1. Januar 2016 ergibt. Soweit durch die von einem Land bis zum 31. Juli 2017 eingereichten Anträge die ihm nach Satz 4 zustehenden Fördermittel nicht ausgeschöpft werden, werden mit diesen Mitteln Vorhaben anderer Länder gefördert, für die Anträge gestellt worden sind. Fördermittel können auch für die Finanzierung der Zinsen, der Tilgung und der Verwaltungskosten von Darlehen gewährt werden, soweit diese zur Finanzierung förderungsfähiger Vorhaben nach Satz 3 aufgenommen worden sind.

(2) Voraussetzung für die Zuteilung von Fördermitteln nach Absatz 1 ist, dass

1. die Umsetzung des zu fördernden Vorhabens am 1. Januar 2016 noch nicht begonnen hat,
2. das antragstellende Land, gegebenenfalls gemeinsam mit dem Träger der zu fördernden Einrichtung, mindestens 50 Prozent der förderungsfähigen Kosten des Vorhabens trägt,
3. das antragstellende Land sich verpflichtet,
 - a) in den Jahren 2016 bis 2018 jährlich Haushaltsmittel für die Investitionsförderung der Krankenhäuser mindestens in der Höhe bereitzustellen, die dem Durchschnitt der in den Haushaltsplänen der Jahre 2012 bis 2014 hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel abzüglich der auf diesen Zeitraum entfallenden durchschnittlichen Zuweisungen nach Artikel 14 des Gesundheitsstrukturgesetzes oder den im Haushaltsplan des Jahres 2015 für die Investitionsförderung der Krankenhäuser ausgewiesenen Haushaltsmitteln entspricht, und
 - b) die in Buchstabe a genannten Mittel um die vom Land getragenen Mittel nach Nummer 2 zu erhöhen und
4. die in Absatz 3 genannten Kriterien erfüllt sind.

Beträge, mit denen sich die Länder am Volumen des öffentlichen Finanzierungsanteils der förderfähigen Kosten nach § 6 Absatz 1 des Kommunalinvestitionsförderungsgesetzes beteiligen, dürfen nicht auf die vom Land zu tragenden Kosten nach Satz 1 Nummer 2 und auf die in den Jahren 2016 bis 2018 bereitzustellenden Haus-

haltsmittel nach Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a angerechnet werden. Mittel aus dem Strukturfonds zur Förderung der Schließung eines Krankenhauses dürfen nicht gewährt werden, wenn der Krankenhausträger gegenüber dem antragstellenden Land auf Grund der Schließung zur Rückzahlung von Mitteln für die Investitionsförderung verpflichtet ist; für Mittel der Investitionsförderung, auf deren Rückzahlung das antragstellende Land verzichtet hat, gilt Satz 2 entsprechend. Das Bundesversicherungsamt prüft die Anträge und weist die Mittel zu, bis der in Absatz 1 Satz 1 genannte Betrag abzüglich der Aufwendungen nach Satz 6 und nach § 14 Satz 4 ausgeschöpft ist. Nicht zweckentsprechend verwendete oder überzahlte Mittel sind unverzüglich an das Bundesversicherungsamt zurückzuzahlen, wenn eine Verrechnung mit Ansprüchen auf Auszahlung von Fördermitteln nicht möglich ist. Die für die Verwaltung der Mittel und die Durchführung der Förderung notwendigen Aufwendungen des Bundesamtes für Soziale Sicherung werden aus dem in Absatz 1 Satz 1 und 2 genannten Betrag gedeckt. Fördermittel, die nach Durchführung des Verfahrens nach Absatz 1 Satz 5 verbleiben, werden der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt.

Fassung des § 12 Absatz 2 ab dem 1. Januar 2024:

(2) Voraussetzung für die Zuteilung von Fördermitteln nach Absatz 1 ist, dass

1. die Umsetzung des zu fördernden Vorhabens am 1. Januar 2016 noch nicht begonnen hat,
2. das antragstellende Land, gegebenenfalls gemeinsam mit dem Träger der zu fördernden Einrichtung, mindestens 50 Prozent der förderungsfähigen Kosten des Vorhabens trägt,
3. das antragstellende Land sich verpflichtet,
 - a) in den Jahren 2016 bis 2018 jährlich Haushaltsmittel für die Investitionsförderung der Krankenhäuser mindestens in der Höhe bereitzustellen, die dem Durchschnitt der in den Haushaltsplänen der Jahre 2012 bis 2014 hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel abzüglich der auf diesen Zeitraum entfallenden durchschnittlichen Zuweisungen nach Artikel 14 des Gesundheitsstrukturgesetzes oder den im Haushaltsplan des Jahres 2015 für die Investitionsförderung der Krankenhäuser ausgewiesenen Haushaltsmitteln entspricht, und

- b) die in Buchstabe a genannten Mittel um die vom Land getragenen Mittel nach Nummer 2 zu erhöhen und

- 4. die in Absatz 3 genannten Kriterien erfüllt sind.

Beträge, mit denen sich die Länder am Volumen des öffentlichen Finanzierungsanteils der förderfähigen Kosten nach § 6 Absatz 1 des Kommunalinvestitionsförderungsgesetzes beteiligen, dürfen nicht auf die vom Land zu tragenden Kosten nach Satz 1 Nummer 2 und auf die in den Jahren 2016 bis 2018 bereitzustellenden Haushaltsmittel nach Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a angerechnet werden. Mittel aus dem Strukturfonds zur Förderung der Schließung eines Krankenhauses dürfen nicht gewährt werden, wenn der Krankenhausträger gegenüber dem antragstellenden Land auf Grund der Schließung zur Rückzahlung von Mitteln für die Investitionsförderung verpflichtet ist; für Mittel der Investitionsförderung, auf deren Rückzahlung das antragstellende Land verzichtet hat, gilt Satz 2 entsprechend. Das Bundesamt für Soziale Sicherung prüft die Anträge und weist die Mittel zu, bis der in Absatz 1 Satz 1 genannte Betrag abzüglich der Aufwendungen nach Satz 6 und nach § 14 Satz 4 ausgeschöpft ist. Nicht zweckentsprechend verwendete oder überzahlte Mittel sind unverzüglich an das Bundesamt für Soziale Sicherung zurückzuzahlen, wenn eine Verrechnung mit Ansprüchen auf Auszahlung von Fördermitteln nicht möglich ist. Die für die Verwaltung der Mittel und die Durchführung der Förderung notwendigen Aufwendungen des Bundesamtes für Soziale Sicherung werden aus dem in Absatz 1 Satz 1 und 2 genannten Betrag gedeckt. Fördermittel, die nach Durchführung des Verfahrens nach Absatz 1 Satz 5 verbleiben, werden der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt.

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates insbesondere das Nähere

- 1. zu den Kriterien der Förderung und zum Verfahren der Vergabe der Fördermittel,
- 2. zur Verteilung der nicht ausgeschöpften Mittel nach Absatz 1 Satz 5,
- 3. zum Nachweis der Förderungsvoraussetzungen nach Absatz 2 Satz 1,
- 4. zum Nachweis der zweckentsprechenden Verwendung der Fördermittel und zur Rückzahlung überzahlter oder nicht zweckentsprechend verwendeter Fördermittel.

§ 12a Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019

(1) Zur Fortführung der Förderung von Vorhaben der Länder zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung werden dem beim Bundesamt für Soziale Sicherung errichteten Strukturfonds in den Jahren 2019 bis 2025 weitere Mittel in Höhe von insgesamt bis zu 2 Milliarden Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt. Im Fall einer finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherungen an der Förderung nach Satz 1 erhöht sich das Fördervolumen um den entsprechenden Betrag. § 12 Absatz 1 Satz 3 und 6 gilt entsprechend. Über die Förderung der in § 12 Absatz 1 Satz 3 genannten Zwecke hinaus können auch die folgenden Vorhaben gefördert werden:

1. wettbewerbsrechtlich zulässige Vorhaben zur Bildung von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen an Hochschulkliniken, soweit Hochschulkliniken und nicht universitäre Krankenhäuser an diesen Vorhaben gemeinsam beteiligt sind,
2. wettbewerbsrechtlich zulässige Vorhaben zur Bildung von Krankenhausverbänden, Vorhaben zur Bildung integrierter Notfallstrukturen und telemedizinischer Netzwerkstrukturen,
3. Vorhaben zur Verbesserung der informationstechnischen Sicherheit der Krankenhäuser und
4. Vorhaben zur Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten in den mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten nach § 2 Nummer 1a Buchstabe e bis g.

Vorhaben nach Satz 4 Nummer 2 zur Bildung von telemedizinischen Netzwerkstrukturen können auch insoweit gefördert werden, als Hochschulkliniken an diesen Vorhaben beteiligt sind.

(2) Von dem in Absatz 1 Satz 1 und 2 genannten Betrag, abzüglich der jährlichen notwendigen Aufwendungen des Bundesamtes für Soziale Sicherung für die Verwaltung der Mittel und die Durchführung der Förderung sowie der jährlichen Aufwendungen nach § 14, kann jedes Land in den Jahren 2019 bis 2025 insgesamt bis zu 95 Prozent des Anteils beantragen, der sich aus dem Königsteiner Schlüssel mit Stand vom 1. Oktober 2018 ergibt. Fördermittel, die von einem Land bis zum 31. Dezember 2025 durch vollständig und vorbehaltlos eingereichte Anträge nicht vollständig bean-

tragt worden sind, verbleiben beim Gesundheitsfonds; der auf die Beteiligung der privaten Krankenversicherungen entfallende Anteil ist an diese zurückzuzahlen. 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). **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.**

(3) Voraussetzung für eine Zuteilung von Fördermitteln nach Absatz 2 ist, dass

1. die Umsetzung des zu fördernden Vorhabens am 1. Januar 2019 noch nicht begonnen hat,
2. das antragstellende Land, gegebenenfalls gemeinsam mit dem Träger der zu fördernden Einrichtung, 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,
3. das antragstellende Land sich verpflichtet,
 - a) in den Jahren 2019 bis 2024 jährlich Haushaltsmittel für die Investitionsförderung der Krankenhäuser mindestens in der Höhe bereitzustellen, die dem Durchschnitt der in den Haushaltsplänen der Jahre 2015 bis 2019 hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel entspricht, und
 - b) die in Buchstabe a genannten Mittel um die vom Land getragenen Mittel nach Nummer 2 zu erhöhen und
4. die in Absatz 4 genannten Kriterien erfüllt sind.

Beträge, mit denen sich die Länder am Volumen des öffentlichen Finanzierungsanteils der förderfähigen Kosten nach § 6 Absatz 1 des Kommunalinvestitionsförderungsgesetzes beteiligen, dürfen nicht auf die vom Land zu tragenden Kosten nach Satz 1 Nummer 2 und auf die in den Jahren 2019 bis 2024 bereitzustellenden Haushaltsmittel nach Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a angerechnet werden. Mittel aus dem Strukturfonds dürfen nicht gewährt werden, soweit der Krankenhausträger gegenüber dem antragstellenden Land auf Grund der zu fördernden Maßnahme zur Rückzah-

lung von Mitteln für die Investitionsförderung verpflichtet ist. Für Mittel der Investitionsförderung, auf deren Rückzahlung das Land verzichtet hat, gilt Satz 2 entsprechend. Das Bundesamt für Soziale Sicherung prüft die Anträge und weist die Mittel zu, bis der in Absatz 2 Satz 1 genannte Anteil des Landes ausgeschöpft ist. Nicht zweckentsprechend verwendete oder überzahlte Mittel sind unverzüglich an das Bundesamt für Soziale Sicherung zurückzuzahlen, wenn eine Verrechnung mit Ansprüchen auf Auszahlung von Fördermitteln nicht möglich ist. Die für die Verwaltung der Mittel und die Durchführung der Förderung notwendigen Aufwendungen des Bundesamtes für Soziale Sicherung werden aus dem in Absatz 1 Satz 1 und 2 genannten Betrag gedeckt. Dies gilt auch für die Aufwendungen des Bundesamtes für Soziale Sicherung, die nach dem 31. Dezember 2020 für die Durchführung der Förderung nach § 12 entstehen. Die Sätze 1 bis 6 gelten entsprechend für länderübergreifende Vorhaben.

(4) In der Rechtsverordnung nach § 12 Absatz 3 kann auch das Nähere geregelt werden

1. zu den Kriterien der Förderung nach Absatz 1 und zum Verfahren der Vergabe der Fördermittel,
2. zum Nachweis der Förderungsvoraussetzungen nach Absatz 3 Satz 1 und
3. zum Nachweis zweckentsprechender Verwendung der Fördermittel und zur Rückzahlung überzahlter oder nicht zweckentsprechend verwendeter Fördermittel.

§ 12b Transformationsfonds, Verordnungsermächtigung

(1) Zur Förderung von Vorhaben der Länder zur Anpassung der Strukturen in der Krankenhausversorgung an die durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz vom 5. Dezember 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 400) bewirkten Rechtsänderungen 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, Satz 2 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 2 sowie Absatz 3 Satz 4 und 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Im Fall einer finanziellen Beteiligung von Unternehmen der privaten Krankenversicherung an der in Satz 1 genannten Förderung erhöht sich die Höhe der zur Förderung in einem Ka-

lenderjahr zur Verfügung stehenden Mittel jeweils um den entsprechenden Betrag. Aus dem Transformationsfonds können an zugelassenen Krankenhäusern gefördert werden

1. Vorhaben zur standortübergreifenden Konzentration akutstationärer Versorgungskapazitäten, einschließlich der erforderlichen Angleichung der digitalen Infrastruktur, insbesondere
 - a) zur Erfüllung von Qualitätskriterien nach § 135e Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder
 - b) zur Erfüllung von Mindestvorhaltezahlen nach § 135f Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. Vorhaben zur Umstrukturierung eines Krankenhausstandortes, der nach § 6c Absatz 1 als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt wurde,
3. Vorhaben zur Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen, insbesondere zwischen Krankenhäusern, einschließlich der Schaffung der Voraussetzungen für die Durchführung robotergestützter Telechirurgie, abweichend von § 5 Absatz 1 Nummer 1 auch soweit Hochschulkliniken an diesen Vorhaben beteiligt sind,
4. abweichend von § 5 Absatz 1 Nummer 1 wettbewerbsrechtlich zulässige Vorhaben zur Bildung von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen an Hochschulkliniken, soweit Hochschulkliniken und Krankenhäuser, die keine Hochschulkliniken sind, an diesen Vorhaben gemeinsam beteiligt sind,
5. wettbewerbsrechtlich zulässige Vorhaben zur Bildung von regional begrenzten Krankenhausverbänden zum Abbau von Doppelstrukturen, insbesondere durch Standortzusammenlegungen,
6. Vorhaben zur Bildung integrierter Notfallstrukturen,
7. Vorhaben zur Schließung eines Krankenhauses oder von Teilen eines Krankenhauses, insbesondere in Gebieten mit einer hohen Dichte an Krankenhäusern und Krankenhausbetten,
8. Vorhaben zur Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten in den mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten nach §

2 Nummer 1a Buchstabe e bis g, soweit diese auf einem Vorhaben nach Nummer 1 oder Nummer 5 beruhen.

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. Vorhaben, die überwiegend dem Erhalt bestehender Strukturen dienen, sind nicht förderfähig.

(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 können, und dem Betrag, in dessen Höhe im jeweiligen Kalenderjahr Fördermittel für länderübergreifende Vorhaben zugeteilt werden, zur Zuteilung im jeweils folgenden Kalenderjahr zu übertragen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung veröffentlicht auf seiner Internetseite für jedes der Kalenderjahre 2026 bis 2035 die Höhe der Beträge,

bis zu der einzelne Länder die Zuteilung von Fördermitteln beantragen können, sowie den Betrag, der für die Förderung länderübergreifender Vorhaben zur Verfügung steht.

(3) Für jedes der Kalenderjahre 2026 bis 2035 teilt das Bundesamt für Soziale Sicherung jedem Land auf Antrag Fördermittel zu den in Absatz 1 Satz 4 und 5 genannten Zwecken bis zur Höhe des Betrags zu, bis zu dem das jeweilige Land nach Absatz 2 Satz 2 die Zuteilung von Fördermitteln beantragen kann, wenn

1. der jeweilige Antrag auf Förderung für das jeweilige Kalenderjahr
 - a) bis zum 30. September des jeweils vorhergehenden Kalenderjahres gestellt wurde oder
 - b) bis zum 31. Dezember des jeweils vorhergehenden Kalenderjahres gestellt wurde und das jeweilige Land dem Bundesamt für Soziale Sicherung zuvor bis zum 30. September die Höhe des diesbezüglichen Fördervolumens angezeigt hat und die beantragte Fördersumme die Höhe der angezeigten Fördersumme nicht übersteigt,
2. die Umsetzung des zu fördernden Vorhabens am 1. Juli 2025 noch nicht begonnen hat,
3. das jeweilige Land oder das jeweilige Land gemeinsam mit dem Träger des Krankenhauses, auf das sich das zu fördernde Vorhaben bezieht, die förderungsfähigen Kosten des Vorhabens zu einem Anteil von mindestens 50 Prozent trägt, und das jeweilige Land mindestens die Hälfte dieses Anteils aus eigenen Haushaltsmitteln aufbringt,
4. das jeweilige Land
 - a) sich verpflichtet, in jedem der Kalenderjahre vom Jahr der Antragstellung bis 2035 Haushaltsmittel für die Investitionskostenförderung der Krankenhäuser mindestens in der Höhe bereitzustellen, die der nach Satz 2 berechneten durchschnittlichen Höhe der in den Haushaltsplänen des jeweiligen Landes der Kalenderjahre 2021 bis 2023 hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel zuzüglich des in Nummer 3 genannten Anteils für das jeweilige Kalenderjahr entspricht,
 - b) nachweist, dass es in jedem der Kalenderjahre von 2026 bis zum Jahr der Antragstellung Haushaltsmittel für die Investitionskostenförderung der Krankenhäuser mindestens in der Höhe bereitgestellt hat, die der

nach Satz 2 berechneten durchschnittlichen Höhe der in den Haushaltsplänen der Kalenderjahre 2021 bis 2023 des jeweiligen Landes hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel zuzüglich des in Nummer 3 genannten Anteils für das jeweilige Kalenderjahr entspricht,

5. das jeweilige Land nachweist, das Insolvenzrisiko der an dem Vorhaben beteiligten Krankenhäuser geprüft zu haben, und
6. die Voraussetzungen der Rechtsverordnung nach Absatz 5 erfüllt sind.

Für die Berechnungen der durchschnittlichen Höhe der Haushaltsmittel nach Satz 1 Nummer 4 Buchstabe a und b sind die Beträge der in den Jahren 2021 bis 2023 jeweils ausgewiesenen Haushaltsmittel, abzüglich der als Sonderförderung ausgewiesenen Haushaltsmittel, zu addieren, die Summe durch drei zu dividieren und ist dieser Betrag entsprechend des vom Statistischen Bundesamt für das Jahr 2024 nach § 10 Absatz 6 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes bekanntgegebenen Orientierungswertes zu erhöhen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung teilt den Ländern die Fördermittel nach Satz 1 bis zum 31. Dezember 2035 zu. Beträge, mit denen sich die Länder am Gesamtvolumen des öffentlichen Finanzierungsanteils der förderfähigen Kosten der Investitionen finanzschwacher Gemeinden und Gemeindeverbände eines Landes nach § 6 Absatz 1 des Kommunalinvestitionsförderungsgesetzes beteiligen, dürfen weder auf den in Satz 1 Nummer 3 genannten Anteil noch auf die in Satz 1 Nummer 4 Buchstabe a und b genannten Haushaltsmittel in den Kalenderjahren 2026 bis 2035 angerechnet werden. Mittel aus dem Transformationsfonds dürfen nicht nach Satz 1 zugeteilt werden, soweit der Träger des Krankenhauses, auf das sich das zu fördernde Vorhaben bezieht, gegenüber dem jeweiligen Land aufgrund des zu fördernden Vorhabens zur Rückzahlung von Mitteln für die Investitionsförderung verpflichtet ist. Hat das jeweilige Land gegenüber dem Träger eines Krankenhauses, auf das sich das zu fördernde Vorhaben bezieht, auf eine verpflichtende Rückzahlung von Mitteln der Investitionsförderung verzichtet, gilt für diese Mittel Satz 4 entsprechend, sofern das Land nicht nachvollziehbar darlegt, dass der Verzicht erforderlich ist, damit ein Vorhaben nach Absatz 1 Satz 4 Nummer 1, 2, 5 oder Nummer 7 durchgeführt werden kann. Nicht zweckentsprechend verwendete oder überzahlte Mittel sind von dem jeweiligen Land unverzüglich an das Bundesamt für Soziale Sicherung zurückzuzahlen, wenn eine Aufrechnung mit Ansprüchen auf Auszahlung von Fördermitteln nicht möglich ist. Die Sätze 1 bis 7 gelten für die Förderung länderübergreifender Vorhaben nach Absatz 2 Satz 3 und 5 entsprechend.

(4) Die für die Verwaltung des Transformationsfonds und die Durchführung der Förderung notwendigen Aufwendungen des Bundesamts 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. Soweit Fördermittel bis zum 31. Dezember 2035 nicht vollständig durch das Bundesamt für Soziale Sicherung nach Absatz 3 Satz 1 zugeteilt wurden, ist der auf die finanzielle Beteiligung von Unternehmen der privaten Krankenversicherung entfallende Anteil an diese zurückzuführen.

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere zu regeln

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

(6) Ist für die Jahre 2026 bis 2035 jeweils bis zum 30. September des jeweils vorherigen Kalenderjahres keine in Absatz 1 Satz 3 genannte Beteiligung der Unternehmen der privaten Krankenversicherung in einer Höhe erfolgt, die dem Anteil der vollstationären Behandlungsfälle von Versicherten in der privaten Krankenversicherung an der Gesamtzahl aller vollstationären Behandlungsfälle entspricht, berichtet das Bundesministerium für Gesundheit dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages bis zum 31. Januar des jeweiligen Kalenderjahres und erarbeitet bis zum 31. März des jeweiligen Kalenderjahres einen Vorschlag, der eine entsprechende Beteiligung der privaten Krankenversicherung und aller weiteren Kostenträger mit Ausnahme der gesetzlichen Krankenversicherung an der Förderung und ihre Anrechnung auf den Höchstbetrag nach § 271 Absatz 6 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beinhaltet.

§ 13 Entscheidung zu den förderungsfähigen Vorhaben

Im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen treffen die Länder die Entscheidung, welche Vorhaben gefördert werden sollen und für die dann ein Antrag auf Förderung beim Bundesamt für Soziale Sicherung gestellt werden soll. Sie können andere Institutionen an der Auswahlentscheidung beteiligen. Ein Anspruch auf Förderung besteht nicht. Die Länder prüfen die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel.

§ 14 Auswertung der Wirkungen der Förderung

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. Die hierfür erforderlichen nicht personenbezogenen Daten werden ihm von den antragstellenden Ländern auf Anforderung zur Weiterleitung an die mit der Auswertung beauftragte Stelle zur Verfügung gestellt. Zwischenberichte über die Auswertung sind dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium der Finanzen jährlich, für die Förderung nach § 12a erstmals zum 31. Dezember 2020 und für die Förderung nach § 12b erstmals zum 31. Dezember 2027, vorzulegen. Die bis zum 31. Dezember 2020 entstehenden Aufwendungen für die Auswertung der Förderung nach § 12 werden aus dem Betrag nach § 12 Absatz 1 Satz 1 und 2 gedeckt. Die im Zeitraum vom 1. Januar 2021 bis zum 31. Dezember 2026 entstehenden Aufwendungen für die Auswertung nach § 12 und die Aufwendungen für die Auswertung nach § 12a werden aus dem Betrag nach § 12a Absatz 1 Satz 1 und 2 gedeckt. 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.

§ 14a Krankenhauszukunftsfonds

(1) Beim Bundesamt für Soziale Sicherung wird aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ein Krankenhauszukunftsfonds in Höhe von insgesamt 3 Milliarden Euro errichtet. Die Mittel werden der Liquiditätsreserve bis zum ersten Bankarbeitstag im Jahr 2021 vom Bund zur Verfügung gestellt.

(2) Zweck des Krankenhauszukunftsfonds ist die Förderung notwendiger Investitionen in Krankenhäusern in

1. die technische und insbesondere die informationstechnische Ausstattung der Notaufnahmen,
2. die digitale Infrastruktur zur Förderung der internen, innersektoralen und sektorenübergreifenden Versorgung von Patientinnen und Patienten, insbesondere, um die Ablauforganisation, Dokumentation und Kommunikation zu digitalisieren, sowie zur Einführung oder Verbesserung von Telemedizin, Robotik und Hightechmedizin,
3. die Informationssicherheit und
4. die gezielte Entwicklung und die Stärkung wettbewerbsrechtlich zulässiger regionaler Versorgungsstrukturen, um die Versorgungsstrukturen sowohl im Normalbetrieb als auch in Krisenzeiten konzeptionell aufeinander abzustimmen.

Gefördert werden können auch Vorhaben von Hochschulkliniken und Vorhaben, an denen Hochschulkliniken beteiligt sind. Für die Förderung der in Satz 2 genannten Vorhaben darf ein Land höchstens 10 Prozent des ihm nach Absatz 3 Satz 1 zustehenden Anteils der Fördermittel verwenden.

(3) Von dem in Absatz 1 Satz 1 genannten Betrag, abzüglich der Aufwendungen nach Absatz 6 Satz 3 und der dem Bundesministerium für Gesundheit für die Auswertung nach § 14b entstehenden Aufwendungen, kann jedes Land den Anteil beantragen, der sich aus dem Königsteiner Schlüssel mit Stand vom 6. November 2018 ergibt. Mit dem Betrag nach Satz 1 können auch länderübergreifende Vorhaben gefördert werden. Die einem Land nach Satz 1 zustehenden Fördermittel, die nicht durch die von einem Land bis zum 31. Dezember 2021 vollständig gestellten Anträge ausgeschöpft werden, können vom Bundesamt für Soziale Sicherung zur Deckung seiner Aufwendungen gemäß Absatz 6 Satz 3 verwendet werden. Spätestens mit Ablauf des Jahres 2027 werden durch das Bundesamt für Soziale Sicherung die durch die Länder nicht ausgeschöpften oder durch das Bundesamt für Soziale Sicherung nicht für andere Aufgaben verwendeten Mittel an den Bund zurückgeführt. Das Bundesamt für Soziale Sicherung berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit beginnend zum 31. Dezember 2022 halbjährlich über die entstandenen und voraussichtlich entstehenden Aufwendungen. Fördermittel können auch für die Finanze-

rung der Zinsen, der Tilgung und der Verwaltungskosten von Darlehen gewährt werden, soweit diese zur Finanzierung förderungsfähiger Vorhaben aufgenommen worden sind. Mindestens 15 Prozent der gewährten Fördermittel sind für technische und organisatorische Maßnahmen zur Verbesserung der Informationssicherheit zu verwenden.

