

## **KHAG – Krankenhausreformenpassungsgesetz**

Der Bundestag hat am 06.03.2026 das Gesetz zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreformenpassungsgesetz – KHAG) beschlossen, am 27.03.2026 wurde es im Bundesrat nach langem Ringen beraten und es ist am 15.04.2026 in Kraft getreten. Den Referentenentwurf vom 30.07.2025 hatten wir Ihnen bereits hier (<https://ppp-rae.de/news/khag-krankenhausanpassungsgesetz/>) zusammengefasst. Bund und Länder einigten sich nun auf einen Kompromiss in dem Bewusstsein, dass das KHAG nicht länger auf sich warten lassen kann, aber weiterer Reformbedarf besteht. Das Gesetz enthält weitreichende Änderungen der mit dem KHVVG eingeführten Regelungen zu Leistungsgruppen und zur Vorhaltefinanzierung: Fristanpassungen, die Erweiterung von Ausnahme- und Kooperationsmöglichkeiten, eine teilweise Überarbeitung der Leistungsgruppen und Qualitätskriterien, insbesondere zu Pflegepersonaluntergrenzen. Mit der nun eingetretenen Planungssicherheit werden die Länder die Zuweisung der Leistungsgruppen zeitnah angehen, die Krankenhäuser können und sollten sich jetzt noch besser vorbereiten. Parallel befinden sich die Anpassungen der LOPS-RL im Stellungnahmeverfahren. Die Medizinischen Dienste stehen in den Startlöchern für die (erneute) Prüfung. In vielen Bundesländern werden die MD-Gutachten vor der Sommerpause vorliegen. Wir haben für Sie die wesentlichen Inhalte des KHAG teilweise mit einer kurzen Bewertung zusammengefasst:

### **Inhaltsverzeichnis**

Zeitplan Umsetzung Krankenhausplanung .....	2
Leistungsgruppenkatalog .....	2
Leistungsgruppenbezogene Anpassungen der Qualitätskriterien .....	2
Allgemeine Anpassungen und Auslegungen der Qualitätskriterien .....	4
Pflegepersonaluntergrenzen.....	5
Belegärzte .....	6
Kooperationen.....	6
Zuweisung von LG trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien.....	7
Fachkliniken (Level F) .....	8
Teilstationäre Einheiten .....	9
Standortdefinition, Flächenstandort, 2km-Regelung .....	9
MD-Prüfungen und MD-Gutachten, LOPS-RL .....	9
Rechtsqualität des MD-Gutachtens .....	10
Onkologische Chirurgie .....	11
Mindestvorhaltezahlen.....	11
Rechtsschutz.....	11
InEK .....	12
Bundes-Klinik-Atlas (Transparenzverzeichnis).....	13
Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung (süV), Level 1i .....	13
Prüfung Strukturmerkmale (OPS-Kodes).....	13
Vorhaltevergütung .....	14
Zuschläge für Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben .....	14
Transformationsfonds.....	15
Pflegebudget.....	15

Sonderregelungen NRW .....	15
Fusionskontrolle .....	16

## **Zeitplan Umsetzung Krankenhausplanung**

- Die Frist für die Beauftragung der erstmaligen Prüfung der Leistungsgruppen (LG) durch den MD war bereits im Referentenentwurf des KHAG auf den 31.12.2025 verschoben worden und wurde beibehalten.
- Der MD hat die beauftragten Prüfungen bis zum 31.07.2026 abzuschließen.
- Erfolgen die Zuweisungen von LG durch die Planungsbehörden mit Wirkung zum 01.01.2027, bestehen Erleichterungen für die Zuweisung der LG trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien, siehe dazu Punkt unten.

## **Leistungsgruppenkatalog**

- Es verbleiben die 60 LG aus NRW plus die LG spezielle Traumatologie.
- Damit werden gestrichen:
  - LG 3 Infektiologie
  - LG 16 Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie
  - LG 47 Spezielle Kinder- und Jugendmedizin
  - LG 65 Notfallmedizin
- Das BMG bleibt zum Erlass einer Rechtsverordnung zur Festlegung der Qualitätskriterien ermächtigt, bis zum Inkrafttreten der RVO gelten die Vorgaben nach Anlage 1 zu § 135e SGB V.

## **Leistungsgruppenbezogene Anpassungen der Qualitätskriterien**

Vereinzelt werden die Qualitätskriterien der Anlage 1 zu § 135e SGB V leistungsgruppenbezogen unter Berücksichtigung der Empfehlungen des Leistungsgruppenausschusses geändert oder präzisiert, grundlegend bleibt das System jedoch erhalten. Nachstehend sind nur die Änderungen zum KHAG-Referentenentwurf gelistet:

- LG 1 Innere Medizin
  - Legaldefinition „Röntgen“, jederzeit
  - Streichung EKG, da Grundausstattung, somit keine Prüfung durch MD
  - Streichung Basislabor, da – so der Gesetzgeber – ebenfalls Teil der Grundausstattung, somit keine Prüfung durch MD
  - Präzisierung: Gastroduodenoskopie und Koloskopie statt bislang Endoskopie, jederzeit
  - Auswahlkriterium: Streichung verwandte LG: LG Ovarial-CA und Senologie, dagegen bleiben LG Allgemeine Frauenheilkunde und Geburten bestehen

