

UPDATE ZUR KRANKENHAUSREFORM

Das Krankenhausreform- anpassungsgesetz (KHAG)

nach Beschluss des
Bundestages
am 6. März 2026

Borchers/Appel

KRANKENHAUSREFORM VERSTEHEN

Grundlagen, Hintergründe und Auswirkungen



Update zur Krankenhausreform: Das Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG) nach Beschluss des Bundestages am 6. März 2026

Mit dem Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG) liegt nun die erste größere gesetzliche Nachjustierung der Krankenhausreform nach Inkrafttreten des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) Anfang 2025 vor. Während die grundlegende Struktur der Reform (insbesondere die Einführung von Leistungsgruppen, die schrittweise Umstellung auf eine Vorhaltefinanzierung sowie der Transformationsfonds zur strukturellen Anpassung der Krankenhauslandschaft) bereits im KHVVG angelegt wurde, verfolgt das KHAG das Ziel, zentrale praktische Herausforderungen bei der Umsetzung der Reform zu adressieren und den zeitlichen sowie organisatorischen Rahmen realistisch anzupassen.

Im Verlauf des Frühjahres 2025 zeichnete sich ab, dass die Umsetzung des KHVVG auf erhebliche praktische und politische Schwierigkeiten stoßen würde. Neben der weiterhin angespannten wirtschaftlichen Lage vieler Krankenhäuser führten insbesondere offene Fragen um Ausnahmegenehmigungen rund um die Einführung der Leistungsgruppen, bei der praktischen Umsetzung der Vorhaltefinanzierung sowie bei der Beantragung von Mitteln aus dem Transformationsfonds zu erheblichen Unsicherheiten. Gleichzeitig kritisierten zahlreiche Bundesländer eine aus ihrer Sicht zu starke Zentralisierung der Steuerungsinstrumente durch den Bund und forderten größere Gestaltungsspielräume für die Krankenhausplanung.

Hinzu kam eine wirtschaftliche Zuspitzung der Situation vieler Krankenhäuser. Inflationsbedingte Kostensteigerungen, Fachkräftemangel und strukturelle Defizite in der Finanzierung führten zu einer wachsenden Zahl wirtschaftlich gefährdeter Standorte. Mehrere Bundesländer warnten vor einem „kalten Strukturwandel“, bei dem Krankenhäuser ungeplant aus

wirtschaftlichen Gründen schließen könnten, bevor eine geordnete strukturelle Transformation der Krankenhauslandschaft umgesetzt ist. Vor diesem Hintergrund wurde im Herbst 2025 zunächst ein Kabinettsentwurf für ein Krankenhausreformsanpassungsgesetz vorgelegt (dessen Inhalte bereits in unserem Buch "Krankenhausreform verstehen" dargestellt sind). Der nun vom Bundestag beschlossene Gesetzestext geht jedoch in mehreren Punkten über diese Kabinettsfassung hinaus. Insbesondere im parlamentarischen Verfahren und im Zuge der abschließenden Abstimmungen zwischen Bund und Ländern wurden weitere Anpassungen vorgenommen, die teilweise erhebliche Auswirkungen auf die praktische Umsetzung der Reform haben.

Das KHAG stellt weniger eine eigenständige Reform dar als vielmehr ein politisches und administratives Stabilisierungsgesetz. Ziel ist es, die grundsätzliche Richtung der Krankenhausreform beizubehalten, gleichzeitig aber jene Elemente zu flexibilisieren oder zeitlich zu strecken, die sich in der praktischen Umsetzung als problematisch erwiesen haben. In diesem Sinne kann das KHAG als eine Art „Reparaturgesetz“ verstanden werden, das die Struktur des KHVG nicht grundlegend verändert, aber dessen praktische Umsetzung erleichtern soll.

1. Die wichtigsten Änderungen in der Übersicht



„kurz & knapp“

Das Krankenhausreformatanpassungsgesetz verändert die grundlegende Zielrichtung der Krankenhausreform nicht, führt jedoch zahlreiche Anpassungen ein, die vor allem auf Umsetzbarkeit, Planungssicherheit und föderale Flexibilität abzielen.

