Stellungnahme

zum Krankenhausreformanpassungsgesetz

Sozialverband
Deutschland e. V.
Abteilung Sozialpolitik
Bei Rückfragen:
Tel. 030 72 62 22-0
Fax 030 72 62 22-328
sozialpolitik@sovd.de

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform

(Krankenhausreformanpassungsgesetz – KHAG)

1 Zusammenfassung des Gesetzentwurfs

Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) wurde in der vergangenen Legislaturperiode eine Krankenhausreform auf den Weg gebracht, die umfangreiche Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen vorsieht. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf sollen Anpassungen die praktische Umsetzung der Regelungen aus dem KHVVG erleichtern. Die vorgesehenen Maßnahmen sollen mit dem Ziel, eine qualitative, bedarfsgerechte Krankenhausversorgung zu gewährleisten, praxisgerecht fortentwickelt werden. Dazu sollen unter anderem Ausnahmeregelungen und Kooperationsmöglichkeiten erweitert, die Finanzierung des Transformationsfonds umgestaltet sowie Zwischenfristen, Leistungsgruppen und deren Qualitätskriterien angepasst werden.

2 SoVD-Gesamtbewertung

Deutschland braucht flächendeckend eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe Versorgung, die verlässlich und angemessen finanziert wird. Doch gerade in ländlichen und strukturschwachen Regionen steht die Gesundheitsversorgung vor besonderen Herausforderungen, sowohl im ambulanten als auch im

stationären Bereich. Viele Krankenhäuser befinden sich in einer angespannten wirtschaftlichen Lage. Bedarfsnotwendige Standorte müssen erhalten und unterstützt werden. Um den hohen finanziellen Druck in dem System insgesamt zu verringern und gleichzeitig die Qualität der Versorgung zu verbessern, geht die Krankenhausreform grundsätzlich in die richtige Richtung. Es ist richtig und wichtig, mit dem KHAG diesen Weg weiterzuverfolgen. Die Einführung von bundesweit einheitlichen Leistungsgruppen, die mit einheitlichen Qualitätskriterien und Mindestvorhaltezahlen hinterlegt werden, ist zielführend, um bundesweit eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung in den Regionen wohnortnah sicherzustellen. Ausnahmen und Kompetenzerweiterungen für die Länder bei der Grund- und Notfallversorgung können eine bessere Berücksichtigung von regionalen Unterschieden durchaus ermöglichen. Zugleich besteht die Sorge, dass mit zunehmenden Ausnahmen die Reform weiter aufgeweicht wird. Ausnahmen dürfen nicht zur Regel werden. Bedenken bestehen im Hinblick auf die wiederholbare Ausnahmegenehmigung und eine damit verbundene bis zu sechsjährige Zulassung von Behandlungen mit geringerer Qualität an einem Krankenhausstandort, was die Patientensicherheit erheblich gefährdet. Kritisch sieht der SoVD in diesem Zusammenhang auch die Streichung der Erreichbarkeitsvorgaben sowie die Streichung der Berücksichtigung der Pflegepersonaluntergrenzen als Voraussetzung und Prüfungsgegenstand des Medizinischen Dienstes bei der Zuweisung von Leistungsgruppen. Weiter kritisiert der SoVD die Streichung der Nachweispflicht der Länder über das Insolvenzrisiko der beteiligten Krankenhäuser sowie die geplante Ausnahme von der Fusionskontrolle für Krankenhauszusammenschlüsse.

Letztlich bleibt die Strukturreform der Krankenhausversorgung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die richtigerweise aus Steuermitteln zu finanzieren ist. Das gilt auch für die Sofort-Transformationskosten in Höhe von rund 4 Milliarden Euro. Hier stehen die Länder in der Pflicht, endlich ihrer Verantwortung für die Investitionskosten der Krankenhäuser gerecht zu werden, der sie seit Jahren nicht nachkommen.

