

Stellungnahme

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreformanpassungsgesetz – KHAG)

Und

Antrag der Fraktion DIE LINKE (Drucksache 21/2707):

Vorhaltungen der Krankenhäuser verlässlich finanziieren – Ausgliederung sämtlicher Personalkosten aus den Fallpauschalen

15. Dezember 2025

Einleitung

Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHWVG) wurde in der vergangenen Legislaturperiode eine Krankenhausreform auf den Weg gebracht, die umfangreiche Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen beinhaltet.

Mit dem Gesetzentwurf werden nun weitere Schritte und Maßnahmen zur Konkretisierung der Krankenhausform vorgelegt, die zu einer Neuordnung der stationären Versorgung im Sinne eines flächendeckend guten und einheitlichen Behandlungsniveaus beitragen sollen.

Um die praktische Umsetzung der Regelungen aus dem KHWVG vornehmen zu können, sollen dazu verschiedene Anpassungen erfolgen. Hierzu sollen unter anderem Ausnahmeregelungen und Kooperationsmöglichkeiten erweitert, die Finanzierung des Transformationsfonds umgestaltet sowie Zwischenfristen, Leistungsgruppen und deren Qualitätskriterien angepasst werden.

Deutscher Gewerkschaftsbund
Bundesvorstand
Abteilung Sozialpolitik
Keithstr. 1
10787 Berlin

Bewertung zentraler Regelungen im Einzelnen

Zuweisung von Leistungsgruppen (§109 SGB V)

Der DGB begrüßt grundsätzlich die geplanten Maßnahmen, mit deren Hilfe die Krankenhausreform in die Praxis überführt werden soll. Im Focus muss dabei eine höhere Versorgungsqualität bei besserem Einsatz von finanziellen und personellen Ressourcen durch die Definition von Vorhaltepauschalen und Leistungsgruppen stehen. Besonders wichtig ist die Strukturierung der Krankenhauslandschaft durch ausdifferenzierte Leistungsgruppen, hinterlegt mit einheitlichen Qualitätsanforderungen, die nachzuweisen und öffentlich abzubilden sind. Der DGB begrüßt insbesondere, dass mit den Regelungen im Entwurf nun auch Ausnahmen für bedarfnotwendige Häuser, die die

Qualitätsvorgaben noch nicht erreichen, möglich sein sollen. Dazu haben die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu prüfen, ob die Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden erfüllt werden können. Der DGB verweist darauf, dass solche Ausnahmen befristet und streng darauf ausgerichtet sein müssen, die vorgegebenen Qualitätskriterien schnellstmöglich zu erfüllen, um eine bessere, flächendeckendere und einheitliche medizinische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Keinesfalls dürfen die avisierten Maßnahmen dazu führen, dass sich Qualitätsmängel verstetigen und die Patientensicherheit gefährdet wird.

Die ersatzlose Streichung der Erreichbarkeitsvorgaben wird vom DGB abgelehnt, da so regionalen Versorgungsunterschieden Tür und Tor geöffnet werden. Es sollte zumindest bundeseinheitliche Korridore für die Erreichbarkeitsvorgaben geben, um die flächendeckende Versorgung sicherzustellen.

Insofern liegt es künftig bei den Zulassungsbehörden der Länder in Abstimmung mit den Landesverbänden der Kranken- und Ersatzkassen, dafür Sorge zu tragen, dass nur für den Fall der Gefährdung der Daseinsvorsorge qualitative Ausnahmen in der Versorgung einzelner Krankenhäuser zuzulassen sind.

Qualität der Krankenhausbehandlung (§135d und §135e SGB V)

Die Erfüllung der geforderten einheitlichen Qualitätskriterien über Zusammenschlüsse, Kooperationen oder Verbünde verschiedener Krankenhäuser muss zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung insbesondere im ländlichen Raum eine zentrale Rolle spielen. Die vorgesehenen Leistungsverlagerungen, bei denen zwei oder mehr Krankenhausträger im Einvernehmen mit der zuständigen Landesbehörde Leistungen untereinander verlagern können, sind unter der Maßgabe der Versorgungssicherheit zu begrüßen, bedürfen jedoch noch konkreter Ausgestaltung darüber, nach welchen Regelungen die Kooperationen stattfinden können. Kommt es dadurch zu Arbeitsplatzverlegungen, sind die Beschäftigten über beteiligungsorientierte Prozesse in die Planungen frühzeitig mit einzubringen, um Abwanderungen in andere Branchen zu vermeiden.

