

## **Protokollerklärung**

**der Länder Niedersachsen, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Schleswig-Holstein und Thüringen**

**abgegeben von Minister Dr. Philippi (NI)**

zu **Punkt 6** der Tagesordnung  
der  
1063. Bundesrat Sitzung am 27. März 2026

**Gesetz zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreformenpassungsgesetz - KHAG)**  
(BR-Drs. 120/26)

Die Länder Niedersachsen, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Schleswig-Holstein und Thüringen bekräftigen erneut die grundlegende Notwendigkeit einer wirksamen und qualitätsorientierten Krankenhausstrukturreform, deren Fortentwicklung sich im vorliegenden Krankenhausreformenpassungsgesetz abbildet. Die nunmehr im parlamentarischen Verfahren am 06.03.2026 getroffenen Regelungen werden grundsätzlich begrüßt.

In der Gesamtbetrachtung stellen wir jedoch fest, dass eine nachhaltige, bedarfsgerechte Verbesserung der Versorgungsqualität der stationären Einrichtungen sowie der Vergütungsstrukturen auf dieser Basis nicht erreicht werden kann und aus Sicht der Länder hinter den Erwartungen zurückbleibt. Insbesondere in dünn besiedelten Regionen kann eine qualitativ hochwertige, stationäre, medizinische Versorgung dauerhaft nicht gewährleistet werden.

Die Länder Niedersachsen, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Schleswig-Holstein und Thüringen fordern die Bundesregierung vor diesem Hintergrund zu zielgerichteten Nachbesserungen auf.

1. Die Länder fordern eine dringende Revision der im KHAG vorgesehenen Verschärfung bei der Prüfung der Pflegepersonaluntergrenzen. Die aktuelle Koppelung der Leistungsgruppenzuweisung an den monatscharfen Nachweis der PPUG in allen pflegesensitiven Bereichen würde zu einer massiven Zahl negativer MD-Gutachten, was eine reguläre Leistungszuweisung unmöglich machen würde. Die Bundesregierung wird daher aufgefordert, im Rahmen der Genehmigung der Leistungsgruppen- und OPS-Richtlinie (LOPS-RL) sicherzustellen, dass die Prüfung weiterhin auf Basis eines jährlichen Wirtschaftsprüfer-Testats erfolgt oder zumindest ein angemessener Erfüllungskorridor sowie ein Übergangszeitraum für die erste Zuweisungsrunde bis zum 30.09.2027 festgelegt wird.
2. Hinsichtlich der Neuregelung in § 135 e SGB V fordern die Länder eine Anpassung der Präsenzplichten für den belegärztlichen Bereich. Die geforderte Anwesenheit einer

Fachärztin oder eines Facharztes im Regeldienst ist mit der gleichzeitigen Tätigkeit in der eigenen vertragsärztlichen Praxis faktisch nicht vereinbar und gefährdet die Existenz belegärztlicher Strukturen unmittelbar. Es muss daher sichergestellt werden, dass die bisherige Praxis der Rufbereitschaft außerhalb der operativen Eingriffe weiterhin als ausreichend anerkannt wird, um die fachärztliche Versorgung im stationären Sektor durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte nicht zum Erliegen zu bringen.