- LG 2 Komplexe Endokrinologie und Diabetologie
  - Klarstellung bei Abgrenzung Erwachsenenmedizin – KJM
- LG 7 Komplexe Rheumatologie
  - Aufnahme weiterer Fachärzte mit Qualifikation (FA Orthopädie, Unfallchirurgie ohne ZW, FA aus dem Gebiet der Inneren Medizin), Flexibilisierung bei Verfügbarkeit der Fachärzte
- LG 13 Minimalinvasive Herzklappenintervention
  - Erweiterung um den Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie
  - 3 VZÄ Herzchirurgie und 3 VZÄ Herzchirurgie erforderlich
- LG 14 Allgemeine Chirurgie
  - Streichung EKG und Basislabor, da Grundausstattung
  - Streichung Anforderung und Transfusion von Erythrozytenkonzentraten und Thrombozytenkonzentraten aufgrund vorhandener Regelungen im Transfusionsgesetz und der Richtlinie Hämotherapie
- LG 27 Spezielle Traumatologie
  - Streichung Basislabor, da Grundausstattung
- LG 54 Stroke Unit
  - Zuweisung der LG
    - Allgemeine Innere
    - Allgemeine Neurologie
    - Intensivmedizin

ist nicht mehr zwingend erforderlich

- In begründeten Fällen ist ausreichend, dass ein anderes Krankenhaus über diese drei Leistungsgruppen verfügt und mit dem Krankenhaus eine telemedizinische Kooperation besteht.
- LG 55 Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)
  - Anpassung der Bezeichnung nach WBO: Facharzt KJM mit SP Neuropädiatrie statt FA Neuropädiatrie
- LG 64 Intensivmedizin
  - Streichung Notfall-Labor plus PoC-Laboranalytik, da Grundausstattung
- Transplantationsmedizin (LG 58 - 63)
  - Streichung Transplantationsbeauftragter Interdisziplinäre Transplantkonferenz, da Regelung im Transplantationsgesetz und durch Landesrecht vorhanden

Vorläufige Einordnung zur LG 55 Stroke Unit: Diese bezogen auf die Erbringung verwandter Leistungsgruppen erfolgte Lockerung trägt dem Umstand Rechnung, dass krankenhausplanerisch zum Teil bislang Stroke Units über das internistische und nicht über das neurologische Fachgebiet betrieben wurden. Krankenhäuser verfügen dann über eine Stroke Unit, ohne, dass am Standort eine neurologische Fachabteilung ausgewiesen ist. Damit insbesondere diese etablierten Stroke Units weiter betrieben werden können, ist die Änderung

zwingend erforderlich. Unbeschadet dessen erfordern die neurologischen Komplexziffern (OPS 8-981.2, 8-981.3) die ärztliche Anwesenheit eines Facharztes für Neurologie oder eines Arztes in entsprechender Weiterbildung und nach aktueller Rechtsprechung des BSG gleichwohl die Ausweisung einer Fachabteilung für Neurologie (vgl. BSG, Urt. v. 12.06.2025, B 1 KR 22/23 R), so dass vergütungsrechtliche Konsequenzen auch bei Ausweisung einer Stroke Unit gesondert zu prüfen sind.

### **Allgemeine Anpassungen und Auslegungen der Qualitätskriterien**

- Als Vollzeitäquivalent gelten 38,5 Wochenstunden.
- Fachärzte können standortbezogen für bis zu drei Leistungsgruppen berücksichtigt werden. Dies gilt nun auch für Fachärzte der LG 01 „Allgemeine Innere Medizin“ und LG 14 „Allgemeine Chirurgie“.
- Sofern vorgesehen, können Krankenhäuser ein Qualitätskriterium in Kooperation oder Verbänden mit anderen Krankenhäusern oder Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung über eine schriftliche Kooperationsvereinbarung erfüllen.
- Im Regeldienst und bei Anwesenheitsdiensten wie Schicht- oder Bereitschaftsdiensten außerhalb des Regeldienstes muss mindestens ein Facharzt jederzeit verfügbar sein; außerhalb dieser Dienste muss mindestens ein Facharzt jederzeit in Rufbereitschaft verfügbar sein.
- Ärzte dürfen nicht im selben Zeitintervall für mehrere Krankenhausstandorte zur Rufbereitschaft eingeteilt werden.
- Es wird klargestellt, dass im Rahmen der sachlichen Ausstattung bei teleradiologischer Indikationsstellung und Befundung das Personal nur telemedizinisch erreichbar und nicht vor Ort sein muss; liegt bspw. eine Genehmigung für Teleradiologie nach Strahlenschutzgesetz vor, kann diese als Nachweis bei der MD-Prüfung des erforderlichen Personals berücksichtigt werden.
- Der Leistungsgruppenausschuss für Empfehlungen der Weiterentwicklung der Qualitätskriterien bleibt bestehen.
- Bei allen LG werden in der Spalte „Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen“ unter „Mindestvoraussetzung“ Angaben zur Erfüllung der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung aufgenommen, vgl. Ausführungen unten.

Vorläufige Einordnung: Die Regelung zum Regel- und Bereitschaftsdienst bedeutet nach unserer Auffassung nicht, dass generell ein 24/7-Anwesenheitsdienst eines Facharztes vor Ort eingeführt wurde, sondern nur in den Zeiten, in denen das Haus die benannten Dienste faktisch anbietet. Allerdings wird für die Rufdienste ein Facharzt gefordert, so dass ein Assistenzarzt in Weiterbildung nicht ausreicht.

## **Pflegepersonaluntergrenzen**

- Während nach dem Referentenentwurf zum KHAG die Einbeziehung der Erfüllung der PpUGV durchgängig gestrichen werden sollte, wird diese nun für alle Leistungsgruppen je Standort als Mindestvoraussetzungen aufgenommen.
- Die Einhaltung der am jeweiligen Krankenhausstandort einschlägigen Pflegepersonaluntergrenzen wird damit zum Qualitätskriterium für die Zuweisung aller Leistungsgruppen und auf Monatsdurchschnitt am Standort bewertet.
- Das Qualitätskriterium bezieht sich grundsätzlich nur auf die pflegesensitiven Bereiche, die nach § 3 der PpUGV für den jeweiligen Standort ermittelt wurden, so dass das Kriterium nur dann Relevanz entfaltet, wenn an dem jeweiligen Krankenhausstandort pflegesensitive Bereiche vorhanden sind.
- Sind pflegeintensive Bereiche vorhanden und werden in einem der Bereiche die Untergrenzen nicht erfüllt, führt der Verstoß dazu, dass dem Standort keine Leistungsgruppe zugewiesen wird, also auch eine solche nicht, die selbst keine PpUGV betreffen. Insofern muss für jede Leistungsgruppe einzeln gezeigt werden, dass die Untergrenzen für alle Bereiche erreicht werden, unterscheidet ein Bereich die Grenze, werden die Leistungsgruppen grundsätzlich nicht zugeteilt.
- Die 100%-Quote muss für die Tag- und die Nachtschicht erfüllt werden.
- Für die Feststellung der Einhaltung ist die letzte verfügbare Jahresmeldung nach § 137i Abs. 4 Satz 1 SGB V maßgeblich.
- Bei Unterschreitung der PpUG gelten die allgemeinen Ausnahmeregelungen für die Zuweisung von Leistungsgruppen trotz Nichterfüllung von Qualitätsanforderungen (s. Ausführungen unten), so dass die Sicherstellung der Versorgung auch bei kurzfristiger Unterschreitung der PpUG nicht gefährdet ist, gleichzeitig aber ein hoher Anreiz zur Erfüllung der Pflegepersonaluntergrenzen geschaffen wird.
- Das KHAG wurde aufgrund der anhaltenden Kritik der Landesgesundheitsminister zu diesem Punkt mit einer Protokollnotiz beschlossen, in der die Bundesregierung eine regelmäßige Überprüfung in enger Abstimmung mit den Ländern zusagt.