(4) Die Krankenhausträger melden ihren Förderbedarf, unter Angabe insbesondere des Vorhabens und der Fördersumme, unter Nutzung der vom Bundesamt für Soziale Sicherung bereitgestellten, bundeseinheitlichen Formulare bei den Ländern an (Bedarfsanmeldung). Die Länder können weitere Anforderungen an die Ausgestaltung der Förderanträge der Krankenhausträger festlegen. Die Länder, bei länderübergreifenden Vorhaben die betroffenen Länder gemeinsam, treffen die Entscheidung, für welche Vorhaben eine Förderung beim Bundesamt für Soziale Sicherung beantragt werden soll, innerhalb von drei Monaten nach Eingang der Bedarfsanmeldung; vor der Entscheidung ist den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Ein Anspruch auf Förderung besteht nicht. Die Länder prüfen die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel. Soweit dies für die Prüfungen nach Satz 5 erforderlich ist, sind die Länder befugt, Unterlagen einzusehen und zu den üblichen Geschäfts- und Betriebszeiten die Geschäftsräume, insbesondere Serverräume, des geförderten Krankenhauses nach Ankündigung zu betreten und zu besichtigen.

(5) Voraussetzung für die Zuteilung von Fördermitteln nach Absatz 3 ist, dass

1. die Umsetzung des zu fördernden Vorhabens frühestens am 2. September 2020 begonnen hat,
2. das antragstellende Land, der Krankenhausträger oder beide gemeinschaftlich mindestens 30 Prozent der Fördersumme tragen,
3. das antragstellende Land sich verpflichtet,
 - a) in den Jahren 2020 bis 2022 jährlich Haushaltsmittel für die Investitionsförderung der Krankenhäuser mindestens in der Höhe bereitzustellen, die dem Durchschnitt der in den Haushaltsplänen der Jahre 2016 bis 2019 hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel entspricht, und
 - b) die in Buchstabe a genannten Haushaltsmittel um den Betrag der von dem Land nach Nummer 2 zu tragenden Kosten zu erhöhen,
4. das Krankenhaus an der Auswertung nach § 14b Satz 3 **und 4** teilnimmt und

5. die auf Grundlage des Absatzes 7 geregelten Voraussetzungen erfüllt sind.
- (6) Das Bundesamt für Soziale Sicherung prüft die Anträge und weist die Mittel zu, bis der in Absatz 3 Satz 1 genannte Anteil des Landes ausgeschöpft ist. Nicht zweckentsprechend verwendete oder überzahlte Mittel sind unverzüglich an das Bundesamt für Soziale Sicherung zurückzuzahlen, wenn eine Verrechnung mit Ansprüchen auf Auszahlung von Fördermitteln nicht möglich ist. Die für die Verwaltung der Mittel und für die Durchführung der Förderung notwendigen Aufwendungen des Bundesamtes für Soziale Sicherung werden aus dem in Absatz 1 Satz 1 genannten Betrag gedeckt. Für die Rechnungslegung des Krankenhauszukunftsfonds gelten die für die Rechnungslegung der Sozialversicherungsträger geltenden Vorschriften entsprechend. Das Bundesamt für Soziale Sicherung kann nähere Bestimmungen zur Durchführung des Förderverfahrens und zur Übermittlung der nach § 22 Absatz 2 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung vorzulegenden Unterlagen in einem einheitlichen Format oder in einer maschinell auswertbaren Form treffen.
- (7) Das Bundesministerium für Gesundheit regelt in der Rechtsverordnung nach § 12 Absatz 3 auch das Nähere zu

1. den Voraussetzungen für die Gewährung von Fördermitteln und zum Verfahren der Vergabe der Fördermittel, einschließlich der Verwaltungsaufgaben des Bundesamtes für Soziale Sicherung sowie der Beauftragung der Kreditanstalt für Wiederaufbau mit einem den Krankenhauszukunftsfonds begleitenden Kreditprogramm durch das Bundesamt für Soziale Sicherung,
2. dem Nachweis der Fördervoraussetzungen nach Absatz 5 Satz 1 und
3. dem Nachweis der zweckentsprechenden Verwendung der Fördermittel während und nach dem Ende der Vorhaben und zur Rückzahlung überzahlter oder nicht zweckentsprechend verwendeter Fördermittel.

§ 14b Evaluierung des Reifegrades der Krankenhäuser hinsichtlich der Digitalisierung und Begleitforschung für die digitale Transformation im Rahmen des Krankenhauszukunftsfonds

Das Bundesministerium für Gesundheit führt zur Evaluation des Krankenhauszukunftsfonds eine Auswertung hinsichtlich der Digitalisierung aller Krankenhäuser und insbesondere der nach § 14a geförderten Vorhaben sowie eine Begleitforschung zur digitalen Transformation der Krankenhäuser durch. Aus der Evaluation soll sich ergeben, inwieweit die Digitalisierung der Krankenhäuser, der Umgang mit technologi-

schen Innovationen und die Versorgung von Patientinnen und Patienten durch die Förderung verbessert sowie zukünftige Bedarfe zur digitalen Transformation im Krankenhausbereich identifiziert und geeignete Weiterentwicklungsstrategien entwickelt werden. Im Rahmen einer Auswertung durch eine durch das Bundesministerium für Gesundheit beauftragte Forschungseinrichtung ist der Reifegrad aller Krankenhäuser hinsichtlich der Digitalisierung jeweils zum Stichtag 30. Juni 2021 und 30. Juni 2024 unter Berücksichtigung von Bewertungskriterien anerkannter Reifegradmodelle festzustellen. Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, in der Rechtsverordnung nach § 12 Absatz 3 einen weiteren Stichtag festzulegen. Die Empfänger von Fördermitteln nach § 14a übermitteln der vom Bundesministerium für Gesundheit mit der Reifegradmessung beauftragten Forschungseinrichtung auf deren Anforderung in elektronischer Form die für die Auswertung erforderlichen strukturierten Selbsteinschätzungen hinsichtlich des Umsetzungsstands digitaler Maßnahmen. Den teilnehmenden Krankenhäusern wird ein Teilnahmezertifikat durch die mit der Reifegradmessung beauftragte Forschungseinrichtung ausgestellt. Die Länder prüfen, ob diejenigen Krankenhäuser, die nach § 14a eine Förderung in dem jeweiligen Land erhalten, an der Reifegradmessung teilgenommen haben und bestätigen die Teilnahme gegenüber dem Bundesamt für Soziale Sicherung.

§ 15 Beteiligung an Schließungskosten

Die Vertragsparteien nach § 18 können vereinbaren, dass sich die in § 18 Absatz 2 genannten Sozialleistungsträger an den Kosten der Schließung eines Krankenhauses beteiligen. Die Unternehmen der privaten Krankenversicherung können sich an der Vereinbarung beteiligen. Hierbei ist zu berücksichtigen, ob und inwieweit die Schließung bereits nach den §§ 12 bis 14 gefördert wird. Eine Vereinbarung nach Satz 1 darf nicht geschlossen werden, wenn der Krankenhausträger auf Grund der Schließung zur Rückzahlung von Mitteln für die Investitionsförderung verpflichtet ist, die für dieses Krankenhaus gewährt worden sind.

3. Abschnitt Vorschriften über Krankenhauspflegesätze

§ 16 Verordnung zur Regelung der Pflegesätze

Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften zu erlassen über

1. die Pflegesätze der Krankenhäuser,
2. die Abgrenzung der allgemeinen stationären und teilstationären Leistungen des Krankenhauses von den Leistungen bei vor- und nachstationärer Behandlung (§ 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), den ambulanten Leistungen einschließlich der Leistungen nach § 115b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, den Wahlleistungen und den belegärztlichen Leistungen,
3. die Nutzungsentgelte (Kostenerstattung und Vorteilsausgleich sowie diesen vergleichbare Abgaben) der zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen berechtigten Ärzte an das Krankenhaus, soweit diese Entgelte pflegesatzmindernd zu berücksichtigen sind,
4. die Berücksichtigung der Erlöse aus der Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung (§ 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), für ambulante Leistungen einschließlich der Leistungen nach § 115b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und für Wahlleistungen des Krankenhauses sowie die Berücksichtigung sonstiger Entgelte bei der Bemessung der Pflegesätze,
5. die nähere Abgrenzung der in § 17 Abs. 4 bezeichneten Kosten von den pflegesatzfähigen Kosten,
6. das Verfahren nach § 18,
7. die Rechnungs- und Buchführungspflichten der Krankenhäuser,
8. ein Klagerecht des Verbandes der privaten Krankenversicherung gegenüber unangemessen hohen Entgelten für nichtärztliche Wahlleistungen.

Die Ermächtigung kann durch Rechtsverordnung auf die Landesregierungen übertragen werden; dabei kann bestimmt werden, daß die Landesregierungen die Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden weiter übertragen können.

§ 17 Grundsätze für die Pflegesatzregelung

(1) Die Pflegesätze und die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind für alle Benutzer des Krankenhauses einheitlich zu berechnen. Die Pflegesätze sind im Voraus zu bemessen. Bei der Ermittlung der Pflegesätze ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) nach Maßgabe dieses Gesetzes und des Krankenhausentgeltgesetzes zu beachten. Überschüsse verbleiben dem Kran-

kenhaus; Verluste sind vom Krankenhaus zu tragen. Eine Einrichtung, die in räumlicher Nähe zu einem Krankenhaus liegt und mit diesem organisatorisch verbunden ist, darf für allgemeine, dem Versorgungsauftrag des Krankenhauses entsprechende Krankenhausleistungen keine höheren Entgelte verlangen, als sie nach den Regelungen dieses Gesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes und der Bundespflege-satzverordnung zu leisten wären. Für nichtärztliche Wahlleistungen gilt § 17 Absatz 1, 2 und 4 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend.

(1a) Für die mit pauschalierten Pflegesätzen vergüteten voll- oder teilstationären Krankenhausleistungen gelten im Bereich der DRG-Krankenhäuser die Vorgaben des § 17b und im Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen die Vorgaben des § 17d.

(2) Soweit tagesgleiche Pflegesätze vereinbart werden, müssen diese medizinisch leistungsgerecht sein und einem Krankenhaus bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, den Versorgungsauftrag zu erfüllen.

(2a) (weggefallen)

(3) Im Pflegesatz sind nicht zu berücksichtigen

1. Kosten für Leistungen, die nicht der stationären oder teilstationären Krankenhausversorgung dienen,
2. Kosten für wissenschaftliche Forschung und Lehre, die über den normalen Krankenhausbetrieb hinausgehen.
3. (weggefallen)

(4) Bei Krankenhäusern, die nach diesem Gesetz voll gefördert werden, und bei den in § 5 Abs. 1 Nr. 1 erster Halbsatz bezeichneten Krankenhäusern sind außer den in Absatz 3 genannten Kosten im Pflegesatz nicht zu berücksichtigen

1. Investitionskosten, ausgenommen die Kosten der Wiederbeschaffung von Wirtschaftsgütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer bis zu drei Jahren,
2. Kosten der Grundstücke, des Grundstückserwerbs, der Grundstückser-schließung sowie ihrer Finanzierung,
3. Anlauf- und Umstellungskosten,
4. Kosten der in § 5 Abs. 1 Nr. 8 bis 10 bezeichneten Einrichtungen,
5. Kosten, für die eine sonstige öffentliche Förderung gewährt wird;

dies gilt im Falle der vollen Förderung von Teilen eines Krankenhauses nur hinsicht-

lich des geförderten Teils.

(4a) (weggefallen)

(4b) Instandhaltungskosten sind im Pflegesatz zu berücksichtigen. Dazu gehören auch Instandhaltungskosten für Anlagegüter, wenn in baulichen Einheiten Gebäudeteile, betriebstechnische Anlagen und Einbauten oder wenn Außenanlagen vollständig oder überwiegend ersetzt werden. Die in Satz 2 genannten Kosten werden pauschal in Höhe eines Betrages von 1,1 vom Hundert der für die allgemeinen Krankenhausleistungen vereinbarten Vergütung finanziert. Die Pflegesatzfähigkeit für die in Satz 2 genannten Kosten entfällt für alle Krankenhäuser in einem Bundesland, wenn das Land diese Kosten für die in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser im Wege der Einzelförderung oder der Pauschalförderung trägt.

(5) Bei Krankenhäusern, die nach diesem Gesetz nicht oder nur teilweise öffentlich gefördert werden sowie bei anteilig öffentlich geförderten Maßnahmen mit Restfinanzierung durch den Krankenhausträger, dürfen von Sozialleistungsträgern und sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgern keine höheren Pflegesätze gefordert werden, als sie von diesen für Leistungen vergleichbarer nach diesem Gesetz geförderter Krankenhäuser zu entrichten sind. Krankenhäuser, die nur deshalb nach diesem Gesetz nicht gefördert werden, weil sie keinen Antrag auf Förderung stellen, dürfen auch von einem Krankenhausbenutzer keine höheren als die sich aus Satz 1 ergebenden Pflegesätze fordern. Soweit bei teilweiser Förderung Investitionen nicht öffentlich gefördert werden und ein vergleichbares Krankenhaus nicht vorhanden ist, dürfen die Investitionskosten in den Pflegesatz einbezogen werden, soweit die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen der Investition zugestimmt haben. Die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 vereinbaren die nach den Sätzen 1 und 2 maßgebenden Pflegesätze. Werden die Krankenhausleistungen mit pauschalisierten Pflegesätzen nach Absatz 1a vergütet, gelten diese als Leistungen vergleichbarer Krankenhäuser im Sinne des Satzes 1.

§ 17a Finanzierung von Ausbildungskosten

(1) Die Kosten der in § 2 Nummer 1a Buchstabe a, b und d bis n genannten mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten, die Ausbildungsvergütungen für die in § 2 Nummer 1a genannten Berufe und die Mehrkosten des Krankenhauses infolge der Ausbildung sind nach Maßgabe der folgenden Vorschriften durch Zuschläge zu finanzieren, soweit diese Kosten nach diesem Gesetz

zu den pflegesatzfähigen Kosten gehören und nicht nach anderen Vorschriften aufzubringen sind (Ausbildungskosten); der von dem jeweiligen Land finanzierte Teil der Ausbildungskosten ist in Abzug zu bringen. Abweichend von Satz 1 sind bei einer Anrechnung nach Satz 3 nur die Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen zu finanzieren. Bei der Ermittlung der Mehrkosten der Ausbildungsvergütung sind Personen, die im in § 2 Nummer 1a Buchstabe g genannten Bereich der Pflegehilfe und -assistenz ausgebildet werden nach dem ersten Jahr ihrer Ausbildung, im zweiten und dritten Jahr ihrer Ausbildung im Verhältnis 9,5 zu 1 auf die Stelle einer in diesen Berufen voll ausgebildeten Person anzurechnen. Personen, die in der Krankenpflegehilfe ausgebildet werden, sind nach dem ersten Jahr ihrer Ausbildung im Verhältnis 6 zu 1 auf die Stelle einer in den Berufen der Krankenpflege oder der Kinderkrankenpflege voll ausgebildeten Person anzurechnen. Zu den Ausbildungsvergütungen nach Satz 1 gehören auch die Vergütungen der Hebammenstudierenden nach § 34 Absatz 1 des Hebammengesetzes. Zu den Mehrkosten des Krankenhauses infolge der Ausbildung nach Satz 1 gehören auch die Kosten der berufspraktischen Ausbildung von Hebammenstudierenden durch ambulante hebammengeleitete Einrichtungen oder durch freiberufliche Hebammen nach § 13 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Hebammengesetzes.

(2) Mit dem Ziel, eine sachgerechte Finanzierung sicherzustellen, schließen

1. die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 auf Bundesebene eine Rahmenvereinbarung insbesondere über die zu finanzierenden Tatbestände und über ein Kalkulationsschema für die Verhandlung des Ausbildungsbudgets nach Absatz 3;
2. die in § 18 Abs. 1 Satz 2 genannten Beteiligten auf Landesebene ergänzende Vereinbarungen insbesondere zur Berücksichtigung der landesrechtlichen Vorgaben für die Ausbildung und zum Abzug des vom Land finanzierten Teils der Ausbildungskosten, bei einer fehlenden Vereinbarung nach Nummer 1 auch zu den dort möglichen Vereinbarungsinhalten.

Die Vereinbarungen nach Satz 1 sind bei der Vereinbarung des Ausbildungsbudgets nach Absatz 3 zu beachten. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht zu Stande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei bei Satz 1 Nr. 1 die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 und bei Satz 1 Nr. 2 die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1.

(3) Bei ausbildenden Krankenhäusern vereinbaren die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 für einen zukünftigen Zeitraum (Vereinbarungszeitraum) ein krankenhausi-

viduelles Ausbildungsbudget, mit dem die Ausbildungskosten finanziert werden; § 11 Abs. 2 des Krankenhausentgeltgesetzes gilt entsprechend. Bei ausbildenden Krankenhäusern, die nach § 15 des Hebammengesetzes für die Durchführung des berufspraktischen Teils des Hebammenstudiums verantwortlich sind, umfasst das Ausbildungsbudget nach Satz 1 auch die nach § 134a Absatz 1e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vereinbarten Pauschalen. Die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 stellen bei der Vereinbarung des Ausbildungsbudgets Art und Anzahl der voraussichtlich belegten Ausbildungsplätze fest. Das Budget soll die Kosten der Ausbildungsstätten bei wirtschaftlicher Betriebsgröße und Betriebsführung decken und wird in seiner Entwicklung nicht durch den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes begrenzt. Die für den Vereinbarungszeitraum zu erwartenden Kostenentwicklungen sind zu berücksichtigen. Ab dem Jahr 2010 sind bei der Vereinbarung des Ausbildungsbudgets auch die Richtwerte nach Absatz 4b zu berücksichtigen. Soweit Richtwerte nicht vereinbart oder nicht durch Rechtsverordnung vorgegeben sind, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 entsprechende Finanzierungsbeträge im Rahmen des Ausbildungsbudgets. Es ist eine Angleichung der krankenhausesindividuellen Finanzierungsbeträge an die Richtwerte oder im Falle des Satzes 7 eine Angleichung der Finanzierungsbeträge im Land untereinander anzustreben; dabei sind krankenhausesindividuelle Abweichungen des vom Land finanzierten Teils der Ausbildungskosten zu berücksichtigen. Soweit erforderlich schließen die Vertragsparteien Strukturverträge, die den Ausbau, die Schließung oder die Zusammenlegung von Ausbildungsstätten finanziell unterstützen und zu wirtschaftlichen Ausbildungsstrukturen führen; dabei ist Einvernehmen mit der zuständigen Landesbehörde anzustreben. Die Ausbildung in der Region darf nicht gefährdet werden. Soweit eine Ausbildungsstätte in der Region erforderlich ist, zum Beispiel weil die Entfernungen und Fahrzeiten zu anderen Ausbildungsstätten nicht zumutbar sind, können auch langfristig höhere Finanzierungsbeträge gezahlt werden; zur Prüfung der Voraussetzungen sind die Vorgaben zum Sicherstellungszuschlag nach § 17b Abs. 1a Nummer 6 in Verbindung mit § 5 Abs. 2 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend anzuwenden. Weicht am Ende des Vereinbarungszeitraums die Summe der Zahlungen aus dem Ausgleichsfonds nach Absatz 5 Satz 5 und den verbleibenden Abweichungen nach Absatz 6 Satz 5 oder die Summe der Zuschläge nach Absatz 9 Satz 1 von dem vereinbarten Ausbildungsbudget ab, werden die Mehr- oder Mindererlöse vollständig über das Ausbildungsbudget des

nächstmöglichen Vereinbarungszeitraums ausgeglichen. Steht bei der Verhandlung der Ausgleichsbetrag noch nicht fest, sind Teilbeträge als Abschlagszahlungen auf den Ausgleich zu berücksichtigen.

(4) aufgehoben

(4a) Der Krankenhausträger hat den anderen Vertragsparteien rechtzeitig vor den Verhandlungen Nachweise und Begründungen insbesondere über Art und Anzahl der voraussichtlich belegten Ausbildungsplätze, die Ausbildungskosten und für die Vereinbarung von Zuschlägen nach Absatz 6 vorzulegen sowie im Rahmen der Verhandlungen zusätzliche Auskünfte zu erteilen.

(4b) Als Zielwert für die Angleichung der krankenhausespezifischen Finanzierungsbeiträge nach Absatz 3 Satz 7 ermitteln die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 jährlich für die einzelnen Berufe nach § 2 Nr. 1a die durchschnittlichen Kosten je Ausbildungsplatz in den Ausbildungsstätten und die sonstigen Ausbildungskosten und vereinbaren für das folgende Kalenderjahr entsprechende Richtwerte unter Berücksichtigung zu erwartender Kostenentwicklungen; die Beträge können nach Regionen differenziert festgelegt werden. Zur Umsetzung der Vorgaben nach Satz 1 entwickeln die Vertragsparteien insbesondere unter Nutzung der Daten nach § 21 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe c des Krankenhausentgeltgesetzes und von Daten aus einer Auswahl von Krankenhäusern und Ausbildungsstätten, die an einer gesonderten Kalkulation teilnehmen, jährlich schrittweise das Verfahren zur Erhebung der erforderlichen Daten und zur Kalkulation und Vereinbarung von Richtwerten. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht zustande, kann das Bundesministerium für Gesundheit das Verfahren oder die Richtwerte durch eine Rechtsverordnung nach § 17b Abs. 7 vorgeben. Für die Veröffentlichung der Ergebnisse gilt § 17b Absatz 2 Satz 8 entsprechend.

(5) Mit dem Ziel, eine Benachteiligung ausbildender Krankenhäuser im Wettbewerb mit nicht ausbildenden Krankenhäusern zu vermeiden, vereinbaren die in § 18 Abs. 1 Satz 2 genannten Beteiligten auf Landesebene

1. erstmals für das Jahr 2006 einen Ausgleichsfonds in Höhe der von den Krankenhäusern im Land angemeldeten Beträge (Sätze 3 und 4),
2. die Höhe eines Ausbildungszuschlags je voll- und teilstationärem Fall, mit dem der Ausgleichsfonds finanziert wird,
3. die erforderlichen Verfahrensregelungen im Zusammenhang mit dem Ausgleichsfonds und den in Rechnung zu stellenden Zuschlägen, insbesondere Vorgaben zur Verzinsung ausstehender Zahlungen der Krankenhäuser mit

einem Zinssatz von 8 vom Hundert über dem Basiszins nach § 247 Abs. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs.

Der Ausgleichsfonds wird von der Landeskrankenhausgesellschaft errichtet und verwaltet; sie hat über die Verwendung der Mittel Rechenschaft zu legen. Zur Ermittlung der Höhe des Ausgleichsfonds melden die ausbildenden Krankenhäuser die jeweils nach Absatz 3 oder 4 für das Vorjahr vereinbarte Höhe des Ausbildungsbudgets sowie Art und Anzahl der Ausbildungsplätze und die Höhe des zusätzlich zu finanzierenden Mehraufwands für Ausbildungsvergütungen; im Falle einer für den Vereinbarungszeitraum absehbaren wesentlichen Veränderung der Zahl der Ausbildungsplätze oder der Zahl der Auszubildenden kann ein entsprechend abweichender Betrag gemeldet werden. Soweit Meldungen von Krankenhäusern fehlen, sind entsprechende Beträge zu schätzen. Die Landeskrankenhausgesellschaft zahlt aus dem Ausgleichsfonds den nach Satz 3 gemeldeten oder nach Satz 4 geschätzten Betrag in monatlichen Raten jeweils an das ausbildende Krankenhaus. Ein ausbildendes Krankenhaus, das nach § 15 des Hebammengesetzes für die Durchführung des berufspraktischen Teils des Hebammenstudiums verantwortlich ist, leitet den Anteil, der von dem nach Satz 3 gemeldeten oder nach Satz 4 geschätzten Betrag auf die Pauschalen nach § 134a Absatz 1e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entfällt, monatlich an die jeweiligen ambulanten hebammengeleiteten Einrichtungen oder an die jeweiligen freiberuflichen Hebammen weiter.

(6) Der Ausbildungszuschlag nach Absatz 5 Satz 1 Nr. 2 wird von allen nicht ausbildenden Krankenhäusern den Patienten oder Patientinnen oder deren Sozialleistungsträger in Rechnung gestellt. Bei ausbildenden Krankenhäusern wird der in Rechnung zu stellende Zuschlag verändert, soweit der an den Ausgleichsfonds gemeldete und von diesem gezahlte Betrag von der Höhe des nach Absatz 3 oder 4 vereinbarten Ausbildungsbudgets abweicht. Die sich aus dieser Abweichung ergebende Veränderung des Ausbildungszuschlags und damit die entsprechende Höhe des krankenhausesindividuellen, in Rechnung zu stellenden Ausbildungszuschlags wird von den Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 vereinbart. Alle Krankenhäuser haben die von ihnen in Rechnung gestellten Ausbildungszuschläge in der nach Absatz 5 Satz 1 Nr. 2 festgelegten Höhe an den Ausgleichsfonds abzuführen; sie haben dabei die Verfahrensregelungen nach Absatz 5 Satz 1 Nr. 3 einzuhalten. Eine Erlösabweichung zwischen dem in Rechnung gestellten krankenhausesindividuellen Zuschlag nach Satz 3 und dem abzuführenden Zuschlag verbleibt dem ausbildenden Kranken-

haus.

(7) Das Ausbildungsbudget ist zweckgebunden für die Ausbildung zu verwenden. Der Krankenhausträger hat für die Budgetverhandlungen nach Absatz 3 eine vom Jahresabschlussprüfer bestätigte Aufstellung für das abgelaufene Jahr über die Einnahmen aus dem Ausgleichsfonds und den in Rechnung gestellten Zuschlägen, über Erlösabweichungen zum vereinbarten Ausbildungsbudget und über die zweckgebundene Verwendung der Mittel vorzulegen.

(8) Kommt eine Vereinbarung nach den Absatz 3 oder eine Vereinbarung nach Absatz 5 zur Höhe des Ausgleichsfonds, den Ausbildungszuschlägen und den Verfahrensregelungen nicht zu Stande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 innerhalb von sechs Wochen. Die Genehmigung der Vereinbarung oder die Festsetzung der Schiedsstelle ist von einer der Vertragsparteien bei der zuständigen Landesbehörde zu beantragen. Gegen die Genehmigung ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.

(9) Kommt die Bildung eines Ausgleichsfonds nach Absatz 5 nicht zu Stande, werden die Ausbildungsbudgets nach Absatz 3 durch einen krankenhausesindividuellen Zuschlag je voll- und teilstationärem Fall finanziert, der den Patienten oder Patientinnen oder deren Sozialleistungsträger in Rechnung gestellt wird. Ist zu Beginn des Kalenderjahres dieser Zuschlag krankenhausesindividuell noch nicht vereinbart, wird der für das Vorjahr vereinbarte Zuschlag nach Satz 1 oder der für das Vorjahr geltende Zuschlag nach Absatz 6 Satz 2 und 3 weiterhin in Rechnung gestellt; § 15 Abs. 1 und 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes ist entsprechend anzuwenden. Um Wettbewerbsverzerrungen infolge dieser Ausbildungszuschläge zu vermeiden, werden für diesen Fall die Landesregierungen ermächtigt, durch Rechtsverordnung einen finanziellen Ausgleich zwischen ausbildenden und nicht ausbildenden Krankenhäusern und Vorgaben zur Abrechnung der entsprechenden Zuschläge für die Jahre vorzugeben, für die ein Ausgleichsfonds nicht zu Stande gekommen ist.

