

Bewertung Koalitionsvertrag/ Regierungsprogramm

Am 5.4.2025 haben sich die Verhandler von CDU/CSU und SPD auf einen Koalitionsvertrag geeinigt. Nach der Zustimmung der drei Parteien zu dem Vertrag und nach der Wahl von Friedrich Merz zum Bundeskanzler und von Nina Warken zur Bundesgesundheitsministerin wird er zum Regierungsprogramm. Die wesentlichen Festlegungen zu den Vorhaben im Krankenhausbereich sehen wie folgt aus:

1. Änderungen bei Leistungsgruppen und Vorhaltevergütung

- Das KHVVG bleibt die Grundlage der Krankenhauspolitik. Es soll bis Sommer 2025 »weiterentwickelt« werden.
- Die Länder sollen erweiterte Rechte für Ausnahmegenehmigungen »besonders im ländlichen Raum« und für erweiterte Kooperationen bekommen.
- Die Leistungsgruppen werden von 65 auf 61 reduziert (NRW plus »Spezielle Traumatologie«)
- Die Qualitätskriterien (inkl. Arztzahlen) werden dort, wo es »medizinisch sinnvoll« ist, angepasst.
- Die Vorhaltevergütung beginnt erlösneutral jetzt 2027 statt bisher 2026. Danach folgt die Konvergenzphase in 2 Schritten. Die Zwischenfristen des KHVVG werden angepasst.
- Es gibt eine Ausnahmeregelung für NRW. Die dort bereits vor dem KHVVG festgelegten Leistungsgruppen gelten bis Ende 2030.

Damit bleibt das KHVVG in seinen wesentlichen Bestandteilen unangetastet. Insbesondere die Mindestvorhaltezahlen und die Mindestzahlen in der Onkologie bleiben

erhalten und damit natürlich auch deren Auswirkungen auf die Schließung von Krankenhäusern und Abteilungen. Lediglich der Zeitplan wird etwas gestreckt und die Möglichkeiten für Ausnahmen durch die Länder werden etwas erweitert. Diese Erweiterungen sind ein richtiger Schritt. Dies gilt auch für die Überarbeitung der Qualitätskriterien. Der Umfang dieser Erweiterung/Überarbeitung ist allerdings nicht festgelegt.

2. Finanzierung Transformationsfonds

- Der GKV-Anteil an den Transformationskosten (pro Jahr 2,5 Mrd. Euro) wird vom Bund übernommen.
- »Soforttransformationskosten« der Jahre 2022 und 2023 sollen auch vom Bund übernommen werden.
- Es wird eine »Soforthilfe« für »bedarfsnotwendige Krankenhäuser« angekündigt.

Die Übernahme der Transformationskosten durch den Bund ist ein notwendiger Schritt. Die Investitionskosten im Rahmen der Daseinsvorsorge sind eine staatliche Aufgabe und keine der Beitragszahler (unter Ausschluss der privat Versicherten).

Es ist unklar, was sich hinter dem Begriff »Soforttransformationskosten« verbirgt. Sind es weitere Investitionskostenzuschüsse, die sich nicht auf die Betriebsergebnisse auswirken, oder sind es die – insbesondere von der Deutschen Krankenhausesellschaft geforderten – Betriebskostenzuschüsse für die exorbitanten Preissteigerungen der letzten Jahre? Selbst wenn es Betriebskostenzuschüsse sind, handelt es sich nach dem Wortlaut um Einmalzahlungen und nicht um eine dauerhafte Lösung der Unterfinanzierung der Krankenhäuser.

Auch weitere Soforthilfen sind notwendig, allerdings wird über deren Höhe nichts gesagt und die Formulierung, dass sie nur für »bedarfsnotwendige Krankenhäuser« erfolgen sollen, lässt vermuten, dass sie zum weiteren Bettenabbau und zu weiteren Krankenhausschließungen eingesetzt werden sollen.

3. Hybrid-DRGs

- Die »sektorenunabhängigen Fallpauschalen (Hybrid-DRGs)« sollen weiterentwickelt werden.

Hybrid-DRGs bedeuten, dass es einheitliche Preise für bestimmte Behandlungen gibt, egal, ob sie stationär oder ambulant erbracht werden. Bereits mit dem KHVVG wurde eine massive Ausweitung dieser Finanzierungsform beschlossen. Insbesondere sollen die Vergütungssätze nach unten angepasst werden. Da es sich um eine Mischkalkulation aus den Vergütungen der Niedergelassenen und den stationären DRGs handelt, bedeutet dies, dass sie für Krankenhäuser nicht kostendeckend sind. Es soll ein finanzieller Druck aufgebaut werden, die Behandlungen ambulant durchzuführen, weil da geringere Kosten anfallen. Wie bei allen Instrumenten der finanziellen Steuerung wird dabei nicht danach gefragt, wie sich das auf die Patient*innen auswirkt. Statt einer Sachentscheidung (»kann ich den konkreten Patienten in seiner Situation ambulant behandeln«) erfolgt eine finanzielle (»was lohnt sich«). Lauterbach, der ja mit der Parole »Abschaffung der DRGs« angetreten war, hat noch vor seiner Krankenhausreform diese Hybrid-DRGs eingeführt und damit das Preissystem der DRGs auf den ambulanten Bereich ausdehnt. Die neue Bundesregierung will diesen Weg offensichtlich fortsetzen.