Vorläufige Einordnung: Die Regelung gefährdet die Leistungsgruppenzuweisung zahlreicher Krankenhäuser, so dass ein enger Dialog mit dem BMG nach erfolgter MD-Prüfung zwingend erforderlich ist. Wir gehen davon aus, dass die Medizinischen Dienste in ihrer aufgrund des KHAG anstehenden Prüfung die Einhaltung der PpUG nochmals genauer prüfen werden. Aktuell können regelhaft nur die Testate der Wirtschaftsprüfer für das Jahr 2024 vorgelegt werden. Da das Gesetz keinen Bezug zum Prüfzeitraum vorsieht, und nur auf die letzte vorliegende Bescheinigung Bezug nimmt, bleibt abzuwarten, wie die Vorlagepflicht ausgestaltet sein muss. Zudem werden die Leistungsgruppen für die Zukunft zugewiesen, so dass ein Abstellen auf eine Nichterfüllung in der Vergangenheit fraglich ist. Allerdings ist wichtig, dass auch die Anlagen zum Testat dem MD zur Verfügung gestellt werden, da nur diese den %-Anteil ausweisen. Die Krankenhausträger werden voraussichtlich zunächst mit einer internen Umverteilung des Personals von gut besetzten in kritische Bereiche reagieren, was etwaig zu einer Instabilität der bislang gut besetzten Bereiche führen kann und das Risiko

dann nur verlagert. Ob die Regelung dazu führt, dass Krankenhausträger auf Leistungsgruppen verzichten, um das Pflegepersonal für andere Leistungsgruppen nutzen zu können, bleibt abzuwarten.. Dieser Punkt der Reform zeigt eindeutig, wie wichtig die exakte Dienstplanung und Monatssteuerung werden, um eine Feinjustierung der Untergrenzen zu bewirken. Hier sind Maximalversorger im Vorteil, da sie Springerpools oder Flex-Teams organisieren, während kleinere Krankenhäuser insbesondere in der Fläche kaum über interne Kompensationsmöglichkeiten verfügen. Fallen sie nicht unter den Ausnahmetatbestand der Zuweisung trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien, werden sie dazu gezwungen, die Strategie „Überleben durch Fokussierung“ anzuwenden, so dass Leistungsspektren entfallen werden. Sollte die Regelung so bleiben, macht die Reform das Pflegepersonal zur zentralen Steuerungsgröße der Krankenhauslandschaft.

### **Belegärzte**

- Belegärzte in ausgewiesenen Belegabteilungen können für die Facharztquote mitgezählt werden.
- Belegärzte werden mit einem VZÄ bei vollem Versorgungsauftrag angerechnet.

### **Kooperationen**

- Grundsätzlich sind die Qualitätskriterien am Standort zu erfüllen.
- Ist eine Kooperation ausdrücklich vorgesehen, so kann die Erfüllung auch mit einem Partner außerhalb des Standortes erfolgen.
- Ausnahmsweise können alle Mindestqualitätskriterien durch Kooperationen erfolgen, wenn
  - sich die Kooperationspartner am Standort befinden (2km-Grenze) oder
  - die Leistungsgruppe aus Versorgungsgründen am Standort unverzichtbar ist.
- Die erforderlichen Mindestinhalte werden gesetzlich vorgegeben und spiegeln die Regelung der LOPS-RL wider. Die schriftlichen Kooperationsvereinbarungen müssen enthalten
  - Vertragsparteien und deren Eignung
  - Ort, Inhalt, Dauer der Kooperation
  - zeitliche Verfügbarkeit von sachlicher und/oder personelle Ausstattung, wobei klar sein muss, wann das für die Kooperationsleistung erforderliche Personal oder die Sachmittel verfügbar zu sein haben.
- Kooperationspartner kann sein, welcher das geforderte Qualitätskriterium selbst erfüllt oder durch das Eingehen einer Kooperation erfüllen kann; damit sind auch sog. Kettenkooperationen möglich.
- Fachkrankenhäuser (Level F) können die Kriterien für die Erbringung verwandter Leistungsgruppen und für die *sachliche* Ausstattung durch Kooperationen erfüllen.
- Standorte ohne vollstationäre Versorgung können die Kriterien für die Erbringung verwandter Leistungsgruppen und für die *personelle* Ausstattung über Kooperationen erfüllen.

Vorläufige Einordnung: Das OVG NRW hat bei der Überprüfung der Umsetzung der Krankenhausreform in NRW wiederholt entschieden, dass für den Fall, dass bis zum Zeitpunkt des Erlasses des Feststellungsbescheides entweder keine oder nicht den Vorgaben entsprechende Kooperationsverträge vorgelegt wurden, eine nachträgliche Einreichung bspw. im gerichtlichen Verfahren nicht ausreicht und die Träger auf eine Neubeartragung verwiesen. Ob diese Rechtsprechung Bestand haben wird, bleibt abzuwarten, da gesetzlich an keiner Stelle unmissverständlich formuliert ist, dass Unterlagen nur bis zu einem bestimmten Zeitpunkt eingereicht werden können. Dennoch besteht das Risiko, dass entweder „zu spät“ oder „zu spät rechtskonform“ geschlossene Kooperationsverträge nicht ausreichen. Es sollte zum einen Augenmerk auf eine frühzeitige, schriftliche und rechtssichere Kooperationsvereinbarung gelegt und zum anderen der Kooperationspartner gewissenhaft ausgewählt werden. Denn wenn dieser die Leistungsgruppe in Kooperation nicht erhält, entfällt auch die eigene beantragte LG-Zuweisung.