Zu den wichtigsten Änderungen gehören:

- Eine deutliche Verlängerung der budgetneutralen Übergangsphase bei der Vorhaltefinanzierung
- Eine stärkere Einbindung der Länder und größere Spielräume bei Ausnahmen von Qualitätsvorgaben
- Eine Neuordnung der Finanzierung des Transformationsfonds mit stärkerer Beteiligung des Bundes
- Anreiz zur Übersendung von Feststellungsbescheiden bis Ende 2026 durch die Bundesländer (Zuteilung ohne Zustimmung der Kassen möglich, danach weitere Ausnahmen im Einvernehmen mit den Kassen)
- Verschiedene Anpassungen bei Leistungsgruppen, Datenflüssen und Prüfverfahren.
- Insgesamt verfolgt das Gesetz damit einen pragmatischen Ansatz: Die Krankenhausreform soll nicht zurückgenommen, sondern organisatorisch und politisch stabilisiert werden.

2. Zeitlicher Rahmen der Reform

Eine der wichtigsten Änderungen betrifft den zeitlichen Ablauf der Reform. Während das KHVVG ursprünglich eine relativ rasche Einführung der Vorhaltefinanzierung vorgesehen hatte, verschiebt das KHAG mehrere zentrale Fristen und schafft damit eine längere Übergangsphase.

Die Jahre 2026 und 2027 bilden nun eine budgetneutrale Phase, in der die Vorhalteanteile zwar formal eingeführt werden, jedoch noch keine

Umverteilungseffekte zwischen den Krankenhäusern entstehen. Erst ab dem Jahr 2028 beginnt die erste Konvergenzphase, in der die Wirkung der neuen Vergütungslogik schrittweise sichtbar wird. In dieser Phase gelten zugleich erstmals Abrechnungsbeschränkungen für Leistungen, für die einem Krankenhaus keine Leistungsgruppe zugewiesen wurde. Eine zweite Konvergenzstufe folgt 2029, bevor das neue Vergütungssystem ab dem Jahr 2030 seine volle Wirkung entfalten soll.

Diese zeitliche Streckung verfolgt mehrere Ziele. Zum einen soll sie den Krankenhäusern mehr Planungssicherheit geben und verhindern, dass kurzfristige Umstellungseffekte einzelne Standorte wirtschaftlich überfordern. Zum anderen erhalten die Bundesländer mehr Zeit, ihre Krankenhausplanung an die Logik der Leistungsgruppen anzupassen. Schließlich wird auch dem Umstand Rechnung getragen, dass zahlreiche Detailregelungen – etwa zur Datenübermittlung, zur Definition einzelner Leistungsgruppen oder zur praktischen Umsetzung von Qualitätskriterien – erst schrittweise entwickelt werden können.

Darüber hinaus führt das KHAG eine zusätzliche demografische und morbiditätsbezogene Komponente bei der Berechnung der Vorhaltebudgets ein. Krankenhäuser in Regionen mit überdurchschnittlich alternder Bevölkerung oder besonders hoher Krankheitslast können dadurch prozentuale Aufschläge auf ihre Vorhaltebudgets erhalten. Damit soll verhindert werden, dass strukturschwache oder ländliche Regionen durch die neue Finanzierungslogik benachteiligt werden.

Die Vorhaltefinanzierung bleibt damit weiterhin ein zentrales Element der Krankenhausreform. Ihre praktische Umsetzung wird jedoch deutlich stärker in eine mehrjährige Übergangsphase eingebettet.

3. Erweiterte Gestaltungsspielräume für die Länder

Ein weiterer zentraler Bestandteil des KHAG betrifft die Rolle der Bundesländer. Auch im ursprünglichen Reformkonzept des KHVVG sollte die Krankenhausplanung der Länder das zentrale Instrument darstellen. Viele Länder empfanden die bundesrechtlichen Vorgaben aber als restriktiv.

