

Entschließungsantrag

der Abgeordneten Dr. Armin Grau, Dr. Janosch Dahmen, Simone Fischer, Linda Heitmann, Dr. Kirsten Kappert-Gonthier, Johannes Wagner, Misbah Khan und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

zu der dritten Beratung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung
– Drucksachen 21/2512, 21/3056, 21/4527 –

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

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Das deutsche Krankenhauswesen steht seit Jahren unter erheblichem finanziellem und strukturellem Druck. Ein Vergütungssystem, das wirtschaftliche Stabilität maßgeblich an Fallzahlen koppelt, hat Fehlanreize verstetigt und vielerorts dazu geführt, dass betriebswirtschaftliche Erwägungen zunehmend das Versorgungsgeschehen beeinflussen. Gleichzeitig bildet sich die Qualität der Versorgung im Vergütungssystem nicht adäquat ab. Diese gewachsenen strukturellen Defizite wirken sich nicht nur auf die Versorgungsrealität vor Ort aus, sondern haben auch spürbare Konsequenzen für die Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und damit für die Stabilität des gesamten Gesundheitssystems. Die fortgesetzte Ausgabendynamik belastet zunehmend die Lohnnebenkosten erheblich und damit die Wettbewerbsfähigkeit des Wirtschaftsstandorts Deutschland.

So beliefen sich die Gesamtausgaben der GKV im Jahr 2024 auf 327,4 Milliarden Euro – während zeitgleich die Einnahmen deutlich zurückblieben.¹ Inzwischen geben die gesetzlichen Krankenversicherungen jeden Tag rund 1 Milliarde Euro für unsere Gesundheit aus. Die Teuerungsspirale hat sich aufgrund ausgebliebener Strukturreformen und Gegenmaßnahmen auch 2025 weiter beschleunigt. Während die Grundlohnrate, die für die Finanzierungsbasis der beitragsfinanzierten Sozialversicherungen entscheidend ist, um 5 Prozent gestiegen ist, sind die Ausgaben im Gesundheitssystem um 8 Prozent gestiegen. Insbesondere die Krankenhausaussgaben der GKV stiegen 2025 deutlich an: von 102,2 Milliarden Euro im Jahr 2024 auf 111,3 Milliarden Euro – das entspricht einem Plus von rund

¹ www.vdek.com/presse/daten/d_versorgung_leistungsausgaben.html (Stand 16.12.2025)

9 Milliarden Euro.² Ohne Gegensteuerung durch Strukturreformen werden für das Jahr 2026 für den stationären Bereich weitere Ausgabensteigerungen von etwa 7 Milliarden Euro prognostiziert. Inklusive vorgesehener Bundesmittel würden somit die Ausgaben im Jahr 2026 auf 125,4 Milliarden Euro steigen.

Gleichzeitig bleibt die finanzielle Lage der Krankenhäuser trotz steigender Erlöse und der bereits genannten Mehrausgaben durch die GKV auch 2025 angespannt und die Kostensteigerungen übersteigen in vielen Häusern weiterhin die Einnahmezunächste. Im Jahr 2025 schrieben rund 60 Prozent der Krankenhäuser rote Zahlen.³ Die durchschnittlichen Jahresverluste betroffener Kliniken bewegen sich vielfach im ein- bis zweistelligen Millionenbereich. Hinzu kommt ein anhaltender Investitionsstau von über 30 Milliarden Euro, da die Länder weiterhin deutlich weniger als die benötigten rund 7 bis 8 Milliarden Euro pro Jahr für Investitionen bereitstellen. Vor diesem Hintergrund ist es besonders problematisch, wenn Mittel aus dem Transformationsfonds, die für strukturelle Infrastruktur-Modernisierung und Konzentration vorgesehen waren, faktisch zur Stabilisierung bestehender Strukturen genutzt werden. Damit wird das Ziel echter Transformation zu Gunsten Strukturkonservierung konterkariert. Trotz der immensen Mehrausgaben für den Krankenhausbereich durch die GKV, schreiben die Krankenhäuser rote Zahlen und gehen vom Netz.

Verschärft wird das Gesamtbild durch einen seit 2019 im Krankenhausbereich feststellbaren widersprüchlichen Trend: Während die Zahl der Beschäftigten in Pflege und Ärzteschaft einen historischen Höchststand erreicht hat, ist die Fallzahl im stationären Bereich um 10 Prozent gesunken. Bezogen auf die durchschnittliche Fallschwere und den Einzelfall bedeutet das einen erheblichen Produktivitätsverlust – in der Pflege von rund 40 Prozent, im ärztlichen Bereich im deutlich zweistelligen Prozentbereich.