### **Zuweisung von LG trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien**

- Die Länder erhalten zur Sicherstellung der stationären Versorgung besonders im ländlichen Raum erweiterte Möglichkeiten einer ausnahmsweisen LG-Zuweisung ohne Erfüllung der Mindestkriterien.
- Voraussetzungen:
  - Kriterien können nicht in Kooperation oder Verbänden erfüllt werden,
  - Zuweisung ist zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich,
  - Betrieb des Standortes wird vollständig oder teilweise eingestellt und die Zuweisung ist für die zunächst erforderliche Aufrechterhaltung des Betriebes notwendig oder
  - es liegt ein Zusammenschluss nach § 37 GWB liegt vor und die Zuweisung ist für die Vollziehung zwingend erforderlich.
- Die Einbindung der Kostenträger auf Landesebene für die Ausnahmeregelung ist unterschiedlich ausgestaltet:
  - Erfolgt die Zuweisung der LG spätestens bis zum 31.12.2026 mit Wirkung zum 01.01.2027, so ist lediglich das „Benehmen“ mit den Krankenkassen auf Landesebene, also keine Zustimmung erforderlich, was eine wesentliche Verfahrenserleichterung darstellt.
  - Erfolgt die Zuweisung mit Wirkung nach dem 01.01.2027, erfordert die Ausnahme das „Einvernehmen“ mit den Krankenkassen.
- Die Zuweisung der Leistungsgruppe trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien erfolgt befristet für drei Jahre und kann im Einzelfall maximal um weitere drei Jahre verlängert werden. Bei der Verlängerung um weitere drei Jahre ist stets das Einvernehmen mit den Krankenkassen erforderlich.
- Das Einvernehmen innerhalb der Krankenkassen ist spätestens nach vier Wochen nach Vorlage der vollständigen Unterlagen herzustellen oder zu versagen. Einigen sich

die Kassen innerhalb der Frist nicht, so erfolgt die Beschlussfassung durch je einen Vertreter der Kassenart mit Gewichtung der Versichertenzahl.

- Sicherstellungshäuser sind im Rahmen der Ausnahmeregelung zu verpflichten, die Qualitätskriterien innerhalb einer angemessenen Frist zu erfüllen.
- Unbefristete Ausnahmen können für bedarfsnotwendige ländliche Häuser, die bereits Sicherstellungszuschläge erhalten, ausgesprochen werden.
- Die bisherigen Erreichbarkeitsvorgaben aus dem KHVVG als Grundlage für die Ausnahmen werden gestrichen; insofern entscheiden die Landesbehörden im Rahmen ihres eigenen Beurteilungsspielraums im Einzelfall, ob ein Haus zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich ist; bislang waren für grundversorgende Leistungsgruppen 30 Minuten, für spezielle Leistungsgruppen 40 Minuten festgelegt.

Vorläufige Einordnung: Insbesondere die erleichterte Zuweisung der LG bei Nichterfüllung der Kriterien lediglich im Benehmen mit den Krankenkassen wird dazu führen, dass zahlreiche Krankenhäuser den Feststellungsbescheid unter dem Weihnachtsbaum 2026 liegen haben werden. Denn bei Zuweisung zum 01.01.2027 müssen die Krankenkassen nur angehört und deren Argumente abgewogen werden, das Letztentscheidungsrecht verbleibt bei der Planungsbehörde, so dass insbesondere in ländlicheren Gebieten Häuser zumindest für die nächsten drei Jahre in der Versorgung gehalten werden können.

### **Fachkliniken (Level F)**

- Für Fachkrankenhäuser gilt pauschal, dass verwandte Leistungsgruppen und sachliche Ausstattung grundsätzlich in Kooperationen und Verbänden erbracht werden können.
- Die Definition der Fachkrankenhäuser soll bis zum 30.09.2029 bundeseinheitlich erfolgen, bei Nichteinigung durch die Schiedsstelle bis zum 31.12.2029.
- Bis dahin hat die Planungsbehörde einen weitreichenden Ermessensspielraum und kann dem Standort eines Krankenhauses den Level F zuweisen, wenn der Standort
  - sich auf die Behandlung einer bestimmten Erkrankung, Krankheitsgruppe, Personengruppe oder eines bestimmten Leistungsspektrums spezialisiert hat,
  - einen relevanten Versorgungsanteil in diesem Bereich leistet und
  - im Krankenhausplan als Fachkrankenhaus ausgewiesen ist.
- Die Zuordnung ist im Feststellungsbescheid zu begründen und bis zum 31.12.2030 zu befristen.

Vorläufige Einordnung: Die Regelung gibt den Ländern weitreichende Ermessensspielräume und wird den Krankenhäusern, welche den Level F anstreben, zugute kommen. Dennoch wird die weitere Diskussion zu beobachten sein. Denn trotz möglicher Befristung bis zum 31.12.2030 hat das Krankenhaus die Fachkrankenhaus-Definition auf Bundesebene voraussichtlich bereits zu dem Zeitpunkt zu erfüllen, in welchem sie auf Bundesebene

festgelegt wurde. Ob dann weitere Übergangsfristen eingeräumt werden können, bleibt abzuwarten.

### **Teilstationäre Einheiten**

- Die geforderte Verfügbarkeiten bei der sachlichen oder personellen Ausstattung gelten für Krankenhausstandorte, an denen keine vollstationäre Krankenhausbehandlung erbracht wird (Tages- und Nachtkliniken) nur während der jeweiligen Betriebszeiten.
- Die als Mindestvoraussetzung genannten Qualitätskriterien für die Erbringung verwandter Leistungsgruppen und für die *personelle* Ausstattung können in Kooperation erbracht werden, so dass bspw. eine Tages- oder Nachtklinik eine schriftliche Kooperationsvereinbarung schließen kann, um eine verwandte Leistungsgruppe oder die erforderliche personelle Ausstattung vorhalten zu können.

