

25.03.26**Antrag****des Landes Mecklenburg-Vorpommern**

**Gesetz zur Anpassung der Krankenhausreform
(Krankenhausreformenpassungsgesetz - KHAG)**

Punkt 6 der 1063. Sitzung des Bundesrates am 27. März 2026

Der Bundesrat möge beschließen, zu dem vom Deutschen Bundestag am 6. März 2026 verabschiedeten Gesetz die Einberufung des Vermittlungsausschusses gemäß Artikel 77 Absatz 2 des Grundgesetzes aus den folgenden Gründen zu verlangen:

1. Zu Artikel 1 Nummer 3 (§ 135d Absatz 4 Satz 8 – neu – und Absatz 4a SGB V)

Artikel 1 Nummer 3 § 135d ist wie folgt zu ändern:

a) Nach Absatz 4 Satz 7 ist der folgende Satz einzufügen:

„Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann den Standort eines Krankenhauses, der

1. sich auf die Behandlung einer bestimmten Erkrankung, Krankheitsgruppe, Personengruppe oder eines bestimmten Leistungsspektrums spezialisiert hat,
2. einen relevanten Versorgungsanteil in diesem Bereich leistet und
3. im Krankenhausplan des jeweiligen Landes als Fachkrankenhaus ausgewiesen ist,

der Versorgungsstufe „Level F“ zuordnen; die Zuordnung ist zu begründen.“

b) Absatz 4a ist zu streichen.

Begründung:

Die im Regierungsentwurf des KHAG enthaltene Regelung zur Definition von Fachkrankenhäusern war mit den Ländern abgestimmt und sollte beibehalten werden. Eine Verlagerung der Definitionshoheit auf die Selbstverwaltungsorgane auf Bundesebene erhöht den bürokratischen Aufwand unnötig und untergräbt die Kompetenz in der Krankenhausplanung bei den Ländern.

2. Zu Artikel 1 Nummer 4 (§ 135e Absatz 4 Satz 1 Nummer 6 Buchstabe e SGB V)

Artikel 1 Nummer 4 § 135e Absatz 4 Satz 1 Nummer 6 Buchstabe e ist durch den folgenden Buchstaben e zu ersetzen:

- ,e) in Fällen, in denen das Krankenhaus eine Versorgung durch Belegärzte vorsieht und der Versorgungsauftrag durch die zuständige Landesbehörde auf definierte Leistungen als Teilmenge der zugewiesenen Leistungsgruppe eingeschränkt wird, ist abweichend von den Mindestanforderungen im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ ein Vollzeitäquivalent ausreichend, wobei dem Vollzeitäquivalent in Buchstabe a ein voller vertragsärztlicher Versorgungsauftrag entspricht; die in den Buchstaben b und c festgelegten Kriterien gelten entsprechend und‘.

Begründung:

Anders als in der Begründung zum Gesetzentwurf dargestellt, wird durch die Regelung zur belegärztlichen Versorgung diese nicht weiterhin ermöglicht, sondern sie würde z. B. in Mecklenburg-Vorpommern dazu führen, dass es keine belegärztliche Versorgung in Krankenhäusern mehr gibt. Aufgrund der geringen Anzahl von Fachärzten z. B. in Mecklenburg-Vorpommern wäre die Vorhaltung von Belegärzten im Umfang von drei vollen vertragsärztlichen Versorgungsaufträgen für eine Belegabteilung unmöglich zu erbringen. Belegärzte z. B. in Mecklenburg-Vorpommern erbringen ausgewählte Leistungen an Krankenhäusern – insbesondere in den Bereichen Urologie, Augenheilkunde und Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde – die nicht dem vollen Versorgungsspektrum der jeweiligen Leistungsgruppe entsprechen. Insofern wird vorgeschlagen, dass auch die Vorhaltung von einem Belegarzt ausreicht, wenn die Krankenhausplanungsbehörde den Versorgungsauftrag eng definiert und nur für einige ausgewählte Leistungen zulässt. Auf diese Weise bleibt ein wichtiges Angebot für die Bevölkerung für diese Leistungen erhalten.

3. Zu Artikel 1 Nummer 5 Buchstabe c (§ 135f Absatz 4 Satz 3 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 5 Buchstabe c § 135f Absatz 4 Satz 3 ist nach der Angabe „2026“ die Angabe „mit Wirkung zum 1. April 2027“ einzufügen.

Begründung:

In Flächenländern mit geringer Bevölkerungsdichte wird die Mindestvorhaltezahldirekte Auswirkungen auf die Krankenhausplanung haben, insbesondere in der Kombination möglicher Ausnahmeregelungen und nachdem nachträglich im KHAG geregelt wurde, dass entweder die Erreichung der Mindestvorhaltezahlor die Erteilung einer Ausnahme gegeben sein muss, damit ein Krankenhaus überhaupt eine Vorhaltevergütung bekommt. Im KHAG muss daher eine Harmonisierung der Zeitfristen für das Inkrafttreten der Mindestvorhaltezahlen sowie für die Möglichkeit der Erteilung von Ausnahmen im Benehmen mit den Krankenkassen erfolgen. Geschieht dies nicht, wäre z. B. für Mecklenburg-Vorpommern der Kompromiss in § 6a Absatz 4 Satz 3 KHG praktisch wertlos, wonach bis zum 31. Dezember 2026 Ausnahmen bei der Zuweisung von Leistungsgruppen lediglich im Benehmen mit den Krankenkassen erfolgen können. Daher sollte klargestellt werden, dass sowohl die Regelungen zu den Mindestvorhaltezahlen als auch die Regelungen zur Ausnahmeerteilung im Benehmen jeweils ab dem 1. April 2027 wirken. Somit bleibt der Krankenhausplanungsbehörde ein Zeitfenster von drei Monaten, um bei der Zuweisung der Leistungsgruppen sowohl die Mindestvorhaltezahlas auch die Abwägung zur Erteilung von Ausnahmen sachgerecht einzubeziehen.

