

**Krankenhausreform-
anpassungsgesetz (KHAG)**

vsl. September 2025
Kabinettsbeschluss

21.08.20025
Verbändeanhörung BMG

05.08.2025
Referentenentwurf

Zum Download
Referentenentwurf
KHAG

Krankenhausreform: Gesetzentwurf zur Weiterentwicklung liegt vor

Am 21.08.2025 hat die Verbändeanhörung zum Referentenentwurf für ein Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) im Bundesministerium für Gesundheit stattgefunden. In dem Gesetz sind umfangreiche Ausnahmen von der im vergangenen Jahr in Kraft getretenen Krankenhausreform sowie weitere Anpassungen geplant. Bereits in ihrem Koalitionsvertrag hatten sich Union und SPD auf eine umfassende Überarbeitung des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KVVVG) verständigt. Die wichtigsten Regelungen im Einzelnen:

Mindestqualitätsvorgaben: Ausnahmen und Kooperationsmöglichkeiten

Um die Krankenhausversorgung besonders im ländlichen Raum sicherzustellen, wird der Spielraum der Länder für Ausnahme- und Kooperationsmöglichkeiten deutlich erweitert. Künftig soll jedes Land selbst über Entfernungsvorgaben zur Sicherstellung der stationären Versorgung in ländlichen Regionen frei entscheiden: Die bundeseinheitliche Vorgabe für die Entfernung zwischen zwei Krankenhausstandorten wird aufgehoben. Damit obliegt die Entscheidung, ob Leistungen durch andere Krankenhäuser übernommen werden können und ob die Entfernung zwischen den Krankenhäusern zumutbar ist, künftig vollständig den Ländern. So wird den Ländern ermöglicht, mehr Standorte zur Sicherstellung der Versorgung als bisher auszuweisen und für diese Ausnahmen von den Qualitätsvorgaben anzuwenden. Diese bislang auf drei Jahre befristeten Ausnahmen sollen künftig nochmals um weitere drei Jahre verlängert werden können – allerdings nur im Einvernehmen mit den Kostenträgern und mit der Verpflichtung zur Erfüllung der Qualitätskriterien in einer angemessenen Frist. Die Länder erhalten die Möglichkeit zu prüfen, ob die Mindestqualitätsvorgaben durch Kooperationen oder Verbünde erfüllt werden können.

Im KVVVG war festgelegt worden, dass Sicherstellungskrankenhäuser von den in den Leistungsgruppen definierten Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität (wie Personal oder apparative Ausstattung) abweichen dürfen. Diese Ausnahmen von den Mindestqualitätsvorgaben gelten weiterhin unbefristet.

Die geplanten Aufweichungen der Qualitätsvorgaben konträrkarieren das ursprüngliche Ziel des KVVVG, eine bundesweit einheitliche Qualität in der Krankenhausversorgung sicherzustellen. Künftig können die Länder Krankenhäusern Leistungsgruppen zuweisen, auch wenn diese die dafür festgelegten Qualitätsanforderungen nicht erfüllen. Das gefährdet die Patientensicherheit.

Durch den Wegfall der Entfernungsvorgabe gibt es künftig keine bundeseinheitliche Regelung mehr für Fahrzeitminuten zwischen Krankenhausstandorten. Dies gilt auch für Kooperationspartner. Ketten und Verbünde können hierdurch indirekt auf Kosten der Leistungsqualität gestärkt werden.

Insgesamt werden die Neuregelungen die dringend nötige Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen verzögern. Unrentable und nicht am medizinischen Bedarf orientierte Strukturen werden dadurch in den nächsten Jahren weiterhin Bestand haben.

Qualitätsvorgaben für die Leistungsgruppen herabgesetzt

Mit dem KHAG werden auch die durch das KVVVG eingeführten Leistungsgruppen verändert. So verbleiben lediglich diejenigen Leistungsgruppen, die auf Basis der 60 Leistungsgruppen in Nordrhein-Westfalen eingeführt wurden, zuzüglich der speziellen Traumatologie. Unter Berücksichtigung der Empfehlungen des Leistungsgruppen-Ausschusses wur-

den in einigen Leistungsgruppen die Qualitätsvorgaben verändert und an zahlreichen Stellen herabgesetzt. So wurde etwa die Pflicht zur Erfüllung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung als Qualitätskriterium in allen Leistungsgruppen gestrichen.

