

27.03.26**Beschluss**
des Bundesrates

Gesetz zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreformanpassungsgesetz - KHAG)

Der Bundesrat hat in seiner 1063. Sitzung am 27. März 2026 beschlossen, zu dem vom Deutschen Bundestag am 6. März 2026 verabschiedeten Gesetz einen Antrag gemäß Artikel 77 Absatz 2 des Grundgesetzes nicht zu stellen.

Der Bundesrat hat ferner die aus der Anlage ersichtliche EntschlieÙung gefasst.

Anlage

EntschlieÙung

zum

Gesetz zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreformenpassungsgesetz - KHAG)

1. Zum Gesetz allgemein

- a) Der Bundesrat begrüÙt die mit der Krankenhausreform verfolgten Ziele, die Qualität der medizinischen Versorgung zu stärken, medizinische Leistungen stärker zu konzentrieren und gleichzeitig eine verlässliche und bedarfsgerechte Krankenhausstruktur zu sichern. Er erkennt an, dass mit dem Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG) im Rahmen eines intensiven Bund-Länder-Dialogs weitere Anpassungen zur praktischen Umsetzung der Reform vorgenommen werden. Er begrüÙt insbesondere, dass Kooperationen grundsätzlich freier gestaltbar sind. Der Bundesrat weist zugleich darauf hin, dass die Länder nach der verfassungsrechtlichen Kompetenzordnung für die Krankenhausplanung verantwortlich sind und damit eine zentrale Rolle bei der strukturellen Weiterentwicklung der stationären Versorgung wahrnehmen. Die erfolgreiche Umsetzung der Krankenhausreform setzt daher voraus, dass die Planungshoheit der Länder gewahrt bleibt und ihnen ausreichende Gestaltungsspielräume bei der Ausgestaltung regionaler und historisch gewachsener Versorgungsstrukturen verbleiben.
- b) Der Bundesrat stellt fest, dass das nun vorliegende Gesetz in Teilen hinter den Forderungen der Länder zurückbleibt und einzelne Regelungen den praktischen Anforderungen bei der Umsetzung der Krankenhausreform noch nicht in ausreichendem Maße Rechnung tragen. Dies betrifft insbesondere die Regelungen der Definitionen zum Krankenhaus-Standort, zu

Fachkliniken, zu Ausnahmen bei Leistungsgruppenzuweisungen sowie zur Erfüllung der Pflegepersonaluntergrenzen. Die genannten Regelungen schränken die Planungshoheit der Länder in erheblichem Maße ein und führen zu Schwierigkeiten bei der weiteren Umsetzung der Reform. Die Standortdefinition wird den länderspezifischen Besonderheiten aufgrund von baulichen Voraussetzungen nicht hinreichend gerecht. Der Bundesrat sieht zudem die Regelung kritisch, nach der die zuletzt vorgesehene sachgerechte Definition für Fachkliniken entfällt und nun künftig auf Bundesebene von den Selbstverwaltungspartnern bestimmt werden soll. Er weist darauf hin, dass dies den in den Ländern sehr unterschiedlich ausgerichteten Versorgungsstrukturen der Krankenhäuser nicht hinreichend Rechnung trägt und erhebliche Auswirkungen auf bestehende Versorgungsangebote haben kann.

- c) Der Bundesrat stellt fest, dass mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) erstmals Mittel für die Wahrnehmung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben vorgesehen wurden. Empfangsberechtigt sind nach geltender Rechtslage sowohl Universitätsklinika als auch andere geeignete Krankenhäuser, denen die Krankenhausplanungsbehörde Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zugewiesen hat. Die im vorliegenden Gesetz vorgesehene Änderung, wonach für das Jahr 2027 ausschließlich Universitätsklinika anspruchsberechtigt sein sollen, sieht der Bundesrat äußerst kritisch. Er weist darauf hin, dass Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben in mehreren Ländern nicht nur von Universitätsklinika, sondern auch von anderen Maximalversorgern wahrgenommen werden sollen und hierfür vielfach geeignete Strukturen bestehen. Eine Beschränkung der Anspruchsberechtigung auf Universitätsklinika für das Jahr 2027 ist nach Auffassung des Bundesrates ein nicht hinnehmbarer Rückschritt. Sie wird den Strukturen in den Ländern nicht gerecht und kann negative Auswirkungen auf die Versorgung haben.
- d) Der Bundesrat hält es für erforderlich, die Auswirkungen der genannten Regelungen sorgfältig zu überprüfen und bittet die Bundesregierung daher zu prüfen, ob und wie den in dieser Entschließung benannten Punkten bei der weiteren Umsetzung der Krankenhausreform Rechnung getragen werden kann. Dies betrifft insbesondere die Regelungen zur Definition von Krankenhaus-Standorten und Fachkliniken, zu Ausnahmeentscheidungen bei Leistungsgruppenzuweisungen, zur Erfüllung der Pflegepersonalunter-

grenzen sowie zur Ausgestaltung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben.