In diesem Zusammenhang kritisiert der SoVD die jüngst angekündigte Klage der Länder Baden-Württemberg, Schleswig-Holstein und Sachsen-Anhalt vor dem Bundesverfassungsgericht gegen drei Mindestmengenvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Ziel von Mindestmengen ist es, hochspezialisierte Leistungen dort zu bündeln, wo Erfahrung und Routine die besten Ergebnisse erwarten lassen. Besonders komplexe Eingriffe gehören aus Gründen der Patientensicherheit und Qualitätssicherung in die Hände spezialisierter Krankenhäuser und dürfen nicht zur Absicherung defizitärer Standorte unter geringeren Qualitätsstandards missbraucht werden.

3 Zu den Regelungen im Einzelnen

Einzelheiten sind der als **Anlage 1** beigefügten Stellungnahme zu entnehmen.

Berlin, 14. August 2025

DER VORSTAND
Abteilung Sozialpolitik

Anlage 1

Stellungnahme zum KHAG

Name des Verbandes: Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD)

Datum: 15. August 2025

Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort
1	§ 109	Anpassung der Ausnahme für den Abschluss eines Versorgungsvertrags trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien

Stellungnahme

Zu Artikel 1 Nr. 1 b zu § 109 Abs. 3a Satz 4 und 5 NEU:
Sorge vor Aufweichen des Reformziels

Die Berücksichtigung regionaler Besonderheiten der Versorgungssituation ist grundsätzlich richtig. Das gilt insbesondere zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung. Allerdings befürchtet der SoVD mit der weiten Ausgestaltung dieser Ausnahmeregelungen (für den Abschluss von Versorgungsverträgen trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien der zu vereinbarenden Leistungsgruppen) und durch das Entfallen der Erreichbarkeitsvorgaben in der Parallelvorschrift des § 6a Absatz 4 KHG eine zu starke Abkehr von dem ursprünglichen Ziel standardisierter einheitlicher bundesweiter Vorgaben. Es braucht bundesweit geltende Mindeststandards. Unterschiedliche Versorgungsstandards und Versorgungszugänge in den Bundesländern sind angesichts des gleichen Versicherungsstatus der gesetzlich Versicherten nicht akzeptabel. Ausnahmen müssen daher äußerst restriktiv angewendet werden. Keinesfalls darf die Ausnahme zur Regel werden. Richtig ist daher jedenfalls die Subsidiarität des neuen Satz 4 gegenüber der Prüfung bestehender Kooperationen und Verbünde. Dennoch müssen die Ausnahmen zwingend dafür genutzt werden, die fehlenden Qualitätskriterien der zu vereinbarenden Leistungsgruppen künftig an dem Standort sicherzustellen.

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort
2	§ 135d	■ Streichung Übergangsregelung in § 135d Abs. 3 S. 3 SGB V zur Veröffentlichung von Leistungsgruppen im **Bundes-Klinik-Atlas** ■ Folgeanpassung aufgrund der Streichung der LG Notfallmedizin

Stellungnahme

Zu Artikel 1 Nr. 2 a aa zu § 135:
SoVD befürwortet Bundes-Klinik-Atlas:
Der SoVD betont an dieser Stelle die Wichtigkeit und Notwendigkeit des Bundes-Klinik-Atlas für die Patient*innen in Deutschland. Er bietet eine zentrale Informationsquelle über deutsche Krankenhäuser an, um die Auswahl eines geeigneten Krankenhauses zu erleichtern. Dies gilt umso mehr seit der Einstellung des Betriebs der unabhängigen Krankenhaussuche der Weissen Liste zum März 2024 infolge der Neuregelung der Veröffentlichung von Qualitätsinformationen und deren Datengrundlage durch den Bundes-Klinik-Atlas durch das Krankenhaus-Transparenz-gesetz. Forderungen nach einer Abschaltung des Bundes-Klinik-Atlas halten wir für falsch. Vielmehr muss kontinuierlich die Funktionalität und Nutzbarkeit für Patient*innen verbessert und Fehler müssen korrigiert bzw. Verbesserungspotenziale umgesetzt werden.

