

Politische Aufgaben nach Verabschiedung des KHVVG

**Stellungnahme des Bündnis Krankenhaus statt Fabrik,
14.06.2025**

Dieser Text basiert auf dem Sach- und Kenntnisstand vom 14.06.2025. Es ist möglich, dass das neue Gesundheitsministerium noch Änderungen im Verfahren vornehmen oder ein neues Gesetz mit weiteren Änderungen verabschiedet wird. Sobald wir davon wissen, werden wir das Papier aktualisieren und auf der Homepage von Krankenhaus statt Fabrik zur Verfügung stellen.

Das KHVVG ist im Dezember 2024 in Kraft getreten. War es das? Ist eine Verschlechterung der Versorgungssituation und der finanziellen Situation der Krankenhäuser unaufhaltsam? Oder gibt es Ansatzpunkte für weiteren Widerstand und für Veränderungen des Gesetzes?

Die neue Bundesregierung hat sich in ihrem Koalitionsvertrag zwar darauf geeinigt, dass das KHVVG die Grundlage der Krankenhauspolitik bleiben wird. Gleichzeitig hat sie aber noch für den Sommer 2025 eine »Weiterentwicklung« angekündigt. Gegenstand dieser (sehr bescheidenen) Änderungen sollen folgende Punkte sein:

- Die Länder sollen erweiterte Rechte für Ausnahmegenehmigungen »besonders im ländlichen Raum« und für erweiterte Kooperationen bekommen.
- Die Leistungsgruppen sollen von 65 auf 61 reduziert und die Qualitätskriterien sollen dort, wo es »medizinisch sinnvoll« ist, angepasst werden.
- Die Vorhaltevergütung soll erst 2027 eingeführt werden.

Gleichzeitig sind im KHVVG noch diverse Festlegungen offen, die ebenfalls noch in diesem Jahr erfolgen sollen bzw. schon erfolgt sein sollten. Hierzu zählen die Rechtsverordnungen zu den Leistungsgruppen und Qualitätskriterien (angekündigt für März 2025) und zu den Mindestvorhaltezahlen (angekündigt für Dezember 2025), die jeweils der Zustimmung durch die Bundesländer bedürfen. Es gibt also auch auf der parlamentarischen Ebene diverse Anknüpfungspunkte, um Widerstand zu organisieren.

Aus unserer Sicht sollte der Widerstand an folgenden Punkten ansetzen:



1. Vergabe der Leistungsgruppen durch die Länder

In allen Bundesländern werden gerade die Krankenhauspläne überarbeitet und es beginnt der Prozess der Vergabe der Leistungsgruppen an die einzelnen Krankenhäuser. Auch die Festlegung welche Krankenhäuser in Zukunft nur noch »sektorenübergreifende Versorger« sein werden gehört hierzu.

Hierbei ist es richtig, dass die Länder das Recht auf Erteilung von Ausnahmegenehmigungen erhalten, auch wenn klar ist, dass die Position der Länder in Bezug auf Krankenhausschließungen und Bettenabbau sich nicht wirklich von derjenigen der Regierungsparteien auf Bundesebene unterscheidet. Die Länder und nicht der Bund haben den Sicherstellungsauftrag für die stationäre Versorgung und müssen deshalb über die Strukturen der Versorgung entscheiden können.

Hierbei sollten wir aber politisch darauf drängen, dass die Planung in den Bundesländern nicht zentral auf Ministeriumsebene, sondern demokratisch (unter Beteiligung aller Betroffenen – auch der Beschäftigten) in den Versorgungsregionen stattfindet und das Land nur koordinierende Funktion und Rechte bei übergreifenden Entscheidungen hat. Schon jetzt haben die Länder ihren Sicherstellungsauftrag an die Gebietskörperschaften delegiert. Da ist es nur konsequent, dass diese auch eine starke Rolle bei der Planung erhalten.