### **Standortdefinition, Flächenstandort, 2km-Regelung**

- Die Qualitätskriterien sind grundsätzlich am Standort zu erfüllen.
- Es gilt der Standortbegriff des § 2a KHG.
- Die Zwei-Kilometer-Regelung für den Flächenstandort bleibt bestehen.
- Über Ausnahmen (fachliche Organisationsstandorte als eigenständige Krankenhausstandorte oder ein Krankenhausstandort für bestimmte Gebäude trotz Überschreitung der 2km-Grenze) entscheiden weiterhin die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene.
- Eingeführt wird jedoch eine intensivere Beteiligung der Landeskrankenhausplanungsbehörden bei Einzelfallabweichungen: Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die DKG haben vor der Entscheidung über die Ausnahmeregelung das „Benehmen“ mit der Planungsbehörde herzustellen. Das Letztentscheidungsrecht verbleibt auf Bundesebene. Kommt eine Einigung der Verwaltungspartner auf Bundesebene nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle auf Antrag einer Partei, wobei auch hier die Planungsbehörde anzuhören und ihre Stellungnahme angemessen zu berücksichtigen ist; die Schiedsstelle kann nur dann von den seitens der Planungsbehörde vorgebrachten Argumenten abweichen, wenn sie dies substantiiert in ihrer Entscheidung begründet.

### **MD-Prüfungen und MD-Gutachten, LOPS-RL**

- Die Erfüllung der Qualitätskriterien ist durch ein Gutachten des MD nachzuweisen.
- Der MD hat die Prüfung bis zum 31.07.2026 abzuschließen.
- Das MD-Gutachten über das Ergebnis der Prüfung wird nach etwaiger Erörterung mit den Planungsbehörden zu Unklarheiten oder Unstimmigkeiten an die Planungsbehörde, Kostenträger und das jeweils geprüfte Krankenhaus auf elektronischem Wege übermittelt.

- Erfüllt ein Krankenhaus ein Qualitätskriterium für eine zugewiesene Leistungsgruppe mehr als einen Monat nicht mehr, sind Planungsbehörde, Kostenträger und der Medizinische Dienst unverzüglich auf elektronischem Wege zu informieren.
- Grundsätzlich erfolgt die Prüfung als angemeldete Prüfung im Rahmen einer Dokumentenprüfung und/oder vor-Ort-Prüfung. Prüfungen vor Ort ohne Anmeldung sind zulässig, wenn Tatsachen mit hinreichender Wahrscheinlichkeit erwarten lassen, dass eine Prüfung nach Anmeldung den Erfolg der Prüfung gefährden würde.
- Die Planungsbehörden erhalten ein gesetzlich geregeltes Stellungnahmerecht zur LOPS-Richtlinie.

### **Rechtsqualität des MD-Gutachtens**

- Die Erfüllung der Qualitätskriterien wird durch das MD-Gutachten nachgewiesen.
- Das MD-Gutachten ist eine rein behördeninterne Maßnahme zur Vorbereitung der Zuweisungsentscheidung durch die Planungsbehörde.
- Das MD-Gutachten ist für die Frage der Erfüllung der Qualitätskriterien für die Krankenhausplanung grundsätzlich verbindlich.
- Die Planungsbehörde verfügt über Gestaltungsmöglichkeiten in Abweichung zum Ergebnis des MD-Gutachtens über die Zuweisung trotz Nichterfüllung der Kriterien, siehe eigenständigen Punkt.
- Dem MD-Gutachten kommt gegenüber dem Krankenhaus keine Außenwirkung zu.
- Die Übermittlung des MD-Gutachtens an das Krankenhaus erfolgt rein informatorisch.
- Das Gutachten ist nicht selbständig rechtlich anfechtbar.
- Das Krankenhaus muss den Feststellungsbescheid abwarten und kann erst dagegen vorgehen, das MD-Gutachten wird gerichtlich inzidenter geprüft.

Vorläufige Einordnung: Der Gesetzgeber hat mit seiner Gesetzesbegründung umfassend versucht, dem MD-Gutachten jegliche Außenwirkung gegenüber den Krankenhausträgern abzusprechen.. Sollte dies gerichtlich bestätigt werden, sind die Fälle mehr als unglücklich, in denen das MD-Gutachten etwa auf falschen Tatsachen beruht oder aus sonstigen Gründen zu einem falschen Ergebnis führt. Der Krankenhausträger weiß dann erst mit Zustellung des Gutachtens um seine Ergebnisse zur Einhaltung der Qualitätskriterien und müsste ggf. in Kenntnis fehlerhafter Ergebnisse den Feststellungsbescheid zuwarten, um gegen diesen Klage zu erheben. Hier wurde nicht nur die aufschiebende Wirkung ausgeschlossen, sondern darüber hinaus hat der Gesetzgeber im einstweiligen Rechtsschutzverfahren klar zu erkennen gegeben, dass er der Planungssicherheit einen sehr hohen Stellenwert einräumt, obwohl die Reichweite aufgrund des weitreichenden Eingriffs in Grundrechtspositionen (Art. 12 Abs. 1, 19 Abs. 4 GG) fraglich ist, vgl. dazu auch Punkt Rechtsschutz. Daher wäre es wünschenswert, wenn die Bundesländer sich ein Beispiel an Hessen nehmen würden. Dort wurden – obwohl gesetzlich nicht vorgesehen – die Prüfversionen des MD-Gutachtens den Krankenhausträgern zur kurzfristigen Stellungnahme zur Verfügung gestellt. So lassen sich Unklarheiten bereits im Vorfeld ausräumen und die Planungsbehörde hat vor Erlass des Feststellungsbescheides einen guten und ausgewogenen Überblick über Einwände und Sondertatbestände Zur

Verbindlichkeit von Gutachten des MD, den Auswirkungen der Gutachten auf die Planungshoheit der Länder, der Rechtsnatur der MD-Gutachten und der außergerichtlichen und gerichtlichen Rechtsschutzmöglichkeiten verweisen wir auf den Beitrag unseres Kollegen Dr. Steffen Müller „Rechtsschutz gegen gemäß § 275a Abs. 2 SGB V eingeholte MD-Gutachten nach dem KHVVG“, KRV, Heft 2, S. 3 ff.