4. Personal

- Es soll eine »geeignete« Personalbemessung im Krankenhaus geben.
- Unterschiede zwischen Leiharbeiter*innen und der Stammebelegschaft sollen reduziert werden.
- Mehrkosten zur Schaffung von Springerpools sowie entsprechende Vergütungen für das Personal sollen ausgeglichen werden.
- Für Ärzt*innen im Bereitschaftsdienst der Krankenversicherung soll Sozialversicherungsfreiheit gelten.

Die Formulierung »geeignete Personalbemessung« lässt aufhorchen, weil die Krankenhausgesellschaft und viele andere seit einiger Zeit vehement die Reduzierung der Vorgaben zur Personalbemessung fordern. Es ist zu befürchten, dass unter dem Deckmantel »geeignet« und »Bürokratieabbau« eine Verschlechterung der bestehenden Regelungen vorbereitet wird.

Das eigentliche Problem bei der Leiharbeit ist, dass die Vergütungsbedingungen der Stammebelegschaften unter dem Finanzdruck der DRGs zu schlecht sind und viele Kolleg*innen abwandern. Es ist zu kurz gegriffen hier nur Unterschiede ausgleichen zu wollen. Was notwendig wäre ist die vollständige Herausnahme der Personalkosten aus den DRGs und ihre kostendeckende Finanzierung wie in der Pflege am

Bett. Dasselbe gilt im Grundsatz für die Mehrkosten von Springerpools. Es ist gut, wenn solche Mehrkosten ausgeglichen werden, aber es ist halbherzig.

Warum sollen auf die Bereitschaftsdienste im ambulanten Bereich keine Sozialversicherungsbeiträge gezahlt werden? Auch das ist Klientelpolitik für die Niedergelassenen und ein Eingeständnis, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen die Notfallversorgung der Bevölkerung nicht mehr aufrechterhalten können. Konsequenz wäre die Organisation der gesamten Notfallversorgung (ambulant und stationär) durch die Krankenhäuser und mit angestellten Ärzt*innen. (siehe unten: Reform der Notfallversorgung)

5. Weitere krankenhausspezifische Regelungen

- Die Definition der Fachkrankenhäuser soll überarbeitet werden, damit mehr dieser Häuser erhalten bleiben.
- Das Belegarztssystem in den Krankenhäusern soll gestärkt werden.
- Die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante fachärztliche Versorgung soll es nur in den Fällen geben, in denen die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) den Patient*innen keine Termine in einem noch zu definierenden Zeitkorridor anbieten können.
- Die Bürokratie und die Abrechnungsprüfungen sollen reduziert werden.

Fachkrankenhäuser, die zumeist ja durch Private betrieben werden, werden gestärkt. Unter Versorgungsgesichtspunkten richtig wäre eine Eingliederung solcher Häuser in Allgemeinkrankenhäuser

Auch die Stärkung des Belegarztwesens ist keine Verbesserung für die Krankenhäuser und die Patient*innen, sondern Klientelpolitik. Statt die Krankenhäuser vollständig für die ambulante Versorgung zu öffnen, wird versucht den Niedergelassenen einen Weg in die Stationäre Versorgung zu bahnen.

Genauso verhält es sich mit der Beschränkung der Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung nur auf Ausnahmefälle (keine Terminvergabe möglich). Gerade angesichts der zunehmenden Unfähigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen die ambulante Versorgung (insbesondere in ländlichen Gebieten) zu gewährleisten, wären hier dringend große Veränderungen (Abschaffung der doppelten Facharztschiene, vollständige Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung und die Notfallversorgung, Entzug des Sicherstellungsauftrags für die KV und

einheitliche Planung der ambulanten und stationären Versorgung durch die Länder bzw. die Versorgungsregionen) notwendig.

Näheres hierzu siehe unter

<https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/2024/03/04/alternativen-zu-den-vorschlaegen-der-regierungskommission/> und

<https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/2024/03/04/unsere-vorstellung-von-einer-bedarfsgerechten-und-patientenfreundlichen-versorgungskette/>

6. Weitere Regelungen zu Versorgungsfragen

- Die Grundversorgung in Gynäkologie und Geburtshilfe soll gesichert werden.
- Es soll neue Gesetze zur Notfall- und Rettungsdienstreform geben.
- Es sollen gesetzliche Rahmenbedingungen für den Gesundheitssektor (auch für die Krankenhäuser) im Verteidigungs- und Bündnisfall geschaffen werden.

Hier stellt sich zunächst die Frage: Warum nur in der Gynäkologie und Geburtshilfe? Eigentlich muss doch ganz allgemein die Versorgung gewährleistet werden. Nicht thematisiert wird, dass die Probleme insbesondere in der Geburtshilfe durch die Unterfinanzierung und die DRGs ausgelöst sind und auch nur über eine Änderung der Finanzierung (Selbstkostendeckung) gelöst werden können. Wie die Sicherung erfolgen soll, wird dementsprechend auch nicht ausgeführt.

Eine Änderung der Notfallversorgung ist dringend notwendig, allerdings nicht so, wie es die Kommission in ihren Empfehlungen und Lauterbach in seinem Gesetzentwurf vorgesehen hat. Näheres hierzu siehe unter

<https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/2024/03/03/bewertung-der-9-stellungnahme-der-regierungskommission/> und

<https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/2024/10/09/bewertung-des-gesetzentwurfs-zum-notfallgesetz>

Die Militarisierung des Gesundheitswesens steht ebenfalls auf der Agenda. Wehret den Anfängen.