4. Zu Artikel 1 Nummer 5 allgemein

Die Vorgabe bundeseinheitlicher Mindestvorhaltezahlen geht zulasten der Bevölkerung in dünn besiedelten Gebieten. Der Bundesrat fordert daher die Bemessung von Mindestvorhaltezahlen so zu gestalten, dass auch in ländlichen Gebieten mit geringer Bevölkerungsdichte diese Mindestvorhaltezahlen erreicht und damit erforderliche Leistungen wohnortnah vorgehalten werden können.

Begründung:

Das bisher vorgegebene und durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen beschriebene Verfahren zur Ermittlung der Mindestvorhaltezahlen berücksichtigt die flächendeckende Versorgung nicht ausreichend. Krankenhäuser in dünn besiedelten, ländlichen Regionen erfüllen eine wichtige Rolle, insbesondere in der Basis- und Notfallversorgung der Bevölkerung. Ohne eine Berücksichtigung der Tatsache, dass diese Krankenhäuser aufgrund der geringen Bevölkerungsdichte in ihrem Versorgungsbereich nicht in der Lage sein werden, bundesweit einheitliche Mindestvorhaltezahlen zu erreichen, gefährden diese die flächendeckende, wohnortnahe Versorgung.

5. Zum Anhang (zu Artikel 1 Nummer 15) Anlage 1 (zu § 135e SGB V)

Im Anhang zu Artikel 1 Nummer 15 Anlage 1 ist in der Spalte „Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen“ jeweils die Angabe „Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden“ zu streichen.

Begründung:

Im Gesetzentwurf wurden die Pflegepersonaluntergrenzen als Mindestanforderung gestrichen, wobei die enthaltene Begründung weiterhin hochrelevant ist: „Der Verweis auf die Einbeziehung der Erfüllung der PpUGV als Qualitätskriterium wird durchgängig gestrichen. Durch diese Streichung soll im Sinne des Bürokratieabbaus im Kontext der Leistungsgruppen auf eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst verzichtet werden, da diese keinen Mehrwert mit sich bringt. Die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen wird bereits nach den im § 137i SGB V festgelegten Regeln nachgewiesen und sanktioniert. Die Pflegepersonaluntergrenzen sind ein wichtiges Instrument, um die minimale notwendige Pflegepersonalausstattung in Krankenhäusern zu gewährleisten. Die vorliegende Regelung ändert nichts daran, dass die in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen für die pflegesensitiven Bereiche in Krankenhäusern verbindlich gelten und von den Krankenhäusern stets einzuhalten sind.“

6. Zu Artikel 2 Nummer 2 (§ 6a Absatz 4 Satz 2 (KHG))

In Artikel 2 Nummer 2 § 6a Absatz 4 Satz 2 ist die Angabe „31. Dezember 2026“ durch die Angabe „31. März 2027“ und die Angabe „1. Januar 2027“ durch die Angabe „1. April 2027“ zu ersetzen.

Begründung:

Die Länder haben mit Beginn des Reformprozesses gefordert, dass die Erteilung von Ausnahmen bei der Zuweisung von Leistungsgruppen lediglich im Benehmen und nicht im Einvernehmen mit den Krankenkassen erfolgen muss, da ansonsten ihre Kompetenz in der Krankenhausplanung massiv beeinträchtigt wird. Im parlamentarischen Verfahren wurde diese Forderung insoweit aufgegriffen, dass tatsächlich nur ein Benehmen erforderlich ist. Dies allerdings nur, wenn die Länder bis zum 31. Dezember 2026 die Leistungsgruppen zuweisen. Diese Frist ist jedoch insbesondere für ländlich geprägte Länder nicht sinnvoll nutzbar, da bei der Beurteilung von Ausnahmen zwingend die Mindestvorhaltezahlen berücksichtigt werden müssen, die jedoch erst wenige Tage vorher (am 12. Dezember 2026) verkündet werden sollen. Daher wird als Kompromiss

vorgeschlagen, die Ausnahmemöglichkeit im Benehmen mit den Kassen z. B. auf den 31. März 2027 zu verschieben, unter der Voraussetzung, dass das Inkrafttreten der Rechtsverordnung zu den Mindestvorhaltezahlen z. B. zum 1. April 2027 erfolgt. Dies stellt bereits einen Kompromiss zur ursprünglichen Forderung der Länder dar, grundsätzlich nur im Benehmen mit den Kassen Ausnahmen zuweisen zu können.

7. Zu Artikel 2 Nummer 3a (§ 6c Absatz 1 Satz 4 KHG)

Artikel 2 Nummer 3a § 6c Absatz 1 Satz 4 KHG ist zu streichen.

Begründung:

Insbesondere im Jahr 2026 ist es notwendig, dass auch eine unterjährige Ausweisung als SÜV für Krankenhäuser möglich ist. Eine Verzögerung der Ausweisung auf den Jahreswechsel und damit auch eine Verzögerung beim Erhalt einer kostendeckenden Tagespauschale konterkariert die aktuellen Bestrebungen zur Umsetzung der Krankenhausreform in den Ländern. Daher sollte eine unterjährige Ausweisung eines Krankenhauses als SÜV ermöglicht werden.