### **Onkologische Chirurgie**

- Die Mindestfallzahlen für die Onkochirurgie und das partielle Abrechnungsverbot bleiben, die Methodik wird aber insofern angepasst, als der G-BA niedrigere als die gesetzlich vorgesehenen Fallzahlen festlegen kann, sofern dies zur Aufrechterhaltung der Versorgung erforderlich ist.

### **Mindestvorhaltezahlen**

- Leistungsgruppen werden grundsätzlich nur dann zugewiesen, wenn die Mindestvorhaltezahlen erreicht sind.
- Das BMG legt die Mindestvorhaltezahlen je LG mit Zustimmung des Bundesrates durch Rechtsverordnung bis zum 12.12.2026 fest.
- Die Rechtsverordnung tritt frühestens ein Jahr und spätestens drei Jahre nach ihrer Verkündung in Kraft, so dass zu Beginn der Reform den Ländern ein Planungshorizont eröffnet wird, bevor die Mindestvorhaltezahlen rechtsverbindlich gelten.
- Durch die erforderliche Zustimmung des Bundesrats haben die Länder Einfluss auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der RVO.
- Das InEK übermittelt bis zum 30.06. eines jeden Kalenderjahres die Anzahl der Behandlungsfälle der Krankenhausstandorte an die Planungsbehörde, so dass den Ländern so die Möglichkeit gegeben werden soll, die Erfüllung der Vorhaltezahlen bei ihren Zuweisungsentscheidungen zu berücksichtigen.

### **Rechtsschutz**

- Die Neuregelungen gehen deutlich zulasten des individuellen Rechtsschutzes der Krankenhäuser.
- In der bundesgesetzlichen Regelung zur Zuweisung von Leistungsgruppen (§ 6a KHG) wurde explizit eingefügt, dass Widerspruch und Anfechtungsklage gegen den Feststellungsbescheid keine aufschiebende Wirkung haben.
- Dadurch soll die Umsetzung der Entscheidung der Planungsbehörde nicht durch Rechtsbehelfe verzögert werden.
- Es können in der Hauptsache Verpflichtungs- und Anfechtungsbegehren statthaft sein.
- Die Möglichkeit des einstweiligen Rechtsschutzes bleibt (vordergründig, siehe Bewertung und Ausführungen unten) unberührt.

- Mit Blick auf das besondere öffentliche Interesse von bedarfsgerechten Zuweisungen von LG und der betroffenen finanziellen Stabilität der GKV soll im Fall eines Anfechtungsbegehrens grundsätzlich die nach § 80 Abs. 1 Satz 1 VwGO eingreifende aufschiebende Wirkung eines Rechtsbehelfs ausgeschlossen sein.
- Bei gerichtlichen Entscheidungen über die Zuweisung einer LG sind die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, flächendeckenden und bedarfsgerechten Krankenhausversorgung und die Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung besonders zu berücksichtigen.
- In Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes ist zu bedenken, dass eine Vergütung von Leistungen außerhalb des leistungsgruppenbezogenen Vergütungssystems gesetzlich nicht vorgesehen ist.
- Die Regelungen sollen die Funktionsfähigkeit des neuen Systems auch im Falle laufender gerichtlicher Verfahren sicherstellen und während einstweiliger Rechtsschutzverfahren sollen nur Rechtsfolgen eintreten, die mit der Systematik der Leistungsgruppen vereinbar sind.
- Der Gesetzgeber konstatiert insofern normativ explizit ein besonderes öffentliches Interesse an der Leistungsgruppenzuweisung und misst der Umsetzung der Krankenhausreform eine herausragende Bedeutung bei, weil
  - medizinische Qualität gesichert wird,
  - Versorgungsstrukturen konzentriert werden und
  - die GKV finanziell stabilisiert wird.
- Die Gesetzesbegründung postuliert eine angeblich verfassungsrechtlich legitimierte Befugnis des Gesetzgebers, die gerichtlich zu erfolgende Abwägung „anzuleiten“, da die Krankenhausplanung im System der Daseinsvorsorge ein komplexes und hochsensibles Steuerungsinstrument sei, welches nicht durch eine Vielzahl divergierender Eilentscheidungen ausgehöhlt werden soll.
- Zu den Auswirkungen auf den Verzicht auf die aufschiebende Wirkung im Krankenhausplanungsrecht verweisen wir auf unseren Beitrag „KHVVG-Krankenhausplanung – Was, wenn Behörden irren?“ <https://ppp-rae.de/news/khvvg-krankenhausplanung-was-wenn-behoerden-irren/>

## InEK

- Das InEK bleibt weiterhin für den Grouper zuständig.
- Planungsbehörden übermitteln die zugewiesenen Leistungsgruppen erstmals bis zum 30.09.2027 an das InEK zur Ermittlung des Vorhaltebudgets.
- Behörden können jedoch unbeschadet dessen freiwillig zum 31.12.2026 übermitteln und erhalten sodann bis zum Ende des Februars des Folgejahres eine Mitteilung, inwiefern sich die Zuteilung theoretisch auswirken würde.
- Das InEK stellt erstmals bis zum 10.12.2027 für das Kalenderjahr 2028 durch Bescheid gegenüber dem Krankenhausträger für seine Krankenhausstandorte die Vorhaltevolumina je Leistungsgruppe fest.

- Wird eine Leistungsgruppe aufgrund einer gerichtlichen Entscheidung einem Krankenhaus zugewiesen, hat dies die Planungsbehörde dem InEK unverzüglich mitzuteilen.