- ↗ Bei der Überarbeitung der Gesetzesanlage zu den Leistungsgruppen und Qualitätskriterien sind in den einzelnen Anforderungsbereichen zahlreiche Mindestvoraussetzungen herabgesetzt worden. Dazu gehört beispielsweise die Berücksichtigung der Pflegepersonaluntergrenzen, welche im Sinne der Patientensicherheit zumindest als Auswahlkriterium weiter herangezogen werden sollten.

Anpassung von Fristen

Weiterhin sieht das KHAG vor, dass die zeitlichen Fristen zur Umsetzung der Krankenhausreform angepasst werden. Für die Vorhaltevergütung wird die budgetneutrale Phase um ein Jahr von 2026 auf 2027 verlängert. So beginnt die Konvergenzphase mit der Anwendung der Vorhaltevergütung im Jahr 2028 und endet zum 31.12.2029, sodass die Vorhaltevergütung ab 2030 ihre volle Wirkung entfaltet.

Infolge der um ein Jahr verschobenen Vorhaltevergütung wird auch die Frist für den Erlass der Rechtsverordnung zu den Mindestvorhaltezahlen um ein Jahr auf Ende 2026 verlängert. Der konkrete Zeitpunkt des Inkrafttretens soll im Leistungsgruppenausschuss festgelegt und in der Rechtsverordnung geregelt werden.

- ↗ Durch die Fristanpassungen wird die Einführung der Vorhaltefinanzierung um ein Jahr verschoben. Dies ist sinnvoll, da die bisherigen Fristen des KHVVG wenig praxistauglich waren und eine strukturierte Umsetzung und Akzeptanz der Krankenhausreform in den Ländern erschwert hätten.

Die geplanten Mindestvorhaltezahlen sollen nicht nur eine Gelegenheitsversorgung unterbinden, sondern auch eine wirtschaftliche Betriebsführung ermöglichen. Sie sind deshalb für die Weiterentwicklung der Versorgung und deren Finanzierbarkeit unerlässlich und müssen schnellstmöglich und ohne Ausnahmeregelungen auf den Weg gebracht werden.

Änderungen beim Krankenhaustransformationsfonds

Mit dem KHVVG war festgelegt worden, dass der Krankenhaustransformationsfonds in den Jahren 2026 bis 2035 mit bis zu 25 Milliarden Euro (bis zu 2,5 Milliarden Euro pro Jahr) aus Mitteln der Krankenkassen finanziert werden sollte. Bereits im Koalitionsvertrag hatten sich Union und SPD darauf verständigt, diese Finanzierungssystematik zu ändern. Nun wird geregelt, dass die Finanzierung des Transformationsfonds zum Umbau der Krankenhauslandschaft ab 2026 zur Hälfte aus dem Sondervermögen Infrastruktur und damit aus Mitteln des Bundes erfolgen soll.

Die Fördertatbestände im Rahmen von Transformationsfondsprojekten bleiben unverändert. Als Fördervoraussetzung müssen sich Länder auch weiterhin dazu verpflichten, mindestens den Durchschnitt ihrer Investitionskosten der Jahre 2021 bis 2023 beizubehalten, sodass die Mittel aus dem Fonds zusätzlich bereitzustellen sind. Der Durchschnittswert aus den Jahren 2021 bis 2023 muss dann einmalig um den Orientierungswert 2024 gesteigert werden und gilt bis zum Ablauf des Förderzeitraumes unverändert fort, also bis 2035.

- ↗ Es ist richtig, dass der Transformationsfonds aus Bundesmitteln finanziert wird. Denn der Umbau der Krankenhausstrukturen ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die nicht von der Versichertengemeinschaft zu tragen ist.