(10) Kosten der Unterbringung von Auszubildenden sind nicht pflegesatzfähig, soweit die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 nichts anderes vereinbaren. Wird eine Vereinbarung getroffen, ist bei ausbildenden Krankenhäusern der Zuschlag nach Absatz 6 Satz 3 entsprechend zu erhöhen. Der Erhöhungsbetrag verbleibt dem Krankenhaus.

(11) Für ausbildende Krankenhäuser, die der Bundespflegesatzverordnung unterliegen, gilt § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes mit der Maßgabe, dass die Daten

nach Absatz 2 Nr. 1 Buchstabe a und c zu übermitteln sind.

§ 17b Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung

(1) Für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen gilt ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem, soweit **die Absätze 4 und 4b keine abweichenden Regelungen enthalten**. Das Vergütungssystem hat Komplexitäten und Komorbiditäten abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. Mit den Entgelten nach Satz 1 werden die allgemeinen voll- und teilstationären Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet. Die Fallgruppen und ihre Bewertungsrelationen sind bundeseinheitlich festzulegen. Die Bewertungsrelationen sind als Relativgewichte auf eine Bezugsleistung zu definieren; sie sind für Leistungen, bei denen in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten oder zu erwarten sind, gezielt abzusenken oder in Abhängigkeit von der Fallzahl bei diesen Leistungen abgestuft vorzugeben. Um mögliche Fehlanreize durch eine systematische Übervergütung der Sachkostenanteile bei voll- und teilstationären Leistungen jährlich zu analysieren und geeignete Maßnahmen zum Abbau vorhandener Übervergütung zu ergreifen, sind auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus sachgerechte Korrekturen der Bewertungsrelationen der Fallpauschalen zu vereinbaren; die Korrekturen der Bewertungsrelationen sind erstmals für die Weiterentwicklung des Vergütungssystems für das Jahr 2021 ausschließlich innerhalb der Fallpauschalenvergütung durchzuführen. Soweit dies zur Ergänzung der Fallpauschalen in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, können die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren, insbesondere für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren oder für eine Dialyse, wenn die Behandlung des Nierenversagens nicht die Hauptleistung ist. Sie vereinbaren auch die Höhe der Entgelte; diese kann nach Regionen differenziert festgelegt werden. Nach Maßgabe des Krankenhausentgeltgesetzes können Entgelte für Leistungen, die nicht durch die Entgeltkataloge erfasst sind, durch die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 vereinbart werden. Besondere Einrichtungen, deren Leistungen insbesondere aus medizinischen Gründen, wegen einer Häufung von schwerkranken Patienten **oder von Patienten mit Behinderungen** oder aus Gründen der Versorgungsstruktur mit den Entgeltkatalogen noch nicht sachgerecht vergütet

werden, können aus dem Vergütungssystem ausgenommen werden; unabhängig davon, ob die Leistungen mit den Entgeltkatalogen sachgerecht vergütet werden, ist bei Palliativstationen oder -einheiten, die räumlich und organisatorisch abgegrenzt sind und über mindestens fünf Betten verfügen, sowie bei Krankenhäusern, die in die in Satz 14 genannte Liste aufgenommen sind, für das der Veröffentlichung der Liste folgende Kalenderjahr dafür ein schriftlicher oder elektronischer Antrag des Krankenhauses ausreichend. Entstehen bei Patientinnen oder Patienten mit außerordentlichen Untersuchungs- und Behandlungsabläufen extrem hohe Kostenunterdeckungen, die mit dem pauschalierten Vergütungssystem nicht sachgerecht finanziert werden (Kostenausreißer), sind entsprechende Fälle zur Entwicklung geeigneter Vergütungsformen vertieft zu prüfen. Zur Förderung der palliativmedizinischen Versorgung durch Palliativdienste ist die Kalkulation eines Zusatzentgelts zu ermöglichen; im Einvernehmen mit der betroffenen medizinischen Fachgesellschaft sind die hierfür erforderlichen Kriterien bis zum 29. Februar 2016 zu entwickeln. Zur sachgerechten Abbildung der Kosten von telekonsiliarärztlichen Leistungen haben die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus spätestens bis zum 30. September 2024 Entgelte zu vereinbaren. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt jährlich auf der Grundlage der nach § 21 Absatz 1 und 2 des Krankenhausentgeltgesetzes jeweils für das vorangegangene Kalenderjahr übermittelten Daten diejenigen Krankenhäuser, die die nachfolgenden Kriterien erfüllen, und veröffentlicht barrierefrei auf seiner Internetseite jährlich bis zum 30. Juni, erstmals bis zum 30. Juni 2025, eine Liste dieser Krankenhäuser:

1. in mindestens 75 Prozent der vollstationären, nach dem Krankenhausentgeltgesetz vergüteten Fälle des Krankenhauses waren die Patientinnen und Patienten zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Krankenhaus mindestens 28 Tage und unter 18 Jahre alt und
2. der auf das Krankenhaus entfallende Anteil an allen vollstationären, nach dem Krankenhausentgeltgesetz vergüteten Fällen, bei denen die Patientinnen und Patienten zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Krankenhaus mindestens 28 Tage und unter 18 Jahre alt waren, beträgt mindestens 0,5 Prozent.

Auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus entscheiden die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragsparteien bis zum 31. Dezember 2025, wie zur sachgerechten Finanzierung der mit der ärztlichen Weiter-

bildung verbundenen Mehrkosten bei der Leistungserbringung Zu- und Abschläge für bestimmte Leistungen oder Leistungsbereiche ausgestaltet werden können; erforderliche Zu- und Abschläge sollen möglichst in Abhängigkeit von Qualitätsindikatoren für die Weiterbildung ausgestaltet sein und die voraussichtliche Summe der Zu- und Abschläge soll ausgeglichen sein.

(1a) Soweit allgemeine Krankenhausleistungen nicht oder noch nicht in die Entgelte nach Absatz 1 Satz 1 einbezogen werden können, weil der Finanzierungstatbestand nicht in allen Krankenhäusern vorliegt, sind bundeseinheitliche Regelungen für Zu- oder Abschläge zu vereinbaren, insbesondere für

1. die Notfallversorgung,
2. die besonderen Aufgaben nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes,
3. (aufgehoben)
4. die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung auf der Grundlage der §§ 136 und 136b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und die Beteiligung ganzer Krankenhäuser oder wesentlicher Teile der Einrichtungen an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen, sofern diese den Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136a Absatz 3 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechen,
5. befristete Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten auf Grund von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses,
6. die Finanzierung der Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von Leistungen,
7. die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Krankenhausentgeltgesetzes und § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 der Bundespflegesatzverordnung,
8. den Ausbildungszuschlag nach § 17a Absatz 6,
9. den Aufwand, der den verantwortlichen Gesundheitseinrichtungen im Sinne des § 2 Nummer 5 Buchstabe a des Implantateregistergesetzes auf Grund ihrer Pflichten nach den §§ 16 und 17 Absatz 1 des Implantateregistergesetzes sowie den §§ 18, 20, 24 und 25 des Implantateregistergesetzes und für

die zu zahlenden Gebühren nach § 33 Absatz 1 Nummer 1 des Implantateregistergesetzes entsteht.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren entsprechend den Vorgaben der Absätze 1, 1a und 3 mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft ein Vergütungssystem, das sich an einem international bereits eingesetzten Vergütungssystem auf der Grundlage der Diagnosis Related Groups (DRG) orientiert, seine jährliche Weiterentwicklung und Anpassung, insbesondere an medizinische Entwicklungen, Kostenentwicklungen, Verweildauerverkürzungen und Leistungsverlagerungen zu und von anderen Versorgungsbereichen, und die Abrechnungsbestimmungen, soweit diese nicht im Krankenhausentgeltgesetz vorgegeben werden. Sie orientieren sich dabei unter Wahrung der Qualität der Leistungserbringung an wirtschaftlichen Versorgungsstrukturen und Verfahrensweisen; insbesondere wirken sie mit den Abrechnungsbestimmungen darauf hin, dass die Voraussetzungen, unter denen bei Wiederaufnahme von Patientinnen und Patienten eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen sind, dem Wirtschaftlichkeitsgebot hinreichend Rechnung tragen. Die Prüfungsergebnisse nach § 137c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind zu beachten. Der Bundesärztekammer ist Gelegenheit zur beratenden Teilnahme an den Sitzungen der Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 zu geben, soweit medizinische Fragen der Entgelte und der zu Grunde liegenden Leistungsabgrenzung betroffen sind; dies gilt entsprechend für einen Vertreter der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe. Die betroffenen Fachgesellschaften und, soweit deren Belange berührt sind, die Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Industrie und der Industrie für Medizinprodukte erhalten Gelegenheit zur Stellungnahme. Für die gemeinsame Beschlussfassung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Verbandes der privaten Krankenversicherung haben der Spitzenverband Bund der Krankenkassen zwei Stimmen und der Verband der privaten Krankenversicherung eine Stimme. Das Bundesministerium für Gesundheit kann an den Sitzungen der Vertragsparteien teilnehmen und erhält deren fachliche Unterlagen. Die Vertragsparteien veröffentlichen in geeigneter Weise die Ergebnisse der Kostenerhebungen und Kalkulationen; die der Kalkulation zugrunde liegenden Daten einzelner Krankenhäuser sind vertraulich.

(3) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 vereinbaren bis zum 30. Juni 2000 die Grundstrukturen des Vergütungssystems und des Verfahrens zur Ermittlung der Be-

wertungsrelationen auf Bundesebene (Bewertungsverfahren), insbesondere der zu Grunde zu legenden Fallgruppen, sowie die Grundzüge ihres Verfahrens zur laufenden Pflege des Systems auf Bundesebene. Die Vertragsparteien vereinbaren die Bewertungsrelationen und die Bewertung der Zu- und Abschläge nach Absatz 1a. Die Bewertungsrelationen werden auf der Grundlage der Fallkosten einer sachgerechten und repräsentativen Auswahl von Krankenhäusern kalkuliert. Auf der Grundlage eines vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zu entwickelnden Vorschlags vereinbaren die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 bis spätestens zum 31. Dezember 2016 ein praktikables Konzept für eine repräsentative Kalkulation nach Satz 3; zur Gewährleistung einer repräsentativen Kalkulation der nach Absatz 4 auszugliedernden Pflegepersonalkosten **und des nach Absatz 4b Satz 1 auszugliedernden Betrags für die Vorhaltevergütung** hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus das Konzept anzupassen und deren Weiterentwicklung. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bestimmt auf der Grundlage des Konzepts nach Satz 4, welche Krankenhäuser an der Kalkulation teilnehmen; diese Krankenhäuser sind zur Übermittlung der für die Durchführung der Kalkulation erforderlichen Daten an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus verpflichtet.

(3a) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat für jede nicht erfolgte, nicht vollständige oder nicht fristgerechte Übermittlung der für die Durchführung der Kalkulation nach Absatz 3 Satz 4 erforderlichen Daten einen Abschlag von den pauschalierten Pflegesätzen nach § 17 Absatz 1 je Standort eines Krankenhauses festzulegen. Eine Übermittlung gilt als nicht vollständig, wenn die Daten von weniger als 95 Prozent der für den jeweiligen Standort eines Krankenhauses an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelten voll- und teilstationären Krankenhausfälle verwertbar sind. Der Abschlag nach Satz 1 ergibt sich aus der Multiplikation der Anzahl der voll- und teilstationären Krankenhausfälle, deren Daten durch das Krankenhaus je Krankenhausstandort nicht übermittelt werden oder zwar übermittelt werden, aber durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nicht verwertbar sind, mit einem fallbezogenen Abschlagswert. Der fallbezogene Abschlagswert beträgt im ersten Jahr der Datenübermittlung, in dem eine Übermittlung nicht, nicht vollständig oder nicht fristgerecht erfolgt, 20 Euro je voll- und teilstationären Krankenhausfall, dessen Daten nicht übermittelt werden oder zwar übermittelt werden, aber durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nicht verwertbar sind. Für jedes weitere Jahr der Datenübermittlung, in dem eine Übermittlung nicht, nicht

vollständig oder nicht fristgerecht erfolgt, erhöht sich der fallbezogene Abschlagswert nach Satz 4 um jeweils 10 Euro. Abweichend von den Sätzen 3 bis 5 beträgt der Abschlag nach Satz 1 mindestens 20 000 Euro und höchstens 500 000 Euro pro Jahr der Datenübermittlung. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus unterrichtet jeweils die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 über Verstöße und die Höhe des jeweiligen Abschlags nach Satz 1. Die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 berücksichtigen den Abschlag nach Satz 1 bei der Vereinbarung nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes und § 11 der Bundespflegesatzverordnung.

(4) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 haben auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen und in Kreissälen aus dem Vergütungssystem auszugliedern und eine neue Pflegepersonalkostenvergütung zu entwickeln; ab dem Jahr 2025 haben die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 auf der Grundlage eines angepassten Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen und in Kreissälen nach den Vorgaben des Absatzes 4a aus dem Vergütungssystem auszugliedern und die Pflegepersonalkostenvergütung weiterzuentwickeln. Hierfür haben sie insbesondere erstmals bis zum 31. Januar 2019 eine eindeutige, bundeseinheitliche Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten zu vereinbaren und dabei auch Regelungen für die Zuordnung von Kosten von Pflegepersonal festzulegen, das überwiegend in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen tätig ist. Die Krankenhäuser haben die Vorgaben zur Ausgliederung und zur bundeseinheitlichen Definition nach den Satz 1 erster Halbsatz und Satz 2 für die Abgrenzung ihrer Kosten und Leistungen rückwirkend ab dem 1. Januar 2019 anzuwenden; für die Vereinbarungen ab dem Jahr 2025 haben die Krankenhäuser ab dem 1. Januar 2023 die Vorgaben zur Ausgliederung und zur bundeseinheitlichen Definition nach Absatz 4a für die Abgrenzung ihrer Kosten und Leistungen anzuwenden. Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 haben die Bewertungsrelationen für das DRG-Vergütungssystem erstmals für das Jahr 2020 um die Summe der Bewertungsrelationen der nach Satz 1 auszugliedernden Pflegepersonalkosten und die Zusatzentgelte um die pflegerelevanten Kosten zu vermindern sowie auf dieser Grundlage die Fallpauschalenvereinbarung bis zum 30. September 2019 abzuschließen. Sie haben die nach Satz 1 auszugliedernden Pflegepersonalkosten bis zum 30. September

2019 in einem Katalog mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen je voll oder teilstationärem Belegungstag auszuweisen und den Katalog jährlich weiterzuentwickeln. Der Katalog ist erstmals für das Jahr 2020 von den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 für die Abzahlung des Pflegebudgets nach § 6a des Krankenhausentgeltgesetzes anzuwenden. Für die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten und die Entwicklung einer neuen Pflegepersonalkostenvergütung nach Satz 1 sowie für die Vereinbarung einer bundeseinheitlichen Definition nach Satz 2 oder Absatz 4a Satz 1 gelten die Regelungen nach Absatz 2 Satz 4 bis 7 zur Einbindung der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe, zur Beschlussfassung sowie zu den Teilnahme- und Zugangsrechten des Bundesministeriums für Gesundheit entsprechend. Für die Ausweisung der ausgliedernden Pflegepersonalkosten in einem Katalog mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen und die Weiterentwicklung des Katalogs nach Satz 5 gelten die Veröffentlichungspflichten nach Absatz 2 Satz 8 entsprechend. Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 berichten dem Bundesministerium für Gesundheit über die Auswirkungen, die die Einführung des Pflegebudgets nach § 6a des Krankenhausentgeltgesetzes auf die Entwicklung der Pflegepersonalstellen und -kosten in den Jahren 2020 bis 2024 hat. Sie haben hierzu zum 31. August 2022 einen Zwischenbericht und zum 31. August 2025 einen abschließenden Bericht vorzulegen.

(4a) Für die Jahre ab 2025 haben die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 erstmals bis zum 31. Dezember 2022, **hinsichtlich der in den Nummern 4 und 5 genannten Berufsgruppen erstmals bis zum 9. Januar 2025**, zu vereinbaren, dass in der eindeutigen bundeseinheitlichen Definition der ausgliedernden Pflegepersonalkosten nach Absatz 4 Satz 2 ausschließlich das Pflegepersonal und die Pflegepersonalkosten der folgenden Berufsgruppen zu berücksichtigen sind:

1. als Pflegefachkräfte Personen, die über die Erlaubnis zum Führen einer Berufsbezeichnung nach § 1 des Pflegeberufgesetzes oder § 58 Absatz 1 oder Absatz 2 des Pflegeberufgesetzes verfügen oder deren Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach dem Krankenpflegegesetz in der am 31. Dezember 2019 geltenden Fassung oder nach dem Altenpflegegesetz in der am 31. Dezember 2019 geltenden Fassung nach § 64 des Pflegeberufgesetzes fortgilt,
2. als Pflegehilfskräfte

- a) Personen, die erfolgreich eine landesrechtlich geregelte Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege von mindestens einjähriger Dauer abgeschlossen haben, die die von der 89. Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012 und der 86. Gesundheitsministerkonferenz 2013 als Mindestanforderungen beschlossenen Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege (BAAnz AT 17.02.2016 B3) erfüllt,
 - b) Personen, die erfolgreich eine landesrechtlich geregelte Ausbildung in der Krankenpflegehilfe oder in der Altenpflegehilfe von mindestens einjähriger Dauer abgeschlossen haben,
 - c) Personen, denen auf der Grundlage des Krankenpflegegesetzes in der am 31. Dezember 2003 geltenden Fassung eine Erlaubnis als Krankenpflegehelferin oder Krankenpflegehelfer erteilt worden ist,
 - d) Medizinische Fachangestellte, die erfolgreich eine Ausbildung nach der Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten abgeschlossen haben oder eine Qualifikation vorweisen, die dieser Ausbildung entspricht,
 - e) Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische Assistenten, die über die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Absatz 1 des Anästhesietechnische- und Operationstechnische-Assistenten-Gesetzes verfügen, und
 - f) Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter, denen die Erlaubnis zum Führen einer Berufsbezeichnung nach § 1 Absatz 1 des Notfallsanitätergesetzes erteilt worden ist,
3. als Hebammen Personen mit einer Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 5 Absatz 1 des Hebammengesetzes, auch in Verbindung mit den §§ 73 und 74 Absatz 1 des Hebammengesetzes,
 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

5. als Pflegekräfte im Anerkennungsverfahren Personen, die eine Anpassungsmaßnahme nach § 40 Absatz 3 Satz 2 oder § 41 Absatz 2 Satz 4 oder Absatz 3 Satz 2 des Pflegeberufgesetzes absolvieren.

In der Vereinbarung haben sie auch Regelungen für die Zuordnung von Kosten von Pflegepersonal festzulegen, das überwiegend in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen oder in Kreissälen tätig ist.

(4b) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat für jedes Kalenderjahr, erstmals für das Kalenderjahr 2026, 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 aus dem Vergütungssystem 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 in Satz 1 genannten Anteil enthalten; ihre Vergütung bleibt unberührt. Bei der Ermittlung der Bewertungsrelationen für die Vergütung eines Vorhaltebudgets (Vorhaltebewertungsrelationen) werden die nach Absatz 4 Satz 1 aus dem Vergütungssystem auszugliedernden Pflegepersonalkosten dahingehend berücksichtigt, dass

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

Die Vorhaltebewertungsrelationen für Fälle aus den Leistungsgruppen, die in der für das jeweilige Kalenderjahr geltenden Vereinbarung nach § 39 Absatz 2 Satz 2 oder Festlegung nach § 39 Absatz 2 Satz 4 einem der Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin zugeordnet wurden, sind zum Zweck der Abrechnung um den nach § 39 Absatz 4 für das jeweilige Kalenderjahr berechneten Prozentsatz zu erhöhen und gesondert in dem Entgeltkatalog 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 Kalenderjahr 2026 zu berücksichtigen und die Vorhaltebewertungsrelationen erstmals in dem Entgeltkatalog für das Kalenderjahr 2026 auszuweisen.

(4c) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat die Auswirkungen der Einführung der Vergütung eines Vorhaltebudgets nach § 6b des Krankenhausentgeltgesetzes in den Jahren 2027 bis 2030 insbesondere hinsichtlich der Veränderung der Versorgungsstrukturen und der Qualität der Versorgung zu analysieren und auf der Grundlage dieser Analyse Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Vergütung eines Vorhaltebudgets zu erstellen. Es hat in der Analyse zu prüfen, ob die Höhe des nach Absatz 4b Satz 1 auszugliedernden Anteils sachgerecht ist, ob die variablen Sachkosten sowie die Kosten von Querschnittsaufgaben sachgerecht abgebildet sind, ob durch die Ausgestaltung der Vorhaltevergütung unterjährige Leistungseinschränkungen eintreten und inwieweit die Vergütung eines Vorhaltebudgets an dem bevölkerungsbezogenen Bedarf und fallzahlunabhängig ausgerichtet werden kann. Die Ergebnisse seiner Analyse und seine Empfehlungen hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus dem Bundesministerium für Gesundheit 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 3 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.

(5) Zur Finanzierung der ihnen übertragenen Aufgaben nach den Absätzen 1 bis 4b sowie § 10 Abs. 2 und § 17d vereinbaren die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1

1. einen Zuschlag für jeden abzurechnenden Krankenhausfall, mit dem die Entwicklung, Einführung und laufende Pflege des Vergütungssystems finanziert werden (DRG-Systemzuschlag); der Zuschlag dient der Finanzierung insbesondere der Entwicklung der DRG-Klassifikation und der Kodierregeln, der Ermittlung der Bewertungsrelationen, der Bewertung der Zu- und Abschläge, der Ermittlung der Richtwerte nach § 17a Abs. 4b, von pauschalieren Zahlungen für die Teilnahme von Krankenhäusern oder Ausbildungsstätten an der Kalkulation und der Vergabe von Aufträgen, auch soweit die Vertragsparteien die Aufgaben durch das Institut für das Entgeltsystem im Kran-

kenhaus wahrnehmen lassen oder das Bundesministerium für Gesundheit nach Absatz 7 anstelle der Vertragsparteien entscheidet,

2. Maßnahmen, die sicherstellen, dass die durch den Systemzuschlag erhobenen Finanzierungsbeträge ausschließlich zur Umsetzung der in diesem Absatz genannten Aufgaben verwendet werden,
3. das Nähere zur Weiterleitung der entsprechenden Einnahmen der Krankenhäuser an die Vertragsparteien,
4. kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6.

Die Vertragsparteien vereinbaren pauschalierte Zahlungen für die Teilnahme von Krankenhäusern oder Ausbildungsstätten an der Kalkulation, die einen wesentlichen Teil der zusätzlich entstehenden Kosten umfassen sollen; sie sollen als fester Grundbetrag je Krankenhaus und ergänzend als Finanzierung in Abhängigkeit von Anzahl und Qualität der übermittelten Datensätze gezahlt werden. Über die Teilnahme des einzelnen Krankenhauses entscheiden prospektiv die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 auf Grund der Qualität des Rechnungswesens oder der Notwendigkeit der zu erhebenden Daten; ein Anspruch auf Teilnahme besteht nicht. Für die Vereinbarungen gilt Absatz 2 Satz 6 entsprechend. Ein Einsatz der Finanzmittel zur Deckung allgemeiner Haushalte der Vertragsparteien oder zur Finanzierung herkömmlicher Verbandsaufgaben im Zusammenhang mit dem Vergütungssystem ist unzulässig. Die vom Bundesministerium für Gesundheit zur Vorbereitung einer Rechtsverordnung nach Absatz 7 veranlassten Kosten für die Entwicklung, Einführung und laufende Pflege des Vergütungssystems sind von den Selbstverwaltungspartnern unverzüglich aus den Finanzmitteln nach Satz 1 zu begleichen; die Entscheidungen verantwortet das Bundesministerium. Der DRG-Systemzuschlag ist von den Krankenhäusern je voll- und teilstationärem Krankenhausfall dem selbstzahlenden Patienten oder dem jeweiligen Kostenträger zusätzlich zu den tagesgleichen Pflegesätzen oder einer Fallpauschale in Rechnung zu stellen; er ist an die Vertragsparteien oder eine von ihnen benannte Stelle abzuführen. Der Zuschlag unterliegt nicht der Begrenzung der Pflegesätze durch § 10 Absatz 4 des Krankenhausentgeltgesetzes oder § 10 Absatz 3 der Bundespflegesatzverordnung, er geht nicht in den Gesamtbetrag und die Erlösausgleiche nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung ein.

(6) (aufgehoben)

(7) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates

1. Vorschriften über das Vergütungssystem einschließlich Vorschriften über die Pflegepersonalkostenvergütung nach Absatz 4 und Vorschriften über die Ermittlung der Vorhaltebewertungsrelationen nach Absatz 4b zu erlassen, soweit eine Einigung der Vertragsparteien nach Absatz 2 ganz oder teilweise nicht zustande gekommen ist und eine der Vertragsparteien insoweit das Scheitern der Verhandlungen erklärt hat; die Vertragsparteien haben zu den strittigen Punkten ihre Auffassungen und die Auffassungen sonstiger Betroffener darzulegen und Lösungsvorschläge zu unterbreiten,
2. abweichend von Nummer 1 auch ohne Erklärung des Scheiterns durch eine Vertragspartei nach Ablauf vorher vorgegebener Fristen für Arbeitsschritte zu entscheiden, soweit dies erforderlich ist, um die Einführung des Vergütungssystems einschließlich der Pflegepersonalkostenvergütung nach Absatz 4 und der Ermittlung der Vorhaltebewertungsrelationen nach Absatz 4b sowie und die jährliche Weiterentwicklung fristgerecht sicherzustellen,
3. Leistungen oder besondere Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 9 und 10 zu bestimmen, die mit dem DRG-Vergütungssystem noch nicht sachgerecht vergütet werden können; für diese Bereiche können die anzuwendende Art der Vergütung festgelegt sowie Vorschriften zur Ermittlung der Entgelthöhe und zu den vorzulegenden Verhandlungsunterlagen erlassen werden,
4. unter den Voraussetzungen nach den Nummern 1 und 2 Richtwerte nach § 17a Abs. 4b zur Finanzierung der Ausbildungskosten vorzugeben.