### **Bundes-Klinik-Atlas (Transparenzverzeichnis)**

- Die Fallzahlen der erbrachten Leistungen sollen differenziert nach krankenhauserplanerisch zugewiesenen LG im Bundes-Klinik-Atlas veröffentlicht werden.
- Die Zuständigkeit wird von dem BMG auf den G-BA übertragen.
- Für Streitigkeiten ist erstinstanzlich das LSG Berlin-Brandenburg zuständig.

### **Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung (süV), Level 1i**

- Bei der Bestimmung einer süV durch die Planungsbehörde wurde das Benehmen mit den Landesverbänden der Pflegekassen gestrichen.
- Eine süV kann nur an einem eigenständigen Krankenhausstandort und nicht gemeinsam mit einem Krankenhaus in einem Gebäude, einem zusammenhängenden Gebäudekomplex oder einem Flächenstandort (2 km-Grenze) betrieben werden.
- Dieses Standortverständnis liegt auch dem Fördertatbestand der Umstrukturierung eines Krankenhauses durch den Transformationsfonds zugrunde.
- süV können immer nur zum 1. Januar eines künftigen Kalenderjahres bestimmt werden, eine Vermischung von DRG und Tagesentgelten innerhalb eines Kalenderjahres ist zu vermeiden.
- Bei unterjährigen Bestimmungen einer süV durch Feststellungsbescheid gelten die Vorgaben zu Leistungsgruppen, Qualitätskriterien für das gesamte Jahr.

### **Prüfung Strukturmerkmale (OPS-Kodes)**

- Das bisherige verwaltungsrechtliche Verfahren, dass Krankenhäuser beim MD Prüfungen zu der Erfüllung der Strukturmerkmale beantragen können, wird gesetzlich aufgenommen.
- Es handelt sich um kein zivilrechtliches Auftragsverhältnis.
- Das Krankenhaus hat Anspruch auf Erlass eines Bescheides des MD über die Ergebnisprüfung (Verwaltungsakt).
- Mit der Anzeige eines Krankenhauses, dass es OPS-Strukturmerkmale erfüllt, gilt der Antrag auf Strukturprüfung automatisch als gestellt.
- Krankenhäuser dürfen die Leistungen ab Anzeige berechnen, obwohl die Prüfung noch läuft, aber maximal sechs Monate.
- Die Voraussetzung, dass die Strukturmerkmale vor Anzeige drei Monate erfüllt sein müssen, entfällt.

- Krankenhäuser müssen damit rechnen, dass alle Strukturmerkmale, die bei der Leistungsgruppe Relevanz haben, durch den MD geprüft werden. Die an das KHAG angepasste LOPS-RL soll angeblich eine Regelung für eine mögliche Nachprüfung bei Nichtbestehen beinhalten (Prüfung von sieben Fällen in einem nachgelagerten Zeitraum). Das bleibt jedoch abzuwarten.

### **Vorhaltevergütung**

- Die Vergütung durch Vorhaltepauschalen bleibt.
- Der Zeitplan wird wie folgt angepasst:
  - Einführung wird um ein Jahr verschoben
  - 2026 und 2027: budgetneutral
  - 2028 und 2029: Konvergenzphase
  - ab 2030: volle Finanzwirksamkeit
- Die geltenden Zuschläge für Pädiatrie und Geburtshilfe werden für ein Jahr weitergeführt.
- Sofern einem Krankenhaus eine Leistungsgruppe etwa aufgrund einer gerichtlichen Entscheidung unterjährig zugewiesen wird, wird ein unterjähriges Vorhaltevolumen ermittelt und durch Bescheid festgestellt.

Vorläufige Einordnung: Das vielfach kritisierte Konzept der Vorhaltefinanzierung wurde unverändert übernommen. Obwohl die Vorhaltevergütung die Fixkosten unabhängig von den Fallzahlen gekoppelt an die Leistungsgruppen finanzieren soll, stützt sich die Berechnung maßgeblich auf Fallzahlen. Die Diskussion über die Tauglichkeit, insbesondere für den Zweck, bedarfsnotwendige Häuser in der Fläche trotz geringer Fallzahlen zu sichern, wurde lediglich um ein Jahr verschoben. Hier wird es weiteren, etwaig erheblichen Reformbedarf geben. Juristisch spannend wird die Frage bei gerichtlichen Entscheidungen sein, die feststellen, dass die Nichtzuweisung der Leistungsgruppe von Anfang an rechtswidrig war, so dass das Krankenhaus die Struktur hätte vorhalten müssen oder dürfen. Hier bleibt abzuwarten, ob das Vorhaltebudget (teilweise) rückwirkend oder nur für die Zukunft zugewiesen wird. Auch die sodann zu erfolgende Umverteilung wird zu bewerten sein.

### **Zuschläge für Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben**

- Die Einführung wird grundsätzlich um ein Jahr auf 2028 verschoben.
- Entsprechend verschiebt sich die Frist für die Meldung der Zuweisung dieser Aufgaben an das InEK.
- Die Meldefrist ist kalenderjährlich nicht mehr der 31.10., sondern der 31.09.
- Für das Jahr 2027 werden dennoch 62,5 Mio. EUR zur Verfügung gestellt, wobei sich die Anspruchsberechtigung auf Universitätsklinika beschränkt und die Auszahlung über einen Rechnungszuschlag erfolgt.

## **Transformationsfonds**

- Der zunächst vorgesehene Anteil für den Transformationsfonds in Höhe von 25 Mrd. EUR speist sich nicht mehr aus der Liquiditätsreserve aus dem Gesundheitsfonds, sondern aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität.
- Die Länder können bereits eine Woche nach Inkrafttreten des KHAG Mittel für ihre aus dem Krankenhaustransformationsfonds finanzierten Projekte aus dem Infrastruktursondervermögen in Anspruch nehmen.
- Das Land muss das Vorliegen eines Fördertatbestandes bei dem zu fördernden Vorhaben sowie die Förderfähigkeit nach Maßgabe weiterer Regelungen eigenständig geprüft und festgestellt haben.
- Die Förderfähigkeit und die förderfähigen Kosten prüft das Land eigenverantwortlich nach KHTFV unter Berücksichtigung der jeweiligen regionalen Versorgungsstrukturen.
- Eine bundesseitige Prüfung zu Fördertatbeständen und -kosten erfolgt nur im Einzelfall und lediglich im Sinne einer Plausibilitätsprüfung.
- Bei dem Antrag auf Förderung nach dem Transformationsfonds fällt die Prüfung des Insolvenzrisikos durch die Länder weg.