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort
3	§ 135e	■ Streichung Frist Erlass und Inkrafttreten LG-RVO ■ finanzielle und organisatorische Unterstützung der Patienten-vertretung im Leistungsgruppen-Ausschuss ■ Vereinheitlichung Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten von Fachkrankenhäusern ■ Sonderregelung für Tages- und Nachtkliniken (Erfüllung zeitlicher Vorgaben nur zu jew. Betriebszeiten) ■ Vollzeitäquivalent: Anpassung anrechenbare Stundenanzahl von 40 auf 38,5 ■ Anpassung Berücksichtigung Belegärzte (voller vertragsärztlicher Versorgungsauftrag) ■ Streichung eines Verweises (entfallen)

Stellungnahme

Artikel 1 Nr. 3 b aa zu § 135e Abs. 3 Satz 7 ff. NEU:
Die **finanzielle und organisatorische Unterstützung der ehrenamtlich engagierten Patientenvertreter*innen der Patientenvertretung im Leistungsgruppen-Ausschuss (LGA)** wird ausdrücklich begrüßt.
Der SoVD vertritt den Deutschen Behindertenrat (DBR) als eine der maßgeblichen Organisationen für die Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen nach § 140f SGB V auf Bundesebene. Eine Unterstützung der entsandten Patientenvertreter*innen im LGA ist notwendig, um die gesetzlichen Beteiligungsrechte wahrnehmen und gewissenhaft ausüben zu können.

Artikel 1 Nr. 3 c cc
Kritik an der Streichung des Verweises auf bundeseinheitliche Fahrzeitminuten bei erweiterten Kooperationen
Die Streichung der Berücksichtigung von maßgeblichen Fahrzeiten durch entsprechende Anwendung von § 6a Absatz 4 Satz 2 und 3 KHG für erweiterte Kooperationen sieht der SoVD kritisch. Mit der Streichung liegt es künftig im alleinigen Beurteilungsspielraum der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde, in welchen Fällen und unter welchen Voraussetzungen (bspw. PKW-Fahrzeitminuten) die Erfüllung von Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich ist. Die Streichung bedeutet nicht nur eine erhebliche Abkehr von dem

Reformziel bundeseinheitlicher Qualitätskriterien, sondern ist auch mit Blick auf die Patientensicherheit bedenklich, sollten vereinzelt kürzere Fahrzeitminuten-vorgaben als in § 6a Absatz 4 Satz 2 und 3 KHG zugrunde gelegt werden. Die Fahrzeit zum Krankenhaus ist wichtig, weil sie entscheidend für die schnelle medizinische Versorgung sein kann. Eine kürzere Fahrzeit ermöglicht eine raschere Behandlung, was bei lebensbedrohlichen Zuständen oder schweren Verletzungen über Leben und Tod entscheiden kann. Wird die in § 6a Absatz 4 Satz 3 KHG vorgegebene Zeit künftig überschritten, droht möglicherweise anstelle einer Sicherstellung vielmehr eine von der zuständigen Landesbehörde genehmigte Gefährdung der flächendeckenden Versorgung an dem Krankenhausstandort.

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort
8	§ 271	Anpassung von Mindestreserve und Obergrenze der Liquiditätsreserve im Gesundheitsfonds