Von Vereinbarungen der Vertragsparteien nach Absatz 2 kann abgewichen werden, soweit dies für Regelungen nach Satz 1 erforderlich ist. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ist verpflichtet, dem Bundesministerium zur Vorbereitung von Regelungen nach Satz 1 unmittelbar und unverzüglich nach dessen Weisungen zuzuarbeiten. Das Bundesministerium kann sich von unabhängigen Sachverständigen beraten lassen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ist auch im Falle einer Vereinbarung durch die Vertragsparteien nach Absatz 2 verpflichtet, auf Anforderung des Bundesministeriums Auskunft insbesondere über den Entwicklungsstand des Vergütungssystems, die Entgelte und deren Veränderungen sowie über Problembereiche und mögliche Alternativen zu erteilen. Kommt eine Vereinba-

nung nach Absatz 1 Satz 6 oder Absatz 3 Satz 4 nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6.

(7a) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften über die Unterlagen, die von den Krankenhäusern für die Budgetverhandlungen vorzulegen sind, zu erlassen.

(8) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 führen eine Begleitforschung zu den Auswirkungen des neuen Vergütungssystems, insbesondere zur Veränderung der Versorgungsstrukturen und zur Qualität der Versorgung, durch; dabei sind auch die Auswirkungen auf die anderen Versorgungsbereiche sowie die Art und der Umfang von Leistungsverlagerungen zu untersuchen. Sie schreiben dazu Forschungsaufträge aus und beauftragen das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, insbesondere die Daten nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes auszuwerten. Die Kosten dieser Begleitforschung werden mit dem DRG-Systemzuschlag nach Absatz 5 finanziert. Die Begleitforschung ist mit dem Bundesministerium für Gesundheit abzustimmen.

(9) (aufgehoben)

(10) Über die nach Absatz 1 Satz 11 vorzunehmende vertiefte Prüfung von Kostenausreißern hinausgehend beauftragen die Vertragsparteien nach Absatz 2 bis zum 31. Dezember 2013 das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus mit der Festlegung von Kriterien zur Ermittlung von Kostenausreißern und einer auf dieser Grundlage erfolgenden systematischen Prüfung, in welchem Umfang Krankenhäuser mit Kostenausreißern belastet sind. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus entwickelt ein Regelwerk für Fallprüfungen bei Krankenhäusern, die an der DRG-Kalkulation teilnehmen. Zur sachgerechten Beurteilung der Kostenausreißer hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus von den an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäusern über den Kalkulationsdatensatz hinausgehende detaillierte fallbezogene Kosten- und Leistungsdaten zu erheben. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht die Prüfergebnisse jährlich im Rahmen eines Extremkostenberichts, erstmals bis zum 31. Dezember 2014. In dem Bericht sind auch die Gründe von Kostenausreißerfällen und Belastungsunterschieden zwischen Krankenhäusern darzulegen. Auf der Grundlage des Berichts sind geeignete Regelungen für eine sachgerechte Vergütung von Kostenausreißern im Rahmen des Entgeltsystems zu entwickeln und durch die Vertragsparteien nach Absatz 2 zu vereinbaren.

§ 17c Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Statistik

(1) Der Krankenhausträger wirkt durch geeignete Maßnahmen darauf hin, dass

1. keine Patienten in das Krankenhaus aufgenommen werden, die nicht der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen, und bei Abrechnung von tagesbezogenen Pflegesätzen keine Patienten im Krankenhaus verbleiben, die nicht mehr der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen (Fehlbelegung),
2. eine vorzeitige Verlegung oder Entlassung aus wirtschaftlichen Gründen unterbleibt,
3. die Abrechnung der nach § 17b vergüteten Krankenhaussfälle ordnungsgemäß erfolgt.

Die Krankenkassen können durch Einschaltung des Medizinischen Dienstes (§ 275 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) die Einhaltung der in Satz 1 genannten Verpflichtungen prüfen.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft regeln das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch; in der Vereinbarung sind abweichende Regelungen zu § 275c Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch möglich. Dabei haben sie insbesondere Regelungen über

1. den Zeitpunkt der Übermittlung zahlungsbegründender Unterlagen an die Krankenkassen,
2. eine ab dem 1. Januar 2021 erfolgende ausschließlich elektronische Übermittlung von Unterlagen der gesamten zwischen den Krankenhäusern und den Medizinischen Diensten im Rahmen der Krankenhausabrechnungsprüfung ablaufenden Vorgänge sowie deren für eine sachgerechte Prüfung der Medizinischen Dienste erforderlichen Formate und Inhalte,
3. das Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes,
4. den Zeitpunkt der Beauftragung des Medizinischen Dienstes,
5. die Prüfungsdauer,
6. den Prüfungsort,

7. die Abwicklung von Rückforderungen und
8. das Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern für die einzel-fallbezogene Erörterung nach Absatz 2b Satz 1

zu treffen; die §§ 275 bis 283a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleiben im Übrigen unberührt. Bei der Regelung nach Satz 2 Nummer 2 ist der Medizinische Dienst Bund zu beteiligen. Die Vertragsparteien nach Satz 1 haben bis zum 31. Dezember 2020 gemeinsame Umsetzungshinweise zu der Vereinbarung nach Satz 1 zu vereinbaren; die Umsetzungshinweise gelten als Bestandteil der Vereinbarung nach Satz 1. Die Regelung nach Satz 2 Nummer 8 ist bis zum 30. Juni 2020 zu treffen und hat insbesondere vorzusehen, innerhalb welcher angemessenen Frist Tatsachen und Einwendungen schriftlich oder elektronisch geltend gemacht werden müssen, die im Rahmen der Erörterung zu berücksichtigen sind, unter welchen Voraussetzungen eine nicht fristgemäße Geltendmachung von Einwendungen oder Tatsachenvortrag zugelassen werden kann, wenn sie auf nicht zu vertretenden Gründen beruht, und in welcher Form das Ergebnis der Erörterung einschließlich der geltend gemachten Einwendungen und des geltend gemachten Tatsachenvortrags zu dokumentieren sind. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 oder Satz 5 ganz oder teilweise nicht oder nicht fristgerecht zu Stande, trifft auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 die ausstehenden Entscheidungen. Die Vereinbarung oder Festsetzung durch die Schiedsstelle ist für die Krankenkassen, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich. Die Vertragsparteien nach Satz 1 geben das Datum des Inkrafttretens der Vereinbarung nach Satz 5 oder der Festsetzung nach Satz 6 in Verbindung mit Satz 5 unverzüglich nach dem Abschluss der Vereinbarung oder nach der Festsetzung im Bundesanzeiger bekannt.

(2a) Nach Übermittlung der Abrechnung an die Krankenkasse ist eine Korrektur dieser Abrechnung durch das Krankenhaus ausgeschlossen, es sei denn, dass die Korrektur zur Umsetzung eines Prüfergebnisses des Medizinischen Dienstes oder eines rechtskräftigen Urteils erforderlich ist. Nach Abschluss einer Prüfung nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfolgen keine weiteren Prüfungen der Krankenhausabrechnung durch die Krankenkasse oder den Medizinischen Dienst. In der Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 können von den Sätzen 1 und 2 abweichende Regelungen vorgesehen werden.

(2b) Eine gerichtliche Überprüfung einer Krankenhausabrechnung über die Versor-

gung von Patientinnen und Patienten, die nach Inkrafttreten der Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 5 oder der Festsetzung nach Absatz 2 Satz 6 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 5 aufgenommen werden, findet nur statt, wenn vor der Klageerhebung die Rechtmäßigkeit der Abrechnung einzelfallbezogen zwischen Krankenkasse und Krankenhaus erörtert worden ist. Die Krankenkasse und das Krankenhaus können eine bestehende Ungewissheit über die Rechtmäßigkeit der Abrechnung durch Abschluss eines einzelfallbezogenen Vergleichsvertrags beseitigen. 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. Einwendungen und Tatsachenvortrag in Bezug auf die Rechtmäßigkeit der Krankenhausabrechnung können im gerichtlichen Verfahren nicht geltend gemacht werden, wenn sie im Rahmen der Erörterung nach Satz 1 nicht oder nicht innerhalb der in der Verfahrensregelung nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 8 vorgesehenen Frist, deren Lauf frühestens mit dem Inkrafttreten der Verfahrensregelung beginnt, schriftlich oder elektronisch gegenüber der anderen Partei geltend gemacht worden sind, und die nicht fristgemäße Geltendmachung auf von der Krankenkasse oder vom Krankenhaus zu vertretenden Gründen beruht. Die Krankenhäuser sind befugt, personen- und einrichtungsbezogene Daten für die Erörterung der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im erforderlichen Umfang zu verarbeiten. Für die Durchführung der Erörterung und für eine gerichtliche Überprüfung der Abrechnung hat der Medizinische Dienst die für die Prüfung der Rechtmäßigkeit einer Abrechnung bei dem Krankenhaus erhobenen Daten und Unterlagen an die Krankenkasse zu übermitteln. Die Krankenkassen dürfen die erhobenen Daten und Unterlagen nur für die in Satz 6 genannten Zwecke verarbeiten; eine Zusammenführung ist nur mit Daten des die Erörterung oder die gerichtliche Überprüfung betreffenden Einzelfalles zulässig. Die von dem Medizinischen Dienst übermittelten Daten und Unterlagen sind nach Abschluss der Erörterung oder der gerichtlichen Überprüfung von der Krankenkasse zu löschen. Das Nähere zum Verfahren der Übermittlung vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit dem Medizinischen Dienst Bund mit Wirkung für die Krankenkassen und die Medizinischen Dienste.

(3) Zur Überprüfung der Ergebnisse der Prüfungen nach § 275c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch können die beteiligten Parteien gemeinsam eine unab-

hängige Schlichtungsperson bestellen. Die Bestellung der Schlichtungsperson kann für einzelne oder sämtliche Streitigkeiten erfolgen. Gegen die Entscheidung der Schlichtungsperson ist der Sozialrechtsweg gegeben. Eine gerichtliche Überprüfung der Entscheidung der Schlichtungsperson findet nur statt, wenn geltend gemacht wird, dass die Entscheidung der öffentlichen Ordnung widerspricht.

(4) Gegen die Entscheidungen der Schiedsstelle nach Absatz 2 **Satz 6** ist der Sozialrechtsweg gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.

(5) Das Krankenhaus hat selbstzahlenden Patienten die für die Abrechnung der Fallpauschalen und Zusatzentgelte erforderlichen Diagnosen, Prozeduren und sonstigen Angaben mit der Rechnung zu übersenden. Sofern Personen, die bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung versichert oder nach beamtenrechtlichen Vorschriften beihilfeberechtigt oder berücksichtigungsfähig sind, von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen dem Krankenhaus und den für die Personen zuständigen Kostenträgern Gebrauch machen, sind die Daten entsprechend § 301 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Wege des elektronischen Datenaustausches an die für die Person zuständigen Kostenträger zu übermitteln, wenn die Person hierzu ihre Einwilligung erteilt hat. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Verband der Privaten Krankenversicherung haben eine Vereinbarung zu treffen, die das Nähere zur Übermittlung der Daten entsprechend § 301 Absatz 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch regelt. Die Übermittlung der Daten nach Satz 3 setzt die Einwilligung der Person hierzu voraus.

(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erstellt jährlich bis zum 30. Juni, erstmals bis zum 30. Juni 2020, jeweils für das vorangegangene Jahr eine Statistik insbesondere zu folgenden Sachverhalten:

1. Daten nach § 275c Absatz 4 Satz 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. Anzahl und Ergebnisse der Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 sowie die durchschnittliche Höhe der Rückzahlungsbeträge,
3. Prüfanlässe nach Art und Anzahl der beim Medizinischen Dienst eingeleiteten Prüfungen,

4. Ergebnisse der Prüfungen bei Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung nach § 275c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die durchschnittliche Höhe der zurückgezahlten Differenzbeträge sowie **letztmals bis zum 30. Juni 2025** die durchschnittliche Höhe der Aufschläge,
5. Anzahl und Ergebnisse der Nachverfahren gemäß der Vereinbarung nach Absatz 2 und der einzelfallbezogenen Erörterungen nach Absatz 2b,
6. Anzahl und Gründe der Anzeigen nach § 275c Absatz 2 Satz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.
7. **(aufgehoben)**

Die Sachverhalte nach Satz 1 sind bundesweit und nach Medizinischen Diensten zu gliedern. Für Zwecke der Statistik nach Satz 1 sind die Krankenkassen verpflichtet, bis zum 30. April des Folgejahres die erforderlichen Daten ohne Versichertenbezug an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu übermitteln. Für die erste Datenlieferung zum 30. April 2020 für das Jahr 2019 sind die in Satz 1 Nummer 1, 6 und 7 genannten Daten und die in Satz 1 Nummer 4 genannte durchschnittliche Höhe der Aufschläge sowie die in Satz 1 Nummer 5 genannte Anzahl und die Ergebnisse der einzelfallbezogenen Erörterungen nach Absatz 2b nicht zu übermitteln; für die Datenlieferung zum 30. April 2021 für das Jahr 2020 sind die in Satz 1 Nummer 7 genannten Daten und die in Satz 1 Nummer 4 genannte durchschnittliche Höhe der Aufschläge nicht zu **übermitteln**. Bei der Festlegung nach **Satz 4** sind die Stellungnahmen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Medizinischen Dienste einzubeziehen.

(7) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni **2026** einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der Weiterentwicklung der Krankenhausabrechnungsprüfung vor. **In dem Bericht sind insbesondere die Auswirkungen der Einzelfallprüfung nach § 275c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, der Prüfungen zu der Erfüllung der in § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Strukturmerkmale sowie der Tätigkeit des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene nach § 19 darzustellen und ist darzulegen, ob die quartalsbezogene Prüfquote im Sinne des § 275c Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Einzelfallprüfung nach § 275c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geeignet ist.** Für die Erstellung des Berichts haben die Vertrags-

parteien nach Satz 1 die statistischen Ergebnisse nach Absatz 6 und nach § 275c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes Bund einzubeziehen. Die in Satz 1 genannten Vertragsparteien haben gemeinsam zur Erstellung des Berichts fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige zu beauftragen.

§ 17d Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

(1) Für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen von Fachkrankenhäusern und selbständigen, gebietsärztlich geleiteten Abteilungen an somatischen Krankenhäusern für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (psychiatrische Einrichtungen) sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (psychosomatische Einrichtungen) ist ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten einzuführen. Dabei ist zu prüfen, ob für bestimmte Leistungsbereiche andere Abrechnungseinheiten eingeführt werden können. Ebenso ist zu prüfen, inwieweit auch die im Krankenhaus ambulant zu erbringenden Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einbezogen werden können. Das Vergütungssystem hat den unterschiedlichen Aufwand der Behandlung bestimmter, medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen abzubilden; dabei muss unter Berücksichtigung des Einsatzzwecks des Vergütungssystems als Budgetsystem sein Differenzierungsgrad praktikabel und der Dokumentationsaufwand auf das notwendige Maß begrenzt sein. Die Bewertungsrelationen sind als Relativgewichte zu definieren. Die Definition der Entgelte und ihre Bewertungsrelationen sind bundeseinheitlich festzulegen. Die Bewertungsrelationen werden auf der Grundlage der Kosten einer sachgerechten und repräsentativen Auswahl von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen kalkuliert, die ab dem 1. Januar 2020 die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Anforderungen erfüllen sollen; § 17b Absatz 3 Satz 4 und 5 und Absatz 3a ist entsprechend anzuwenden. Soweit an der Kalkulation teilnehmende Einrichtungen die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Anforderungen nicht erfüllen, haben die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 eine geeignete Übergangsfrist zu bestimmen. Vor

dem 1. Januar 2020 soll für die Kalkulation eine umfassende Umsetzung der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen erfolgen. Für die Dauer einer Übergangsfrist nach Satz 8 gelten die bisherigen Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Personalausstattung weiter. Zur sachgerechten Abbildung der Kosten von telekonsiliarärztlichen Leistungen haben die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus spätestens bis zum 30. September 2024 Entgelte zu vereinbaren.

(2) Mit den Entgelten nach Absatz 1 werden die voll- und teilstationären sowie stationsäquivalenten allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet. Soweit dies zur Ergänzung der Entgelte in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, können die Vertragsparteien nach Absatz 3 Zusatzentgelte und deren Höhe vereinbaren. Entgelte für Leistungen, die auf Bundesebene nicht bewertet worden sind, werden durch die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 vereinbart. Die Vorgaben des § 17b Absatz 1a für Zu- und Abschläge gelten entsprechend. Für die Finanzierung der Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von Leistungen gelten § 17b Absatz 1a Nummer 6 und § 5 Abs. 2 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend. Im Rahmen von Satz 4 ist auch die Vereinbarung von Regelungen für Zu- oder Abschläge für die Teilnahme an der regionalen Versorgungsverpflichtung zu prüfen.

(3) Die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 vereinbaren nach den Vorgaben der Absätze 1, 2 und 4 das Entgeltsystem, seine grundsätzlich jährliche Weiterentwicklung und Anpassung, insbesondere an medizinische Entwicklungen, Veränderungen der Versorgungsstrukturen und Kostenentwicklungen, und die Abrechnungsbestimmungen, soweit diese nicht gesetzlich vorgegeben werden. Es ist ein gemeinsames Entgeltsystem zu entwickeln; dabei ist von den Daten nach Absatz 9 und für Einrichtungen, die die Psychiatrie-Personalverordnung anwenden, zusätzlich von den Behandlungsbereichen nach der Psychiatrie-Personalverordnung auszugehen. Mit der Durchführung der Entwicklungsaufgaben beauftragen die Vertragsparteien das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. § 17b Abs. 2 Satz 2 bis 8 ist entsprechend anzuwenden. Zusätzlich ist der Bundespsychotherapeutenkammer Gelegenheit zur beratenden Teilnahme an den Sitzungen zu geben, soweit psychotherapeutische und psychosomatische Fragen betroffen sind.

(4) Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren die Grundstrukturen des Vergütungssystems sowie des Verfahrens zur Ermittlung der Bewertungsrelationen auf Bundesebene, insbesondere zur Kalkulation in einer sachgerechten Auswahl von Krankenhäusern. Nach Maßgabe der Sätze 3 bis 6 ersetzt das neue Vergütungssystem die bisher abgerechneten Entgelte nach § 17 Absatz 2. Das Vergütungssystem wird bis zum 1. Januar 2017 auf Verlangen des Krankenhauses eingeführt. Das Krankenhaus hat sein Verlangen zum Zeitpunkt der Aufforderung zur Verhandlung durch die Sozialleistungsträger den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 oder Nummer 2 schriftlich oder elektronisch mitzuteilen. Verbindlich für alle Krankenhäuser wird das Vergütungssystem zum 1. Januar 2018 eingeführt. Bis Ende des Jahres 2019 wird das Vergütungssystem für die Krankenhäuser budgetneutral umgesetzt. Ab dem Jahr 2020 sind der krankenhausesindividuelle Basisentgeltwert und der Gesamtbetrag nach den näheren Bestimmungen der Bundespflege-satzverordnung von den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 anzupassen. Die Vertragsparteien auf Bundesebene legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2019 einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen des neuen Entgeltsystems, die ersten Anwendungserfahrungen mit dem neuen Entgeltsystem sowie über die Anzahl von Modellvorhaben nach § 64b des Fünften Buches Sozial-gesetzbuch und über die ersten Erkenntnisse zu diesen Modellvorhaben vor. In den Bericht sind die Stellungnahmen der Fachverbände der Psychiatrie und Psychoso-matik einzubeziehen. Das Bundesministerium für Gesundheit legt den Bericht dem Deutschen Bundestag vor.

(5) Für die Finanzierung der den Vertragsparteien auf Bundesebene übertragenen Aufgaben gilt § 17b Abs. 5 entsprechend. Die erforderlichen Finanzierungsmittel sind mit dem DRG-Systemzuschlag zu erheben; dieser ist entsprechend zu erhöhen.

(6) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates

1. Vorschriften über das Vergütungssystem zu erlassen, soweit eine Einigung der Vertragsparteien nach Absatz 3 ganz oder teilweise nicht zustande gekommen ist und eine der Vertragsparteien insoweit das Scheitern der Verhandlungen erklärt hat; die Vertragsparteien haben zu den strittigen Punkten ihre Auffassungen und die Auffassungen sonstiger Betroffener darzulegen und Lösungsvorschläge zu unterbreiten;

2. abweichend von Nummer 1 auch ohne Erklärung des Scheiterns durch eine Vertragspartei nach Ablauf vorher vorgegebener Fristen für Arbeitsschritte zu entscheiden, soweit dies erforderlich ist, um die Einführung des Vergütungssystems und seine jährliche Weiterentwicklung fristgerecht sicherzustellen;
3. Leistungen nach Absatz 2 Satz 3 zu bestimmen, die mit dem neuen Vergütungssystem noch nicht sachgerecht vergütet werden können; für diese Bereiche können die anzuwendende Art der Vergütung festgelegt sowie Vorschriften zur Ermittlung der Entgelthöhe und zu den vorzulegenden Verhandlungsunterlagen erlassen werden.

Das Bundesministerium für Gesundheit kann von Vereinbarungen der Vertragsparteien nach Absatz 3 abweichen, soweit dies für Regelungen nach Satz 1 erforderlich ist. Es kann sich von unabhängigen Sachverständigen beraten lassen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ist verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit zur Vorbereitung von Regelungen nach Satz 1 unmittelbar und unverzüglich nach dessen Weisungen zuzuarbeiten. Es ist auch im Falle einer Vereinbarung durch die Vertragsparteien nach Absatz 3 verpflichtet, auf Anforderung des Bundesministeriums für Gesundheit Auskunft insbesondere über den Entwicklungsstand des Vergütungssystems, die Entgelte und deren Veränderungen sowie über Problembereiche und mögliche Alternativen zu erteilen. Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 7 nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6.

(7) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften über die Unterlagen, die von den Krankenhäusern für die Budgetverhandlungen vorzulegen sind, zu erlassen.

(8) Die Vertragsparteien auf Bundesebene führen eine Begleitforschung zu den Auswirkungen des neuen Vergütungssystems, insbesondere zur Veränderung der Versorgungsstrukturen und zur Qualität der Versorgung, durch. Dabei sind auch die Auswirkungen auf die anderen Versorgungsbereiche sowie die Art und der Umfang von Leistungsverlagerungen zu untersuchen. § 17b Abs. 8 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend. Erste Ergebnisse sind im Jahr 2017 zu veröffentlichen.

(9) Für Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1 gilt § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes mit der Maßgabe, dass die Daten nach seinem Absatz 2 Nr. 1 Buchstabe a und e und Nr. 2 Buchstabe a bis h zu übermitteln sind.

§ 18 Pflegesatzverfahren

(1) Die nach Maßgabe dieses Gesetzes für das einzelne Krankenhaus zu verhandelnden Pflegesätze werden zwischen dem Krankenhausträger und den Sozialleistungsträgern nach Absatz 2 vereinbart. Die Landeskrankenhausgesellschaft, die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und der Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung können sich am Pflegesatzverfahren beteiligen. Die Pflegesatzvereinbarung bedarf der Zustimmung der Landesverbände der Krankenkassen und des Landesausschusses des Verbandes der privaten Krankenversicherung. Die Zustimmung gilt als erteilt, wenn die Mehrheit der Beteiligten nach Satz 3 der Vereinbarung nicht innerhalb von zwei Wochen nach Vertragsabschluss widerspricht.

(2) Parteien der Pflegesatzvereinbarung (Vertragsparteien) sind der Krankenhausträger und

1. Sozialleistungsträger, soweit auf sie allein, oder
2. Arbeitsgemeinschaften von Sozialleistungsträgern, soweit auf ihre Mitglieder insgesamt

im Jahr vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen mehr als fünf vom Hundert der Belegungs- und Berechnungstage des Krankenhauses entfallen.

(3) Die Vereinbarung soll nur für zukünftige Zeiträume getroffen werden. Der Krankenhausträger hat nach Maßgabe des Krankenhausentgeltgesetzes und der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 6 die für die Vereinbarung der Budgets und Pflegesätze erforderlichen Unterlagen über Leistungen sowie die Kosten der nicht durch pauschalierte Pflegesätze erfassten Leistungen vorzulegen. Die in Absatz 1 Satz 2 genannten Beteiligten vereinbaren die Höhe der mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte nach den § 17b, sofern nicht das Krankenhausentgeltgesetz oder die Bundespflegesatzverordnung eine krankenhausesindividuelle Vereinbarung vorsehen, mit Wirkung für die Vertragsparteien nach Absatz 2.

(4) Kommt eine Vereinbarung über die Pflegesätze oder die Höhe der Entgelte nach Absatz 3 Satz 3 innerhalb von sechs Wochen nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich oder elektronisch zur Aufnahme der Pflegesatzverhandlungen aufgefordert hat, so setzt die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 auf Antrag einer Vertragspartei die Pflegesätze unverzüglich fest. Die Schiedsstelle kann zur Ermittlung der vergleichbaren Krankenhäuser gemäß § 17 Abs. 5 auch gesondert angerufen werden.

(5) Die vereinbarten oder festgesetzten Pflegesätze werden von der zuständigen Landesbehörde genehmigt, wenn sie den Vorschriften dieses Gesetzes und sonstigem Recht entsprechen; die Genehmigung ist unverzüglich zu erteilen. Gegen die Genehmigung ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.

§ 18a Schiedsstelle, Verordnungsermächtigung

(1) Die Landeskrankenhausgesellschaften und die Landesverbände der Krankenkassen bilden für jedes Land oder jeweils für Teile des Landes eine Schiedsstelle. Ist für ein Land mehr als eine Schiedsstelle gebildet worden, bestimmen die Beteiligten nach Satz 1 die zuständige Schiedsstelle für mit landesweiter Geltung zu treffende Entscheidungen.

(2) Die Schiedsstellen bestehen aus einem neutralen Vorsitzenden sowie aus Vertretern der Krankenhäuser und Krankenkassen in gleicher Zahl. Der Schiedsstelle gehört auch ein von dem Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung bestellter Vertreter an, der auf die Zahl der Vertreter der Krankenkassen angerechnet wird. Die Vertreter der Krankenhäuser und deren Stellvertreter werden von der Landeskrankenhausgesellschaft, die Vertreter der Krankenkassen und deren Stellvertreter von den Landesverbänden der Krankenkassen bestellt. Der Vorsitzende und sein Stellvertreter werden von den beteiligten Organisationen gemeinsam bestellt; kommt eine Einigung nicht zustande, werden sie von der zuständigen Landesbehörde bestellt.

(3) Die Mitglieder der Schiedsstellen führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie sind in Ausübung ihres Amtes an Weisungen nicht gebunden. Jedes Mitglied hat eine Stimme. Die Entscheidungen werden mit der Mehrheit der Mitglieder getroffen; ergibt sich keine Mehrheit, gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

(4) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über

1. die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer und die Amtsführung der Mitglieder der Schiedsstelle sowie die ihnen zu gewährende Erstattung der Barauslagen und Entschädigung für Zeitverlust,
2. die Führung der Geschäfte der Schiedsstelle,
3. die Verteilung der Kosten der Schiedsstelle,
4. das Verfahren und die Verfahrensgebühren

zu bestimmen; sie können diese Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden übertragen.

(5) Die Rechtsaufsicht über die Schiedsstelle führt die zuständige Landesbehörde.