Die Neuverteilung der Leistungsgruppen wird zu Widerstand der Krankenhäuser führen, die ganz entfallen oder denen ein Teil ihres Leistungsspektrums entzogen werden soll (siehe Klagewelle in NRW). Ist ein Krankenhaus/eine Abteilung bedarfsnotwendig, muss gegen die Schließung/Verlegung der Widerstand organisiert werden. Dies gilt sowohl für die Beschäftigten als auch für die betroffene Bevölkerung.

Hier kommt den betrieblichen Interessenvertretungen eine wichtige Funktion zu. Sie haben Informations- und Beteiligungsrechte und müssen auf der unmittelbaren Herausgabe von Informationen über die Leistungsgruppenvergabe bestehen und diese auch an die Beschäftigten weitergeben. Auch die möglichst frühzeitige Information der betroffenen Bevölkerung ist ein wichtiger Schritt, um Widerstand aufzubauen. Gemeinsame Aktionen mit den Krankenhausleitungen, den Trägern und den Krankenhausgesellschaften sind anzustreben.

In diesem Zusammenhang gilt es auch in Richtung Bundesebene konkrete Änderungen bei den Qualitätskriterien und bei den Kooperationsvorgaben für die Leistungsgruppen zu fordern. Adressat sind das Bundesministerium für Gesundheit, das eigentlich schon bis zum 31.03.2025 eine Rechtsverordnung hierzu erlassen sollte, der beim Ministerium zu bildende Ausschuss für Empfehlungen hierzu und der Bundesrat, der der Rechtsverordnung zustimmen muss (siehe SGB 5, § 135 e).

Insgesamt gilt: solange es keine alternativen Strukturen gibt und keine Verbesserung der flächendeckenden rettungsdienstlichen Versorgung, darf es keine Schließung von Krankenhäusern geben.

Die »sektorenübergreifenden Versorger« des KHVVG lehnen wir weiterhin ab und plädieren für ambulante Behandlungszentren der Krankenhäuser (siehe z.B. <https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/2025/04/15/bewertung-krankenhaus-versorgungsverbesserungsgesetz-khvvg>) sowie für eine vollständige Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung. In diesem Zusammenhang muss auch der Sicherstellungsauftrag der kassenärztlichen Vereinigungen für die ambulante Versorgung problematisiert werden. Wer eine sektorenübergreifende Versorgung will, muss für eine einheitliche Planung sorgen. Dies geht nur,



wenn der Sicherstellungsauftrag und die Bedarfsplanung den kassenärztlichen Vereinigungen entzogen wird und Aufgabe der Bundesländer wird.

2. Mindestvorhaltezahlen verschlechtern die Versorgungssituation

Durch die Mindestvorhaltezahlen (SGB 5 § 135f) und die Mindestzahlen in der chirurgisch-onkologischen Versorgung (KHG § 40) soll – zusätzlich zur Selektion durch die Leistungsgruppen und die Qualitätskriterien – ein weiterer Schließungs- und Konzentrationsprozess erzwungen werden. Der Entzug von jeweils der Hälfte der bisherigen Vergütung führt zwangsläufig dazu, dass die betroffenen Krankenhäuser die entsprechenden Leistungsgruppen bzw. chirurgisch-onkologischen Behandlungen nicht mehr erbringen können. Qualitätsargumente können hierfür nicht ins Feld geführt werden. Sie betreffen Krankenhäuser, die von den Ländern im Vorfeld die Leistungsgruppen zugeteilt bekommen haben und die die Qualitätskriterien erfüllen. Sie beziehen sich nicht wie die sinnvollen, evidenzbasierten Mindestmengen des GBA auf einzelne Therapien, sondern pauschal auf hunderte bis tausende von Behandlungen. Es gibt keine wissenschaftliche Evidenz für die Sinnhaftigkeit solcher Vorgaben. Der Selektionszweck ist hierdurch offensichtlich.