Das KHAG reagiert auf diese Kritik, indem es die Möglichkeiten der Länder erweitert, unter bestimmten Voraussetzungen von den bundesweiten Qualitätskriterien abzuweichen. Insbesondere bei der Vergabe von Leistungsgruppen können Versorgungsverträge künftig befristet auch dann geschlossen werden, wenn einzelne Struktur- oder Qualitätsanforderungen noch nicht vollständig erfüllt sind. Voraussetzung ist jedoch, dass die Versorgung der Bevölkerung andernfalls gefährdet wäre und eine entsprechende Begründung vorliegt.

Diese Ausnahmeregelungen sind zeitlich befristet und müssen regelmäßig überprüft werden. Zudem bleibt der Medizinische Dienst weiterhin in die Bewertung der entsprechenden Strukturen eingebunden. Gleichwohl bedeutet diese Regelung einen erheblichen Zuwachs an Flexibilität für die Länder. Insbesondere in ländlichen Regionen kann sie dazu beitragen, bestehende Krankenhausstandorte zumindest übergangsweise zu stabilisieren.

Damit verschiebt sich das Zielbild der Reform teilweise von einer stark zentralisierten Qualitätssteuerung hin zu einer stärker regional ausgerichteten Versorgungssteuerung. Die grundlegenden Qualitätsanforderungen bleiben zwar bestehen, ihre Anwendung kann jedoch stärker an regionale Gegebenheiten angepasst werden.

4. Kooperation als strukturelles Instrument

Eine weitere wichtige Neuerung betrifft die Rolle von Kooperationen zwischen Krankenhäusern. Während das ursprüngliche Reformkonzept vielfach auf Konzentration und Spezialisierung einzelner Standorte abzielte, erkennt das KHAG Kooperationen nun ausdrücklich als möglichen Weg zur Erfüllung von Qualitätsanforderungen an.

In vielen Leistungsgruppen können bestimmte Strukturmerkmale künftig auch im Rahmen von Kooperationen nachgewiesen werden. Dies betrifft beispielsweise diagnostische Leistungen, Labordienste oder bestimmte technische Ausstattungen. Voraussetzung ist, dass die Zusammenarbeit organisatorisch klar geregelt ist und medizinische Qualität sowie Erreichbarkeit gewährleistet bleiben.

Damit wird Kooperation von einer eher ergänzenden Möglichkeit zu einem regulären Instrument der Krankenhausstrukturpolitik. Gerade kleinere Krankenhäuser erhalten dadurch die Chance, einzelne Leistungen weiterhin anzubieten, ohne sämtliche strukturellen Voraussetzungen allein erfüllen zu müssen.

Gleichzeitig steigen die Anforderungen an die organisatorische Ausgestaltung solcher Kooperationen. Schriftliche Vereinbarungen, klar definierte Verantwortlichkeiten sowie transparente Prozesse werden zu zentralen Voraussetzungen für die Anerkennung entsprechender Strukturen. Auch Fragen der Transportlogistik und der zeitlichen Erreichbarkeit spielen eine wichtige Rolle.

Diese Entwicklung entspricht einer grundsätzlichen Verschiebung in der Reformlogik: Während ursprünglich häufig die vollständige Konzentration von Leistungen im Vordergrund stand, rücken nun stärker Netzwerkstrukturen und regionale Versorgungsverbände in den Fokus.

5. Anpassungen bei Leistungsgruppen und Qualitätskriterien

Neben den strukturellen Änderungen enthält das KHAG auch eine Reihe von Detailanpassungen bei den Leistungsgruppen und den zugehörigen Qualitätskriterien. Insbesondere die Anlage mit den Strukturvoraussetzungen für einzelne Leistungsgruppen wurde in mehreren Punkten überarbeitet.

Dabei wurden unter anderem einzelne Leistungsgruppen gestrichen oder neu strukturiert. So entfallen beispielsweise bestimmte Leistungsgruppen – etwa im Bereich der Infektiologie oder der Notfallmedizin – während ihre Nummern in der Systematik bestehen bleiben, um die Struktur der Leistungsgruppenordnung stabil zu halten.