(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft bilden eine Schiedsstelle; diese entscheidet in den ihr durch Gesetz oder auf Grund eines Gesetzes zugewiesenen Aufgaben. Die Schiedsstelle besteht aus Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Der Schiedsstelle gehört ein vom Verband der privaten Krankenversicherung bestellter Vertreter an, der auf die Zahl der Vertreter der Krankenkassen angerechnet wird. Die unparteiischen Mitglieder werden von den beteiligten Organisationen gemeinsam bestellt. Die unparteiischen Mitglieder werden durch das Bundesministerium für Gesundheit berufen, soweit eine Einigung nicht zustande kommt. Durch die Beteiligten zuvor abgelehnte Personen können nicht berufen werden. Absatz 3 gilt entsprechend. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für den Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsstelle sowie die Geschäftsführung, das Verfahren, die Höhe und die Erhebung der Gebühren und die Verteilung der Kosten. Wird eine Vereinbarung nach Satz 8 ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsstelle sowie die Geschäftsführung, das Verfahren, die Höhe und die Erhebung der Gebühren und die Verteilung der Kosten. In diesem Fall gelten die Bestimmungen der bisherigen Vereinbarung bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung fort. Die Rechtsaufsicht über die Schiedsstelle führt das Bundesministerium für Gesundheit. Gegen die Entscheidung der Schiedsstelle ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.

§ 18b (weggefallen)

§ 19 Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung gemeinsam bilden mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft einen Schlichtungsausschuss auf Bundesebene. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte sind Mitglieder ohne Stimmrecht. Für den Schlichtungsausschuss ist § 18a Absatz 6 Satz 2 bis 5 und 7 entsprechend anzuwenden; bei der Auswahl der Vertreter der Krankenkassen und der Krankenhäuser für die Bildung des Schlichtungsausschusses sollen sowohl medizinischer Sachverstand als auch besondere Kenntnisse in Fragen der Abrechnung der Entgeltsysteme im Krankenhaus berücksichtigt werden. Kommen die für die Einrichtung des Schlichtungsausschusses erforderlichen Entscheidungen ganz oder teilweise nicht zustande, trifft auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 die ausstehenden Entscheidungen. Für die Geschäftsführung des Schlichtungsausschusses wird eine Geschäftsstelle errichtet, die insbesondere die Vorbereitung der Entscheidungen des Schlichtungsausschusses und die Information über dessen Entscheidungen vornimmt. Die Geschäftsstelle wird von dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus geführt, das zu diesem Zweck eine Geschäftsordnung erlässt. Die Kosten der Geschäftsstelle sind aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 zu finanzieren, der entsprechend zu erhöhen ist. Die Vertragsparteien nach Satz 1 vereinbaren das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für den Zeitaufwand der Mitglieder des Schlichtungsausschusses sowie das Verfahren, die Höhe und die Erhebung der Gebühren.

(2) Aufgabe des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene ist die verbindliche Klärung von Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung.

(3) Der Schlichtungsausschuss kann vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen, von dem Verband der Privaten Krankenversicherung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, den Landeskrankenhausgesellschaften, den Krankenkassen, den Krankenhäusern, den Medizinischen Diensten, den mit Kodierung von Krankenhausleistungen befassten Fachgesellschaften, dem Bundesministerium für Gesundheit und dem unparteiischen

Vorsitzenden angerufen werden.

(4) Der Schlichtungsausschuss hat innerhalb von acht Wochen nach Anrufung eine Entscheidung zu treffen. Bei der Entscheidung sind die Stellungnahmen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus und des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte zu berücksichtigen. Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses gelten für die zugelassenen Krankenhäuser, die Krankenkassen und die Medizinischen Dienste für die Erstellung oder Prüfung von Krankenhausabrechnungen für Patientinnen und Patienten, die ab dem ersten Tag des übernächsten auf die Veröffentlichung der Entscheidung folgenden Monats in das Krankenhaus aufgenommen werden, und für die Krankenhausabrechnungen, die zum Zeitpunkt der Veröffentlichung der Entscheidung bereits Gegenstand einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind.

(5) Der Schlichtungsausschuss entscheidet bis zum 31. Dezember 2020 über die zwischen der Sozialmedizinischen Expertengruppe Vergütung und Abrechnung der Medizinischen Dienste und dem Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling bis zum 31. Dezember 2019 als strittig festgestellten Kodierempfehlungen.

(6) Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses sind zu veröffentlichen und gelten als Kodierregeln.

(7) Gegen die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene ist der Sozialrechtsweg gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt. Die Klage hat keine aufschiebende Wirkung. Klagebefugt sind die Einrichtungen nach Absatz 3, die den Schlichtungsausschuss angerufen haben, mit Ausnahme des Bundesministeriums für Gesundheit.

§ 20 Nichtanwendung von Pflegesatzvorschriften

Die Vorschriften des Dritten Abschnitts mit Ausnahme des § 17 Abs. 5 finden keine Anwendung auf Krankenhäuser, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2, 4 oder 7 nicht gefördert werden. § 17 Abs. 5 ist bei den nach § 5 Abs. 1 Nr. 4 oder 7 nicht geförderten Krankenhäusern mit der Maßgabe anzuwenden, daß an die Stelle der Pflegesätze vergleichbarer nach diesem Gesetz voll geförderter Krankenhäuser die Pflegesätze vergleichbarer öffentlicher Krankenhäuser treten.

4. Abschnitt Sonderregelungen

§ 21 Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser aufgrund von Sonderbelastungen durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2

(1) Soweit zugelassene Krankenhäuser zur Erhöhung der Bettenkapazitäten für die Versorgung von Patientinnen und Patienten, die mit dem neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert sind, planbare Aufnahmen, Operationen und Eingriffe verschieben oder aussetzen, erhalten sie für die Ausfälle der Einnahmen, die seit dem 16. März 2020 dadurch entstehen, dass Betten nicht so belegt werden können, wie es vor dem Auftreten der SARS-CoV-2-Pandemie geplant war, Ausgleichszahlungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds.

(1a) Soweit die nach den Sätzen 2 und 4 bestimmten zugelassenen Krankenhäuser zur Erhöhung der Verfügbarkeit von betriebsfähigen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten planbare Aufnahmen, Operationen oder Eingriffe verschieben oder aussetzen, erhalten sie für Ausfälle von Einnahmen, die seit dem 18. November 2020 bis zum 31. Januar 2021 dadurch entstehen, dass Betten auf Grund der SARS-CoV-2-Pandemie nicht so belegt werden können, wie es geplant war, Ausgleichszahlungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Sofern in einem Landkreis oder einer kreisfreien Stadt die 7-Tage-Inzidenz der Coronavirus-SARS-CoV-2-Fälle je 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner über 70 liegt und sich auf Grund der nach Satz 8 übermittelten Angaben ergibt, dass der Anteil freier betriebsfähiger intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten in dem Landkreis oder der kreisfreien Stadt in einem ununterbrochenen Zeitraum von sieben Tagen durchschnittlich

1. unter 25 Prozent liegt, kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde Krankenhäuser in dem Landkreis oder in der kreisfreien Stadt bestimmen, die Ausgleichszahlungen nach Satz 1 erhalten, wenn diese
 - a) einen Zuschlag für die Teilnahme an der umfassenden oder erweiterten Notfallversorgung gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 5 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Jahr 2019 oder für das Jahr 2020 vereinbart haben oder
 - b) noch keine Zu- oder Abschläge für die Teilnahme oder Nichtteilnahme an der Notfallversorgung gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 5 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbart haben und eine Versorgungsstruk-

tur aufweisen, die nach Feststellung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde mindestens den Anforderungen des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern für eine Teilnahme an der erweiterten Notfallversorgung entspricht,

2. unter 15 Prozent liegt, kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde nachrangig zu den Krankenhäusern nach Nummer 1 und nachrangig zu Krankenhäusern in den angrenzenden Landkreisen oder kreisfreien Städten, die die Voraussetzungen nach Nummer 1 erfüllen, weitere Krankenhäuser im Landkreis oder in der kreisfreien Stadt bestimmen, die Ausgleichszahlungen nach Satz 1 erhalten, wenn diese gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 5 des Krankenhausentgeltgesetzes einen Zuschlag für die Teilnahme an der Basisnotfallversorgung für das Jahr 2019 oder für das Jahr 2020 vereinbart haben.

Die Feststellung nach Satz 2 Nummer 1 Buchstabe b entfaltet keine bindende Wirkung für die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2. Befindet sich im Fall des Satzes 2 Nummer 1 in dem Landkreis oder in der kreisfreien Stadt kein Krankenhaus, das die Voraussetzungen nach Satz 2 Nummer 1 erfüllt, kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde Krankenhäuser in den angrenzenden Landkreisen oder den angrenzenden kreisfreien Städten bestimmen, die die Voraussetzungen nach Satz 2 Nummer 1 erfüllen; in begründeten Ausnahmefällen kann sie auch Krankenhäuser bestimmen, die die Kriterien nach Satz 2 Nummer 2 erfüllen. Die Krankenhäuser nach den Sätzen 2 und 4 sind unter Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten grundsätzlich nach dem Umfang ihrer intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten und ihrer Erfahrung in der intensivmedizinischen Beatmungsbehandlung zu bestimmen. Sind die Voraussetzungen nach Satz 2 in dem Landkreis oder in der kreisfreien Stadt 14 Tage in Folge nicht mehr erfüllt, hat die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde die Bestimmung nach den Sätzen 2 und 4 am 15. Tag aufzuheben. Der Anspruch auf die Ausgleichszahlungen endet am 14. Tag nach der Aufhebung. Das Robert Koch-Institut übermittelt, auf der Grundlage der von den Krankenhäusern an das DIVI IntensivRegister übermittelten Angaben, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden wöchentlich, erstmals für die 47. Kalenderwoche des Jahres 2020, für die Landkreise und kreisfreien Städte

des Landes sowie für die Länder Berlin, Bremen und Hamburg für die Stadtbezirke eine tagesbezogene Übersicht über das Verhältnis der im Durchschnitt der der Übermittlung vorausgehenden sieben Tage freien betreibbaren intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten zu den insgesamt betreibbaren intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten.

(1b) Zugelassene Krankenhäuser, deren Leistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz vergütet werden und die zur Erhöhung der Verfügbarkeit von betreibbaren Behandlungskapazitäten für die Versorgung von Patientinnen und Patienten, die mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert sind, planbare Aufnahmen, Operationen oder Eingriffe verschieben oder aussetzen, erhalten für Ausfälle von Einnahmen, die seit dem 15. November 2021 bis zum 31. Dezember 2021 dadurch entstehen, dass Betten auf Grund der SARS-CoV-2-Pandemie nicht so belegt werden können, wie es geplant war, Ausgleichszahlungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds, wenn diese Krankenhäuser

1. einen Zuschlag für die Teilnahme an der Notfallversorgung gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 5 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Jahr 2019, das Jahr 2020 oder das Jahr 2021 vereinbart haben oder
2. noch keine Zu- oder Abschläge für die Teilnahme oder Nichtteilnahme an der Notfallversorgung gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 5 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbart haben und eine Versorgungsstruktur aufweisen, die mindestens den Anforderungen des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern für eine Teilnahme an der Basisnotfallversorgung entspricht und dies gegenüber der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde nachweisen.

(2) Die Krankenhäuser ermitteln die Höhe der Ausgleichszahlungen nach Absatz 1, indem sie täglich, erstmals für den 16. März 2020, von der Zahl der im Jahresdurchschnitt 2019 pro Tag voll- oder teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten (Referenzwert) die Zahl der am jeweiligen Tag stationär behandelten Patientinnen und Patienten abziehen. Sofern das Ergebnis größer als Null ist, ist dieses mit der tagesbezogenen Pauschale nach Absatz 3 zu multiplizieren. Die Krankenhäuser melden den sich für sie jeweils aus der Berechnung nach Satz 2 ergebenden Betrag differenziert nach Kalendertagen wöchentlich an die für die Krankenhausplanung zu-

ständige Landesbehörde, die alle von den Krankenhäusern im Land gemeldeten Beträge summiert. Die Ermittlung nach Satz 1 ist letztmalig für den 30. September 2020 durchzuführen. Die Ausgleichszahlungen nach Satz 1 gehen nicht in den Gesamtbetrag oder die Erlösausgleiche nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegegesetzverordnung ein.

(2a) Die vom Land nach Absatz 1a Satz 2 oder Satz 4 bestimmten Krankenhäuser ermitteln die Höhe der Ausgleichszahlungen nach Absatz 1a Satz 1, indem sie täglich, erstmals für den 18. November 2020, vom Referenzwert nach Absatz 2 Satz 1 die Zahl der am jeweiligen Tag behandelten Patientinnen und Patienten abziehen; die Ermittlung hat nur für den Leistungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes zu erfolgen. Ist das Ergebnis größer als Null, sind für die nach Absatz 1a bestimmten Krankenhäuser 90 Prozent dieses Ergebnisses mit der sich für das Krankenhaus nach § 1 Absatz 1 Nummer 2 der COVID-19- Ausgleichszahlungs-Anpassungs-Verordnung vom 3. Juli 2020 (BGBl. I S. 1556) oder in der Anlage zu dieser Verordnung ergebenden tagesbezogenen Pauschale zu multiplizieren. Die Krankenhäuser melden den sich für sie nach Satz 2 ergebenden Betrag differenziert nach Kalendertagen wöchentlich an die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde, die die von den Krankenhäusern im Land gemeldeten Beträge prüft und summiert. Die Ermittlung nach Satz 1 ist letztmalig für den 31. Januar 2021 durchzuführen. Absatz 2 Satz 5 gilt entsprechend. Bei Krankenhäusern, die Ausgleichszahlungen nach Absatz 1a erhalten, gilt gegenüber den übrigen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 das Vorliegen der Voraussetzungen des § 7 Satz 1 Nummer 2 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung für das Jahr 2021 für den jeweiligen Zeitraum des Erhalts von Ausgleichszahlungen als nachgewiesen.

(2b) Krankenhäuser, die nach Absatz 1b Ausgleichszahlungen erhalten, ermitteln die Höhe der Ausgleichszahlungen nach Absatz 1b, indem sie täglich, erstmals für den 15. November 2021, vom Referenzwert nach Absatz 2 Satz 1 die Zahl der am jeweiligen Tag stationär behandelten Patientinnen und Patienten abziehen. Ist das Ergebnis größer als Null, sind 90 Prozent dieses Ergebnisses mit der für das jeweilige Krankenhaus geltenden tagesbezogenen Pauschale nach § 1 Absatz 1 Nummer 2 der COVID-19-Ausgleichszahlungs-Anpassungs-Verordnung vom 3. Juli 2020 (BGBl. I S. 1556) oder der sich aus der Anlage zu dieser Verordnung ergebenden tagesbezogenen Pauschale zu multiplizieren. Die Krankenhäuser melden den sich für sie jeweils aus der Berechnung nach Satz 2 ergebenden Betrag differenziert nach Ka-

lendertagen wöchentlich an die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde, die alle von den Krankenhäusern im Land gemeldeten Beträge prüft und summiert. Die Ermittlung nach Satz 1 ist letztmalig für den 31. Dezember 2021 durchzuführen. Bei Krankenhäusern, die Ausgleichszahlungen nach Absatz 1b erhalten, gilt gegenüber den übrigen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 das Vorliegen der Voraussetzungen des § 7 Satz 1 Nummer 2 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung für das Jahr 2021 für den jeweiligen Zeitraum des Erhalts von Ausgleichszahlungen als nachgewiesen. Absatz 2 Satz 5 gilt entsprechend.

(3) Die Höhe der tagesbezogenen Pauschale nach Absatz 2 Satz 2 beträgt 560 Euro, solange sie nicht durch Rechtsverordnung nach § 23 Absatz 1 Nummer 2 für Gruppen von Krankenhäusern nach der Zahl der Krankenhausbetten oder anderen krankenhausbefugenen Kriterien in der Höhe unterschiedlich ausgestaltet wird.

(4) Die Länder übermitteln die für ihre Krankenhäuser aufsummierten Beträge nach Absatz 2 Satz 3 jeweils unverzüglich an das Bundesamt für Soziale Sicherung; dabei sind die Beträge nach Absatz 5 Satz 1 gesondert auszuweisen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung zahlt auf Grundlage der nach Satz 1 angemeldeten Mittelbedarfe die Beträge an das jeweilige Land zur Weiterleitung an die Krankenhäuser aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Um eine schnellstmögliche Zahlung zu gewährleisten, kann das Land beim Bundesamt für Soziale Sicherung ab dem 28. März 2020 Abschlagszahlungen beantragen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung bestimmt das Nähere zum Verfahren der Übermittlung der aufsummierten Beträge sowie der Zahlung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds einschließlich der Abschlagszahlungen.

(4a) Die Länder übermitteln die für ihre Krankenhäuser aufsummierten Beträge nach Absatz 2a Satz 3 jeweils unverzüglich an das Bundesamt für Soziale Sicherung. Zur Sicherstellung der Liquidität der Krankenhäuser können die Länder ab dem 19. November 2020 beim Bundesamt für Soziale Sicherung Abschlagszahlungen beantragen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung zahlt auf Grundlage der nach Satz 1 angemeldeten Mittelbedarfe die Beträge an das jeweilige Land zur Weiterleitung an die Krankenhäuser aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Absatz 4 Satz 4 gilt entsprechend.

(4b) Die Länder übermitteln die für ihre Krankenhäuser aufsummierten Beträge nach Absatz 2b Satz 3 jeweils unverzüglich an das Bundesamt für Soziale Sicherung. Das Bundesamt für Soziale Sicherung zahlt auf Grundlage der nach Satz 1 angemeldeten

Mittelbedarfe die Beträge an das jeweilige Land zur Weiterleitung an die Krankenhäuser aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Zur Sicherstellung der Liquidität der Krankenhäuser können die Länder beim Bundesamt für Soziale Sicherung ab dem 13. Dezember 2021 Abschlagszahlungen beantragen. Absatz 4 Satz 4 gilt entsprechend.

(5) Zugelassene Krankenhäuser, die mit Genehmigung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden zusätzliche intensivmedizinische Behandlungskapazitäten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit durch Aufstellung von Betten schaffen oder durch Einbeziehung von Betten aus anderen Stationen vorhalten, erhalten für jedes bis zum 30. September 2020 aufgestellte oder vorgehaltene Bett einmalig einen Betrag in Höhe von 50 000 Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Die Krankenhäuser führen den sich für sie jeweils nach Satz 1 ergebenden Betrag gesondert als Teil der Meldung nach Absatz 2 Satz 3 auf. Das Bundesamt für Soziale Sicherung zahlt den Betrag nach Satz 1 als Teil der Zahlung nach Absatz 4 Satz 2.

(6) Zur pauschalen Abgeltung von Preis- und Mengensteigerungen infolge des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2, insbesondere bei persönlichen Schutzausrüstungen, rechnen zugelassene Krankenhäuser für jeden Patienten und jede Patientin, der oder die zwischen dem 1. April 2020 und einschließlich dem 30. Juni 2020 zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen wird, einen Zuschlag in Höhe von 50 Euro ab. Die Abrechnung des Zuschlags erfolgt gegenüber dem Patienten oder der Patientin oder ihren Kostenträgern.

(7) Die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 vereinbaren bis zum 3. Dezember 2020 das Nähere zum Verfahren des Nachweises der Zahl der täglich voll- oder teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten im Vergleich zum Referenzwert für die Ermittlung und Meldung nach Absatz 2a. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht innerhalb dieser Frist zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 den Inhalt der Vereinbarung ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von weiteren zwei Wochen fest.

(7a) Die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 vereinbaren bis zum 19. Dezember 2021 das Nähere zum Verfahren des Nachweises der Zahl der täglich voll- oder teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten im Vergleich zum Referenzwert für die Ermittlung und Meldung nach Absatz 2b. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht innerhalb dieser Frist zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 den

Inhalt der Vereinbarung ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von weiteren zwei Wochen fest.

(8) Das Bundesamt für Soziale Sicherung teilt dem Bundesministerium für Gesundheit ab dem 30. April 2020 unverzüglich, die Höhe des an die Länder jeweils nach Absatz 4 Satz 2 überwiesenen Betrags ohne den auf Absatz 5 Satz 1 entfallenden Anteil mit. Das Bundesministerium für Gesundheit übermittelt dem Bundesministerium der Finanzen wöchentlich die Mitteilungen des Bundesamtes für Soziale Sicherung nach Satz 1. Der Bund erstattet den Betrag an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds innerhalb von einer Woche nach der Mitteilung gemäß Satz 1.

(8a) Das Bundesamt für Soziale Sicherung teilt dem Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich die Höhe des nach Absatz 4a Satz 3 an jedes Land gezahlten Betrags mit. Der Bund erstattet den Betrag an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds innerhalb von einer Woche nach der Mitteilung gemäß Satz 1.

(8b) Das Bundesamt für Soziale Sicherung teilt dem Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich die Höhe des an die Länder jeweils nach Absatz 4b gezahlten Betrags mit. Der Bund erstattet den Betrag an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds innerhalb von einer Woche nach der Mitteilung gemäß Satz 1.

(9) Nach Abschluss der Zahlungen nach Absatz 4 Satz 2 durch das Bundesamt für Soziale Sicherung übermitteln die Länder dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2020 eine krankenhausbazogene Aufstellung der ausgezahlten Finanzmittel. Innerhalb der in Satz 1 genannten Frist übermitteln die Länder zudem dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine krankenhausbazogene Aufstellung über die ausgezahlten Ausgleichszahlungen nach Absatz 1. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen übermittelt den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 die Höhe der Ausgleichszahlungen nach Absatz 1, die einem Krankenhaus ausgezahlt wurden, wenn der Krankenhausträger verlangt, dass eine Vereinbarung nach Absatz 11 Satz 1 getroffen wird.

(9a) Die Länder übermitteln dem Bundesministerium für Gesundheit wöchentlich eine Aufstellung über die nach Absatz 1a Satz 2 und 4 bestimmten Krankenhäuser sowie über die Aufhebung der Bestimmung nach Absatz 1a Satz 6. Die Länder veröffentlichen diese Angaben zusätzlich in geeigneter Weise auf der Internetseite der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde. Die Länder übermitteln dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum 31. Januar 2021 für das Jahr 2020 und bis zum 28. Februar 2021 für

das Jahr 2021 eine krankenhausbegogene Aufstellung der nach Absatz 4a Satz 3 ausgezahlten Finanzmittel. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen übermittelt den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 die Höhe der Ausgleichszahlungen nach Absatz 1a, die einem Krankenhaus ausgezahlt wurden, differenziert nach den Jahren 2020 und 2021, wenn eine der Vertragsparteien verlangt, dass eine Vereinbarung zu einem Erlösausgleich nach diesem Gesetz oder einer Verordnung nach § 23 Absatz 2 Nummer 4 getroffen wird.

(9b) Die Länder übermitteln dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum 31. Januar 2022 eine aktualisierte krankenhausbegogene nach Monaten differenzierte Aufstellung der nach Absatz 4a Satz 3 und Absatz 4b Satz 2 für das Jahr 2021 ausgezahlten Finanzmittel. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen übermittelt den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 die Höhe der Ausgleichszahlungen nach den Absätzen 1a und 1b, die einem Krankenhaus für das Jahr 2021 ausgezahlt wurden, wenn eine der Vertragsparteien verlangt, dass eine Vereinbarung zu einem Erlösausgleich nach diesem Gesetz oder einer Verordnung nach § 23 Absatz 2 Nummer 4 getroffen wird.

(10) Die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 vereinbaren bis zum 31. Dezember 2020 das Nähere über den Ausgleich eines aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstandenen Erlösrückgangs, insbesondere

1. Einzelheiten für die Ermittlung der Erlöse für allgemeine stationäre und teilstationäre Krankenhausleistungen für die Jahre 2019 und 2020,
2. Kriterien, anhand derer ein im Jahr 2020 gegenüber dem Jahr 2019 aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstandener Erlösrückgang festgestellt wird,
3. Einzelheiten zum Nachweis der Erfüllung der nach Nummer 2 vereinbarten Kriterien und
4. die Höhe des Ausgleichssatzes für einen im Jahr 2020 gegenüber dem Jahr 2019 aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstandenen Erlösrückgang.

Bei der Ermittlung der Erlöse für das Jahr 2020 sind auch die Ausgleichszahlungen nach den Absätzen 1 und 1a, soweit sie das Jahr 2020 betreffen zu berücksichtigen, soweit sie entgangene Erlöse für allgemeine stationäre und teilstationäre Krankenhausleistungen ersetzen; variable Sachkosten sind bei der Erlösermittlung für die Jahre 2019 und 2020 mindernd zu berücksichtigen. Die Beträge nach Absatz 5 Satz 1, die Zuschläge nach Absatz 6 Satz 1 und die Zusatzentgelte nach § 26 Absatz 1

Satz 1 sowie die tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a des Krankenhausentgeltgesetzes sind nicht zu berücksichtigen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht fristgerecht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 den Inhalt der Vereinbarung auch ohne Antrag einer Vertragspartei bis zum Ablauf des 14. Januar 2021 fest. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht für die Vereinbarung der Erlöse nach Absatz 11 Satz 1 um die variablen Sachkosten bereinigte Entgeltkataloge für die pauschalierenden Entgeltsysteme nach den §§ 17b und 17d für die Jahre 2019 und 2020 barrierefrei auf seiner Internetseite.

(11) Auf Verlangen eines Krankenhausträgers sind die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 oder Nummer 2 verpflichtet, mit dem Krankenhausträger aufgrund der Vereinbarung nach Absatz 10 Satz 1 oder der Festlegung nach Absatz 10 Satz 4 die Erlöse für die Jahre 2019 und 2020, den im Jahr 2020 gegenüber dem Jahr 2019 aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstandenen Erlösrückgang sowie einen Ausgleich für den Erlösrückgang zu vereinbaren. Die Vereinbarung nach Satz 1 kann unabhängig von den Vereinbarungen nach § 11 Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes und § 11 Absatz 1 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung getroffen werden. Die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 multiplizieren den ermittelten Erlösrückgang mit dem nach Absatz 10 Satz 1 Nummer 4 vereinbarten oder nach Absatz 10 Satz 4 festgelegten Ausgleichssatz. Der nach Satz 3 errechnete Ausgleichsbetrag wird durch Zuschläge auf die Entgelte des laufenden oder eines folgenden Vereinbarungszeitraums ausgeglichen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht oder nicht vollständig zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 auf Antrag einer der Vertragsparteien nach Satz 1 innerhalb von sechs Wochen. Die Genehmigung der Vereinbarung nach Satz 1 oder der Festsetzung nach Satz 5 ist von einer der Vertragsparteien nach Satz 1 bei der zuständigen Landesbehörde zu beantragen. Die zuständige Landesbehörde erteilt die Genehmigung innerhalb von vier Wochen nach Eingang des Antrags, wenn die Vereinbarung oder die Festsetzung den Regelungen in diesem Absatz und in Absatz 10 sowie sonstigem Recht entspricht. § 14 Absatz 2 Satz 1 und 3 und Absatz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes gilt entsprechend. Unabhängig davon, ob eine Vereinbarung nach Satz 1 getroffen wird, sind Erlösausgleiche nach § 4 Absatz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes oder § 3 Absatz 7 der Bundespflegesatzverordnung für das Jahr 2020 ausgeschlossen.