3. Die Länder lehnen die im KHAG enthaltenen Beschränkungen bei der Übernahme von Pflegepersonalkosten sowie die Bestrebungen zur Abschaffung des Pflegebudgets in der jetzigen Form ab. Angesichts des eklatanten Fachkräftemangels dürfen keine neuen Hürden aufgebaut werden, die das Engagement zur Gewinnung von Pflegepersonal finanziell bestrafen oder behindern. Die Bundesregierung wird aufgefordert, von weiteren Beschränkungen abzusehen und zunächst die Ergebnisse der Finanzkommission abzuwarten, bevor tiefgreifende Veränderungen an der Refinanzierungsstruktur vorgenommen werden, die die pflegerische Versorgungssicherheit gefährden könnten.
4. Es ist nicht akzeptabel, dass die Planungsbehörden nur in eng begrenzten Ausnahmefällen und zeitlich befristet von den Vorgaben abweichen dürfen. So fehlt die Möglichkeit, dass Planungsbehörden in Fällen, in denen dies zur Sicherstellung der Versorgung zwingend notwendig ist (nicht nur bei Sicherstellungshäusern nach § 9 KHEntG), unbefristet Ausnahmen bei der Zuweisung von Leistungsgruppen zulassen dürfen. Diese Regelung ist zwingend zu ergänzen.
5. Die Einbeziehung der teilstationären Versorgung in die Systematik der Leistungsgruppen und Qualitätskriterien ist sachlich verfehlt. Sie führt absehbar zu Versorgungslücken und ist daher rückgängig zu machen.
6. Die Regelungen zu onkochirurgischen Leistungen (§ 40 KHG) benachteiligen überdies gerade Flächenländer mit vergleichsweise geringer Bevölkerungsdichte strukturell. Diese Regelungen werden insbesondere in dünn besiedelten Regionen zu Versorgungslücken bzw. -Engpässen führen. Das ist im Bereich der onkologischen Versorgung nicht hinnehmbar. Zudem ist die Schmerztherapie im Katalog der Leistungsgruppen zu berücksichtigen.
7. Die Vorgabe bundeseinheitlicher Mindestvorhaltezahlen geht zulasten der Bevölkerung in dünn besiedelten Gebieten. Die Länder fordern daher die Bemessung von Mindestvorhaltezahlen so zu gestalten, dass auch in ländlichen Gebieten mit geringer Bevölkerungsdichte diese Mindestvorhaltezahlen erreicht und damit erforderliche Leistungen wohnortnah vorgehalten werden können.
8. Die Länder fordern eine klare, planungssichere Regelung zum Inkrafttreten der Mindestvorhaltezahl. Diese weist im aktuellen Entwurf eine fehlende zeitliche Passgenauigkeit im Verhältnis zu anderen Regelungen zur Zuweisung von Leistungsgruppen auf mit der möglichen Folge, dass die erstmalige Zuweisung der Leistungsgruppen ohne Mindestvorhaltezahl erfolgen muss und nach einem bis drei Jahren zwangsweise eine erneute Umgestaltung der Zuweisungen von Leistungsgruppen notwendig sein wird.

9. Die Länder fordern, die neue vorgesehene Möglichkeit, Ausnahmen bei der erstmaligen Zuweisung der Leistungsgruppen bis zum 31.12.2026 im Benehmen mit den Krankenkassen zuzulassen zeitlich so zu verlängern, dass es mit dem Inkrafttreten der Rechtsverordnung zu den Mindestvorhaltezahlen angemessen zusammenpasst. Damit wird eine erneute Anpassung von Leistungsgruppen nach einer kurzen Zeitfrist verhindert und Planungssicherheit für die Krankenhäuser geschaffen.
10. Die Länder fordern die Bundesregierung in Bezug auf die Definition von Fachkrankenhäusern zudem auf, auf die zwischen Ländern und Bundesgesundheitsministerium bereits geeinte Formulierung zurückzugreifen. Mit der im parlamentarischen Verfahren gewählten Regelung wird nach Auffassung der Länder die originäre Zuständigkeit der Länder für die Krankenhausplanung konterkariert.
11. Die Länder stellen darüber hinaus fest, dass Umwandlungen in sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (SÜV) nur noch jeweils zum Jahreswechsel möglich sind. Dies gefährdet jedoch akut einzelne Krankenhäuser in der Fläche, die sich bereits auf eine unterjährige und kurzfristige Ausweisung als SÜV eingestellt haben.
12. Die Länder stellen fest, dass die Förderung bedarfsgerechter Krankenhausstrukturen im Rahmen des Transformationsfonds ohne eine eindeutige Regelung im Gesetz nicht möglich ist.
13. Die Länder stellen ferner fest, dass das Ziel der Krankenhausreform, eine fallzahlenunabhängige Vergütung der Vorhaltung von notwendigen Strukturen in Krankenhäusern einzuführen, mit den aktuellen Regelungen zur Vorhaltevergütung nicht erreicht werden wird.