Der DGB begrüßt die Einbeziehung der Fachkrankenhäuser und damit mehr Möglichkeiten für regionale Kooperationen im Sinne einer besseren stationären Versorgung. Allerdings ist zu kritisieren, dass die bislang in Anlage I beschriebenen Bedingungen hier nicht zur Anwendung kommen sollen. Dadurch werden die Mindestkriterien bei Kooperationen mit Fachkrankenhäusern aufgeweicht. Der DGB hält es daher für geboten, dass auch für die Kooperation mit Fachkrankenhäusern die einheitlichen Qualitätskriterien gelten.

Darüber hinaus sollte generell auf eine verpflichtende Vorhaltung allein von stationären Leistungen verzichtet, und stattdessen auch ambulante Behandlungsmöglichkeiten mit anschließenden Übernachtungsmöglichkeiten im Rahmen einer modernen und zeitgemäßen Versorgung zugelassen werden. Mit Blick auf eine Stärkung der ambulanten Versorgung ist es notwendig,

sektorenübergreifende Bedarfsplanungen zeitnah anzugehen und entsprechende Versorgungskapazitäten rechtzeitig aufzubauen, um im Falle von Klinikschließungen und Umstrukturierungen adäquate ambulante Kompensationsmöglichkeiten zur Verfügung zu haben.

Beteiligung im Ausschuss zur qualitativen Weiterentwicklung der Leistungsgruppen §135e, Abs. 3, §136c SGB V

Der DGB kritisiert, dass ausgerechnet die größte und wichtigste Gewerkschaft der Beschäftigten im Gesundheitswesen (ver.di), die sich seit vielen Jahren konstruktiv für sinnvolle Qualitätsvorgaben und gute Beschäftigungsbedingungen als Voraussetzung einer hochwertigen stationären Versorgung einsetzt, nicht im Ausschuss zur qualitativen Weiterentwicklung der Leistungsgruppen beteiligt werden soll. Der DGB fordert insofern, ver.di als maßgebliche Interessenvertretung der Krankenhausbeschäftigte als ständiges und stimmberechtigtes Mitglied in den Ausschuss zu berufen.

Mindestvorhaltezahlen für die Krankenhausbehandlung (§135f, Abs. 2 SGB V)

Um eine bundeseinheitliche Planungs- und Versorgungsstruktur zu generieren, müssen die Leistungsgruppenplanungen durch die Landesbehörden und die Grouper-Weiterentwicklung durch das InEK verbindlich koordiniert werden. Nur so ist eine eindeutige Zuordnung aller Versorgungsfälle zu den jeweilig spezifischen Leistungsgruppen möglich, ohne dass Manipulationsmöglichkeiten und Fehlanreize geschaffen werden.

Gesundheitsfonds (§271 SGB V)

Die Erhöhung der Mindest- und Höchstreserven erscheint oberflächlich sachgerecht, da die politischen Entscheidungen zu den Ausgaben immer unsicherer werden. Jedoch werden die Unwägbarkeiten der Leistungsausgabensteigerungen durch den Bund weiterhin dem Kassenindividuellen Zusatzbeitrag überantwortet - und damit den Verwaltungsräten der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen. Diese müssen jedoch im Dezember spätestens die Haushalte beschließen und zuvor im November die Genehmigung der Aufsichtsbehörden einholen. Der DGB kritisiert diese Unwägbarkeiten und fordert den Bundesgesetzgeber auf, die Abläufe so zu regeln, dass ein Haushalt für das Folgejahr kalkulierbar ist und wenig Schätzverpflichtungen enthalten muss.

Prüfungen zu Qualitätskriterien, Strukturmerkmalen und Qualitätsanforderungen in Krankenhäusern (§275a SGB V)

Ziel der Krankenhausreform ist es, die Versorgungsqualität in der stationären Versorgung maßgeblich zu verbessern. Damit dies gelingen kann, muss ausreichend qualifiziertes Personal zur Verfügung stehen, auch und insbesondere über den ärztlichen Bereich hinaus. Bedarfsgerechte Personalvorgaben sind als hartes Qualitätskriterium maßgeblich und zwingend einzuhalten. Deshalb ist es für den DGB völlig unverständlich, dass im Gesetzentwurf die vollständige Streichung der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PpUGV) als Qualitätskriterium vorgesehen ist. Auch wenn die

PpUGV nicht den Pflegebedarf der Patient*innen erfasst, ist sie bisher das einzige Qualitätskriterium, was die Versorgungsqualität und Personalausstattung außerhalb des ärztlichen Bereichs absichert. Deshalb fordert der DGB die Beibehaltung der entsprechenden Regelungen im Gesetz sowie in der Anlage 1, und zudem eine Erweiterung um weitere Personalbemessungsinstrumente wie die PPR 2.0 und die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) für den Bereich Psychiatrie und Psychosomatik.