§ 21a Versorgungsaufschlag an Krankenhäuser auf Grund von Sonderbelastungen durch das Coronavirus SARS-CoV-2

(1) Zugelassene Krankenhäuser erhalten für jede Patientin und jeden Patienten, die oder der zwischen dem 1. November 2021 und dem 19. März 2022 zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen wird und bei der oder dem eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 durch eine Testung labordiagnostisch durch direkten Virusnachweis bestätigt wurde, einen Versorgungsaufschlag aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Satz 1 gilt nicht für Patientinnen und Patienten, die am Tag der Aufnahme oder am darauf folgenden Tag entlassen oder in ein anderes Krankenhaus verlegt werden.

(2) Die Höhe des Versorgungsaufschlags nach Absatz 1 Satz 1 je Patientin und je Patient ergibt sich aus der Multiplikation

1. der für das jeweilige Krankenhaus geltenden tagesbezogenen Pauschale nach § 1 der COVID-19-Ausgleichszahlungs-Anpassungs-Verordnung oder der sich aus der Anlage zur COVID-19-Ausgleichszahlungs-Anpassungs-Verordnung ergebenden tagesbezogenen Pauschale,
2. des Prozentsatzes 90 und
3. des Faktors 13,9.

(3) Die Krankenhäuser melden

1. die Höhe des für das Krankenhaus maßgeblichen Versorgungsaufschlags nach Absatz 2,
2. jeweils die Zahl der in der vorhergehenden Kalenderwoche entlassenen, mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen und Patienten ohne die in Absatz 1 Satz 2 genannten Patientinnen und Patienten sowie
3. den sich jeweils aus der Multiplikation der Nummern 1 und 2 ergebenden Betrag

an die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde, die die von den Krankenhäusern gemeldeten Beträge prüft und summiert. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann für die Prüfung der Richtigkeit der Mittelanforderungen Unterlagen von den Krankenhäusern anfordern. Die Ermittlung nach Satz 1 ist erstmalig für die 44. Kalenderwoche des Jahres 2021 und letztmalig für die elfte Kalenderwoche des Jahres 2022 durchzuführen. § 21 Absatz 2a Satz 5 und 6 gilt entsprechend.

(4) Die Länder übermitteln die für ihre Krankenhäuser aufsummierten Beträge nach Absatz 3 Satz 1 unverzüglich, spätestens innerhalb von drei Tagen nach Abschluss der Prüfung der Meldung nach Absatz 3 Satz 1, an das Bundesamt für Soziale Sicherung. Das Bundesamt für Soziale Sicherung zahlt auf Grund der nach Satz 1 angeforderten Mittelbedarfe die Beträge an das jeweilige Land unverzüglich aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Die Länder leiten die Beträge spätestens innerhalb von drei Tagen nach Eingang der Mittel nach Satz 2 an die Krankenhäuser weiter. Das Bundesamt für Soziale Sicherung bestimmt das Nähere zum Verfahren der Übermittlung der aufsummierten Beträge sowie der Zahlung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds.

(5) Die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 vereinbaren bis zum 30. November 2021 das Nähere zum Verfahren des Nachweises der Zahl der mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten im jeweiligen Krankenhaus voll- oder teilstationär behandelten Patientinnen oder Patienten. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht innerhalb dieser Frist zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 den Inhalt der Vereinbarung ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von weiteren zwei Wochen fest.

(6) Das Bundesamt für Soziale Sicherung teilt dem Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich die Höhe des nach Absatz 4 Satz 2 gezahlten Betrags mit. Der Bund erstattet den Betrag an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds innerhalb von einer Woche nach der Mitteilung nach Satz 1.

(7) Die Länder übermitteln dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum 15. Januar 2022 für das Jahr 2021 und bis zum 20. April 2022 für das Jahr 2022 eine krankenhausbazogene Aufstellung der nach Absatz 4 Satz 3 ausgezahlten Finanzmittel. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen übermittelt den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 die Höhe der einem Krankenhaus nach Absatz 4 Satz 3 ausgezahlten Beträge, differenziert nach den Jahren 2021 und 2022.

(8) Die Länder übermitteln dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 29. April 2022 jeweils das Ergebnis ihrer krankenhausbazogenen Prüfung der Meldungen nach Absatz 3 Satz 1. Dabei ist insbesondere darzustellen, welche zusätzlichen Unterlagen für die Prüfung angefordert worden sind und in wie vielen Fällen und in welcher Höhe Mittelanforderungen der Krankenhäuser als unplausibel zurückgewiesen worden sind.

§ 22 Behandlung in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

(1) Die Länder können Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen bestimmen, in denen Patientinnen und Patienten, die einer nicht aufschiebbaren akutstationären Krankenhausversorgung nach § 39 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bedürfen, vollstationär behandelt werden können, wenn mit diesen Einrichtungen

1. ein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht,
2. ein Vertrag nach § 15 Absatz 2 des Sechsten Buches in Verbindung mit § 38 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch besteht oder wenn sie von der gesetzlichen Rentenversicherung selbst betrieben werden, oder
3. ein Vertrag nach § 34 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch besteht.

Die in Satz 1 genannten Einrichtungen gelten für die Behandlung von bis zum 31. Januar 2021 aufgenommenen Patientinnen und Patienten als zugelassene Krankenhäuser nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

(2) Die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 vereinbaren bis zum 31. Dezember 2021 Pauschalbeträge für

1. die Vergütung der von den in Absatz 1 genannten Einrichtungen erbrachten Behandlungsleistungen,
2. Zuschläge für entstehende Mehraufwendungen und
3. das Nähere zum Verfahren der Abrechnung der Vergütungen.

Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht innerhalb dieser Frist zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 den Inhalt der Vereinbarung ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von weiteren vier Wochen fest.

§ 23 Verordnungsermächtigung

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen mit Zustimmung des Bundesrates

1. die in § 21 Absatz 2 Satz 4, Absatz 5 Satz 1 und Absatz 6 sowie § 22 Absatz 1 Satz 2 genannten Fristen jeweils um bis zu sechs Monate verlängern,
2. die Höhe des Betrages nach § 21 Absatz 5 Satz 1 und der Pauschale nach § 21 Absatz 3 und des Zuschlags nach § 21 Absatz 6 abweichend regeln.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen ohne Zustimmung des Bundesrates

1. die Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung der Krankenhäuser nach § 21 Absatz 1a entsprechend der Entwicklung der Zahl von mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 Infizierten und dem Schweregrad ihrer Erkrankung abweichend regeln,
2. den in § 21 Absatz 2a Satz 2 genannten Prozentsatz abweichend regeln,
3. einen von § 21 Absatz 1a Satz 1 abweichenden Zeitraum für die Berücksichtigung von Einnahmeausfällen der Krankenhäuser und einen von § 21 Absatz 2a Satz 4 abweichenden Zeitraum für die Durchführung der Ermittlungen nach § 21 Absatz 2a Satz 1 vorsehen, der spätestens am 31. März 2022 endet, sowie von § 21 Absatz 9a Satz 3 abweichende Zeitpunkte für die Übermittlung der krankenhausbefugten Aufstellungen vorsehen,
4. von den Vorgaben des § 21 Absatz 10 und 11 abweichende Regelungen für die Durchführung eines Ausgleichs von Erlösrückgängen für das Jahr 2021 und erforderlichenfalls für das Jahr 2022 vorsehen und Vorgaben für die Durchführung eines Ausgleichs von Erlösanstiegen für das Jahr 2021 und erforderlichenfalls für das Jahr 2022 regeln, einschließlich der Regelung weiterer Zeiträume für die Durchführung dieser Ausgleichs,
5. einen von § 22 Absatz 1 Satz 2 abweichenden Zeitraum regeln und
6. vorsehen, dass die Übermittlung der Daten nach § 24 Absatz 2 Satz 1 auch für das Jahr 2022 erfolgt.

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates

1. die Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung der Krankenhäuser nach § 21a Absatz 1 Satz 1 entsprechend der Entwicklung der Belastung der Krankenhäuser auf Grund der Zahl der mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 Infizierten und dem Schweregrad ihrer Erkrankung abweichend regeln,
2. die in § 21a Absatz 2 genannte Höhe des Versorgungsaufschlags abweichend regeln,

3. einen von § 21a Absatz 1 Satz 1 abweichenden Zeitraum für die Zahlung des Versorgungsaufschlags regeln,
4. die in § 21a Absatz 1 Satz 1, Absatz 3 Satz 3, Absatz 7 Satz 1 und Absatz 8 Satz 1 genannten Fristen abweichend regeln.

(4) Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates

1. die Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung der Krankenhäuser nach § 21 Absatz 1b entsprechend der Entwicklung der Belastung der Krankenhäuser auf Grund der Zahl der mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 Infizierten und dem Schweregrad ihrer Erkrankung abweichend regeln,
2. den in § 21 Absatz 2b Satz 2 genannten Prozentsatz abweichend regeln und
3. einen von § 21 Absatz 1b abweichenden Zeitraum für die Berücksichtigung von Einnahmeausfällen der Krankenhäuser, einen von § 21 Absatz 2b Satz 4 abweichenden Zeitraum für die Durchführung der Ermittlungen nach § 21 Absatz 2 b Satz 1 und weitere von § 21 Absatz 9b Satz 1 abweichende Zeitpunkte für die Übermittlung der krankenhausbefugten Aufstellungen nach § 21 Absatz 9b Satz 1 über die nach Absatz 4b Satz 2 ausgezahlten Finanzmittel regeln.

§ 24 Überprüfung der Auswirkungen

Das Bundesministerium für Gesundheit überprüft die Auswirkungen der Regelungen in den §§ 21 bis 23 auf die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser. Bei der Überprüfung der Auswirkungen der Regelung des § 21a ist insbesondere die Belastung der Krankenhäuser auf Grund der Entwicklung der Zahl der mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 Infizierten zu berücksichtigen. Es kann hierfür einen Beirat von Vertreterinnen und Vertretern aus Fachkreisen einberufen, die insoweit über besondere Erfahrung verfügen.

§ 25 Ausnahmen von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung und von der Prüfung von Strukturmerkmalen, Verordnungsermächtigung

(1) Behandelt ein Krankenhaus zwischen dem 1. April 2020 und einschließlich dem 30. Juni 2020, zwischen dem 1. November 2020 und einschließlich dem 30. Juni 2021 sowie zwischen dem 1. November 2021 und einschließlich dem 19. März 2022

Patientinnen und Patienten, die mit dem neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert sind oder bei denen der Verdacht einer solchen Infektion besteht, darf der zuständige Kostenträger die ordnungsgemäße Abrechnung der von diesem Krankenhaus zwischen dem 1. April 2020 und einschließlich dem 30. Juni 2020, zwischen dem 1. November 2020 und einschließlich dem 30. Juni 2021 sowie zwischen dem 1. November 2021 und einschließlich dem 19. März 2022 erbrachten Leistungen nicht daraufhin prüfen oder prüfen lassen, ob die in der Liste nach Absatz 2 genannten Mindestmerkmale erfüllt sind. Die Ausnahme von der Prüfung der erbrachten Leistungen erstreckt sich jeweils auf den gesamten Behandlungsfall unabhängig vom Datum der Aufnahme, der Entlassung oder der Verlegung der Patientin oder des Patienten in ein anderes Krankenhaus.

(2) Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information erstellt eine Liste der Mindestmerkmale der von ihm bestimmten Codes des Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die nach Absatz 1 von der Prüfung ausgenommen sind, und veröffentlicht diese Liste barrierefrei bis zum 30. Mai 2020 auf seiner Internetseite. Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information kann Anpassungen der Liste vornehmen und hat diese Anpassungen auf seiner Internetseite barrierefrei zu veröffentlichen. Ab dem 26. Mai 2020 nimmt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte die Anpassungen nach Satz 2 vor und veröffentlicht diese barrierefrei. Die barrierefreie Veröffentlichung nach den Sätzen 1 bis 3 erfolgt ab dem 26. Mai 2020 auf der Internetseite des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte. Ab dem 1. Januar 2021 kann die Liste nach Satz 1 auch Strukturmerkmale enthalten.

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates abweichend regeln.

(4) Im Rahmen der Prüfung von Strukturmerkmalen sind die in Absatz 1 genannten Zeiträume von dem Nachweis auszunehmen, dass ein in Absatz 1 genanntes Krankenhaus die Strukturmerkmale einhält, die in der Liste nach Absatz 2 genannt sind. Das Nähere ist in der Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu regeln. Ist der Nachweis eines Strukturmerkmals wegen der Vorgaben in Satz 1 nicht zu erbringen, darf der Medizinische Dienst nicht nach [§ 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch prüfen](#), ob das Krankenhaus dieses Strukturmerkmal [erfüllt](#).

§ 26 Zusatzentgelt für Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 im Krankenhaus

(1) Kosten, die den Krankenhäusern für Testungen auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 bei Patientinnen und Patienten entstehen, die zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden, werden mit einem Zusatzentgelt finanziert. Das Krankenhaus berechnet das Zusatzentgelt bei Patientinnen und Patienten, die ab dem 14. Mai 2020 zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden und bei denen Testungen nach Satz 1 durchgeführt werden.

(2) Die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 vereinbaren bis zum 29. Mai 2020 die Höhe des Zusatzentgelts nach Absatz 1 Satz 1. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht innerhalb dieser Frist zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 die Höhe des Zusatzentgelts ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb einer weiteren Woche fest.

§ 26a Sonderleistung an Pflegekräfte aufgrund von besonderen Belastungen durch die SARS-CoV-2-Pandemie

(1) Zugelassene Krankenhäuser, die im Zeitraum vom 1. Januar 2020 bis zum 31. Mai 2020 durch die voll- oder teilstationäre Behandlung von mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen und Patienten besonders belastet waren, haben für ihre im genannten Zeitraum beschäftigten Pflegekräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen, soweit diese durch die Versorgung von mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen und Patienten einer erhöhten Arbeitsbelastung ausgesetzt waren, Anspruch auf eine Auszahlung aus den in Absatz 3 Satz 1 genannten Mitteln, mit der sie diesen Beschäftigten eine Prämie als einmalige Sonderleistung zu zahlen haben. Als besonders belastet gelten Krankenhäuser mit weniger als 500 Betten mit mindestens 20 voll- oder teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten, die mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert waren, sowie Krankenhäuser ab 500 Betten mit mindestens 50 voll- oder teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten, die mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert waren. Der Betrag nach Absatz 3 Satz 1 wird unter den nach den Sätzen 1 und 2 anspruchsberechtigten Krankenhäusern zu 50 Prozent nach der jeweiligen Anzahl der voll- oder teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum nach Satz 1 mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert waren, sowie zu 50 Prozent

nach der Anzahl der im Jahr 2019 beschäftigten Pflegekräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen, umgerechnet in Vollkräfte, verteilt. Der jedem anspruchsberechtigten Krankenhaus nach Maßgabe des Satzes 3 zustehende Betrag wird durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus auf der Grundlage der Daten ermittelt, die dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach § 24 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 sowie nach § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e des Krankenhausentgeltgesetzes zur Verfügung stehen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht für jedes anspruchsberechtigte Krankenhaus unter Angabe des Namens und des Kennzeichens nach § 293 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch das Prämienvolumen nach Satz 3 bis zum 5. November 2020 barrierefrei auf seiner Internetseite.

(2) Die Auswahl der Prämienempfängerinnen und Prämienempfänger sowie die Bemessung der individuellen Prämienhöhe entsprechend der Belastung durch die Versorgung von mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen und Patienten obliegt dem Krankenhausträger im Einvernehmen mit der Arbeitnehmervertretung. Zudem sollen neben den in Absatz 1 Satz 1 Genannten auch andere Beschäftigte für die Zahlung einer Prämie ausgewählt werden, die aufgrund der Versorgung von mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen und Patienten besonders belastet waren.

(3) Zur Finanzierung der Prämien nach Absatz 1 werden folgende Mittel zur Verfügung gestellt:

1. 93 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und
2. zusätzlich 7 Millionen Euro von den privaten Krankenversicherungsunternehmen.

Das Bundesamt für Soziale Sicherung zahlt den Betrag nach Satz 1 Nummer 1 bis zum 12. November 2020 an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Der Verband der Privaten Krankenversicherung zahlt den Betrag nach Satz 1 Nummer 2 bis zum 12. November 2020 an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen leitet die Beträge nach den Sätzen 2 und 3 auf Grundlage der Veröffentlichung nach Absatz 1 Satz 5 an die anspruchsberechtigten Krankenhäuser weiter. Das Bundesamt für Soziale Sicherung bestimmt das Nähere zum Verfahren der Zahlung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nach Satz 2. Der Verband der

Privaten Krankenversicherung bestimmt das Nähere zur Zahlung der Beträge der privaten Krankenversicherungsunternehmen nach Satz 3.

(4) Nach Abschluss der Zahlungen nach Absatz 3 Satz 2 und 3 durch das Bundesamt für Soziale Sicherung und durch den Verband der Privaten Krankenversicherung übermittelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. März 2021 eine krankenhausbegleitende Aufstellung der ausgezahlten Mittel und stellt diese Übersicht auch dem Bundesamt für Soziale Sicherung und dem Verband der Privaten Krankenversicherung zur Verfügung.

(5) Die Krankenhausträger haben die Prämien nach Absatz 2 bis zum 31. Dezember 2020 an die Beschäftigten nach Absatz 2 auszusahlen. Den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 oder Nummer 2 ist bis zum 30. September 2021 eine Bestätigung über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel des Jahresabschlussprüfers vorzulegen. Werden die Bestätigungen nicht oder nicht vollständig vorgelegt oder wurden die Mittel nicht zweckentsprechend verwendet, ist der entsprechende Betrag an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zurückzuzahlen. Dieser zahlt 93 Prozent des Betrags über das Bundesamt für Soziale Sicherung an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und 7 Prozent des Betrags über den Verband der Privaten Krankenversicherung an die privaten Krankenversicherungsunternehmen zurück.

§ 26b Kostentragung für durch den Bund beschaffte Arzneimittel mit dem Wirkstoff Remdesivir

(1) Die Beschaffung von Arzneimitteln mit dem Wirkstoff Remdesivir für den Zeitraum Oktober 2020 bis März 2021 erfolgt zentral über den Bund im Rahmen des Joint Procurement Agreement der Europäischen Kommission.

(2) Die Kosten für nach Absatz 1 beschaffte Arzneimittel sind aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds sowie von den privaten Krankenversicherungsunternehmen zu erstatten. Das Bundesministerium für Gesundheit teilt dem Bundesamt für Soziale Sicherung und dem Verband der Privaten Krankenversicherung die Höhe der für die Beschaffung nach Absatz 1 entstandenen Kosten mit. Auf Grundlage des nach Satz 2 mitgeteilten Betrages zahlen

1. das Bundesamt für Soziale Sicherung 93 Prozent des Betrages nach Satz 2 aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und

2. der Verband der Privaten Krankenversicherung 7 Prozent des Betrages nach Satz 2

innerhalb von fünf Wochen nach Mitteilung des Betrages nach Satz 2 an das Bundesministerium für Gesundheit. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen zahlen an den Verband der Privaten Krankenversicherung Beträge in der Gesamthöhe des Betrages nach Satz 3 Nummer 2. Der Verband der Privaten Krankenversicherung bestimmt das Nähere zur Zahlung dieser Beträge der privaten Krankenversicherungsunternehmen.

(3) Die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 vereinbaren bis zum 26. November 2020

1. den Zeitpunkt, ab dem die Krankenhäuser die Anwendung der nach Absatz 1 beschafften Arzneimittel zu dokumentieren haben,
2. das Nähere zur Dokumentation der Anwendung der nach Absatz 1 beschafften Arzneimittel bei voll- oder teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten, insbesondere zur Dokumentation der angewendeten Mengen und der jeweiligen Kostenträger in maschinenlesbarer Form, und
3. das Verfahren zur Erstellung einer über alle Krankenhäuser zusammengefassten Statistik, insbesondere über die angewendeten Mengen der nach Absatz 1 beschafften Arzneimittel und die Verteilung nach Kostenträgern.

Die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 übermitteln bis zum 31. Oktober 2021 die nach Satz 1 Nummer 3 erstellte Statistik dem Bundesministerium für Gesundheit.

(4) Auf der Grundlage der Statistik nach Absatz 3 Satz 2 ermittelt das Bundesministerium für Gesundheit die Kosten für die gesetzliche Krankenversicherung und die privaten Krankenversicherungsunternehmen und teilt den jeweiligen Betrag dem Bundesamt für Soziale Sicherung und dem Verband der Privaten Krankenversicherung mit. Liegt der nach Satz 1 ermittelte jeweilige Betrag unter dem nach Absatz 2 Satz 3 gezahlten Betrag, erstattet das Bundesministerium für Gesundheit dem Bundesamt für Soziale Sicherung oder dem Verband der Privaten Krankenversicherung den jeweiligen Differenzbetrag. Liegt der nach Satz 1 ermittelte jeweilige Betrag über dem nach Absatz 2 Satz 3 gezahlten Betrag, zahlt das Bundesamt für Soziale Sicherung oder der Verband der Privaten Krankenversicherung dem Bundesministerium für Gesundheit den jeweiligen Differenzbetrag. Die bis zu dem nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Zeitpunkt angewendeten und nach Absatz 1 beschafften Arznei-

mittel werden auf Grundlage der von den Krankenhausapotheken an die Krankenhäuser abgegebenen Mengen ermittelt. Die Kosten für die Arzneimittel nach Satz 4 werden nach den Anteilen nach Absatz 2 Satz 3 von dem Bundesamt für Soziale Sicherung und dem Verband der Privaten Krankenversicherung an das Bundesministerium für Gesundheit erstattet. Der Verband der Privaten Krankenversicherung erstattet den privaten Krankenversicherungsunternehmen den an ihn gezahlten Betrag nach Satz 2. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen erstatten dem Verband der Privaten Krankenversicherung die von ihm zu zahlenden Beträge nach den Sätzen 3 und 5. Der Verband der Privaten Krankenversicherung bestimmt das Nähere zu den Erstattungen nach den Sätzen 6 und 7.

§ 26c Kostenerstattung für durch den Bund beschaffte Produkte

(1) Für nicht anderweitig finanzierte Kosten, die den Krankenhäusern für Produkte entstehen, die während einer vom Deutschen Bundestag nach § 5 Absatz 1 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes festgestellten epidemischen Lage von nationaler Tragweite durch den Bund zentral beschafft, vorfinanziert und kostenpflichtig an die Krankenhäuser abgegeben werden, berechnen die Krankenhäuser bei Patientinnen und Patienten, die zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden und bei deren Versorgung die Produkte zum Einsatz kommen, Zusatzentgelte nach Absatz 2.

(2) Die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 vereinbaren innerhalb von zwei Wochen, nachdem das Bundesministerium für Gesundheit ihnen die Beschaffung der Produkte mitgeteilt hat, die Höhe und die näheren Einzelheiten zur Abrechnung eines Zusatzentgelts nach Absatz 1. Die Höhe der Zusatzentgelte entspricht den nicht anderweitig finanzierten Kosten, die den Krankenhäusern durch den Bezug der Produkte entstanden sind. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht innerhalb dieser Frist zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 die Höhe und die näheren Einzelheiten zur Abrechnung eines Zusatzentgelts ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von zwei weiteren Wochen fest.

§ 26d Erweiterte Sonderleistung an Pflegekräfte aufgrund von besonderen Belastungen durch die SARS-CoV-2-Pandemie

(1) Zugelassene Krankenhäuser, die ihre Leistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz abrechnen und die im Zeitraum vom 1. Januar 2020 bis zum 31. Dezember

2020 durch die voll- oder teilstationäre Behandlung von mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen und Patienten besonders belastet waren, haben für ihre Pflegekräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen, soweit diese durch die Versorgung von mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen und Patienten einer erhöhten Arbeitsbelastung ausgesetzt waren, Anspruch auf eine Auszahlung aus den in Absatz 3 Satz 1 genannten Mitteln, mit der sie diesen Beschäftigten eine Prämie als einmalige Sonderleistung zu zahlen haben. Als besonders belastet gelten Krankenhäuser mit weniger als 500 Betten mit mindestens 20 voll- oder teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten, die mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert waren, sowie Krankenhäuser ab 500 Betten mit mindestens 50 voll- oder teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten, die mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert waren. Krankenhäuser, die nach § 26a Absatz 1 anspruchsberechtigt waren, werden bei der Verteilung berücksichtigt, wenn sie im Zeitraum vom 1. Juni 2020 bis zum 31. Dezember 2020 die Voraussetzungen der Sätze 1 und 2 erfüllt haben. Unter den nach den Sätzen 1 bis 3 anspruchsberechtigten Krankenhäusern werden 150 Millionen Euro nach der jeweiligen Summe der Verweildauertage der voll- oder teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten, die in den in den Sätzen 1 und 3 genannten Zeiträumen in den besonders belasteten Krankenhäusern mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert waren und entlassen wurden, sowie 150 Millionen Euro nach der Anzahl der im Jahr 2019 beschäftigten Pflegekräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen, umgerechnet in Vollkräfte, verteilt. Zusätzlich werden 150 Millionen Euro unter den nach den Sätzen 1 bis 3 anspruchsberechtigten Krankenhäusern verteilt, in denen im Zeitraum nach Satz 1 mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierte Patientinnen und Patienten mehr als 48 Stunden gemäß der Anlage zur Vereinbarung über die Übermittlung von Daten nach § 21 Absatz 4 und Absatz 5 des Krankenhausentgeltgesetzes - Version 2020 für das Datenjahr 2019, Fortschreibung vom 4. Dezember 2019 - beatmet wurden; die Anspruchshöhe wird nach der Anzahl dieser Fälle im jeweiligen Krankenhaus bemessen. Der jedem anspruchsberechtigten Krankenhaus nach Maßgabe der Sätze 4 und 5 zustehende Betrag wird durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus auf der Grundlage der Daten ermittelt, die dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach § 24 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 sowie nach § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e des Krankenhausentgeltgesetzes zur Verfügung stehen. Das Institut für das Entgeltsystem im Kranken-

haus veröffentlicht für jedes anspruchsberechtigte Krankenhaus unter Angabe des Namens und des Kennzeichens nach § 293 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch das Prämienvolumen nach den Sätzen 4 und 5 bis zum 7. April 2021 barrierefrei auf seiner Internetseite.

(2) Die Auswahl der Prämienempfängerinnen und Prämienempfänger sowie die Bemessung der individuellen Prämienhöhe entsprechend der Belastung durch die Versorgung von mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen und Patienten obliegt dem Krankenhausträger im Einvernehmen mit der Arbeitnehmervertretung. Zudem sollen neben den in Absatz 1 Satz 1 Genannten auch andere Beschäftigte für die Zahlung einer Prämie ausgewählt werden, die aufgrund der Versorgung von mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen und Patienten besonders belastet waren.

