

Entschließungsantrag

der Abgeordneten Ates Gürpınar, Kathrin Vogler, Susanne Ferschl, Gökay Akbulut, Matthias W. Birkwald, Jörg Cezanne, Christian Görke, Sören Pellmann, Heidi Reichinnek, Dr. Petra Sitte und der Gruppe Die Linke

zu der dritten Beratung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung
– Drucksachen 20/11854, 20/12894, 20/13059 Nr. 4, 20/13407 –

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Es ist höchste Zeit für einen Systemwechsel in der Krankenhauspolitik, der sich am Gemeinwohl orientiert und den ökonomischen Druck von den Krankenhäusern nimmt. Statt Profit und Kostendruck muss eine hochwertige Versorgung der Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt stehen. Diese setzt zwingend gute Arbeitsbedingungen der Beschäftigten voraus. Dafür müssen Krankenhäuser nach Bedarf und demokratisch geplant, in gemeinwohlorientierter Trägerschaft betrieben und kostendeckend finanziert werden.

Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) wird diesen Zielen nicht gerecht. Entgegen den Behauptungen von Bundesgesundheitsminister Dr. Karl Lauterbach wird sich die Gesundheitsversorgung in vielen Bereichen und Regionen nicht verbessern. Im Gegenteil: Die von der Bundesregierung geplante Reform wird unkoordinierte Krankenhausschließungen in einer Größenordnung bewirken und Versorgungslücken reißen, wie sie die Bundesrepublik noch nicht gesehen hat.

Die Gesundheitsversorgung wird dabei nicht nur schlechter, sondern auch teurer: Im KHVVG ist vorgesehen, dass die Bundesmittel für den Transformationsfonds – 25 Mrd. Euro – nicht mit Steuergeld finanziert, sondern alleine von den gesetzlich Versicherten bezahlt werden sollen. Während Privatversicherte keinen Cent für den Umbau der Krankenhäuser zahlen müssen, werden bei den gesetzlichen Krankenversicherten die Beiträge weiter steigen.

Schon bevor aufgrund der Reform Kliniken schließen müssen, sind Schließungen aus betriebswirtschaftlichen Gründen in großer Zahl zu befürchten. Aktuell bewerten mehr als zwei Drittel der Allgemeinkrankenhäuser ihre wirtschaftliche Situation als schlecht oder sehr schlecht. Ohne finanzielle Hilfen stehen viele von ihnen vor Insolvenz und/oder Schließung. Die Bundesregierung kommt ihrer gesetzlichen Pflicht zur „wirtschaftliche[n] Sicherung der Krankenhäuser“ (§ 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG) nicht nach.

Die Diagnosis Related Groups (DRGs; Fallpauschalen) als Finanzierungssystem sind gescheitert – darüber herrscht mittlerweile weitgehend Einigkeit. Sie haben in den vergangenen 20 Jahren vielfältige Fehlanreize verursacht – mit gravierenden negativen Auswirkungen für die Versorgung der Patientinnen und Patienten wie für die Arbeitsbedingungen der im Krankenhaus Beschäftigten. Aber anstatt die Fallpauschalen jetzt vollständig abzuschaffen, wird ihnen mit der sogenannten Vorhaltevergütung ein Bypass gelegt, der sie am Leben erhält. „Vorhaltevergütung“ ist ein Etikettenschwindel, denn er suggeriert, dass vorgehaltene Leistungen mengenunabhängig – also unabhängig von der variierenden Inanspruchnahme – finanziert würden. Das KHVVG sieht aber vor, dass die Vorhaltebudgets der Krankenhäuser anhand der Zahl und der Schwere der Behandlungsfälle zugewiesen werden. Mit diesem Modell würde neben dem System der Fallpauschalen und ihrer grotesken Abrechnungsbürokratie ein zweites, nachgelagertes Fallpauschalensystem geschaffen, das dieselben Fehlanreize setzt und das erste in seinen bürokratischen Exzessen noch zu übertreffen droht.

Der gesamte Reformprozess krankt auch daran, dass er auf den stationären Bereich reduziert und mit dem sehr verengten Ziel der Bettenreduzierung betrieben wurde. Es wäre stattdessen wünschenswert, dass die starren Grenzen zwischen ambulantem und stationärem Bereich überwunden werden und mehr Behandlungen ambulant durchgeführt werden. Aber die Behandlungskapazitäten dafür existieren bislang nicht und die Bundesregierung unternimmt keine nennenswerten Anstrengungen, um diese Kapazitäten systematisch aufzubauen. Dazu kommt: Wenn man Krankenhausleistungen auf weniger Häuser verteilen will, wird es auch deutliche Kapazitätssteigerungen bei Rettungsdienst und Krankentransport benötigen. Auch hier schafft die Bundesregierung nicht die Voraussetzungen für die eigene Reform.