## **Pflegebudget**

- Die Kosten für Tätigkeiten, welche Fachpflegekräften, Fachpflegehilfskräften und Hebammen übertragen werden, die nicht der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen oder Kreißsälen dienen, sind nicht im Pflegebudget zu berücksichtigen.
- Betroffen sind insbesondere Tätigkeiten hauswirtschaftlicher, logistischer, administrativer oder technischer Art jenseits der Patientenversorgung.

Vorläufige Einordnung: Diese Regelung zu pflegefernen Tätigkeiten wirft in der Praxis erhebliche Fragen bei Auslegung und Umsetzung auf. Sie ist im Rahmen der Vorschläge der GKV-Finanzkommission aus März 2026 neu zu bewerten und weiterzuentwickeln. Die Kommission schlägt die Wiedereingliederung der Pflegepersonalkosten in das DRG-System gekoppelt an einen verpflichtenden Nachweis der vollständigen, bestimmungsgemäßen Verwendung der in den DRGs enthaltenen Anteile für Pflege vor.

## **Sonderregelungen NRW**

- Die Zuweisungen von LG, die bis zum 31.12.2024 in NRW erfolgten, bleiben erhalten. Es gilt eine bis zum 31.12.2030 befristete Übergangsregelung.
- Damit findet für die mit Bescheid vom 16.12.2024 in NRW erfolgten Zuweisungen keine MD-Prüfung statt.

- Die Regelungen, nachdem die Zuweisung einer LG unverzüglich aufzuheben ist, wenn das Krankenhaus die Qualitätskriterien nach Anlage 1 zum SGB V nicht erfüllt oder die Übermittlung des letzten MD-Gutachtens länger als zwei bzw. drei Jahre zurückliegt, gelten in NRW nicht.
- Dies gilt auch dann, wenn NRW bis zum 31.12.2030 nach landesrechtlichen Vorschriften etwa aufgrund neuer regionaler Planungsverfahren oder Anpassungen in Folge geführter verwaltungsgerichtlicher Verfahren neue Leistungsgruppen zuweist. Dann richtet sich der Nachweis über die Erfüllung der Kriterien nach Landesrecht.
- Erfolgt in NRW vor dem 31.12.2030 die Zuweisung einer LG auf bundesrechtlicher Ebene, ist der Nachweis über die Erfüllung der Qualitätskriterien durch den MD zu führen; bis dieses Gutachten vorliegt, kann eine begründete Selbsteinschätzung abgegeben werden.
- Vergütungsrechtlich gelten zunächst die allgemeinen Regelungen nach dem KHG weiter, das Krankenhaus erhält jedoch Informationen über die Höhe der Vorhaltevolumina je Leistungsgruppe, wobei auch die in NRW nicht zugewiesene LG Spezielle Traumatologie zu berücksichtigen ist.

### **Fusionskontrolle**

- Die bislang in § 187 Abs. 10 GWB enthaltene Ausnahmeregelung wird in § 186a KHG neu gefasst. Damit ist weiterhin bei Überschreiten der Aufgreifschwellewerte eine Ausnahme von der Fusionskontrolle im Krankenhausbereich möglich, sofern die Planungsbehörde bestätigt, dass der Zusammenschluss zur Verbesserung der Krankenhausversorgung erforderlich ist.
- Das Kriterium der standortübergreifenden Konzentration entfällt und wird durch den Zusammenschluss von mindestens zwei Krankenhäusern ersetzt.
- Die Norm findet auch Anwendung, wenn nur einzelne (rechtlich unselbständige) medizinische Fachbereiche bzw. Leistungsgruppen betroffen sind.
- Dagegen ist die Norm auf Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und Medizinische Versorgungszentren nicht anwendbar.
- Die Prüfung, ob der Fusion keine anderen wettbewerblichen Vorschriften entgegenstehen, obliegt nicht mehr den Planungsbehörden, sondern den sachnäheren Kartellbehörden (Bundeskartellamt und Landeskartellbehörden). Diese können unabhängig von der Entscheidung der Planungsbehörde kartellrechtliche Verfahren gegen die beteiligten Krankenhäuser einleiten.
- Die Planungsbehörde hat sich vor der Erforderlichkeitsbestätigung mit dem Bundeskartellamt ins Benehmen zu setzen.
- Die Anmeldung des Zusammenschlusses ist nur dann zulässig und erforderlich, wenn der Antrag auf Erteilung einer Erforderlichkeitsbestätigung angelehnt wurde oder die Fusion auch weitere, nicht der Ausnahmeregelung unterfallende Märkte betrifft.

Vorläufige Einordnung: In kartellrechtlichen Fachkreisen wurde zunächst erwartet, dass die Regelung kaum Anwendungsfälle in der Praxis haben wird. Dies hat sich mittlerweile als nicht zutreffend herausgestellt und war aus unserer Sicht, welche die Krankenhausplanung und das Kartellrecht vereint, vorhersehbar. De facto besteht ein gesundheitspolitischer Vorrangtatbestand, mit welchem aus Gründen der Versorgungsverbesserung auch kartellrechtlich unzulässige Fusionen gelingen. Der Ausnahmetatbestand kam nicht nur in NRW bereits vielfach zum Zuge, sondern ermöglichte auch die zunächst durch das Bundeskartellamt untersagte Fusion der Universitätskliniken Heidelberg und Mannheim. Im Ergebnis bleibt die Verabschiedung des Krankenhausreformenpassungsgesetzes hinter dem notwendigen Reformanspruch zurück. Wir werden zu den zwingend anstehenden weiteren Reformvorhaben berichten.

Dr. Claudia Mareck  
Rechtsanwältin  
Fachanwältin für Medizinrecht

Prof. Dr. Andreas Penner  
Rechtsanwalt