Darüber hinaus wurden zahlreiche Detailregelungen präzisiert. Dies betrifft etwa die Qualifikationsanforderungen an Personal, Anforderungen an die Verfügbarkeit bestimmter medizinischer Leistungen sowie die Möglichkeit, einzelne Strukturvoraussetzungen im Rahmen von Kooperationen zu erfüllen.

Besondere Aufmerksamkeit erhielt dabei die Frage der Standortdefinition. Für bestimmte Kooperationen und Strukturvorgaben spielt die räumliche Nähe zwischen Einrichtungen eine wichtige Rolle. Die bereits im KHVVG hinterlegte Standortdefinition, die vorsieht, dass zwei Kliniken nicht weiter als 2.000 m voneinander entfernt liegen dürfen, um als ein gemeinsamer Standort gewertet zu werden, wurde im KHAG bestätigt. Der Bestätigungen sind umfassende Diskussionen vorangegangen, die eine Aufweichung dieser 2.000-m-Regel forderten, um Strukturen individuell auf die jeweilige Versorgungssituation vor Ort anpassen zu können.

Auch einzelne medizinische Regelungsbereiche wurden präzisiert. So erhält der Gemeinsame Bundesausschuss beispielsweise die Möglichkeit, bei bestimmten komplexen Eingriffen – etwa im Bereich der onkologischen Chirurgie – von ursprünglich vorgesehenen

Auswahlquoten abzuweichen, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung erforderlich erscheint.

Die Länder sollen zunächst für drei Jahre Krankenhäusern Leistungsgruppen – allerdings im Einvernehmen mit den Krankenkassen – zuweisen können, auch wenn die Kliniken die Qualitätskriterien nicht erfüllen. Weisen die Länder die Leistungsgruppen noch vor dem 31. Dezember 2026 zu, können sie dies auch im Benehmen mit den Kassen, also ohne deren explizite Zustimmung tun. Danach sieht der Kompromiss nochmals die Möglichkeit einer Ausnahme über drei Jahre vor, dann aber nur noch mit Einverständnis der Kassen.

6. Transformationsfonds

Eine besonders wichtige Rolle innerhalb der Reformarchitektur spielt weiterhin der Transformationsfonds. Dieses Instrument soll die strukturelle Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft finanziell unterstützen und Investitionen in neue Versorgungsstrukturen ermöglichen.

Das KHAG bestätigt grundsätzlich die Bedeutung dieses Instruments, nimmt jedoch mehrere Anpassungen bei Finanzierung und Verfahren vor.

Der Krankenhaus-Transformationsfonds bleibt mit einem Gesamtvolumen von 50 Mrd. Euro das Herzstück der Krankenhausreform. Neu ist die Verteilung der Finanzierung: Der Bund übernimmt künftig 29 Mrd. Euro, die Länder 21 Mrd. Euro; bisher war eine hälftige Finanzierung vorgesehen. Zwischen 2026 und 2029 stellt der Bund jährlich 3,5 Mrd. Euro bereit (zuvor 2,5 Mrd. Euro). Zwischen 2030 und 2035 stellt der Bund jährlich 2,5 Mrd. Euro bereit.

Gefördert werden insbesondere Maßnahmen zur strukturellen Konzentration von Krankenhausstandorten, zur Umwandlung von Akutkrankenhäusern in sektorenübergreifende Versorgungszentren, zum Aufbau telemedizinischer Netzwerke sowie zur Modernisierung

digitaler Infrastruktur. Auch Investitionen in Cybersicherheit, interoperable IT-Systeme und telemedizinische Anwendungen – etwa im Bereich der robotergestützten Telechirurgie – gehören zu den förderfähigen Maßnahmen.

Förderanträge können bereits vor dem 1. April 2026 eingereicht werden; die Auszahlung der Mittel erfolgt ab diesem Datum. Die Antragstellung erfolgt weiterhin über die Bundesländer, die entsprechende Projekte priorisieren und an den Bund weiterleiten. Gleichzeitig werden die Anforderungen an Nachweise, Zweckbindungen und Rückforderungsmechanismen präzisiert, um sicherzustellen, dass die Mittel tatsächlich für strukturelle Veränderungen verwendet werden.