Beide Projekte sollen im Jahr 2025 abgeschlossen werden und sind z.T. schon in Zeitverzug. Die Rechtsverordnung zu den Mindestvorhaltezahlen soll bis 12.12.2025 fertig gestellt sein, inkl. der notwendigen Zustimmung durch den Bundesrat. Die von den onkologischen Mindestzahlen betroffenen Krankenhäuser hätten bis 31.05.2025 veröffentlicht werden sollen, wobei die notwendigen Vorarbeiten des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte hierzu bisher noch nicht vorliegen.

Da diese Selektionszahlen nach den Bestimmungen des KHVVG weiter verschärft werden können, bzw. immer mehr Krankenhäuser betreffen können, stellen sie eine dauerhafte Bedrohung der Krankenhäuser und der Versorgung dar. Notwendig ist in erster Linie die Aufklärung darüber, dass es sich nicht – wie von Lauterbach behauptet – um eine Maßnahme zur Qualitätssicherung handelt, sondern um den Kahlschlag bei kleinen Krankenhäusern, der zusätzlich massiv in die Landesplanung eingreift. Forderung muss sein, dass beide Zahlen wieder abgeschafft werden müssen. Die Tatsache, dass die Rechtsverordnung zu den Mindestvorhaltezahlen im Bundesrat zustimmungspflichtig ist, eröffnet die Möglichkeit auch auf Landesebene politisch zu intervenieren und die jeweilige Landesregierung aufzufordern, nicht zuzustimmen. Auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat sich gegen die Einführung dieser Mindestzahlen ausgesprochen, was die Möglichkeit zu gemeinsamen Aktivitäten eröffnet.

3. Finanznot wird durch die Vorhaltevergütung nicht beseitigt

Die Unterfinanzierung der laufenden Kosten der Krankenhäuser wird durch das KHVVG und die Vorhaltevergütung nicht beendet. Bestenfalls findet eine Umverteilung von kleineren zu großen Krankenhäusern statt. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass viele Krankenhäuser große Defizite anhäufen werden und die Beschäftigten unter Druck setzen werden, um Einsparungen zu erzielen. Auch das Leistungsangebot wird zunehmend in Frage gestellt und damit die Versorgung der Bevölkerung verschlechtert. Auch hiergegen muss der Widerstand organisiert werden. Dies ist ebenfalls zunächst eine Aufgabe vor Ort gegenüber den betroffenen Beschäftigten und der Bevölkerung. Breit angelegte und frühe Information ist die Basis für



Widerstandsaktionen. Hier sind gemeinsame Aktivitäten mit den Krankenhäusern, den Trägern und den Krankenhausgesellschaften sinnvoll.

Bereits jetzt gibt es von den Krankenhausgesellschaften die Forderung nach Ablösungen der Regelungen des KHVVG zur Vorhaltevergütung, die weiterhin mengenabhängig ist und nichts mit einer echten Vergütung von Vorhaltekosten zu tun hat.

Die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft (BWKG) weist in ihrer »Stellungnahme zum Änderungsbedarf am KHVVG aus Sicht der Krankenhausplanung« vom 20.05.2025 zurecht darauf hin, dass der Bundesgesetzgeber »Planungs- und Finanzierungsinstrumente« (Leistungsgruppen und Fallpauschalen) verbunden hat, »um dadurch zustimmungsfrei unmittelbaren Einfluss auf die Krankenhausplanung zu nehmen.« (S. 3) Die Gelder, mit denen die Vorhaltevergütung bezahlt wird, werden aus den Fallpauschalen ausgegliedert und den Leistungsgruppen zugewiesen. Diese »Verbindung von Planung und Finanzierung im KHVVG« mache »es notwendig, jeden Krankenhausfall bundesweit eindeutig einer Leistungsgruppe zuzuordnen.« (S. 4) Das ist in vielen Fällen überhaupt nicht möglich. Viele Patient*innen benötigten Leistungen aus mehreren Leistungsgruppen. Dies erschwert die Krankenhausplanung der Länder oder macht sie ganz unmöglich.