Was die Fördertatbestände anbelangt, fehlt weiterhin eine Priorisierung hin zu Schließungs-, Konzentrations- und Umwandlungsmaßnahmen, damit die Mittel tatsächlich für zukunftsfähige Krankenhausstrukturen eingesetzt werden.

Die Regelung, wonach der Durchschnitt der Landeskrankenhausinvestitionen lediglich einmalig um den Orientierungswert 2024 gesteigert wird, ist unangemessen. Dies wird dazu führen, dass der Anteil der Länderausgaben für Investitionen an den Gesamtausgaben in den nächsten zehn Jahren weiter auf unter drei Prozent sinken wird. Stattdessen sollte das Investitionsniveau der Jahre 2021 bis 2023 bis zum Jahr 2035 jedes Jahr um den jeweils gültigen Orientierungswert gesteigert werden, da sich das Kostenniveau zwischen 2021 (erstes Referenzjahr) und 2035 (letztes Jahr Transformationsfonds) erheblich unterscheiden wird.

Pflegegesetz wird zum „Omnibus“

Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege

01.01.2026
Inkrafttreten

11.09.2025
1. Lesung Bundestag

06.08.2025
Kabinettsbeschluss

23.06.2025
Referentenentwurf
(Pflegekompetenzgesetz)

Zum Download

Kabinettsentwurf
Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege

In dem bisherigen Referentenentwurf für ein „Pflegekompetenzgesetz“ hat die Bundesregierung zahlreiche fachfremde Themen aufgenommen. Das am 06.08.2025 vom Bundeskabinett beschlossene Gesetz wurde zugleich umbenannt in „Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege“. Die ursprünglichen Regelungen zur geplanten eigenverantwortlichen Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen, zur Förderung neuer gemeinschaftlicher Wohnformen oder zur Zusammenarbeit der Pflegekassen mit Kommunen blieben dabei fast unverändert. (siehe Berlin kompakt Nr. 07/2025)

Fristverlängerungen und neue Vorgaben geplant

Mit dem Ziel der Entbürokratisierung plant die Bundesregierung verschiedene Maßnahmen für eine effizientere pflegerische Versorgung. Waren bereits im Referentenentwurf Leitlinien zur Beschleunigung von Vertragsabschlüssen und effizienteren Vertragsverhandlungen vorgesehen, so soll nun auch die Qualitätssicherung in der Pflege vereinfacht werden. Dazu werden unter anderem die Intervalle der Qualitätsprüfungen für ambulante Dienste und teilstationäre Pflegeeinrichtungen von ein auf zwei Jahre verlängert, wie dies bereits im vollstationären Bereich der Fall ist. Als neue Vorgabe für den Medizinischen Dienst Bund (MD Bund) ist vorgesehen, dass dieser bis zum 01.06.2026 verbindliche Regeln für Qualitätsprüfungen in Krisensituationen wie Pandemien entwickeln soll.

↗ **Bürokratieabbau ist für die Partner in der Pflegeversicherung notwendig, um die wachsenden gesetzlichen Aufgaben im Sinne der Versicherten umsetzen zu können. Bei der Frage der Verlängerung der Prüfintervalle ist entscheidend, dass eine qualitativ hochwertige Versorgung für Pflegebedürftige gewährleistet werden kann.**

Die geplanten Regeln für Qualitätsprüfungen sind wichtig, um auf künftige Krisen- oder Pandemiesituationen besser als bisher vorbereitet zu sein.

Der MD Bund soll außerdem die Aufgaben der Heimaufsicht der Länder übernehmen können, um doppelte Prüfungen zu vermeiden, wie es im Entwurf heißt. Die Länder können den MD Bund dabei mit der Prüfung von eigentlich in der Zuständigkeit der Heimaufsichten liegenden Sachfragen betrauen.

Der GKV-Spitzenverband wird beauftragt, gemeinsam mit den Pflegekassen ein sogenanntes Kooperationsgremium zu bilden und dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) jährlich über den Fortschritt der Arbeit zu berichten. Von 2026 bis 2030 soll so über

die Vereinfachung und Vereinheitlichung von Formularen beraten werden, die von Pflegekassen bei der Beantragung von Pflegeleistungen eingesetzt werden.