Zuweisung von Leistungsgruppen (§6a KHG)

Der DGB macht darauf aufmerksam, dass das erklärte Ziel der Krankenhausreform die Schaffung bundesweit einheitlicher Strukturen im Hinblick auf die Leistungsgruppen, die dazugehörigen Leistungsgruppedefinitionen und Qualitätskriterien ist. Insofern verwundert es, dass mit dem KHAG eine Sonderregelung für die Krankenhausversorgung in NRW bis 2030 festgeschrieben werden soll.

Der DGB weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die qualitativen Anforderungen im Krankenhausplan NRW, welcher die Grundlage der bundesweiten Krankenhausreform bildet, noch sehr gering sind. Für den Pflegedienst wird zumeist nur die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) verlangt, die ausdrücklich keine bedarfsgerechte Personalbesetzung zum Ziel hat, sondern nur eine Minimalausstattung. Um dies an konkreten Zahlen zu veranschaulichen: Während die PpUGV für weite Bereiche des Pflegedienstes eine Personalbesetzung von bis zu einer Pflegekraft pro 10 oder 12 Patienten pro Schicht erlaubt (1:10, 1:12), verlangen entsprechende Regelungen in Australien und den USA die Einhaltung einer Verhältniszahl von 1:5 oder 1:4.

Der DGB fordert in diesem Zusammenhang die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen so auszustalten und finanziell zu hinterlegen, dass eine qualitativ hochwertige Versorgung stattfinden kann. Dazu ist die Definition der Qualitätskriterien für die Leistungsgruppen so zu erweitern, dass die personelle Ausstattung aller Berufsgruppen und Tätigkeitsbilder im Krankenhaus erfasst und bedarfsgerecht einbezogen wird. Darüber hinaus sind für die Bereiche der Krankenhauspflege und Intensivpflege bedarfsgerechte

Personalbemessungssysteme wie die PPR 2.0 strukturell zu verankern und Beteiligungsmöglichkeiten für die Beschäftigten vorzusehen.

Transformationsfonds (§12b KHG)

Der DGB begrüßt die Umstellung der Finanzierung des Transformationsfonds, indem diese nun anteilig aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität statt aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgen soll. DGB und Gewerkschaften hatten von Beginn an darauf verwiesen, dass die Finanzierung zur Anpassung der Strukturen in der Krankenhausversorgung zur Daseinsvorsorge gehört und somit nicht aus Beitragsmitteln zu finanzieren ist.

Der DGB kritisiert die Verteilung der Gelder nach dem sog. Königsteiner Schlüssel (Einwohnerzahl und Steueraufkommen). Stattdessen müssten versorgungsrelevante Indikatoren (Morbidität, Demografie und Investitionsbedarf) zugrunde gelegt werden. Die Transformation von Kliniken in sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen oder der Ausbau telemedizinischer Netzwerke und die Bildung von Zentren zur Behandlung seltener, komplexer oder schwerer Erkrankungen machen einen hohen Mitteleinsatz notwendig, um die flächendeckende Versorgungssicherheit zu gewährleisten. Darüber hinaus werden die Häuser Geld zur Bildung von Klinikverbünden oder integrierten Notfallstrukturen sowie zur Schließung von Abteilungen oder Standorten benötigen. Diese Bedarfe sind regional abzubilden und entsprechend zu finanzieren.