Statt die Vorhaltekosten der Krankenhäuser im Gesetz konkret zu definieren und ihre Erstattung sicherzustellen, werden die Leistungsgruppen durch die Verknüpfung mit der Vorhaltevergütung von einem Instrument der Planung zu einem Instrument der finanziellen Steuerung gemacht.

Die Tatsache, dass die neue Bundesregierung angekündigt hat, die Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr auf 2027 zu verschieben, sollte genutzt werden um den Widerstand zu organisieren. Ziel muss es sein, dass Gewinne im Bereich der Daseinsvorsorge verboten werden und die Selbstkostendeckung wieder eingeführt wird. Als kurzfristiges Übergangziel ist die Herausnahme aller Personalkosten aus den DRGs anzustreben (wie für Pflegekräfte am Bett und Hebammen), wie sie bereits von einzelnen Interessengruppen (z.B. Ärzte) gefordert wird. Auf dieser Basis sollten Bündnisse angestrebt werden.

Von neoliberaler Seite werden in diesem Zusammenhang zunehmend Regionalbudgets als alternatives Finanzierungssystem gefordert. Auch wenn Regionalbudgets gewisse Vorteile gegenüber den DRGs haben sollten, bleiben sie immer noch ein finanzielles Steuerungsinstrument, das Gewinne ermöglicht und vor allem einen Anreiz zur Unterversorgung beinhaltet. Die inhaltliche Auseinandersetzung und Kritik jeder Form von finanzieller Steuerung bekommt hierdurch zunehmende Bedeutung.

4. Weitere abzusehende Konflikt- und Handlungsfelder

Es ist abzusehen, dass neben der Umsetzung des KHVVG weitere bedrohliche Aktivitäten durch die neue Bundesregierung eingeleitet werden. Im Rahmen dieses Papiers zu den politischen Aufgaben, die sich aus dem KHVVG ergeben, kann hierauf nur stichpunktartig eingegangen werden. Weitere Analysen und Bewertungen der jeweiligen Pläne sind notwendig. Hierzu zählen:

- **Leere Kassen bei den Kassen**

Die zunehmende Finanznot der Kassen wird absehbar zu einer Änderung der Richtung der Einsparbemühungen führen. Hatten Lauterbach und die letzte Bundesregierung Leistungskürzungen und



Beitragserhöhungen noch ausgeschlossen, wird zwischenzeitlich unverhohlen über solche Möglichkeiten, die Kassenmitglieder in das Zentrum der Sparbemühungen zu stellen, öffentlich nachgedacht. Dabei gibt es von neoliberaler Seite verschiedene lancierte Ansätze: Von Zuzahlungen über Strafzahlungen bis hin zu Leistungsverweigerungen reicht die Palette. Unsere Aufgabe ist es die einzig richtige Methode, um das Ausbluten der Sozialversicherungen zu stoppen, verstärkt zu propagieren: Entlastung der Kassen von Kosten, die die Allgemeinheit übernehmen muss und vor allem Verbeitragung aller Einkommen, Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze und Einheitsversicherung für alle.

- **Zunehmende Ambulantisierung**

Es spricht nichts gegen ambulante Behandlungen in allen Fällen bei denen es unter den jeweiligen konkreten sozialen, pflegerischen und medizinischen Gesichtspunkten möglich ist. Die Entscheidung für oder gegen eine ambulante Behandlung muss eine Sachentscheidung sein. Im Moment gibt es massive Bestrebungen möglichst viele Patient*innen in ambulante Behandlung zu zwingen und die Krankenhäuser unter Druck zu setzen, dies durchzusetzen. Hybrid-DRGs, tagesstationäre Behandlung und Ambulantes Operieren sind die Instrumente, um dies zu realisieren. Es soll finanzieller Druck aufgebaut werden, die Behandlungen ambulant durchzuführen, weil so 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«). Dies darf nicht akzeptiert werden. Die Entscheidung ob ambulant oder stationär muss frei von finanziellen Überlegungen sein. Auch hier müssen die Kosten vollständig refinanziert werden und Kontrollen dürfen nicht durch den Medizinischen Dienst erfolgen.

