

KHAG

Tag nach der Verkündung
Inkrafttreten

vs. 27.03.2026

2. Durchgang Bundesrat

06.03.2026

2. Durchgang Bundesrat

17.12.2026

Anhörung im Gesundheits-
ausschuss

21.11.2025

1. Durchgang Bundesrat

08.10.2025

Kabinettsbeschluss

Bundestag beschließt Anpassung der Krankenhausreform

Am 06.03.2026 hat der Deutsche Bundestag in 2./3. Lesung das Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) beschlossen. Mit dem Gesetz soll das im Herbst 2024 verabschiedete Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) weiterentwickelt werden. Mit insgesamt 46 Änderungsanträgen zu dem vom Bundeskabinett im Dezember 2025 auf den Weg gebrachten Gesetzesentwurf (siehe Berlin kompakt Nr. 10/2025) ist das parlamentarische Verfahren des KHAG damit abgeschlossen. Das Gesetz wird jetzt dem Bundesrat zur Zustimmung zugeleitet, der sich voraussichtlich am 27.03.2026 damit befassen wird.

B Es ist gut, dass Bund und Länder eine Einigung über das KHAG erzielen konnten und das Gesetz die parlamentarische Hürde genommen hat. Der erzielte Kompromiss zeugt jedoch von einem zu starken Entgegenkommen des Bundes gegenüber den Ländern, die Verbesserung der stationären Versorgung bleibt damit weit hinter dem zurück, was medizinisch notwendig und auch machbar ist. So kann die Neustrukturierung der Krankenhauslandschaft nicht im notwendigen Umfang gelingen. Zudem wurden zu große Abstriche bei den notwendigen Qualitätsverbesserungen gemacht. Dies ist zum Nachteil für Patientinnen und Patienten, die Anspruch auf eine sichere und hochwertige Krankenhausversorgung haben.

Änderungen beim Krankenhaustransformationsfonds

Das KHAG beinhaltet eine wichtige Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung. Bislang war zur Finanzierung des Transformationsfonds ein Anteil von bis zu 25 Milliarden Euro aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vorgesehen. Nun soll dieser Anteil aus Mitteln des Sondervermögens Infrastruktur und Klimaneutralität finanziert werden. Darüber hinaus wurden eine Reihe von Änderungen am Gesetzesentwurf vorgenommen, die zu weiteren Anpassungen am Krankenhaustransformationsfonds (KHTF) führen. So dürfen die Bundesländer die Mittel aus dem Sondervermögen sowohl für die Investitionskostenfinanzierung im Krankenhausbereich als auch zur Kofinanzierung von Vorhaben aus dem Transformationsfonds nutzen. CDU/CSU und SPD haben in der Beschlussempfehlung des Ausschusses herausgestellt, dass bereits nach der geltenden Rechtslage Vorhaben, die auch dem Strukturerhalt dienen, aus dem KHTF gefördert werden könnten. Das Bundesamt für Soziale Sicherung soll lediglich eine Plausibilitätsprüfung vornehmen – ohne vertiefte inhaltliche Überprüfung.

B Es ist richtig, dass der Transformationsfonds nunmehr aus Mitteln des Sondervermögens Infrastruktur und Klimaneutralität finanziert wird. Denn der Umbau der Krankenhausstrukturen ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die nicht von der Versichertengemeinschaft zu tragen ist. Allerdings können sich die Länder durch die Verwendung der Mittel aus dem Sondervermögen ihrer Verpflichtung zur auskömmlichen Investitionskostenfinanzierung auch weiterhin entziehen. Um dem zukünftig entgegenzuwirken, muss rechtzeitig vor Auslaufen des Transformationsfonds Ende 2035 eine verbindliche Investitionsquote in Höhe von mindestens acht Prozent für die Bundesländer gesetzlich festgeschrieben werden. Die Beschlussempfehlung des Gesundheitsausschusses zum Transformationsfonds birgt das Risiko, dass die Bundesländer die bereitgestellten Gelder teilweise für den Erhalt überkommener Strukturen verwenden, anstatt sie für zukunftsfähige Umwandlungsprozesse zu verwenden.

Berlin kompakt

Nr. 4 // 11. März 2026

Standortdefinition, Fachkrankenhäuser und befristete Ausnahmen für die Leistungsgruppenzuweisung

Die gesetzliche Definition von Krankenhausstandorten mit einer Entfernung von höchstens zwei Kilometern hat weiterhin Bestand. Zukünftig soll allerdings das Benehmen von GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) mit den zuständigen Landesbehörden über die Festlegung zu Einzelfallabweichungen von dieser Krankenhausstandortdefinition hergestellt werden.

GKV-SV und DKG werden zudem beauftragt, die von den einzelnen Landesbehörden gewählten Kriterien für die Zuordnung von Krankenhausstandorten zu der Versorgungsstufe „Level F“ zu evaluieren. Basierend darauf soll bis zum 30.09.2029 eine bundeseinheitliche Fachklinik-Definition vereinbart werden, die ab dem 01.01.2030 anzuwenden ist. Zuordnungen zu der Versorgungsstufe „Level F“ sind bis zu diesem Zeitpunkt nach bisheriger Gesetzeslage zulässig.