Vorhaltevergütung (§17, 37 KHG)

Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften begrüßen generell den Ansatz zur Änderung der Finanzierungssystematik im Krankenhaus. Dazu sind die anreizgetriebenen Fehlsteuerungen komplett zu beseitigen und die vollständige Refinanzierung aller bei wirtschaftlicher Betriebsführung entstehenden Kosten und Ausgaben in Krankenhäusern ist zu gewährleisten. Dafür muss sich die Finanzierung an medizinisch notwendigen Versorgungsbedarfen ausrichten, nicht an umsatzrelevanten Kennzahlen. Das aktuell vorgesehene System auf Basis von Ist-Fallzahlen birgt dabei zu viele Fehlanreize. Das allgemeine Problem der Mengensteuerung wird mit den geplanten Vorhaltepauschalen nicht behoben. Die 20-Prozent-Korridor-Lösung bietet zudem den Fehlanreiz, möglichst wenige Behandlungen vorzunehmen, was zu Verknappung von Leistungen und zusätzlichen Wartezeiten führen könnte.

Deshalb muss die Vorhaltevergütung fallzahlenunabhängig, d.h. bedarfsgerecht ausgestaltet werden. Die verschobene Einführung der Vorhaltefinanzierung um ein Jahr bietet die Möglichkeit, ein nach wissenschaftlichen Kriterien zu entwickelndes Bedarfsbemessungsinstrument einzuführen, welches Versorgungsplanung und -finanzierung aus einer Hand ermöglicht. Eine vollständige Entökonomisierung der Krankenhausfinanzierung durch die bedarfsgerechte

Ausgestaltung des Vorhaltefinanzierungssystems in Verbindung mit der Ausgliederung der Personalkosten aller Berufsgruppen im Krankenhaus aus dem Fallpauschalsystem und deren vollständiger Refinanzierung wäre darüber hinaus aus gewerkschaftlicher Sicht ein konsequenter und erforderlicher Reformschritt.

Einen Anspruch auf die Vorhaltevergütung sollen Krankenhausstandorte nur haben, wenn sie die geforderten Mindestfallzahlen erfüllen (Mindestvorhaltezahlen). Da die Erfüllung der Mindestfallzahl erst nach Ablauf des Jahres feststellbar ist, die Vorhaltevergütung jedoch im Voraus und im laufenden Jahr gezahlt werden soll, bedarf es einer Regelung, die beides ermöglicht. Der DGB schlägt vor, dass die Mindestfallzahlen bis zur endgültigen Prüfung als erfüllt gelten, wenn sie im vorausgegangenen Jahr erfüllt wurden.

Antrag der Fraktion DIE LINKE (Drucksache 21/2707)

Vorhaltungen der Krankenhäuser verlässlich finanzieren – Ausgliederung sämtlicher Personalkosten aus den Fallpauschalen

Bewertung

Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften begrüßen generell den Ansatz zur Änderung der Finanzierungssystematik im Krankenhaus. Dazu sind die anreizgetriebenen Fehlsteuerungen komplett zu beseitigen und die vollständige Refinanzierung aller bei wirtschaftlicher Betriebsführung entstehenden Kosten und Ausgaben in Krankenhäusern ist zu gewährleisten. Dafür muss sich die Finanzierung an medizinisch notwendigen Versorgungsbedarfen ausrichten, nicht an umsatzrelevanten Kennzahlen. Das aktuell vorgesehene System auf Basis von Ist-Fallzahlen birgt dabei zu viele Fehlanreize. Das allgemeine Problem der Mengensteuerung wird mit den geplanten Vorhaltepauschalen nicht behoben. Die 20-Prozent-Korridor-Lösung bietet zudem den Fehlanreiz, möglichst wenige Behandlungen vorzunehmen, was zu Verknappung von Leistungen und zusätzlichen Wartezeiten führen könnte.

Deshalb muss die Vorhaltevergütung fallzahlenunabhängig, d.h. bedarfsgerecht ausgestaltet werden. Die verschobene Einführung der Vorhaltefinanzierung um ein Jahr bietet die Möglichkeit, ein nach wissenschaftlichen Kriterien zu entwickelndes Bedarfsbemessungsinstrument einzuführen, welches Versorgungsplanung und -finanzierung aus einer Hand ermöglicht. Eine vollständige Entökonomisierung der Krankenhausfinanzierung durch die bedarfsgerechte Ausgestaltung des Vorhaltefinanzierungssystems in Verbindung mit der Ausgliederung der Personalkosten aller Berufsgruppen im Krankenhaus aus dem Fallpauschalsystem und deren vollständiger Refinanzierung wäre darüber hinaus aus gewerkschaftlicher Sicht ein konsequenter und erforderlicher Reformschritt.