

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

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

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

Der Bundesrat möge die folgende EntschlieÙung fassen:

Der Bundesrat bekräftigt erneut die grundlegende Notwendigkeit einer wirksamen und qualitätsorientierten Krankenhausstrukturreform, deren Fortentwicklung sich im vorliegenden Krankenhausreformatanpassungsgesetz abbildet. Die nunmehr im parlamentarischen Verfahren am 6. März 2026 getroffenen Regelungen werden grundsätzlich begrüÙt.

In der Gesamtbetrachtung muss jedoch festgestellt werden, dass eine nachhaltige, bedarfsgerechte Verbesserung der Versorgungsqualität der stationären Einrichtungen sowie der Vergütungsstrukturen auf dieser Basis nicht erreicht werden kann und aus Sicht der Länder hinter den Erwartungen zurückbleibt. Insbesondere in dünn besiedelten Regionen kann eine qualitativ hochwertige, stationäre, medizinische Versorgung dauerhaft nicht gewährleistet werden. Der Bundesrat fordert die Bundesregierung vor diesem Hintergrund zu zielgerichteten Nachbesserungen auf.

1. Der Bundesrat fordert, die neue vorgesehene Möglichkeit, Ausnahmen bei der erstmaligen Zuweisung der Leistungsgruppen bis zum 31. Dezember 2026 im Benehmen mit den Krankenkassen zuzulassen zeitlich so zu verlängern, dass es mit dem Inkrafttreten der Rechtsverordnung zu den Mindestvorhaltezahlen angemessen zusammenpasst. Damit wird eine erneute Anpassung von Leistungsgruppen nach einer kurzen Zeitfrist verhindert und Planungssicherheit für die Krankenhäuser geschaffen.

2. 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.
3. Der Bundesrat fordert eine klare, planungssichere Regelung zum Inkrafttreten der Mindestvorhaltezahlen. Diese weisen im KHAG eine fehlende zeitliche Passgenauigkeit im Verhältnis zu anderen Regelungen zur Zuweisung von Leistungsgruppen auf mit der möglichen Folge, dass die erstmalige Zuweisung der Leistungsgruppen ohne Mindestvorhaltezahlen erfolgen muss und nach einem bis drei Jahren zwangsweise eine erneute Umgestaltung der Zuweisungen von Leistungsgruppen notwendig sein wird.
4. Der Bundesrat fordert die Schaffung der Möglichkeit, dass Planungsbehörden in Fällen, in denen dies zur Sicherstellung der Versorgung zwingend notwendig ist, von den Qualitätskriterien der Leistungsgruppen dauerhaft – nicht nur bei Sicherstellungshäusern nach § 9 KHEntG – Ausnahmen erteilen zu können.
5. In Bezug auf die neu getroffene Festlegung zu den Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) fordert der Bundesrat die Bundesregierung dringlich auf, die vorgenommene und in der Wirkung äußerst nachteilige Kopplung der PpUG an den Qualitätskriterienkatalog der Leistungsgruppen aufzugeben und zur ursprünglichen Regelung im Gesetzentwurf zurückzukehren.
6. Der Bundesrat fordert die Bundesregierung in Bezug auf die Definition von Fachkrankenhäusern zudem auf, auf die zwischen den Ländern und dem Bundesgesundheitsministerium bereits geeinte Formulierung zurückzugreifen. Mit der im parlamentarischen Verfahren gewählten Regelung wird nach Auffassung des Bundesrats die originäre Zuständigkeit der Länder für die Krankenhausplanung konterkariert.
7. Der Bundesrat stellt darüber hinaus fest, dass Umwandlungen in sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (SÜV) nur noch jeweils zum Jahreswechsel möglich sind. Dies gefährdet jedoch akut einzelne Krankenhäuser in der Fläche, die sich bereits auf eine unterjährige und kurzfristige Ausweisung als SÜV eingestellt haben.

8. Der Bundesrat stellt fest, dass es durch die aktuellen Regelungen zur belegärztlichen Versorgung wahrscheinlich ist, dass in Ländern mit ländlichem Gebietscharakter keine belegärztliche Versorgung mehr vorgehalten werden kann. Hierdurch gehen wichtige wohnortnahe Versorgungsangebote für die Bevölkerung verloren.
9. Der Bundesrat stellt fest, dass die Förderung bedarfsgerechter Krankenhausstrukturen im Rahmen des Transformationsfonds ohne eine eindeutige Regelung im Gesetz nicht möglich ist.
10. Der Bundesrat stellt ferner fest, dass das Ziel der Krankenhausreform, eine fallzahlenunabhängige Vergütung der Vorhaltung von notwendigen Strukturen in Krankenhäusern einzuführen, mit den aktuellen Regelungen zur Vorhaltevergütung nicht erreicht werden wird.