(3) Zur Finanzierung der Prämien nach Absatz 1 zahlt das Bundesamt für Soziale Sicherung einen Betrag von 450 Millionen Euro bis zum 14. April 2021 aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Der Bund erstattet den Betrag nach Satz 1 unverzüglich an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen leitet den Betrag nach Satz 1 auf Grundlage der Veröffentlichung nach Absatz 1 Satz 7 an die anspruchsberechtigten Krankenhäuser weiter. Nach Abschluss der Zahlungen nach Satz 3 übermittelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. September 2021 eine krankenhausbefugte Aufstellung der ausgezahlten Mittel.

(4) Die Krankenhausträger haben die Prämien nach Absatz 2 bis zum 30. Juni 2021 an die Beschäftigten nach Absatz 2 auszuführen. Den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 oder Nummer 2 und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen ist bis zum 31. März 2022 eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel vorzulegen. Werden die Bestätigungen nicht oder nicht vollständig vorgelegt oder wurden die Mittel nicht zweckentsprechend verwendet, ist der entsprechende Betrag bis zum 30. April 2022 an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zurückzuführen. Dieser leitet die Beträge nach Satz 3 unverzüglich an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds weiter. Das Bundesamt für Soziale Sicherung erstattet die Summe der Beträge nach Satz 4 bis zum 30. Juni 2022 aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds an den Bund. Soweit die Zahlungen nach Satz 1 zur Folge haben, dass der Betrag nach § 3 Num-

mer 11a des Einkommensteuergesetzes für einzelne Beschäftigte überschritten wird, können die Krankenhäuser auch Arbeitgeberanteile an den Sozialversicherungsbeiträgen für die Zahlungen nach Satz 1 aus den Mitteln nach Absatz 3 Satz 3 decken.

(5) Die nach Absatz 1 Satz 1 bis 3 anspruchsberechtigten Krankenhäuser berichten dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum 31. März 2022 in anonymisierter Form über die Anzahl der Prämienempfängerinnen und Prämienempfänger, die jeweilige Prämienhöhe und die der Verteilung nach Absatz 2 zugrunde liegenden Kriterien. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann den Krankenhäusern weitere Vorgaben zum Inhalt der Berichte machen und erstellt auf der Grundlage der Berichte einen Abschlussbericht, den er bis zum 31. August 2022 dem Bundesministerium für Gesundheit vorlegt.

§ 26e Erneute Sonderleistung an Pflegefachkräfte aufgrund von besonderen Belastungen durch die SARS-CoV-2-Pandemie

(1) Ist ein zugelassenes Krankenhaus, das seine Leistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz abrechnet, im Zeitraum vom 1. Januar 2021 bis zum 31. Dezember 2021 besonders belastet gewesen durch die vollstationäre Behandlung von Patientinnen und Patienten, die mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert gewesen sind, so hat es Anspruch auf eine Auszahlung aus Bundesmitteln in der nach Absatz 6 ermittelten Höhe. Als besonders belastet gilt ein Krankenhaus, in dem im Zeitraum nach Satz 1 mehr als zehn Patientinnen und Patienten behandelt worden sind, die

1. mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert gewesen sind und
2. mehr als 48 Stunden gemäß der Anlage zur Vereinbarung über die Übermittlung von Daten nach § 21 Absatz 4 und 5 des Krankenhausentgeltgesetzes - Version 2021 für das Datenjahr 2020, Fortschreibung vom 24. November 2020 - beatmet worden sind.

Welches Krankenhaus Anspruch auf die Auszahlung aus Bundesmitteln hat, ermittelt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus auf der Grundlage der Daten, die ihm nach § 21 Absatz 3b Satz 1 Nummer 3 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Datenjahr 2021 zur Verfügung stehen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht bis zum 1. Juli 2022 eine Übersicht über alle Krankenhäuser, die einen Anspruch auf die Auszahlung aus Bundesmitteln haben, barrierefrei auf seiner Internetseite. In der Veröffentlichung sind jeweils der Name des Krankenhauses und sein Kennzeichen nach § 293 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetz-

buch anzugeben.

(2) Erhält ein Krankenhaus die Auszahlung aus Bundesmitteln, muss es mit dem ausgezahlten Betrag eine Prämie als einmalige Sonderleistung an diejenigen Pflegefachkräfte zahlen, die im Jahr 2021 für mindestens 185 Tage in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen in dem Krankenhaus beschäftigt gewesen sind. In Satz 1 genannte Pflegefachkräfte, die als Intensivpflegefachkräfte im Jahr 2021 für mindestens drei Monate in der Intensivpflege tätig waren, erhalten eine um den Faktor 1,5 erhöhte Prämie. Die Zahlung soll innerhalb von vier Wochen erfolgen, nachdem das Krankenhaus seine Auszahlung vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Absatz 7 Satz 4 erhalten hat. An Pflegefachkräfte nach den Sätzen 1 und 2, die im Jahr 2021 an mindestens einem Tag in Teilzeit in dem Krankenhaus beschäftigt waren und an Pflegefachkräfte nach den Sätzen 1 und 2, die nicht im gesamten Jahr 2021 in dem Krankenhaus beschäftigt waren, muss das Krankenhaus die Prämie anteilig in der Höhe zahlen, die dem Verhältnis ihrer vertraglichen Arbeitszeit zu der Arbeitszeit in Vollzeitbeschäftigung und dem Verhältnis der Dauer ihrer Beschäftigung in dem Krankenhaus zur Ganzjahresbeschäftigung entspricht.

(3) Pflegefachkräfte im Sinne des Absatzes 2 sind Personen, die über die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1, § 58 Absatz 1 oder Absatz 2 oder § 64 des Pflegeberufgesetzes, auch in Verbindung mit § 66 Absatz 1 oder Absatz 2 des Pflegeberufgesetzes, verfügen. Intensivpflegefachkräfte im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind Pflegefachkräfte im Sinne des Satzes 1, die über eine abgeschlossene landesrechtliche Weiterbildung als Fachkrankenschwester für Intensivpflege und Anästhesie oder als Fachkrankenschwester für Intensivpflege und Anästhesie verfügen.

(4) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus fordert die Krankenhäuser, die Anspruch auf die Auszahlung aus Bundesmitteln haben, bis zum 4. Juli 2022 auf, ihm bis zum 31. Juli 2022 die folgenden Angaben mitzuteilen:

1. die Anzahl der in Absatz 2 Satz 1 genannten Pflegefachkräfte, umgerechnet in Vollkräfte,
2. die Anzahl der in Absatz 2 Satz 2 genannten Intensivpflegefachkräfte, umgerechnet in Vollkräfte,
3. die Anzahl der nach § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e des Krankenhausentgeltgesetzes für das Datenjahr 2021 an das Institut für das Entgelt-

system im Krankenhaus gemeldeten Pflegefachkräfte, die im Jahr 2021 insgesamt in der Intensivpflege eingesetzt waren, umgerechnet in Vollkräfte.

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus kann den Krankenhäusern weitere Vorgaben zum Inhalt und zur Ausgestaltung der Mitteilung machen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus prüft die ihm nach Satz 1 mitgeteilten Daten auf der Grundlage der Daten, die ihm nach § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e des Krankenhausentgeltgesetzes für das Datenjahr 2021 zur Verfügung stehen, auf Plausibilität.

(5) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt die Prämienhöhe für die in Absatz 2 Satz 1 genannten Pflegefachkräfte, umgerechnet in Vollkräfte, indem es

1. von der Gesamtzahl aller nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 mitgeteilten Pflegefachkräfte die Gesamtzahl aller nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 mitgeteilten Intensivpflegefachkräfte abzieht,
2. die Gesamtzahl aller nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 mitgeteilten Intensivpflegefachkräfte mit 1,5 multipliziert,
3. die nach Nummer 1 ermittelte Zahl zu der nach Nummer 2 ermittelten Zahl addiert und
4. einen Betrag von 500 Millionen Euro durch die nach Nummer 3 ermittelte Zahl dividiert.

Bei der Ermittlung sind die nach Durchführung der Plausibilitätsprüfung nach Absatz 4 Satz 3 ermittelten Werte zu Grunde zu legen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt die Prämienhöhe für die in Absatz 2 Satz 2 genannten Intensivpflegefachkräfte, umgerechnet in Vollkräfte, indem es die nach Satz 1 ermittelte Prämienhöhe mit 1,5 multipliziert.

(6) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt für jedes Krankenhaus die Höhe der Auszahlung aus Bundesmitteln, auf die das Krankenhaus nach Absatz 1 Satz 1 einen Anspruch hat, indem es

1. die nach Absatz 5 Satz 1 für Pflegefachkräfte ermittelte Prämienhöhe mit der nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 mitgeteilten Anzahl der Pflegefachkräfte abzüglich der nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 mitgeteilten Anzahl der Intensivpflegefachkräfte multipliziert,

2. die nach Absatz 5 Satz 3 für Intensivpflegefachkräfte ermittelte Prämienhöhe mit der nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 mitgeteilten Anzahl der Intensivpflegefachkräfte multipliziert und
3. die nach den Nummern 1 und 2 ermittelten Beträge addiert.

Bei der Ermittlung sind die nach Durchführung der Plausibilitätsprüfung nach Absatz 4 Satz 3 ermittelten Werte zu Grunde zu legen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erlässt für jedes Krankenhaus, das Anspruch auf die Auszahlung aus Bundesmitteln hat, bis zum 30. September 2022 einen Bescheid nach § 31 Absatz 2, der den Namen des Krankenhauses und sein Kennzeichen nach § 293 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch enthält und Folgendes festlegt:

1. die Höhe des Auszahlungsbetrags,
2. die nach Absatz 5 ermittelte Prämienhöhe für Pflegefachkräfte und Intensivpflegefachkräfte,
3. die Anzahl der seiner Berechnung nach Absatz 5 zu Grunde gelegten in Vollkräfte umgerechneten Pflegefachkräfte und Intensivpflegefachkräfte.

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen sowie dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 4. Oktober 2022 unter Angabe der Namen der Krankenhäuser und ihrer Kennzeichen nach § 293 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eine krankenhausbefugte Aufstellung der Angaben nach Satz 3 Nummer 1 bis 3. Krankenhäuser, die die Angaben nach Absatz 4 Satz 1 nicht oder nicht rechtzeitig mitgeteilt haben, erhalten keine Auszahlung aus Bundesmitteln und zahlen keine Prämien nach Absatz 2.

(7) Das Bundesamt für Soziale Sicherung zahlt einen Betrag in Höhe von 500 Millionen Euro bis zum 4. Oktober 2022 aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung unterrichtet das Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich über die Auszahlung. Der Bund erstattet den gezahlten Betrag innerhalb von einer Woche nach der Unterrichtung nach Satz 2 an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen leitet den Auszahlungsbetrag in der Höhe, der in dem Bescheid nach Absatz 6 Satz 3 für das jeweilige Krankenhaus festgelegt wurde, an das jeweilige Krankenhaus weiter. Nach Abschluss der Weiterleitungen nach Satz 4 übermittelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Januar 2023 eine krankenhausbefugte

Aufstellung der weitergeleiteten Beträge. Die notwendigen Aufwendungen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Erfüllung der Aufgaben nach dieser Vorschrift sind aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 zu finanzieren, der erforderlichenfalls entsprechend zu erhöhen ist.

(8) Jedes Krankenhaus, das die Auszahlung aus Bundesmitteln erhalten hat, muss den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 oder Nummer 2, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bis zum 30. September 2023 eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel vorlegen, die auch die Anzahl der in Absatz 2 Satz 1 genannten Pflegefachkräfte, die nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 mitgeteilte Anzahl der Intensivpflegefachkräfte und die Anzahl der im Jahr 2021 insgesamt in der Intensivpflege eingesetzten Pflegefachkräfte beinhalten muss. Werden die Bestätigungen nicht oder nicht vollständig vorgelegt oder wurden die Mittel nicht zweckentsprechend verwendet, ist der entsprechende Betrag bis zum 31. Dezember 2023 an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zurückzuzahlen. Dieser leitet die zurückgezahlten Beträge an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds weiter. Das Bundesamt für Soziale Sicherung erstattet die Summe der zurückgezahlten Beträge bis zum 31. Juli 2024 aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds an den Bund.

§ 26f Ausgleich für Steigerungen der Kosten für den Bezug von Erdgas, Wärme und Strom

(1) Zugelassene Krankenhäuser erhalten für den Zeitraum vom 1. Oktober 2022 bis zum 30. April 2024 aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zwei krankenhaushausindividuelle Ausgleichszahlungen zum pauschalen Ausgleich von mittelbar durch den Anstieg der Energiepreise verursachten Kostensteigerungen und krankenhaushausindividuelle Erstattungsbeträge zum Ausgleich ihrer gestiegenen Kosten für den Bezug von leitungsgebundenem Erdgas, leitungsgebundener Fernwärme und leitungsgebundenem Strom. Der Bund stellt der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Verfügung:

1. bis zum 17. Januar 2023 einen Betrag für das Jahr 2023 in Höhe von bis zu 4,5 Milliarden Euro und
2. bis zum 29. Dezember 2023 einen Betrag für das Jahr 2024 in Höhe von bis zu weiteren 1,5 Milliarden Euro.

Mittel aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds, die im Jahr 2023 nicht an die Länder oder die benannten Krankenkassen gezahlt worden sind, stehen für Zahlungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds im Jahr 2024 zur Verfügung. Nach Abschluss der Zahlungen an die Länder und an die benannten Krankenkassen nach dieser Vorschrift nicht gezahlte Mittel werden an den Bund zurückgeführt.

(2) Für die Ermittlung der Höhe der ersten krankenhausesindividuellen Ausgleichszahlung nach Absatz 1 Satz 1 übermitteln die zugelassenen Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und ihrer Vereinigungen bis zum 10. Januar 2023 die Anzahl ihrer auf die akutstationäre Versorgung der gesetzlichen Unfallversicherung entfallenden Betten und Intensivbetten an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, die diese Anzahl und die Summe der ihnen nach § 21 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 des Krankenhausentgeltgesetzes zum 31. März 2022 durch die Datenstelle jeweils übermittelte Anzahl der aufgestellten Betten und Intensivbetten der Krankenhäuser addieren und das Ergebnis bis zum 15. Januar 2023 an das Bundesamt für Soziale Sicherung übermitteln. Das Bundesamt für Soziale Sicherung teilt einen Betrag in Höhe von 1,5 Milliarden Euro auf die Länder entsprechend dem Verhältnis der von diesen jeweils fristgerecht übermittelten Bettenanzahlen auf und zahlt den hiernach auf jedes Land entfallenden Betrag am 31. Januar 2023, am 28. Februar 2023 und am 31. März 2023 in drei gleichen Teilbeträgen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds an das jeweilige Land zur Weiterleitung an die Krankenhäuser entsprechend dem Verhältnis der jeweiligen Bettenanzahl. Nach dem 15. Januar 2023 übermittelte Daten zur Bettenanzahl bleiben bei der Aufteilung nach Satz 2 unberücksichtigt.

(2a) Für die Ermittlung der Höhe der zweiten krankenhausesindividuellen Ausgleichszahlung nach Absatz 1 Satz 1 addieren die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden die Anzahl der ihnen nach Absatz 2 Satz 1 übermittelten auf die akutstationäre Versorgung der gesetzlichen Unfallversicherung entfallenden Betten und Intensivbetten der zugelassenen Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und ihrer Vereinigungen und die Summe der ihnen nach § 21 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 des Krankenhausentgeltgesetzes zum 1. Juli 2023 durch die Datenstelle für das Kalenderjahr 2022 jeweils übermittelten Anzahl der aufgestellten Betten und Intensivbetten der Krankenhäuser und übermitteln das Ergebnis bis zum 15. August 2023 an das Bundesamt für Soziale Sicherung. Das Bundesamt für Soziale Sicherung teilt einen Betrag in Höhe von 2,5 Milliarden Euro auf die Länder ent-

sprechend dem Verhältnis der von diesen jeweils fristgerecht übermittelten Bettenanzahlen auf und zahlt den hiernach auf jedes Land entfallenden Betrag am 29. September 2023, am 30. November 2023 und am 31. Mai 2024 in drei gleichen Teilbeträgen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds an das jeweilige Land zur Weiterleitung an die Krankenhäuser entsprechend dem Verhältnis der jeweiligen Bettenanzahl, soweit sich aus Absatz 6 Satz 7 keine abweichende Berechnung des am 31. Mai 2024 zu zahlenden Teilbetrages ergibt. Nach dem 15. August 2023 übermittelte Daten zur Bettenanzahl bleiben bei der Aufteilung nach Satz 2 unberücksichtigt.

(3) Die Krankenhäuser ermitteln die Höhe der krankenhaushausindividuellen Erstattungsbeträge nach Absatz 1 Satz 1 für folgende Zeiträume getrennt:

1. Oktober 2022 bis Dezember 2022,
2. Januar 2023 bis Dezember 2023 und
3. Januar 2024 bis April 2024.

(4) Die Krankenhäuser ermitteln die Höhe des krankenhaushausindividuellen Erstattungsbetrags für den Zeitraum nach Absatz 3 Nummer 1, indem sie von ihren auf die Monate Oktober 2022 bis Dezember 2022 entfallenden Kosten für den Bezug von leitungsgebundenem Erdgas, leitungsgebundener Fernwärme und leitungsgebundenem Strom die Summe abziehen, die dem dreifachen Betrag der für den Monat März 2022 gezahlten Abschläge für leitungsgebundenes Erdgas, leitungsgebundene Fernwärme und leitungsgebundenen Strom entspricht, und das Ergebnis gemäß Absatz 7 Satz 1 Nummer 1 mindern. Soweit in den Bezugskosten nach Satz 1 Kosten von Einrichtungen des Krankenhauses enthalten sind, die nicht der akutstationären Versorgung dienen, insbesondere Kosten medizinischer Versorgungszentren, von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen oder stationärer Pflegeeinrichtungen, sind die Bezugskosten nach Satz 1 um die rechnerisch auf diese Einrichtungen entfallenden Anteile zu verringern. Ist der sich aus der Berechnung nach den Sätzen 1 und 2 ergebende Differenzbetrag größer als null, übermitteln die Krankenhäuser den Differenzbetrag an die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde oder an eine von dieser Landesbehörde benannte Krankenkasse und weisen gegenüber dieser Landesbehörde oder Krankenkasse durch Vorlage der entsprechenden Abrechnungen die Höhe der Bezugskosten nach Satz 1 nach. Nach Prüfung der nach Satz 3 übermittelten Differenzbeträge und vorgelegten Nachweise addiert die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde oder die benannte Krankenkasse die übermittelten Differenzbeträge und übermittelt das Ergebnis bis zum 15. Februar

2023 an das Bundesamt für Soziale Sicherung. Das Bundesamt für Soziale Sicherung zahlt die entsprechenden Beträge aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds an das jeweilige Land oder an die benannte Krankenkasse zur Weiterleitung an die Krankenhäuser.

(5) Die Krankenhäuser ermitteln die Höhe des krankenhausesindividuellen Erstattungsbetrags für den Zeitraum nach Absatz 3 Nummer 2, indem sie

1. von den auf die Monate Januar 2023 bis Dezember 2023 voraussichtlich entfallenden Kosten für den Bezug von leitungsgebundenem Erdgas, leitungsgebundener Fernwärme und leitungsgebundenem Strom die Summe abziehen, die dem zwölfwachen Betrag der für den Monat März 2022 gezahlten Abschläge für leitungsgebundenes Erdgas, leitungsgebundene Fernwärme und leitungsgebundenen Strom entspricht,
2. das Ergebnis nach Nummer 1 gemäß Absatz 7 Satz 1 Nummer 2 mindern und
3. das Ergebnis nach Nummer 2 um den Teil eines sich aus den Jahresrechnungen für leitungsgebundenes Erdgas, leitungsgebundene Fernwärme und leitungsgebundenen Strom für das Jahr 2022 ergebenden Nachzahlungsbetrags erhöhen oder eines sich ergebenden Rückzahlungsbetrags verringern, der auf die Monate Oktober 2022 bis Dezember 2022 entfällt.

Bei der Ermittlung nach Satz 1 sind die Abschläge zu Grunde zu legen, die die Versorgungsunternehmen den Krankenhäusern nach den §§ 4 und 7 des Strompreisbremsegesetzes sowie nach den §§ 6 und 14 des Erdgas-Wärme-Preisbremsegesetzes in Rechnung gestellt haben. Absatz 4 Satz 2 und 3 gilt entsprechend. Nach Prüfung der übermittelten Differenzbeträge und der vorgelegten Nachweise addiert die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde oder die benannte Krankenkasse die übermittelten Differenzbeträge und übermittelt das Ergebnis bis zum 30. April 2023 an das Bundesamt für Soziale Sicherung, das die übermittelten Beträge addiert. Nach dem 30. April 2023 dem Bundesamt für Soziale Sicherung übermittelte Beträge bleiben unberücksichtigt. Das Bundesamt für Soziale Sicherung berechnet nach dem 4. August 2023 einen Höchstbetrag der Erstattungsbeträge für den Zeitraum nach Absatz 3 Nummer 2 als Differenz zwischen dem Betrag nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 und der Summe der nach den Absätzen 2, 2a und 4 im Jahr 2023 an die Länder oder an die benannten Krankenkassen gezahlten Beträge. Unterschreitet die nach Satz 4 berechnete Summe der fristgerecht übermit-

telten Beträge den nach Satz 6 berechneten Höchstbetrag, zahlt das Bundesamt für Soziale Sicherung die fristgerecht übermittelten Beträge in Abständen von jeweils zwei Monaten in drei gleichen Teilbeträgen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds an die Länder oder an die benannten Krankenkassen zur Weiterleitung an die Krankenhäuser. Überschreitet die nach Satz 4 berechnete Summe der fristgerecht übermittelten Beträge den nach Satz 6 berechneten Höchstbetrag, kürzt das Bundesamt für Soziale Sicherung die auf die Länder entfallenden Beträge in dem Verhältnis, in dem die Summe der fristgerecht übermittelten Beträge zu dem Höchstbetrag steht, und zahlt den sich jeweils ergebenden Betrag in Abständen von jeweils zwei Monaten in vier gleichen Teilbeträgen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds an die Länder oder an die benannten Krankenkassen zur Weiterleitung an die Krankenhäuser.

(6) Die Krankenhäuser ermitteln die Höhe des krankenhausesindividuellen Erstattungsbetrags für den Zeitraum nach Absatz 3 Nummer 3, indem sie

1. von den auf die Monate Januar 2024 bis April 2024 voraussichtlich entfallenden Kosten für den Bezug von leitungsgebundenem Erdgas, leitungsgebundener Fernwärme und leitungsgebundenem Strom die Summe abziehen, die dem vierfachen Betrag der für den Monat März 2022 gezahlten Abschläge für leitungsgebundenes Erdgas, leitungsgebundene Fernwärme und leitungsgebundenen Strom entspricht,
2. von dem Ergebnis nach Nummer 1 den Wert nach Absatz 7 Satz 1 Nummer 3 abziehen und
3. das Ergebnis nach Nummer 2 um einen sich aus den Jahresrechnungen für leitungsgebundenes Erdgas, leitungsgebundene Fernwärme und leitungsgebundenen Strom für das Jahr 2023 ergebenden Nachzahlungsbetrag erhöhen oder einen sich ergebenden Rückzahlungsbetrag verringern.

Absatz 4 Satz 2 und 3 gilt entsprechend. Nach Prüfung der übermittelten Differenzbeträge nach Satz 1 und der vorgelegten Nachweise addiert die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde oder die benannte Krankenkasse die übermittelten Differenzbeträge und übermittelt das Ergebnis bis zum 30. April 2024 an das Bundesamt für Soziale Sicherung, das die übermittelten Beträge addiert. Nach dem 30. April 2024 dem Bundesamt für Soziale Sicherung übermittelte Beträge bleiben bei der Berechnung unberücksichtigt. Das Bundesamt für Soziale Sicherung berechnet einen Höchstbetrag der Erstattungsbeträge für den Zeitraum nach Absatz 3

Nummer 3, indem es den Betrag nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 und den für das Jahr 2023 nicht gezahlten Betrag nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 addiert und von dieser Summe die nach Absatz 2a Satz 2 im Jahr 2024 vorgesehenen und die nach Absatz 8 Satz 6 im Jahr 2024 an die Länder gezahlten Beträge abzieht. Unterschreitet die Summe der fristgerecht übermittelten Beträge den nach Satz 5 berechneten Höchstbetrag, zahlt das Bundesamt für Soziale Sicherung die fristgerecht übermittelten Beträge aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds an die Länder oder die benannten Krankenkassen zur Weiterleitung an die Krankenhäuser. Überschreitet die Summe der fristgerecht übermittelten Beträge den Höchstbetrag, kürzt das Bundesamt für Soziale Sicherung den für das Jahr 2024 vorgesehenen Teilbetrag nach Absatz 2a Satz 2 um den Betrag, um den die fristgerecht übermittelten Beträge den Höchstbetrag übersteigen und zahlt die fristgerecht übermittelten Beträge aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds an die Länder oder die benannten Krankenkassen zur Weiterleitung an die Krankenhäuser; überschreitet die Summe der fristgerecht übermittelten Beträge den Höchstbetrag einschließlich des für das Jahr 2024 vorgesehenen Teilbetrags nach Absatz 2a Satz 2, kürzt das Bundesamt für Soziale Sicherung die auf die Länder entfallenden Beträge in dem Verhältnis, in dem die Summe der übermittelten Beträge zu dem Höchstbetrag einschließlich des für das Jahr vorgesehenen Teilbetrags nach Absatz 2a Satz 2 steht und zahlt den sich jeweils ergebenden Betrag aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds an die Länder oder an die benannten Krankenkassen zur Weiterleitung an die Krankenhäuser.

(7) Bei der Ermittlung der krankenhausesindividuellen Erstattungsbeträge nach den Absätzen 4 bis 6 ist durch die Krankenhäuser mindernd zu berücksichtigen:

1. bei der Ermittlung der krankenhausesindividuellen Erstattungsbeträge nach Absatz 4 der Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b des Krankenhausentgeltgesetzes für das Jahr 2022,
2. bei der Ermittlung der krankenhausesindividuellen Erstattungsbeträge nach Absatz 5 der Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b des Krankenhausentgeltgesetzes für das Jahr 2023 und
3. bei der Ermittlung der krankenhausesindividuellen Erstattungsbeträge nach Absatz 6 der Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b des Krankenhausentgeltgesetzes für das Jahr 2024.

Die jeweils aufgrund der Verminderung nach Satz 1 abzuziehenden Beträge gehen

nicht in den Gesamt- betrag oder die Erlösausgleiche nach diesem Gesetz oder der Bundespflegegesetzverordnung ein.