Stellungnahme

Zu Artikel 1 Nr. 8 zu § 271 Absatz 2 – NEU:
Anpassung der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds notwendig
Die Liquiditätsreserve ist ein wichtiger Bestandteil der Finanzstabilität der Krankenkassen und dient dazu, unterjährige Einnahmeschwankungen und unvorhergesehene Ausgaben, wie z.B. konjunkturbedingte Einnahmeausfälle, abzufedern. Die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland verfügen aktuell über geringe Liquiditätsreserven. Ende 2024 betrugen die Finanzreserven nur noch 2,1 Milliarden Euro, was nicht einmal der Hälfte der gesetzlich vorgesehenen Mindestreserve von 0,2 Monatsausgaben entsprach. Dies ist auf ein Defizit von 6,2 Milliarden Euro im Jahr 2024 zurückzuführen. Vor diesem Hintergrund erscheint die Anhebung der Mindest- und Oberreserven der Liquiditätsreserve sinnvoll. Dabei muss es sich auch für den Gesetzgeber um verbindliche Werte handeln. Zu oft wurden in der Vergangenheit teure Gesetzesvorhaben oder reformstaubedingte Finanzdefizite letztlich durch ein „Abschmelzen“ von Beitragsrücklagen der gesetzlichen Krankenkassen querfinanziert bzw. -subventioniert.

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort
9	§ 275a	■ Streichung eines Satzes zur Prüfung der PpUGV ■ Anpassung Fristen für LG-Prüfaufträge an MD und Abschluss ■ Strukturprüfung: Korrektur der Bezeichnung des Verwaltungsverfahrens

Stellungnahme

Zur Kritik an der Streichung des Satzes zur Prüfung der PpUGV vergleiche die Ausführungen unten unter Artikel Nr. 13 zu Anlage 1 zum Anforderungsbereich „Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen“

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort
13	Anlage 1	Austausch Anlage 1 mit folgenden Anpassungen: ■ Folgeanpassungen zur Vereinheitlichung Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten von Fachkrankenhäusern ■ Streichung Verweis auf Einbeziehung Erfüllung PpUGV ■ Redaktionelle Anpassung Verweise und Daten G-BA Richtlinien ■ LG 1 Anpassung Mindestanforderungen Endoskopie ■ LG 2 Anpassung Qualitätskriterien Versorgung Kinder und Jugendliche ■ Streichung der LG 3 ■ LG 6 Anpassung bei Erbringung verwandter LG ■ LG 7 Anpassung bei Erbringung verwandter LG ■ LG 10 Anpassung bei Erbringung verwandter LG ■ LG 11 Anpassung bei Erbringung verwandter LG ■ LG 12 Anpassung bei Erbringung verwandter LG ■ LG 14 Anpassung bei der personellen Ausstattung ■ Streichung der LG 16 ■ LG 19 Anpassung bei Erbringung verwandter LG ■ LG 20 Anpassung bei Erbringung verwandter LG ■ LG 24 Anpassung bei der personellen Ausstattung ■ LG 27 Anpassungen der sachlichen Ausstattung sowie eines Verweises in den sonstigen Struktur- und Prozessvoraussetzungen ■ LG 29 Anpassung bei Erbringung verwandter LG ■ LG 31 Anpassung bei Erbringung verwandter LG ■ LG 32 Anpassung bei Erbringung verwandter LG sowie bei der personellen Ausstattung ■ LG 33 Anpassung bei Erbringung verwandter LG sowie bei der personellen Ausstattung

Stellungnahme

Artikel 1 Nr. 13 zu Anlage 1 zum Anforderungsbereich „Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen“:
Große Bedenken gegen Streichung des Verweises auf Einbeziehung der Erfüllung der PpUGV:

Die Streichung des Verweises auf die Einbeziehung der Erfüllung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) als Qualitätskriterium sieht der SoVD mit großen Bedenken. Die PpUGV legt Mindestvorgaben für die Anzahl der Pflegekräfte pro Patient*in in bestimmten pflegesensitiven Bereichen fest. Dabei sind Pflegepersonaluntergrenzen lediglich die absolute Mindestgrenze, um Patientengefährdung zu vermeiden. Die Einhaltung der Untergrenzen ist nicht nur eine Frage der Wirtschaftlichkeit oder Bürokratie, sondern in erster Linie eine Frage der (Mindest-)Qualität und dient der Patientensicherheit. Der SoVD hält die Mindestausstattung mit Pflegekräften für notwendig und die Prüfung der Einhaltung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen für die pflegesensitiven Bereiche in Krankenhäusern als Qualitätskriterium für unverzichtbar, insbesondere für pflegesensitive Bereiche mit Bezug zu Kindern und Jugendlichen sowie im geriatrischen Bereich.