7. Politischer Kompromiss im Gesetzgebungsverfahren

Der Weg des KHAG durch das parlamentarische Verfahren war von intensiven politischen Verhandlungen geprägt. Mehrere Bundesländer hatten angekündigt gegebenenfalls den Vermittlungsausschuss einzuschalten.

Erst Ende Februar 2026 gelang ein politischer Kompromiss zwischen Bund und Ländern, der den weiteren Gesetzgebungsprozess entscheidend beeinflusste. In den Verhandlungen wurden insbesondere die Gestaltungsspielräume der Länder bei Ausnahmen von Qualitätskriterien gestärkt und zugleich eine langfristige Finanzierung des Transformationsfonds zugesichert.

Zudem wurden kurzfristige Maßnahmen zur Stabilisierung der Krankenhausfinanzen beschlossen, unter anderem eine temporäre Anpassung der Landesbasisfallwerte, um die wirtschaftliche Situation vieler Krankenhäuser in der Übergangsphase zu stabilisieren.

8. Auswirkung und Einordnung

Die praktischen Auswirkungen des KHAG lassen sich derzeit nur teilweise abschätzen. Dennoch zeichnen sich bereits mehrere Entwicklungslinien ab.

Zum einen sorgt die Verlängerung der Übergangsphase für eine deutliche Entlastung vieler Krankenhäuser. Die Kombination aus budgetneutraler Vorhaltephase, verlängerten Fristen und zusätzlichen Ausnahmemöglichkeiten verschafft zahlreichen Standorten eine gewisse „Atempause“, in der strukturelle Anpassungen vorbereitet werden können.

Zum anderen wächst jedoch auch die Verantwortung der Länder für die Gestaltung der Krankenhauslandschaft. Da sie nun größere Spielräume bei Ausnahmen und Leistungsgruppen haben, wird die konkrete Ausprägung der Reform stärker von regionalen Entscheidungen abhängen.

Die Bewertung des KHAG fällt daher in der Fachwelt unterschiedlich aus. Vertreter der Krankenhäuser begrüßen vor allem die verlängerten Übergangsfristen und die stärkere Einbindung der Länder, da sie kurzfristig zu mehr Planungssicherheit führen. Krankenkassen sehen dagegen vor allem die Verlagerung der Finanzierung des Transformationsfonds auf Bundesmittel positiv, äußern jedoch zugleich Bedenken hinsichtlich möglicher Qualitätsrisiken durch zu weitgehende Ausnahmeregelungen.

Auch die Fachgesellschaften beobachten die Entwicklung teilweise kritisch. Sie warnen insbesondere davor, dass eine zu großzügige Anwendung von Ausnahmeregelungen langfristig die ursprünglich angestrebte Konzentration komplexer medizinischer Leistungen an spezialisierten Zentren abschwächen könnte.

Themenbereich	Beschlossene Fassung (Bundestag 2026)
Zeitplan der Reform	Budgetneutralität gilt nun für 2026 und 2027 , vollständige Systemwirkung erst ab 2030
Vorhaltebudgets	Ergänzung um Demografie- und Morbiditätskomponente
Rolle der Bundesländer	Deutlich stärkere Planungshoheit der Länder , insbesondere bei Ausnahmen von Qualitätskriterien
Ausnahmen von Qualitätskriterien	Ausnahmen werden praktisch erweitert und politisch gestärkt , um Versorgungssicherheit zu gewährleisten
Kooperationen zwischen Krankenhäusern	Kooperationen werden systematisch als Erfüllungsweg für Qualitätskriterien anerkannt
Leistungsgruppen-Systematik	zusätzliche Detailanpassungen in Anlage 1 , einzelne Leistungsgruppen gestrichen oder korrigiert
Transformationsfonds – Finanzierung	29 Mrd. Euro Bundesmittel über den Zeitraum 2026–2035
Prüfverfahren und Bürokratie	Teilweise Entbürokratisierung , insbesondere bei MD-Prüfungen und Nachweispflichten