Das ist gesundheits- und gesellschaftspolitisch unverantwortlich: Werden Krankenhäuser geschlossen, ohne dass die Gesundheitsversorgung insgesamt ausgebaut und verbessert wird, höhlt dies den Sozialstaat weiter aus, verstärkt in der Bevölkerung die Wahrnehmung, sozial abgehängt zu sein – und bietet damit weiteren Nährboden für rassistische und rechtsextreme Agitation.

Ein weiterer Ausdruck der Verantwortungslosigkeit, mit der die Bundesregierung diese Reform durchführt, ist die lange versprochene, aber bislang immer noch nicht vorliegende Auswirkungsanalyse. Dass diese Analyse nicht begleitend zur – mittlerweile zwei Jahre andauernden – politischen Debatte erstellt und aktualisiert wurde und jetzt nicht einmal zur Beschlussfassung des Gesetzes im Bundestag vorliegt, zeugt nicht nur von einem unprofessionellen, sondern auch vom undemokratischen Charakter dieser Reform.

- II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, einen Gesetzentwurf für eine Krankenhausreform vorzulegen, der folgenden Kriterien entspricht:
1. Das DRG-System wird abgeschafft und durch ein System der Selbstkostendeckung ersetzt.
 2. In § 1 KHG wird das Gebot der Trägervielfalt ersetzt durch das Ziel einer Trägerschaft auf gemeinwohlorientierter und nicht-kommerzieller Basis. Um dieses Ziel zu erreichen, unterstützt der Bund Kommunen und Länder dabei, Krankenhäuser zu entprivatisieren.
 3. Aus finanziellen Gründen darf es keine Krankenhausschließungen geben: Um alle bedarfsnotwendigen Kliniken zu erhalten, werden die Defizite aller Krankenhausträger, die aus dem wirtschaftlichen Betrieb von Plankrankenhäusern entstehen, bis zum finanzwirksamen Inkrafttreten einer umfassenden Krankenhausreform ausgeglichen.¹
 4. Die Bundesmittel für einen Transformationsfonds zum Umbau der Krankenhauslandschaft werden aus Steuermitteln finanziert. Außerdem wird zusätzlich der Investitionsstau der Krankenhäuser beseitigt und die energetische Sanierung vorangetrieben.
 5. Für alle Berufsgruppen im Krankenhaus wird eine bundesweite, bedarfsdeckende, wissenschaftlich ermittelte gesetzliche Personalbemessung eingeführt. Die Einhaltung der Vorgaben muss kontrolliert und bei Verstößen durch verbindliche Leistungsreduzierung seitens der zuständigen Landesbehörde wirksam unterbunden werden, z.B. durch zeitweise Reduzierung der Patientenzahlen oder der vorgehaltenen Betten.
 6. Um in den Krankenhäusern ein umfassendes In-Sourcing ausgelagerter Bereiche zu erreichen, wird die Finanzierung der Personalkosten im Rahmen der Selbstkostendeckung nur dann übernommen, wenn eigene Beschäftigte unter Beachtung der Tarifverträge eingesetzt werden. Auftragsvergabe an Dritte ist so zu beschränken, dass sie nur auf sachlich notwendige Fälle begrenzt wird (z. B. Einkauf von spezialisierten IT-Leistungen).
 7. Die strikte Unterscheidung zwischen den Sektoren bei Planung und Versorgung muss zugunsten einer sektorenübergreifenden integrierten Bedarfsplanung überwunden werden. Diese sollte anhand bundeseinheitlicher Kriterien den Bedarf in den Versorgungsregionen festlegen. Zielsetzung für diese Vorgaben ist die Herstellung einer flächendeckenden Versorgung auf gleichem Niveau in städtischen und ländlichen Regionen, die nicht nur auf dem Papier besteht. Im Übergang muss auch die Krankenhausplanung deutlich verbessert werden – Erreichbarkeit ist dabei neben der Qualität ein zentrales Kriterium. Für die als bedarfsnotwendig ermittelte Versorgung muss eine kostendeckende Finanzierung sichergestellt werden – einschließlich der Investitionskosten.

Berlin, den 15. Oktober 2024

Heidi Reichinnek, Sören Pellmann und Gruppe

¹ Vgl. auch Bundestagsdrucksache 20/7568