(8) Krankenhäuser, die Zahlungen nach Absatz 2 oder Absatz 2a oder den Absätzen 4 bis 6 erhalten haben, sind verpflichtet, eine Energieberatung durch einen Gebäudeenergieberater durchführen zu lassen und der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde oder der benannten Krankenkasse bis zum 15. Januar 2024 die erfolgte Beratung und die konkreten Maßnahmen zur Umsetzung der Empfehlungen der Energieberatung nachzuweisen. Bei Krankenhäusern, die den Nachweis nach Satz 1 nicht oder nicht rechtzeitig vorlegen, kürzt die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde oder die benannte Krankenkasse den nach Absatz 6 Satz 3 an das Bundesamt für Soziale Sicherheit zu übermittelnden Betrag um 20 Prozent. Die Kosten der Energieberatung nach Satz 1 werden den Krankenhäusern bis zu einer Höhe von 10 000 Euro je Krankenhaus aus den Mitteln nach Absatz 1 Satz 2 erstattet, sofern die Energieberatung im Zeitraum vom 1. Dezember 2022 bis zum 31. Dezember 2023 durchgeführt wird. Förderungen aus anderen öffentlichen Mitteln sind anzurechnen. Die Krankenhäuser legen die entsprechenden Abrechnungen und eine Bestätigung, dass die geltend gemachten Kosten der Energieberatung nicht aus anderen öffentlichen Mitteln gefördert werden, der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde oder der von dieser Landesbehörde benannten Krankenkasse bis zum 15. Februar 2024 vor. Nach Prüfung der vorgelegten Nachweise addiert die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde oder die von dieser Landesbehörde benannte Krankenkasse die geltend gemachten Kosten und übermittelt das Ergebnis bis zum 15. März 2024 an das Bundesamt für Soziale Sicherheit. Nach dem 15. März 2024 dem Bundesamt für Soziale Sicherheit übermittelte Beträge bleiben unberücksichtigt. Das Bundesamt für Soziale Sicherheit zahlt die entsprechenden Beträge aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds an das jeweilige Land oder an die benannte Krankenkasse zur Weiterleitung an die Krankenhäuser.

(9) Die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 vereinbaren bis zum 15. Januar 2023 das Nähere zum Nachweis der Bezugskosten für leitungsgebundenes Erdgas, leitungsgebundene Fernwärme und leitungsgebundenen Strom. Kommt eine Vereinbarung nicht innerhalb dieser Frist zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 ohne Antrag einer Vertragspartei den Inhalt der Vereinbarung innerhalb von zwei Wochen fest.

(10) Das Bundesamt für Soziale Sicherung bestimmt das Nähere zum Verfahren der Übermittlung der von den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden oder den benannten Krankenkassen addierten Differenzbeträge sowie zum Verfahren der Zahlung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nach den Absätzen 2, 2a und 4 bis 6. Das Bundesamt für Soziale Sicherung teilt dem Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich die Höhe der an die jeweiligen Länder oder benannten Krankenkassen nach den Absätzen 2, 2a und 4 bis 6 gezahlten Beträge mit.

(11) Die Länder oder die benannten Krankenkassen übermitteln dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen jeweils zum 30. Juni 2023, zum 30. Juni 2024 und zum 30. September 2024 eine krankenhausbetonte Aufstellung über die krankenhausbetonten Ausgleichszahlungen nach den Absätzen 2 und 2a, über die krankenhausbetonten Erstattungsbeträge nach den Absätzen 4 bis 6 und über die Erstattung der Kosten der Energieberatung nach Absatz 8. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen übermittelt den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 die Höhe der einem Krankenhaus gezahlten krankenhausbetonten Ausgleichszahlungen nach den Absätzen 2 und 2a, der krankenhausbetonten Erstattungsbeträge nach den Absätzen 4 bis 6 und der Erstattung der Kosten der Energieberatung nach Absatz 8.

5. Abschnitt Sonstige Vorschriften

Unterabschnitt 1 Zuständigkeiten, Statistik, Darlehen

§ 27 Zuständigkeitsregelung

Die in diesem Gesetz den Landesverbänden der Krankenkassen zugewiesenen Aufgaben nehmen für die Ersatzkassen die nach § 212 Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch benannten Bevollmächtigten, für die knappschaftliche Krankenversicherung die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und für die Krankenversicherung der Landwirte die örtlich zuständigen landwirtschaftlichen Krankenkassen wahr.

§ 28 Auskunftspflicht und Statistik

(1) Die Träger der nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Krankenhausbehandlung zugelassenen Krankenhäuser und die Sozialleistungsträger sind

verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit sowie den zuständigen Behörden der Länder auf Verlangen Auskünfte über die Umstände zu erteilen, die für die Beurteilung der Bemessung und Entwicklung der Pflegesätze nach diesem Gesetz benötigt werden. Unter die Auskunftspflicht fallen insbesondere die personelle und sachliche Ausstattung sowie die Kosten der Krankenhäuser, die im Krankenhaus in Anspruch genommenen stationären und ambulanten Leistungen sowie allgemeine Angaben über die Patienten und ihre Erkrankungen. Die zuständigen Landesbehörden können darüber hinaus von den Krankenhausträgern Auskünfte über Umstände verlangen, die sie für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben bei der Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung nach diesem Gesetz benötigen.

(2) Die Bundesregierung wird ermächtigt, für Zwecke dieses Gesetzes durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates jährliche Erhebungen über Krankenhäuser einschließlich der in den §§ 3 und 5 genannten Krankenhäuser und Einrichtungen als Bundesstatistik anzuordnen. Die Bundesstatistik auf Grundlage dieser Erhebungen kann insbesondere folgende Sachverhalte umfassen:

1. Art des Krankenhauses und der Trägerschaft,
2. im Krankenhaus tätige Personen nach Geschlecht, Beschäftigungsverhältnis, Tätigkeitsbereich, Dienststellung, Aus- und Weiterbildung,
3. sachliche Ausstattung und organisatorische Einheiten des Krankenhauses,
4. Kosten nach Kostenarten,
5. in Anspruch genommene stationäre und ambulante Leistungen,
6. Patienten nach Alter, Geschlecht, Wohnort, Erkrankungen nach Hauptdiagnosen,
7. Ausbildungsstätten am Krankenhaus.

Auskunftspflichtig sind die Krankenhausträger gegenüber den statistischen Ämtern der Länder; die Rechtsverordnung kann Ausnahmen von der Auskunftspflicht vorsehen. Die Träger der nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Krankenhausbehandlung zugelassenen Krankenhäuser teilen die von der Statistik umfassten Sachverhalte gleichzeitig den für die Krankenhausplanung und -finanzierung zuständigen Landesbehörden mit. Dasselbe gilt für die Träger der nach § 111 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Vorsorge- oder Rehabilitationsbehandlung zugelassenen Einrichtungen.

(3) Die Befugnis der Länder, zusätzliche, von Absatz 2 nicht erfasste Erhebungen

über Sachverhalte des Gesundheitswesens als Landesstatistik anzuordnen, bleibt unberührt.

(4) Das Statistische Bundesamt führt unter Verarbeitung der von der Datenstelle nach § 21 Abs. 3 Satz 1 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten jährlich eine Auswertung als Bundesstatistik zu folgenden Sachverhalten durch:

1. Identifikationsmerkmale der Einrichtung,
2. Patienten nach Anlass und Grund der Aufnahme, Weiterbehandlung, Verlegung und Entlassung sowie Gewicht der unter Einjährigen bei der Aufnahme, Diagnosen einschließlich der Nebendiagnosen, Beatmungsstunden, vor- und nachstationäre Behandlung, Art der Operationen und Prozeduren sowie Angabe der Leistungserbringung durch Belegoperateur, -anästhesist oder -hebamme,
3. in Anspruch genommene Fachabteilungen,
4. Abrechnung der Leistungen je Behandlungsfall nach Höhe der Entgelte insgesamt, der DRG-Fallpauschalen, Zusatzentgelte, Zu- und Abschläge, sonstige sonstigen Entgelte und tagesbezogenen Pflegeentgelte sowie der Vergütung eines Vorhaltebudgets und der krankenhausesindividuellen Tagesentgelte,
5. Zahl der DRG-Fälle, Summe der Bewertungsrelationen einschließlich der Summe der Bewertungsrelationen der nach § 17b Absatz 4 Satz 1 aus dem Vergütungssystem auszugliedernden Pflegepersonalkosten und der Summe der Vorhaltebewertungsrelationen sowie Ausgleichsbeträge nach § 5 Abs. 4 des Krankenhausentgeltgesetzes,
 - 5a. Zahl der Fälle, die mit krankenhausesindividuellen Tagesentgelten abgerechnet werden, und nach § 6c Absatz 5 des Krankenhausentgeltgesetzes ermittelte Ausgleichsbeträge,
6. Anzahl der Auszubildenden und Auszubildenden, jeweils gegliedert nach Berufsbezeichnung nach § 2 Nr. 1a sowie die Anzahl der Auszubildenden nach Berufsbezeichnungen zusätzlich gegliedert nach jeweiligem Ausbildungsjahr.

§ 29 (weggefallen)

§ 30 Darlehen aus Bundesmitteln

Lasten aus Darlehen, die vor der Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan für förderungsfähige Investitionskosten aus Bundesmitteln gewährt worden sind, werden auf Antrag des Krankenhausträgers erlassen, soweit der Krankenhausträger vor dem 1. Januar 1985 von diesen Lasten nicht anderweitig freigestellt worden ist und solange das Krankenhaus in den Krankenhausplan aufgenommen ist. Für die in § 2 Nr. 1a genannten Ausbildungsstätten gilt Satz 1 entsprechend.

Unterabschnitt 2 Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

§ 31 Beleihung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus

(1) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nimmt die Aufgaben als Beliehener wahr, die ihm

1. nach diesem Gesetz, dem Krankenhausentgeltgesetz, dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch und den auf Grundlage dieser Gesetze jeweils erlassenen Rechtsverordnungen übertragen sind oder
2. die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes übertragen, soweit dieses Gesetz, das Krankenhausentgeltgesetz, das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch und die auf Grundlage dieser Gesetze jeweils erlassenen Rechtsverordnungen die Aufgabenübertragung vorsehen.

(2) Die Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 schließt die Befugnis zum Erlass von Verwaltungsakten und zu deren Vollstreckung, zur Rücknahme und zum Widerruf der erlassenen Verwaltungsakte sowie den Erlass der Widerspruchsbescheide ein.

(3) Widerspruch und Anfechtungsklage gegen Entscheidungen des Beliehenen haben keine aufschiebende Wirkung.

§ 32 Eignung zur Aufgabenwahrnehmung

(1) Der Gegenstand der Gesellschaft des Beliehenen darf vorbehaltlich des Absatzes 2 nur auf die Erfüllung der ihm übertragenen Aufgaben und der damit im Zusammenhang stehenden Aufgaben gerichtet sein.

(2) Der Gegenstand der Gesellschaft darf auf andere Aufgaben ausgedehnt werden. Die Erweiterung des Gegenstandes der Gesellschaft bedarf der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit. Sie ist zu erteilen, soweit die beabsichtigte Erweiterung des Gegenstandes der Gesellschaft nicht die Aufgabenerfüllung nach Absatz 1 beeinträchtigt.

(3) Die Bestellung und Abberufung des Geschäftsführers oder der Geschäftsführer des Beliehenen erfolgt in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit. Es kann der Bestellung oder der Abberufung widersprechen, wenn durch die Bestellung oder die Abberufung die Eignung des Beliehenen zur Erfüllung der ihm übertragenen Aufgaben in Frage gestellt wird.

(4) Der Beliehene ist verpflichtet, alle personellen, technischen und organisatorischen Voraussetzungen zur ordnungsgemäßen Erfüllung der ihm übertragenen Aufgaben fortlaufend sicherzustellen.

(5) Der Beliehene hat dem Bundesministerium für Gesundheit

1. beabsichtigte Änderungen des Gesellschaftsvertrages, die sich auf die Wahrnehmung seiner Aufgaben auswirken können, mitzuteilen sowie
2. den festgestellten Jahresabschluss unverzüglich nach seiner Feststellung zusammen mit dem Lagebericht und dem Prüfungsbericht nach § 321 des Handelsgesetzbuchs zu übermitteln.

(6) Die Gesellschafter können das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nur mit Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit auflösen.

§ 33 Aufsicht über den Beliehenen

(1) Der Beliehene unterliegt bei der Wahrnehmung der ihm übertragenen Aufgaben der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit.

(2) Der Beliehene hat dem Bundesministerium für Gesundheit auf Verlangen alle Unterlagen vorzulegen und alle Auskünfte zu erteilen, die zur Ausübung des Aufsichtsrechts auf Grund pflichtgemäßer Prüfung von diesem gefordert werden.

(3) Wird durch das Handeln oder Unterlassen des Beliehenen das Recht verletzt, kann das Bundesministerium für Gesundheit den Beliehenen verpflichten, die Rechtsverletzung zu beheben. Die Verpflichtung kann mit den Mitteln des Verwaltungsvollstreckungsrechts durchgesetzt werden, wenn ihre sofortige Vollziehung angeordnet worden oder sie unanfechtbar geworden ist. Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Zwangsmittel für jeden Fall der Nichtbefolgung androhen. § 13

Absatz 6 Satz 2 des Verwaltungs-Vollstreckungsgesetzes ist nicht anwendbar.

§ 34 Rückgriff

Wird der Bund wegen eines Schadens in Anspruch genommen, den der Beliehene bei der Erfüllung der ihm übertragenen Aufgaben oder von damit im Zusammenhang stehenden Aufgaben einem Dritten durch eine vorsätzliche oder fahrlässige Amtspflichtverletzung zugefügt hat, so kann der Bund gegenüber dem Beliehenen Rückgriff nehmen.

§ 35 Finanzierung

Die Aufwendungen des Beliehenen werden durch den DRG-Systemzuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 ausgeglichen.

§ 36 Unterstützung und Beratung durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus unterstützt und berät das Bundesministerium für Gesundheit nach dessen Weisung bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben hinsichtlich der Krankenhausversorgung und -finanzierung, insbesondere durch die Übermittlung und Erläuterung von Datenauswertungen, soweit nicht Geschäfts- oder Betriebsgeheimnisse betroffen sind. Das Bundesministerium für Gesundheit kann diese Auswertungen auch den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden übermitteln; es setzt die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 über die Art der Unterstützungsleistungen des Instituts in Kenntnis. Die Aufwendungen des Instituts werden durch den Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 ausgeglichen.

§ 37 Aufgaben 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 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 Leis-

tungsdaten zu Krankenhausfällen in dem jeweiligen Land, die auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütet werden, zugrunde zu legen und diesen Krankenhausfällen die Vorhaltebewertungsrelationen für das jeweilige Kalenderjahr, für das die Ermittlung erfolgt, zuzuordnen; bei dieser Ermittlung nicht zu berücksichtigen sind Krankenhausfälle von Krankenhausstandorten, für die nach § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 5 die Angabe übermittelt wurde, dass sie als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt wurden, von Bundeswehrkrankenhäusern, soweit die Krankenhausfälle nicht die Behandlung von Zivilpatientinnen oder Zivilpatienten betreffen, und von Krankenhäusern der gesetzlichen Unfallversicherung, soweit die Kosten der Krankenhausfälle 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 Krankenhausfälle in dem jeweiligen Land, in denen Leistungen aus der jeweiligen Leistungsgruppe erbracht wurden, und der Summe aller Vorhaltebewertungsrelationen des jeweiligen Landes rechnerisch aufzuteilen; die für die rechnerische Aufteilung der Vorhaltevolumina maßgeblichen Leistungsgruppen bestimmen sich nach § 135e Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und abweichend hiervon beginnend mit dem auf das Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch folgenden Kalenderjahr nach den Regelungen dieser Rechtsverordnung. Das sich nach Satz 3 für eine Leistungsgruppe und für ein Land ergebende Vorhaltevolumen ist auf die Krankenhausstandorte in dem jeweiligen Land, für die Krankenhäusern die jeweilige Leistungsgruppe nach § 6a Absatz 1 Satz 1 zugewiesen worden ist, entsprechend dem jeweiligen nach Absatz 2 Satz 2 oder Satz 5 ermittelten Anteil rechnerisch aufzuteilen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erstellt bis zum 30. September 2025 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. Abweichend von Satz 2 erster Halbsatz beläuft sich für die Kalenderjahre 2026 bis 2028 das Vorhaltevolumen für ein Land jeweils auf den Durchschnitt der vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Kalenderjahre 2023 und 2024 jeweils nach Maßgabe des Satzes 7 zu ermittelnden Vorhaltevolumina in dem Land. Für die Ermittlung der Vorhaltevolumina für ein Land für die Kalenderjahre 2023 und 2024 hat das Institut für

das Entgeltsystem im Krankenhaus die nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das jeweilige Kalenderjahr übermittelten Leistungsdaten zu Krankenhausfällen in dem jeweiligen Land, die auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütet werden, zugrunde zu legen und diesen Krankenhausfällen die Vorhaltebewertungsrelationen für das jeweilige Kalenderjahr zuzuordnen und diese Vorhaltebewertungsrelationen für das jeweilige Kalenderjahr zu addieren. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat das Nähere zur Ermittlung der Vorhaltevolumina für die Kalenderjahre 2026 bis 2028 in dem nach Satz 5 zu erstellenden Konzept festzulegen.

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

1. die jeweilige Planfallzahl, wenn diese nach § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 übermittelt wurde,
2. anderenfalls die Anzahl der mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergüteten Fälle dieses Krankenhausstandorts, für die für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr Leistungsdaten 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 Anzahl der von der Leistungsverlagerung betroffenen Fälle erhöhend oder absenkend zu berücksichtigen ist,

3. abweichend von Nummer 2 die nach § 135f Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegte Mindestvorhaltezahle der jeweiligen Leistungsgruppe, sofern die unter Nummer 2 genannte Anzahl der Fälle niedriger ist als diese Mindestvorhaltezahle und der Krankenhausstandort in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgenommen ist.

Der Vorhalte-Casemixindex ist aus den nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr übermittelten Leistungsdaten zu ermitteln, indem die Summe der Vorhaltebewertungsrelationen durch die Anzahl der Fälle dividiert wird; die Vorhaltebewertungsrelationen der Fälle, hinsichtlich derer nach Satz 3 Nummer 2 Leistungsverlagerungen zu berücksichtigen sind, sind bei der Ermittlung des Vorhalte-Casemixindexes der betreffenden Krankenhausstandorte erhöhend oder absenkend zu berücksichtigen. In dem Fall, dass das jeweilige Krankenhaus in einem Kalenderjahr erstmals Leistungen aus einer Leistungsgruppe erbringt, ist Satz 2 für die folgenden Kalenderjahre bis zur nächsten nach Satz 7 durchgeführten Ermittlung mit der Maßgabe anzuwenden, dass an die Stelle des dort genannten Produkts das Produkt der nach § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 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

1. bei der jeweils vorangegangenen Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils als Anzahl der Fälle nach Satz 3 Nummer 1 eine Planfallzahl berücksichtigt wurde oder
2. die jeweils aktuellste Anzahl der mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergüteten Fälle des betreffenden Krankenhausstandorts, für die nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes Leistungsdaten übermittelt wurden, um mehr als 20 Prozent von der bei der jeweils vorangegangenen Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils berücksichtigten Anzahl der Fälle abweicht, wobei für die an einer Leistungsverlagerung im Sinne des § 135f Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beteiligten Krankenhausstandorte jeweils die Anzahl der von der Leistungsverlagerung betroffenen 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, eine Vorgabe nach § 6a Absatz 1 Satz 2 zweiter Halbsatz erfolgt, ein in § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 bis 5 genanntes Ereignis in diesem Land eintritt oder nach § 135f Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für eine Leistungsgruppe eine Mindestvorhaltezahle erstmals festgelegt oder geändert wird, 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.

(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 bei 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.

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

(5) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus stellt bis zum 10. Dezember eines jeden Kalenderjahres für das jeweils folgende Kalenderjahr, erstmals bis zum 10. Dezember 2026 für das Kalenderjahr 2027, durch Bescheid gegenüber dem jeweiligen Krankenhausträger für seine Krankenhausstandorte die Höhe 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 das Kalenderjahr 2026 hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bis zum 10. Dezember 2025 dem Krankenhausträger 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, im Kalenderjahr 2025 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 Krankenhausträger, der von dem Ereignis betroffen ist, mit Wirkung zum Zeitpunkt des Eintritts des Ereignisses in dem durch Satz 4 bestimmten Umfang zu widerrufen. Der Umfang des nach Satz 3 zu widerrufenden Teils des Bescheides nach Satz 1 ergibt sich, indem für den jeweiligen Krankenhausträger die Summe der nach Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach Absatz 1 Satz 3 und 4 auf die be-

troffenen 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 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 der nach Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach Absatz 1 Satz 3 und 4 auf die Krankenhausstandorte dieses Krankenhausträgers aufgeteilten Vorhaltevolumina je Leistungsgruppe sowie die Höhe der nach § 39 Absatz 3 Satz 5 auf die Krankenhausstandorte dieses Krankenhausträgers aufgeteilten Förderbeträge barrierefrei auf seiner Internetseite.

§ 38 Aufgaben 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 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 Ab-

satz 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 Betrag jedoch nicht nach Satz 3 auf die Krankenhäuser in dem jeweiligen Land aufzuteilen.

(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 auf ein in § 108 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genanntes zugelassenes Krankenhaus nach Satz 1 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 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 auf die Krankenhäuser nach Satz 1 aufgeteilten Beträge für jedes Kalenderjahr bis zum 10. Dezember des jeweils vorhergehenden Kalenderjahres, erstmals bis zum 10. Dezember 2026, barrierefrei auf seiner Internetseite.

Unterabschnitt 3 Förderbeträge und Förderung der Spezialisierung

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

(1) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus teilt bis zum 10. Dezember eines jeden Kalenderjahres für das jeweils folgende Kalenderjahr, erstmals bis zum

10. Dezember 2026 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 die in der Festlegung nach Absatz 2 Satz 4 einem der Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie oder Intensivmedizin zugeordnet wurde, ein nach § 37 Absatz 1 Satz 1 und 2 ermitteltes Vorhaltevolumen nach § 37 Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilt wurde, nach Maßgabe der Absätze 2 und 3 die folgenden Beträge rechnerisch auf:

1. Pädiatrie: 288 Millionen Euro,
2. Geburtshilfe: 120 Millionen Euro,
3. Stroke Unit: 35 Millionen Euro,
4. Spezielle Traumatologie: 65 Millionen Euro,
5. Intensivmedizin: 30 Millionen Euro.

(2) 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 4 innerhalb von zwei Monaten anzupassen; § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend. In der Vereinbarung nach Satz 2 ist sicherzustellen, dass 20 Millionen Euro von dem in Absatz 1 Nummer 2 genannten Betrag für Krankenhausstandorte vorgesehen werden, die die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136a Absatz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Versorgung in Kreisläufen erfüllen. 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.

(3) Zum Zweck der in Absatz 1 genannten Aufteilung teilt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus die in Absatz 1 Nummer 1 bis 5 genannten Beträge auf die

in der Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 2 oder in der Festlegung nach Absatz 2 Satz 4 den jeweils zugehörigen Bereichen zugeordneten Leistungsgruppen rechnerisch auf. Der auf eine Leistungsgruppe nach Satz 1 aufzuteilende 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 Nummer 1 bis 5 für den Bereich, dem die jeweilige Leistungsgruppe zugeordnet wurde, genannten Betrag multipliziert wird. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus teilt jeden nach Satz 1 auf eine Leistungsgruppe aufgeteilten Betrag auf die Länder auf. Der auf ein Land nach Satz 3 aufzuteilende 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 auf die Leistungsgruppe nach Satz 1 aufgeteilten Betrag multipliziert wird. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus teilt den auf ein Land und eine Leistungsgruppe nach Satz 3 aufgeteilten Betrag auf die Krankenhausstandorte in dem jeweiligen Land auf; § 37 Absatz 1 Satz 4 gilt entsprechend.

(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 4 einem in Absatz 1 Nummer 1 bis 5 genannten Bereich zugeordnete Leistungsgruppe einen Prozentsatz als Verhältnis des auf diese Leistungsgruppe nach Absatz 3 Satz 1 aufgeteilten Betrags und des Produkts der Summe aller sich aus der Aufteilung nach § 37 Absatz 1 Satz 3 für das jeweilige Kalenderjahr ergebenden Vorhaltevolumina für diese Leistungsgruppe und des nach § 10 Absatz 9 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes für das dem jeweiligen Kalenderjahr vorausgehende Kalenderjahr berechneten einheitlichen Basisfallwerts.

(5) Wenn während eines Kalenderjahres ein in § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 oder Nummer 3 genanntes Ereignis eintritt und dieses Ereignis mindestens einen Krankenhausstandort betrifft, auf den nach Absatz 3 Satz 5 für mindestens eine der nach Absatz 2 einem in Absatz 1 Nummer 1 bis 5 genannten Bereich zugeordneten Leistungsgruppen ein Betrag aufgeteilt wurde, hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bei der nächsten Aufteilung nach Absatz 1 den auf das jeweilige Land

in der Aufteilung nach Absatz 3 Satz 1 und 3 aufgeteilten Betrag für jede betroffene Leistungsgruppe vor der Aufteilung nach Absatz 3 Satz 5 in dem nach den Sätzen 2 und 3 berechneten Umfang zu erhöhen. Zur Ermittlung des Umfangs der in Satz 1 genannten Erhöhung ist für jeden der von dem in Satz 1 genannten Ereignis betroffenen Krankenhausstandorte der nach Absatz 3 Satz 5 für das Kalenderjahr des in Satz 1 genannten Ereignisses und die jeweilige Leistungsgruppe auf den jeweiligen Krankenhausstandort aufgeteilte Betrag durch 365 zu teilen und mit der Zahl der Kalendertage zu multiplizieren, die zwischen dem in Satz 1 genannten Ereignis und dem Ende des Kalenderjahres lagen, in dem dieses Ereignis eingetreten ist. Der Umfang der in Satz 1 genannten Erhöhung ergibt sich, indem für jede Leistungsgruppe in dem jeweiligen Land die Summe der nach Satz 2 ermittelten Produkte gebildet wird.

§ 40 Aufgaben des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte und des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus hinsichtlich der Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von onkochirurgischen Leistungen

(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 regelmäßig aufgrund 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 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 Grundlage der jeweils aktuellen in § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten deutschen Fassung der Internationalen Klassifikation der Krankheiten und der jeweils aktuellen Fassung des in § 301 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten 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. 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.

(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 Codes 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 für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen und der nach § 135d Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch benannten Stelle barrierefrei die nach Satz 3 veröffentlichte Liste.

(3) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus analysiert auf der Grundlage der nach § 21 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten die Auswirkungen der Veröffentlichung der in Absatz 2 Satz 3 genannten Liste und des Abrechnungsverbots nach § 8 Absatz 4 Satz 6 des Krankenhausentgeltgesetzes auf die Versorgung mit onkochirurgischen Leistungen in den Jahren 2027 bis 2031 und formuliert Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Versorgung mit 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.