2. Zu Artikel 1 Nummer 14 (§ 427 SGB V) und Artikel 2 Nummer 7 (§ 17b Absatz 4c KHG)

Der Bundesrat bittet die Bundesregierung, in einem weiteren Gesetzgebungsverfahren dafür Sorge zu tragen, dass die budgetneutrale Phase sowie die Konvergenzphase bei der Vorhaltevergütung konsequent genutzt werden, um die Wirkung der Vorhaltevergütung zu überprüfen und um die bestehenden Regelungen anzupassen und nachzujustieren. Insbesondere sollten erste Wirkungsanalysen des InEK nach § 17b Absatz 4c KHG vor Ablauf der Konvergenzphase vorliegen und insoweit die ersten Ergebnisse der Evaluationen nach § 427 SGB V durch die Partner der Selbstverwaltung zur Grundlage nehmen.

Begründung:

- a) Mit der Änderung in § 427 Satz 1 SGB V wird die erstmalige Evaluation des KHVVG auf den 31. Juli 2027 vorgezogen. Dies wird ausdrücklich begrüßt.
- b) Allerdings wird in § 427 SGB V kein zusätzlicher Tatbestand geschaffen, der *expressis verbis* die Vorhaltevergütung als Evaluationsgegenstand benennt. Insoweit steht es in der Entscheidungsfreiheit der Selbstverwaltungspartner, wie diese die normierten Evaluationsvorgaben umsetzen.
- c) Daneben sind die Gesetzesbegründungen zur jeweiligen Änderung von § 427 SGB V im Rahmen des KHVVG und des KHAG mit Fokus auf die Vorhaltevergütung inkonsistent.
 - aa) In der Beschlussempfehlung des Bundestages zum KHVVG heißt es zu § 427 Satz 1 Nummer 2 SGB V neu (BT-Drs. 20/13407, S. 301) in Bezug auf die Vorhaltevergütung:

„Die Einhaltung der Mindestvorhaltezahlen ist grundsätzlich Voraussetzung für den Erhalt eines Vorhaltebudgets durch ein Krankenhaus. Die Auswirkungen der Einführung der Vorhaltevergütung wird gemäß § 17b Absatz 4c KHG durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) evaluiert. Das InEK soll auf der Basis der Analyse der Auswirkungen der Einführung einer Vorhaltevergütung auch Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Vorhaltevergütung vorlegen.“
 - bb) In der Beschlussempfehlung des Bundestages zum KHAG heißt es zu § 427 Satz 1 SGB V neu (BT-Drs. 21/4527, S. 304) zur Vorhaltevergütung ohne Bezug zu einem konkreten Tatbestand wie folgt:

„Mit der Änderung in Satz 1 im Satzteil vor der Aufzählung wird an der bereits im geltenden Recht vorgesehenen Evaluierung zum 31. Dezember 2028 festgehalten und damit im Ergebnis eine weitere Evaluierung vorgesehen. Hierdurch wird zusammen mit der bereits im Gesetzentwurf vorgesehenen Evaluierung zum 31. Juli 2027 insbesondere sichergestellt, dass die budgetneutrale Phase sowie die Konvergenzphase genutzt werden können, um die Wirkung der Vorhaltevergütung auf die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser und die Ausgaben der Krankenkassen zu überprüfen. Bei Bedarf können die bestehenden Regelungen auf dieser Grundlage angepasst und nachjustiert werden. Der mit der zusätzlichen Evaluation verbundene Aufwand ist vor dem Hintergrund, dass durch die Krankenhausreform tiefgreifende Änderungen der Versorgung und Finanzierung ausgelöst werden, gerechtfertigt.“

- d) Die gemäß § 17b Absatz 4c Satz 1 KHG neu vorgesehenen Auswirkungsanalysen durch das InEK, die durch Artikel 2 Nummer 7 KHAG um jeweils ein Jahr nach hinten verschoben werden sollen, zum einen der Zwischenbericht nunmehr zum 31. Dezember 2030 und zum anderen der Abschlussbericht nunmehr zum 31. Dezember 2032, kommen jeweils nach Ablauf der budgetneutralen Phase und der Konvergenzphase. Dies widerspricht den Länderinteressen nach einem zeitnahen Korrekturmechanismus bei der Vorhaltevergütung.