- **Reform der Notfallversorgung**

Einen von Lauterbach vorgelegten Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung gibt es bereits. Er wird den Erfordernissen nicht gerecht (siehe z.B.: <https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/2024/10/09/bewertung-des-gesetzentwurfs-zum-notfallgesetz>). Notwendig ist eine einheitliche Rettungsleitstelle für alle Notfälle unter einer einheitlichen Telefonnummer, die die sachgerechte Verteilung der Patient*innen gewährleistet, eine einheitliche Notfallversorgung aller Notfallpatient*innen durch die Ambulanzen der Krankenhäuser bzw. durch ambulante Notfallzentren der Krankenhäuser und die Einführung einer kostendeckenden Finanzierung aller notwendigen Kosten (Selbstkostendeckung/Kostendeckung 2.0) der ambulanten Notfallversorgung und der Rettungsleitstellen. Die neue Bundesregierung hat angekündigt, dass sie diese Reform weiterführen wird. Auch hier müssen wir rechtzeitig in die Debatte eingreifen um unsere Forderungen in der Öffentlichkeit zu verbreiten.

- **Investitionskostenförderung durch Pauschalen**

Die vollständige Finanzierung aller Investitionen der Krankenhäuser ist seit dem KHG von 1972 die gesetzliche Aufgabe der Länder. Die Länder erfüllen diese Aufgabe nur mehr zu einem geringen Teil, weswegen ein riesiger Investitionsstau entstanden ist. Zunehmend mehr Länder stellen ihre (zu geringe) Investitionskostenfinanzierung von einer Mischung aus Pauschalförderung (für kleinere Vorhaben) und Einzelförderung (für Großprojekte) auf eine vollständige Pauschalförderung um. Jüngstes Beispiel ist das Land Mecklenburg-Vorpommern.



Eine Pauschalförderung hat gravierende Folgen: Die Länder können keinen Einfluss mehr auf die Sachplanung nehmen und die Krankenhäuser entscheiden allein, für was sie die Gelder einsetzen. Es braucht wenig Phantasie, um zu erkennen, dass Investitionen, die hohe Einnahmen versprechen, priorisiert werden. Die Krankenhäuser müssen Geld für größere Projekte am Kapitalmarkt aufnehmen und sich verschulden. Der Kapitalmarkt wird weiter aufgebläht.

Die Einführung dieser Art von Investitionsfinanzierung bedeutet, dass Krankenhäuser – wie jeder Industriebetrieb – Abschreibungen ansetzen, ihre Preise mit den Investitionskosten kalkulieren und sich Gelder für Investitionen am Kapitalmarkt besorgen müssen. Alle Krankenhäuser müssen möglichst hohe Renditen erwirtschaften, um wieder investieren zu können. Die Abhängigkeit der Existenz der Krankenhäuser von Gewinnen und die Konkurrenz der Krankenhäuser untereinander nimmt nochmals zu – mit den entsprechenden Rückwirkungen auf die Behandlung der Patient*innen und die Beschäftigten.

Seit das KHG 2010 so geändert wurde, dass solche Pauschalförderungen möglich sind, ja sogar gefordert werden (KHG § 10 »Invest-DRGs«), sind Entscheidungen in diesen Fragen Ländersache. Die Konflikte müssen also auf dieser Ebene ausgetragen werden. Leider finden diese Entscheidungen faktisch ohne öffentliche Auseinandersetzung statt. Ziel auf Landesebene müsste es also sein, die Problematik dieser Entwicklung überhaupt öffentlich zu machen.

Bündnis Krankenhaus statt Fabrik, 14.06.2025

Bündnis Krankenhaus statt Fabrik

V.i.S.d.P. Dr. Nadja Rakowitz

Mobil: 0172 – 185 8023

info@krankenhaus-statt-fabrik.de

www.krankenhaus-statt-fabrik.de

KRANKEN HAUS
STATT **FABRIK**
bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert