

STELLUNGNAHME BKK DACHVERBAND E.V.

vom 11.12.2025

zum Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreformanpassungsgesetz – KHAG) – Bundestagsdrucksache 21/2512

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Inhalt

I. VORBEMERKUNG	3
II. DETAILKOMMENTIERUNG	4
Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	4
Zu § 135d Abs. 4 SGB V: Transparenz der Qualität der Krankenhausbehandlung	4
Zu Anlage 1 (zu § 135e): Leistungsgruppen und Qualitätskriterien	4
Artikel 2: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	5
Zu § 6a KHG Abs. 4: Zuweisung von Leistungsgruppen	5
Zu § 12b KHG: Transformationsfonds, Verordnungsermächtigung	6
Zu § 13 KHG: Entscheidung zu den förderungsfähigen Vorhaben	7
Artikel 5: Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen	7
III. ERGÄNZENDER ÄNDERUNGSBEDARF	9
§§ 6, 14, 15 KHEntgG, analog in BPfIV: Ergänztender Gesetzgebungsbedarf beim Erstattungsbetrag	9
§ 17c KHG – Krankenhausabrechnungsprüfung	10
§ 26 KHG – Streichung des separaten Zusatzentgeltes für Testungen auf das Corona-Virus im Krankenhaus	11
§ 109 Abs. 5 S. 5 SGB V – Zahlungsfrist von fünf Tagen für Krankenhausrechnungen streichen	11
NachhaltigkeitsRadar für Kliniken (Vgl. DigitalRadar (§ 14b KHG))	12

I. VORBEMERKUNG

Die Betriebskrankenkassen halten das Ziel des Entwurfs eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform (KHAG), die im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) angelegten Struktur- und Qualitätsreformen zu präzisieren und den Transformationsprozess zu unterstützen, grundsätzlich für richtig und notwendig. Ein besonders begrüßenswerter Schritt ist die zukünftige Finanzierung des Transformationsfonds durch Bundesmittel. Damit übernimmt der Bund seine Verantwortung für eine leistungsfähige Krankenhausinfrastruktur und beendet den zuvor rechtswidrigen Zugriff auf die Gelder der Solidargemeinschaft. Dies stellt eine wichtige Korrektur dar, die zu einer verfassungsrechtlich einwandfreien Finanzierung führt.

Die Betriebskrankenkassen befürchten jedoch, dass der vorliegende Gesetzentwurf die ursprünglichen Reformziele verwässert und wichtige Fortschritte in den Bereichen Qualität, Wirtschaftlichkeit und Transparenz wieder rückgängig gemacht werden könnten. Die geplante Ausweitung der Ausnahmeregelungen bei der Zuweisung von Leistungsgruppen sowie der Verzicht auf verbindliche Fristen zur Erfüllung von Qualitätskriterien stellen erhebliche Rückschritte dar. Diese Maßnahmen schwächen die Patientensicherheit und erhöhen das Risiko einer qualitativ uneinheitlichen Versorgung zwischen den Bundesländern. Diese Lockerung der Qualitätsvorgaben erhöht nicht nur das Risiko medizinischer Fehlentwicklungen, sondern führt langfristig auch zu steigenden Kosten für die Beitragszahlenden in der gesetzlichen Krankenversicherung. Zudem sieht der Entwurf keine ausreichenden Maßnahmen vor, um die fachliche und medizinische Kontrolle über die Mittelverwendung sicherzustellen. Entscheidungen über Förderungen aus dem Transformationsfonds oder Ausnahmen von Qualitätsstandards müssen unbedingt im Einvernehmen mit den Krankenkassen getroffen werden. Nur so lässt sich sicherstellen, dass medizinische, wirtschaftliche und versorgungsstrategische Kriterien den Ausschlag geben und nicht landespolitische Erwägungen.

Vor diesem Hintergrund fordern die Betriebskrankenkassen eine Nachbesserung der Reform im parlamentarischen Verfahren. Ausnahmeregelungen sollen auf das absolut notwendige Maß beschränkt, Fristen für die Umsetzung von Qualitätsstandards verbindlich festgelegt und die Beteiligung der Krankenkassen auf allen Ebenen gestärkt werden. Nur durch klare Standards, transparente Verantwortlichkeiten und eine solide Finanzierung kann das Krankenhausstrukturgesetz (KHAG) dazu beitragen, die Krankenhausversorgung zukunftsfähig, bezahlbar und patientensicher zu gestalten.

II. DETAILKOMMENTIERUNG

Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu § 135d Abs. 4 SGB V: Transparenz der Qualität der Krankenhausbehandlung

Zur Umsetzung der im Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode getroffenen Vereinbarung, dass die Definition der Fachkrankenhäuser mit dem Ziel überarbeitet wird, dass die in den Ländern bestehenden und für die Versorgung relevanten Fachkliniken erhalten bleiben können, erfolgt eine Anpassung der Definition der Fachkrankenhäuser. Als Voraussetzungen für die Ausweisung eines Krankenhausstandortes als Fachkrankenhaus wird festgelegt, dass dieser erstens eine Spezialisierung nach Erkrankungen, nach Krankheitsgruppen, nach Personengruppen oder nach Leistungsspektrum vorweisen muss. Zweitens muss der Krankenhausstandort einen relevanten Versorgungsanteil in diesem Bereich leisten. Drittens muss der Standort im Krankenhausplan des jeweiligen Landes als Fachkrankenhaus ausgewiesen sein.

STELLUNGNAHME:

Die Anpassung des Paragraphen sieht die Streichung der bisherigen klaren Vorgaben für die zu erbringenden Leistungen vor. Stattdessen wird festgelegt, dass der zu erbringende Versorgungsanteil *relevant* sein muss. Es werden aber keinerlei Angaben, Spezifizierungen oder Vorgaben getroffen, um zu definieren, was ein relevanter Versorgungsanteil konkret ist. Damit bleibt es den Landesbehörden überlassen, dies für sich selbst zu definieren, was voraussichtlich eher den politischen Interessen der Länder zum Erhalt potentiell nicht versorgungsrelevanter Standorte statt tatsächlich versorgungspolitischen Überlegungen folgen wird. Deshalb unterstützen die Betriebskrankenkassen die Anpassung nicht und fordern stattdessen die Beibehaltung klarer Regeln.

Zu Anlage 1 (zu § 135e): Leistungsgruppen und Qualitätskriterien

STELLUNGNAHME:

Die Streichung der Leistungsgruppen Infektiologie, Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie und Notfallmedizin ist nachvollziehbar und sachlogisch, da diesen Leistungsgruppen keine Fallzahlen im Leistungsgruppengrouper zugeordnet werden konnten. Die

fortwährende Aufweichung und Abschwächung der Qualitätskriterien sehen die Betriebskrankenkassen kritisch. In Verbindung mit den zahlreichen Ausnahmeregelungen für die Leistungsgruppeneinordnung, die den Krankenhausplanungsbehörden der Bundesländer bereits im KHVVG und nun erneut im KHAG gewährt werden, kann nicht länger von der Erreichung einer bundeseinheitlichen, qualitativ hochwertigen Versorgung ausgegangen werden. Damit wird das ursprüngliche Ziel der Reform aufgegeben. Die Betriebskrankenkassen lehnen deshalb die Abschwächung der Qualitätskriterien ab und plädieren für eine schnelle und bundesweit einheitliche Festlegung und Umsetzung von Mindestvorhaltezahlen in allen Leistungsgruppen, um so eindeutige und trennscharfe Kriterien für die Leistungsgruppenvergabe zu gewährleisten. Perspektivisch sollte außerdem die tatsächliche Behandlungsqualität (Ergebnisqualität) als Qualitätskriterium für den Erhalt einer Leistungsgruppe relevant sein.

Artikel 2: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Zu § 6a KHG Abs. 4: Zuweisung von Leistungsgruppen

In § 6a Absatz 4 sind die Voraussetzungen für die Zuweisung einer Leistungsgruppe trotz Nichterfüllung der jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien geregelt. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann im Einvernehmen 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 diese Qualitätskriterien durch das Krankenhaus an dem Krankenhausstandort auch nicht in Kooperationen oder Verbünden nach Absatz 3 Satz 4 oder § 135e Absatz 4 Satz 1 Nummer 7, Satz 2 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt werden können, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist, der Betrieb des jeweiligen Krankenhausstandortes vollständig oder teilweise eingestellt wird und die Zuweisung von Leistungsgruppen dafür erforderlich ist oder wenn der jeweilige Krankenhausstandort mit einem oder mehreren anderen Krankenhausstandorten vollständig oder teilweise zusammengelegt wird. Die Zuweisung einer Leistungsgruppe ist dabei auf höchstens drei Jahre zu befristen. Falls das Krankenhaus in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 aufgenommen wurde, ist mit der Zuweisung einer Leistungsgruppe das Krankenhaus zu verpflichten,

an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien innerhalb einer angemessenen Frist zu erfüllen.

STELLUNGNAHME:

Die Herstellung des Einvernehmens mit den Krankenkassen ist aus Sicht der Betriebskrankenkassen zwingend erforderlich und daher zu begrüßen. So werden rein politisch motivierte Entscheidungen der Bundesländer verhindert.

Die Erweiterung der Ausnahmeregelungen wird aber grundsätzlich abgelehnt, insbesondere die Möglichkeit der Zuweisung von Leistungsgruppen, selbst wenn die Erfüllung der Qualitätskriterien nicht einmal über Kooperationen erfolgt. Die bisherigen Ausnahmeregelungen sind bereits weitreichend und verwässern die Ziele der Reform, sodass eine bedarfsgerechte, bundesweit einheitliche Versorgung nicht erreicht wird. Die geplante Regelung ermöglicht den Ländern ohne jede Qualitätsgrenze die Weiterführung von potentiell gefährlicher und qualitativ minderwertiger Versorgung. Hinzu kommt, dass die Erfüllung der Qualitätskriterien nicht länger an eine konkrete Frist gebunden wird, wenn das Krankenhaus in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 aufgenommen worden ist, sondern in *angemessener* Frist erfolgen soll, was jedoch völlig beliebig und auch völlig unterschiedlich ausgelegt werden kann. Auch die Voraussetzungen, die zur Gewährung der Ausnahme genannt werden, wie etwa, dass dies zur Sicherstellung der Versorgung zwingend erforderlich sein müsse, sind beliebig interpretierbar. Die Anpassung wird von den Betriebskrankenkassen folglich zum Schutz der Patientinnen und Patienten abgelehnt. Die Betriebskrankenkassen fordern, dass zumindest die für Ausnahmen zugelassenen Leistungsgruppen beschränkt werden, auf solche Leistungsgruppen, die tatsächlich eine Grundversorgung der Bevölkerung sichern. Leistungsgruppen, die gut planbare Fälle behandeln, ohne dass sie zeitkritisch sind, sollten hingegen davon ausgeschlossen werden.

Zu § 12b KHG: Transformationsfonds, Verordnungsermächtigung

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 wird beim Bundesamt für Soziale Sicherung in den Jahren 2026 bis 2035 aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ein Transformationsfonds in Höhe von 29 Milliarden Euro errichtet. Zur Finanzierung des Transformationsfonds stellt der Bund der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in den Jahren 2026 bis 2029 jährlich einen Betrag von 3,5 Milliarden Euro und in den Jahren 2030 bis 2035 jährlich einen Betrag von 2,5 Milliarden Euro,

im Jahr 2026 bis zum 1. April und in den Jahren 2027 bis 2035 jeweils bis zum 15. Januar zur Verfügung.

STELLUNGNAHME:

Die Betriebskrankenkassen befürworten ausdrücklich die angepasste Finanzierung des Transformationsfonds über Bundesmittel. Hierdurch kommt der Bund seiner Verpflichtung zur Daseinsfürsorge gegenüber der Bevölkerung nach. Hiermit wird außerdem ein zentraler Fehler der Reform – der unserer Auffassung nach rechtswidrige Zugriff auf Kassengelder für die Erfüllung von Aufgaben des Bundes – behoben.

Zu § 13 KHG: Entscheidung zu den förderungsfähigen Vorhaben

Bei Entscheidungen nach Satz 1, die die Förderung aus dem Transformationsfonds nach § 12b betreffen, ist ein Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen anzustreben.

STELLUNGNAHME:

Die Betriebskrankenkassen sehen ein Einvernehmen als zwingende Voraussetzung für eine sinnvolle und zweckentsprechende Mittelverwendung an und fordern, dies ohne Einschränkungen vorauszusetzen. Die Notwendigkeit, ein Einvernehmen anzustreben, erschwert lediglich das Verfahren aus Sicht der Landesbehörden, ohne eine wirkliche Kontrolle der Entscheidungen zu erzielen, die dringen nötig wäre. Das Einbringen medizinischer Fachexpertise und ein Blick auf die Gesamtsituation der Versorgung, die nicht von landespolitischen Überlegungen überschattet werden, ist unbedingt zu gewährleisten.

Artikel 5: Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen

Der neue § 186a ersetzt § 187 Absatz 10, mit dem im KHVVG eine Ausnahme für Krankenhäuser von der Fusionskontrolle geschaffen wurde. Mit der Vorschrift, deren Anwendung bis zum 31. Dezember 2030 befristet ist, wurde die Bewilligung eines Zusammenschlusses von Krankenhäusern auf die für die Krankenhausplanung zuständigen

Landesbehörden übertragen, um Zusammenschlüsse vorrangig anhand von gesundheitspolitischen Erwägungen billigen zu können. Eine Überarbeitung der Regelung wurde jedoch erforderlich, um Rechtsunsicherheiten mit Blick auf Anwendungsbereich und Verfahren zu begegnen. Insbesondere sollen die Änderungen dazu dienen, den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden für alle Fälle innerhalb des Anwendungsbereiches die Möglichkeit einzuräumen, Krankenhausfusionen ohne Fusionskontrollverfahren nach dem GWB zu erlauben und so Parallelprüfungen zu verhindern.

STELLUNGNAHME:

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen sind unabhängige Prüfungen durch die Landesbehörden sinnvoll. Es muss sichergestellt werden, dass die medizinische Versorgung der Bevölkerung durch eine Fusion nicht gefährdet wird. Es ist außerdem entscheidend, dass medizinische Versorgungsfragen nicht hinter ökonomischen Überlegungen der Träger zurückstehen.

III. ERGÄNZENDER ÄNDERUNGSBEDARF

§§ 6, 14, 15 KHEntgG, analog in BPfIV: Ergänzender Gesetzgebungsbedarf beim Erstattungsbetrag

Mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz hat der Gesetzgeber in § 6 Absatz 2 Satz 11 KHEntgG klargestellt, dass der Erstattungsbetrag gemäß § 130b SGB V auch im stationären Bereich als Preisobergrenze gilt. Die Geltung des Erstattungsbetrags als Obergrenze sollte auch explizit im Normtext zu den krankenhausindividuellen Entgelten gemäß § 6 Absatz 1 KHEntgG verankert werden.

Ein weiterer Regelungsbedarf ergibt sich im Hinblick auf den Ausgleich von Differenzbeträgen zwischen dem Erstattungsbetrag und dem vereinbarten Entgelt. Derzeit erfolgt dieser Ausgleich über den allgemeinen Mehr- oder Mindererlösausgleich unabhängig davon, welche Krankenkasse die tatsächlichen Kosten getragen hat. Aus wirtschaftlichen Gründen ist es unabdingbar, dass Ausgleichszahlungen kostenträgerspezifisch erfolgen. Nur die Krankenkasse, die die überhöhten Kosten getragen hat, soll auch die entsprechende Ausgleichszahlung erhalten.

Zudem ist die rückwirkende Abwicklung des Erstattungsbetrages, sollte der Geltungszeitpunkt in der Vergangenheit liegen, nicht ausreichend geregelt. Die Ortsebene müsste hierzu weiterhin Vereinbarungen mit den Krankenhäusern und allen Vertragsparteien treffen, damit die Kassen individuell an ihre zu viel gezahlten Beträge kommen. Eine Abwicklung über den Erlösausgleich reicht in diesem Fall nicht aus, da insbesondere für hochpreisige Arzneimittel die zurückzuzahlenden Beträge über alle Kassen verteilt würden, statt an die Kasse zu fließen, die die ursprünglichen Ausgaben hatte. Wir plädieren hier für eine Regelung, die es der Bundesebene in ihrer Vereinbarung zum Erstattungsbetrag erlaubt, für hochpreisige Arzneimittel ab einem festzulegenden Schwellenwert eine kassenindividuelle Rückabwicklung der zu viel gezahlten Erstattungsbeträge vorzuschreiben. Außerdem sollte dies direkt über den pharmazeutischen Hersteller möglich sein, statt den Umweg über das Krankenhaus gehen zu müssen.

§ 17c KHG – Krankenhausabrechnungsprüfung

Die gesetzliche Einschränkung von MD-Prüfungen durch das MDK-Reformgesetz führte zu einer erheblichen Reduzierung geprüfter Abrechnungsfälle von Krankenhäusern und somit zu Mehreinnahmen der Krankenhäuser in Höhe von mehr als einer Milliarde Euro. Die derzeitige Quotierung der Prüfungen schadet daher der Versichertengemeinschaft und hat Einfluss auf die Höhe des Beitragssatzes. Die künstliche quartalsweise Taktung mit quartalsbezogenen Datenmeldungen, Veröffentlichungen und dem Monitoring der gestuften Prüfquoten ist hochaufwendig. Die Quotierung der MD-Prüfungen ist abzuschaffen oder zumindest durch eine angemessene einheitliche Prüfquote zu ersetzen. Medizinische Dienste, Krankenhäuser und Krankenkassen würden so von unnötigem Verwaltungsaufwand entlastet. Berichtspflichten könnten bereinigt, Informationen ausschließlich jahresbezogen erhoben und transparent gemacht werden.

Ein sinnvoller Schritt zur weiteren Stärkung des Vorverfahrens sollte schnell und rechtsicher auf den Weg gebracht werden. Die Krankenkassen erhalten seit der Etablierung des Erörterungsverfahrens gemäß § 17c Absatz 2b die Fallunterlagen der Krankenhäuser für die Durchführung der Erörterung. Es ist dringend geboten, den Krankenhäusern bereits für Falldialoge (Vorverfahren gemäß § 17c Absatz 2 Satz 2 Nummer 3) die Übermittlung medizinischer Fallunterlagen zu erlauben, da dies ein effizienter Weg ist, Fallklärungen frühzeitig und ohne Einschaltung des Medizinischen Dienstes zu ermöglichen. Bei Krankenhäusern, die diese Möglichkeit partnerschaftlich mit den Krankenkassen nutzen, wird der Prüfaufwand entsprechend sinken. Es besteht damit Informationsgleichheit und die Möglichkeit auf Augenhöhe die streitbehafteten Krankenhausabrechnungen zu diskutieren.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Für die Umsetzung sollte § 17c Abs. 2 wie folgt ergänzt werden:

Die Krankenhäuser sind befugt, personen- und einrichtungsbezogene Daten für das Verfahren gemäß Satz 2 Nummer 3 im erforderlichen Umfang zu verarbeiten.

§ 26 KHG – Streichung des separaten Zusatzentgeltes für Testungen auf das Corona-Virus im Krankenhaus

Die Vergütung der Kosten durchgeführter Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 bei voll- oder teilstationären Patientinnen und Patienten im Krankenhaus erfolgt weiterhin über ein separates Zusatzentgelt. Wie andere pandemiebedingte Sonderregelungen ist auch diese Regelung nach dem Ende der COVID-19-Pandemie nicht mehr erforderlich. Die Streichung war bereits im Gesetzentwurf für ein Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) vorgesehen, wurde jedoch in der vergangenen Legislaturperiode nicht mehr verabschiedet. Die Betriebskrankenkassen fordern, die Streichung im KHAG umzusetzen.

§ 109 Abs. 5 S. 5 SGB V – Zahlungsfrist von fünf Tagen für Krankenhausrechnungen streichen

Die Betriebskrankenkassen fordern, dass die Zahlungsfrist von fünf Tagen für die Begleichung von Krankenhausrechnungen abgeschafft wird. Die stark verkürzte Zahlungsfrist wurde mit dem COVID-19-Krankenhauserlastungsgesetz Ende März 2020 eingeführt und inzwischen gesetzlich im § 109 Abs. 5 S.5 SGB V auf unbestimmte Zeit festgeschrieben.

Die Betriebskrankenkassen stellen fest, dass der ursprüngliche Grund für die Einführung einer verkürzten Zahlungsfrist, nämlich die Corona-Pandemie, so schon lange nicht mehr besteht. Die Verstärkung der krisenbedingten Sonderregelung hat die Liquidität erheblich zu Gunsten der Krankenhäuser und zum Nachteil der gesetzlichen Krankenkassen verschoben. Angesichts einer immer angespannteren Haushaltslage der gesetzlichen Krankenversicherer ist die Einseitigkeit der Regelung zugunsten der Krankenhäuser nicht mehr vertret- und begründbar. Eine qualitativ hohe und angemessene Rechnungsprüfung ist in dem kurzen Zeitraum nur unter sehr hohem Druck leistbar.

Die Krankenkassen fordern daher die Rückkehr zu den regulären Zahlungsfristen gemäß den Landesverträgen nach § 112 SGB V.

NachhaltigkeitsRadar für Kliniken (Vgl. DigitalRadar (§ 14b KHG))

Ein NachhaltigkeitsRadar für Kliniken schafft Transparenz, identifiziert Entwicklungspotenziale, ermöglicht verbindliche nationale Vergleiche und schafft eine belastbare Datengrundlage für zielgerichtete Investitionen aus dem Klimatransformationsfond (KTF) für eine klimaneutrale Krankenhausversorgung ohne Streuverluste. Als standardisiertes, wirkungsorientiertes Instrument macht der NachhaltigkeitsRadar für Kliniken – analog zum DigitalRadar (§ 14b KHG) – den Nachhaltigkeits-Reifegrad einzelner Krankenhäuser messbar. Transparente Kennzahlen ermöglichen eine systematische Erfassung von Fortschritten, die Verbreitung wirksamer Best Practices sowie den wirtschaftlichen, effizienten und haushaltspolitisch soliden Einsatz von Fördermitteln – insbesondere aus dem Klima- und Transformationsfonds (KTF).

Die nächsten Schritte wären daher aus Sicht der Betriebskrankenkassen:

1. Schaffung einer gesetzlichen Grundlage zur Einführung eines NachhaltigkeitsRadars für Kliniken als objektives Steuerungsinstrument.
2. Sicherstellung der finanziellen Basis aus dem KTF (Klima- und Transformationsfonds) als zentrales Instrument für die Transformation der Klimaneutralität.
3. Beauftragung eines interdisziplinären Konsortiums zur Konzeption und Umsetzung des NachhaltigkeitsRadars auf nationaler Ebene.
4. Entwicklung eines validierten Reifegradmodells, das den Nachhaltigkeitsstatus von Krankenhäusern messbar macht und zielgerichtete Entwicklungspfade aufzeigt.
5. Aufbau eines zentralen Transparenzportals, das den Reifegrad sowie Fortschritte der Einrichtungen öffentlich und vergleichbar darstellt.