Art. 2: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort
2	§ 6a	■ Ergänzung, dass auch nach § 108 Nummer 4 SGB V zugelassene Krankenhäuser die Qualitätskriterien erfüllen müssen ■ Übergangsregelung für Länder, die bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen zugewiesen haben ■ Anpassung der Ausnahme für die Zuweisung von Leistungsgruppen trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien ■ Anpassung der Fristen zur Meldung der zugewiesenen Leistungsgruppen an InEK

Stellungnahme

Zur Anpassung der Ausnahme für die Zuweisung von Leistungsgruppen trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien
siehe bereits oben unter Artikel 1 Nr. 1 b zu § 109 Abs. 3a Satz 4 und 5 NEU die Kritik an der damit verbundenen Aufweichung des Reformziels der Stärkung der Versorgungsqualität.

Zur Kritik an der Streichung der Erreichbarkeitsvorgaben in § 6a Absatz 4 Satz 2 und 3 bisherige Fassung
vergleiche bereits die Ausführungen oben unter Artikel 1 Nr. 3 c cc. Es ist unverständlich, warum die bereits bewährten Erreichbarkeitsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses für Ausnahmen (Sicherstellungszuschlag für Krankenhäuser) gestrichen werden. Ausnahmen sollten auf bundeseinheitlichen Vorgaben beruhen.

Zu Artikel 2 Nr. 2 zu § 6a Absatz 4 Satz 3 neu:
Bedenken gegen die erneute Befristungsmöglichkeit:
Der SoVD hat erhebliche Bedenken gegen die erneute Befristungsmöglichkeit einer Ausnahmezuweisung nach § 6a Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 um weitere drei Jahre. Damit droht an solchen Standorten, an denen eine entsprechende Versorgung der Bevölkerung flächendeckend zwingend erforderlich ist, die Nichteinhaltung bzw. Nichterfüllung notwendiger Qualitätskriterien für bis zu sechs Jahre. Für einen derart langen Zeitraum Behandlungen mit geringerer Qualität zuzulassen, kann die Patientensicherheit erheblich gefährden. Es drohen ausnahmegenerierte Dauerzustände. Notwendig ist daher wenigstens eine wie in Satz 5 geregelte, mit der Ausnahmeerteilung verbundene Auflage zur Qualitätssteigerung.

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort
4	§ 12b	■ Umstellung der Finanzierung des KHTF (Bundesmittel statt GKV-Mittel) ■ Streichung der Antragsfrist ■ Streichung der Verpflichtung, die Prüfung des Insolvenzrisikos nachzuweisen. ■ Schaffung eines Sonderzuwendungsrechts ggü. der BHO ■ Streichung der Vorschriften im Zusammenhang mit der Beteiligung der PKV an der Finanzierung ■ Regelung der Rückführung nicht verwendeter Mittel an den Bund