↗ **Durch die geplanten Änderungen der Zuständigkeiten von MD Bund und Heimaufsichten der Länder darf es nicht zu einer Verantwortungs- und Kostenübernahme zulasten der Sozialversicherung kommen.**

Mit der Schaffung eines neuen Gremiums kommt es erneut zu einem unnötigen Eingriff in die Arbeit der Selbstverwaltung. Die BARMER vereinfacht seit Jahren die Antragsverfahren im Bereich der Pflege zum Nutzen ihrer Versicherten. Mit der neuen Vorgabe darf keine zusätzliche Bürokratie aufgebaut werden.

Neuregelungen zur Digitalisierung des Gesundheitssystems

Mit dem Gesetz ist unter anderem geplant, den digital gestützten Medikationsprozess auf Grundlage von Daten aus der elektronischen Patientenakte (ePA) ab dem 31.03.2026 vollständig umzusetzen. Die nötigen Spezifikationen werden derzeit noch von der gematik entwickelt.

In Zukunft sollen auch weitere Kostenträger eine E-Rezept-App anbieten können, etwa die Träger der freien Heilfürsorge. Zudem soll die Nutzung des elektronischen Heilberufeausweises für den Zugriff auf das E-Rezept nicht mehr notwendig sein.

Künftig sollen Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser und weitere Leistungserbringer von einer Befüllung der ePA von Kindern und Jugendlichen absehen können, wenn eine Gefährdung des Kindeswohls zu erwarten ist, beispielsweise bei Konflikten zwischen getrennt lebenden Eltern mit gemeinsamen Sorgerecht. Die Regelung wurde in Zusammenarbeit mit Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten angepasst.

↗ **Für Anwendungen wie den digital gestützten Medikationsprozess müssen nach Veröffentlichung der gematik-Spezifikationen realistische Fristen gesetzt werden. Diese sind bei der vorgeschlagenen Neuregelung zu knapp bemessen. Dass die gematik weiter parallel eine eigene E-Rezept-App anbietet, ist überholt. Bereits heute haben die Kassen das E-Rezept in ihre eigenen Apps integriert.**

Die gefundene Regelung zum Umgang mit der ePA von Kindern und Jugendlichen trägt dazu bei, dass berechtigte Schutzinteressen von Kindern gewahrt bleiben.

Klarstellung zum vertragsärztlichen Notdienst

*Bundesministerium für Arbeit und Soziales

BMG und BMAS* haben sich bereits 2024 mit der Rentenversicherung und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf eine Klarstellung zum sozialversicherungsrechtlichen Status von „Poolärzten“ im notdienstlichen Bereitschaftsdienst geeinigt. Bedingung für die selbstständige Tätigkeit ist seitdem unter anderem eine angemessene Bezahlung der von der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) bereitgestellten Ressourcen wie Personal und Technik. Das Bundessozialgericht (BSG) hatte zuvor die Tätigkeit nicht-vertragsärztlicher „Poolärzte“ als abhängige Beschäftigung gewertet, die der Sozialversicherungspflicht unterliegt. Der vorliegende Entwurf gibt nun Vertragsärzten Rechtssicherheit für ihre Tätigkeit im Notdienst. Diese wird als Teil der selbstständigen Beschäftigung und damit als sozialversicherungsfrei definiert. Darüber hinaus sollen die KVen den Notdienst in ländlichen Gebieten durch die Zahlung von Sicherstellungspauschalen gewährleisten können.

↗ **Die gesetzliche Klarstellung zur Sozialversicherungsfreiheit des notdienstlichen Bereitschaftsdienstes schafft Rechtssicherheit für Vertragsärztinnen und -ärzte. Vor dem Hin-**

Berlin kompakt

Nr. 8 // 22. August 2025

tergrund der dringend notwendigen Reform der Notfallversorgung muss der vertragsärztliche Notdienst gestärkt werden, um die Notaufnahmen der Krankenhäuser zu entlasten.

[Zum Download](#)

Tabelle Gesetzgebung

Termine laufender Gesetzgebungsverfahren