Begründung:

Zu Nummer 1:

Die Länder haben von Anfang an 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 die Kompetenz der Länder 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 RVO 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.

Zu Nummer 2:

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.

Zu Nummer 3:

In Flächenländern mit geringer Bevölkerungsdichte wird die Mindestvorhaltezahldirekte Auswirkungen auf die Krankenhausplanung haben, insbesondere in der Kombination möglicher Ausnahmeregelungen und der Regelung im KHVVG, 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 befristete Möglichkeit der Erteilung von Ausnahmen im Benehmen mit den Krankenkassen erfolgen. Geschieht dies nicht, wäre der Kompromiss in § 6a Absatz 4 Satz 2 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 im Text klargestellt werden, dass sowohl die Regelungen zu den Mindestvorhaltezahlen als auch die Regelungen zur Ausnahmeerteilung im Benehmen jeweils z. B. mit dem 1. April 2027 wirken. Somit bleibt der Krankenhausplanungsbehörde ein Zeitfenster von z. B. drei Monaten, um bei der Zuweisung der Leistungsgruppen sowohl die Mindestvorhaltezahlor auch die Abwägung zur Erteilung von Ausnahmen sachgerecht einzubeziehen.

Zu Nummer 4:

Die Begrenzung dauerhafter Ausnahmen auf Sicherstellungshäuser nach § 9 KHEntgG greift in die Planungshoheit der Länder ein. Die Länder haben keinen Einfluss auf die Feststellung, welche Krankenhäuser zu diesen Sicherstellungshäusern gehören. Darüber hinaus ergibt sich auch für andere Häuser und Leistungsgruppen die Notwendigkeit, eine dauerhafte Ausnahme zu ermöglichen, um in ländlichen Räumen mit geringer Bevölkerungsdichte und entsprechend geringen Behandlungsfallzahlen eine Versorgung der Bürger sicherstellen zu können.

Zu Nummer 5:

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.“ Die Beibehaltung dieser Regelung wird dazu führen, dass viele Krankenhäuser nur mittels Ausnahmen in die Krankenhauspläne aufgenommen werden können. Der Umsetzungserfolg der Krankenhausreform wird dadurch gleich am Anfang stark belastet.

Zu Nummer 6:

Die im Gesetzentwurf 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.

Zu Nummer 7:

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.

Zu Nummer 8:

Entgegen den Ausführungen in der Begründung zum Gesetzentwurf wird durch die Regelung zur belegärztlichen Versorgung diese nicht weiterhin ermöglicht, sondern würde insbesondere in Flächenländern dazu führen, dass es keine belegärztliche Versorgung in Krankenhäusern mehr gibt. Aufgrund der geringen Anzahl von Fachärzten in den betroffenen Ländern wäre die Vorhaltung von Belegärzten im Umfang von drei vollen vertragsärztlichen Versorgungsaufträgen für eine Belegabteilung unmöglich zu erbringen. Belegärzte erbringen ausgewählte Leistungen an Krankenhäusern – insbesondere in den Bereichen Urologie, Augenheilkunde und HNO – 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.

Zu Nummer 9:

Die Krankenhausstruktur wurde in den letzten Jahren bereits an vielen Stellen konzentriert. Durch den Ausschluss von Vorhaben, die überwiegend dem Erhalt bestehender Strukturen dienen, entstehen Abgrenzungsprobleme zu bestehenden Planungen, die notwendigerweise auch auf existierenden Strukturen aufbauen.

Im Gesamtkontext der Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft wird es jedoch auch Maßnahmen geben, bei denen bestehende Strukturen teilweise integriert und weitergenutzt werden und sich damit strukturelle und funktionale Verbesserungen ergeben. Diese sind nach dem beschlossenen Gesetz von einer Förderfähigkeit ausgeschlossen.

Zu Nummer 10:

Die Vorhaltevergütung ist – anders als das Eckpunktepapier zur Krankenhausreform vorsieht – immer noch im Wesentlichen an die Fallzahlen geknüpft und erfolgt somit gerade nicht leistungsunabhängig. Es wird davon ausgegangen, dass die geplante Vergütungssystematik nicht zu einer Verbesserung der finanziellen Lage der Krankenhäuser führen wird. Besonders die Finanzierung bedarfsnotwendiger kleiner Krankenhäuser mit bevölkerungsbedingt geringen Fallzahlen wird nur unzureichend berücksichtigt. Die Vorhaltefinanzierung

muss daher so kalkuliert werden, dass die in der Fläche vorzuhaltenden Basis- und Notfalleistungen finanziert werden, wenn es sich dabei um für die flächendeckende Versorgung notwendige Standorte handelt.