Die Ausnahmen bei der Zuweisung von Leistungsgruppen an Krankenhäuser waren ein zentraler Bestandteil der zurückliegenden Verhandlungsrunden. Die im Gesetzentwurf für drei Jahre befristeten Ausnahmemöglichkeiten trotz Nichterfüllung der bundeseinheitlichen Mindestqualitätskriterien werden nochmalig erweitert: Es wird die Option einer Verlängerung um weitere drei Jahre im Einvernehmen mit den Krankenkassen eingeführt. Für die Bundesländer, die die Umsetzung der Leistungsgruppenzuweisung bis zum 31.12.2026 mit Wirkung zum 01.01.2027 vornehmen, kann die erstmalige Ausnahme im Benehmen mit den Krankenkassen erfolgen.

B Eine Beteiligung der Krankenhausplanungsbehörde bei der Entscheidung der Selbstverwaltungspartner über eine Einzelfallabweichung von der Krankenhausstandortdefinition ist ein Kompromiss. Dieser trägt dazu bei, die in der Praxis seit Jahren erprobte Standortdefinition grundsätzlich beizubehalten.

Es ist richtig, dass sich auch die Fachkliniken in das neue bundeseinheitliche System der Leistungsgruppen einordnen müssen. Die Regelung zu einer bundeseinheitlichen Definition ist deshalb eine sinnvolle Ergänzung des Gesetzes. Jedoch wäre eine frühzeitigere Festlegung der Kriterien über den Gemeinsamen Bundesausschuss zielführender.

Dass für die Verlängerung der Ausnahmeregelung bei der Zuweisung von Leistungsgruppen das Einvernehmen mit den Krankenkassen hergestellt werden muss, ist ein Kompromiss auf kleinstem Nenner. Eine Verlängerung der Ausnahmeregelungen nach drei Jahren sollte nur gezielt zur Sicherstellung der Versorgung genutzt werden. Wünschenswert wären verbindliche Zielvereinbarungen an den Krankenhausstandorten zur Erfüllung der Qualitätsvorgaben. Die Regelung zur Umsetzung einer kurzfristigen Leistungsgruppenzuweisung bis zum 31.12.2026 kann die Einführung der Leistungsgruppen beschleunigen, birgt aber gleichzeitig die Gefahr, dass die Patientensicherheit aufgrund nicht einvernehmlich getroffener Ausnahmeentscheidungen gefährdet wird.

Regelungen zum Pflegebudget

Das KHAG beinhaltet auch eine Klarstellung zum Pflegebudget. Die Kosten für Tätigkeiten, die nicht der unmittelbaren pflegerischen Tätigkeit am Bett dienen, also insbesondere hauswirtschaftliche, logistische, administrative oder technische Aufgaben, sollen nicht vom Pflegebudget berücksichtigt werden. Hintergrund ist der starke Anstieg des Pflegebudgets seit seiner Einführung im Jahr 2020 von – laut GKV-Spitzenverband – 15,2 Milliarden Euro auf 22,6 Milliarden Euro im Jahr 2024. Auch für 2025 sind weitere hohe Steigerungen absehbar.

Berlin kompakt

Nr. 4 // 11. März 2026

- B** Im Vordergrund muss die bedarfsgerechte pflegerische Versorgung von Patientinnen und Patienten stehen. Das bedeutet, dass das Pflegebudget ausschließlich für die Sicherstellung qualifizierter Pflege am Bett genutzt werden darf. Die vorgesehene Klarstellung kann nur ein erster Schritt sein, um die Fehlanreize der Selbstkostendeckung beim Pflegebudget zu beseitigen. Sie wird aber in der Praxis zu Abgrenzungsproblemen führen und die Verhandlungen weiter verkomplizieren. Deshalb bleibt die Forderung bestehen, die finanziellen Zuwächse beim Pflegebudget auf Basis der GKV-Einnahmeentwicklung gesetzgeberisch zu begrenzen und langfristig eine Obergrenze (zum Beispiel auf Basis des Pflegepersonalquotienten) einzuführen.

Anpassung des Schiedsstellenverfahrens im Rahmen von Budgetverhandlungen

Ferner wurde im KHAG geregelt, dass der ab 2026 greifende „Schiedsstellenautomatismus“ auf das Jahr 2029 verschoben wird. Dieser Automatismus soll verbindliche Vereinbarungen in einer festgelegten Frist erzwingen, um die Versorgungsstrukturen sicherzustellen. Gleichzeitig werden für offene „alte“ Vereinbarungszeiträume neue Schiedsstellenautomatismen eingeführt, um sukzessive dem bestehenden Verhandlungsstau zu begegnen.

- B** Der Schiedsstellenautomatismus mit der starren Frist zum 31.07.2026 wird deutlich entschärft und bis 2029 gestreckt. Diese Entschärfung und Entzerrung sind ausdrücklich zu begrüßen. Sie verschaffen der Orts- und Landesebene ebenso wie den Schiedsstellen die notwendigen zeitlichen Ressourcen, um den Verhandlungsstau gemeinsam bis 2029 abzubauen.

[Zum Download](#)

Tabelle Gesetzgebung

Termine laufender Gesetzgebungsverfahren