Stellungnahme

Zu Artikel 2 Nr. 4 a aa zu § 12 b Absatz 1 a:
Systemgerechte Finanzierung der Transformationskosten aus Steuermitteln
Mit der Finanzierung der Transformationskosten und des Transformationsfonds aus dem Sondervermögen Infrastruktur wurde zurecht auf die scharfe Kritik des SoVD, der gesetzlichen Krankenversicherungen und zahlreicher weiterer Akteure reagiert, die von Anfang an eine Zweckentfremdung von Beitragsgeldern zur hälftigen Finanzierung des Transformationsfonds von bis zu 25 Milliarden Euro vehement beanstandet hatten. Die Strukturreform der Krankenhausversorgung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die richtigerweise aus Steuermitteln zu finanzieren ist. Das gilt auch für die Sofort-Transformationskosten in Höhe von voraussichtlich 4 Milliarden Euro. Hier stehen die Länder zuallererst in der Pflicht, endlich ihrer Verantwortung für die Investitionskosten der Krankenhäuser gerecht zu werden, der sie seit Jahren nicht nachkommen. Die knappen finanziellen Mittel müssen wohlüberlegt und gezielt eingesetzt werden. Eine Verteilung darf nicht nach dem Gießkannenprinzip erfolgen. Bedarfsnotwendige und für die Versorgung unverzichtbare Standorte müssen unterstützt und erhalten bleiben.

Zu Artikel 2 Nr. 4 c zu § 12b Absatz 3 Satz 1 Nummer 5 - bisherige Fassung:
Streichung der Nachweispflicht der Länder über das Insolvenzrisiko der beteiligten Krankenhäuser
Der SoVD hält die Streichung der bisher vorgesehenen Verpflichtung der Länder, gegenüber dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) nachzuweisen, dass sie das Insolvenzrisiko der am Vorhaben beteiligten Krankenhäuser geprüft hat, für bedenklich. Richtig ist, dass es selbstverständlich sein muss, dass Förderungen aus dem Transformationsfonds nur dann erfolgen, „wenn prospektiv eine

wirtschaftlich nachhaltige Sinnhaftigkeit besteht“. Auch sollte es in der Natur der Sache liegen, dass die „Länder nur für solche Vorhaben Mittel aus dem Transformationsfonds beantragen, bei denen aus Sicht ihrer Krankenhausplanung eine entsprechende Zukunftsperspektive besteht“. Nach Ansicht des SoVD genügt diese Selbstverständlichkeit jedoch nicht, um die Länder von dem Nachweis, das Insolvenzrisiko geprüft zu haben, gegenüber dem BAS zu entbinden. Vielmehr begründet die Verwendung von Bundesmitteln die Pflicht der Länder dazu. Mit Einfügung dieser Antragsvoraussetzung für die Länder durch den Änderungsantrag 27 der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG) sollte „das Risiko minimiert werden, dass Fördermittel aus dem Transformationsfonds an insolvente oder kurz vor der Zahlungsunfähigkeit stehende Krankenhäuser fließen.“ An der Antragsvoraussetzung sollte daher festgehalten werden. Auch die ausgewiesene Entlastung in Höhe von geschätzt rund 28.000 Euro für die Länder jährlich rechtfertigt im Vergleich zu den jährlichen Fördervolumina von 2,5 Milliarden Euro aus Bundesmitteln die Streichung nicht.

Art. 5 Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort
1	§ 186a	Anpassung der Ausnahme von der Fusionskontrolle für Krankenhauszusammenschlüsse, die zur Verbesserung der Versorgung erforderlich sind (zuvor in § 187 Abs. 10 geregelt)

Stellungnahme

Zu Artikel 5 Nr. 1 zu § 186a GWB:
Bedenken gegen die Aussetzung des Wettbewerbsrechts
Bedenken hat der SoVD grundsätzlich gegen die geplante Ausnahme von der Fusionskontrolle für Krankenhauszusammenschlüsse als befristete Übergangsausnahme. Das Wettbewerbsrecht bleibt ausgesetzt. So werden auf der einen Seite Fusionsmöglichkeiten geschaffen und auf der anderen Seite Qualitätsanforderungen reduziert. Es bleibt zu befürchten, dass, wenn im Falle der Verteilung von Leistungsgruppen ein Anbieter überproportional berücksichtigt wird – und eine Monopolstellung zu befürchten ist – das Kartellamt nicht handeln und prüfen darf. Dadurch werden mit einer Übergangsregelung wettbewerbsrechtliche Tatsachen in Form von Krankenhauszusammenschlüssen für die Zukunft geschaffen.