Unabhängig von der akuten wirtschaftlichen Not einzelner Kliniken ist klar, dass diese Gesamtentwicklung kurz- und mittelfristig für eine große Zahl zweifellos bedarfsnotwendiger Häuser nicht tragfähig ist. Vor diesem Hintergrund haben die Koalitionspartner SPD, Bündnis 90/Die Grünen und die FDP im Herbst 2024 in enger Abstimmung mit den Ländern mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) eine umfassende Reform der Krankenhausversorgung angestoßen: Weg von einer rein mengenorientierten Finanzierung, hin zu mehr Qualität, Spezialisierung und Planungssicherheit. Die Einführung von Leistungsgruppen, verbindlichen Qualitätsvorgaben und Vorhaltebudgets zielten auf die Sicherung einer verlässlichen, bedarfsgerechten Versorgung, eine gesteuerte Konzentrierung der Krankenhauslandschaft und eine nachhaltige Finanzierung ab.

Das nun vorgelegte Krankenhausreformenanpassungsgesetz (KHAG) unterläuft diese Zielsetzung in zentralen Punkten vollständig und wickelt die Krankenhausreform damit faktisch wieder ab. Statt die dringend notwendige Transformation zu voranzutreiben und zu beschleunigen, werden zentrale Reformelemente verzögert, abgeschwächt oder gänzlich gestrichen. Die geplante Vorhaltevergütung, die so wichtig für die wirtschaftliche Planungssicherheit der Kliniken ist, wird verzögert. Einheitliche Vorgaben zur Erreichbarkeit von Krankenhäusern werden aufgegeben und Qualitätsanforderungen – etwa bei komplexen Eingriffen – abgesenkt; bei Krebsoperationen werden etwa Vorgaben zu Mindestfallzahlen gelockert, obwohl Qualität und Erfahrung hier ganz besonders wichtig sind. Leistungsgruppen wie die Infektiologie werden gestrichen und das ausgerechnet so kurz nach der Corona-Pandemie. Auch die besonderen Bedarfe von Kindern und

² www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/finanzentwicklung-der-gkv-im-1-3-quartal-2025-pm-05-12-2025 (Stand 05.12.2025)

³ www.aok.de/pp/gg/update/dki-krankenhaus-barometer/?utm_source=chatgpt.com (Stand 29.12.2025)

Jugendlichen finden nicht mehr die erforderliche Berücksichtigung. Die Streichung spezieller Leistungsgruppen für Kinder- und Jugendmedizin ist ein Rückschritt. Kinder brauchen spezialisierte Versorgung mit klaren Vorgaben. Die Pflegepersonaluntergrenzen (PPUG) sind aktuell wichtig zur Sicherstellung der Patientensicherheit, zur Entlastung der Pflegekräfte und zur Qualitätssicherung in der stationären Versorgung. Sie als Qualitätsmerkmal in den Leistungsgruppen beizubehalten, sendet das richtige Signal. Gleichzeitig ist es zwingend erforderlich, die aktuellen Pflegepersonaluntergrenzen perspektivisch durch eine bedarfsorientierte Personalbemessung (PPR 2.0) zu ersetzen. Die vorgesehenen Ausnahmeregelungen und Absenkungen von Qualitätsanforderungen gefährden darüber hinaus die Patientensicherheit. Mindestfallzahlen, personelle Strukturvorgaben und klar definierte Leistungsgruppen sind keine bürokratischen Detailfragen, sondern zentrale Instrumente zur Vermeidung vermeidbarer Behandlungsfehler, Komplikationen und Mortalität.

Wenn eine kalte Strukturbereinigung im Krankenhausbereich vermieden und die Lage der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht zusätzlich verschärft werden soll, bräuchte es gesetzliche Nachschärfungen am KHVVG, die die Krankenhausreform zeitlich vorziehen, Qualitätskriterien konsequent nachschärfen und die notwendige Konzentration der Krankenhauslandschaft insbesondere in überversorgten Regionen deutlich beschleunigt und kein Krankenhausreform-Rückabwicklungsgesetz, was die bestehende Defizite weiter zementiert.

Die öffentliche Anhörung im Gesundheitsausschuss hat genau das deutlich gemacht: das Krankenhausreformenpassungsgesetz ist nicht geeignet, den Herausforderungen aus steigenden Kosten, sinkender Effizienz und regional ungleichen Versorgungsstrukturen wirksam zu begegnen. Vielmehr droht eine weitere Verwässerung notwendiger Qualitätsstandards sowie eine Verschärfung bestehender Fehlentwicklungen. Anstatt Planungssicherheit zu schaffen, erhöht das Gesetz die Unsicherheit für Krankenhäuser, Beschäftigte und Patientinnen und Patienten gleichermaßen.

Wenn der mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz eingeschlagene konsequente Reformkurs fortgesetzt und die im Krankenhausreformenpassungsgesetz vorgesehenen Verwässerungen vermieden werden, ließen sich Schätzungen zufolge für die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen jährlich neun Milliarden Euro einsparen.⁴ Vor dem Hintergrund eines absehbaren GKV-Defizits in zweistelliger Milliardenhöhe wird die Rückabwicklung der Reform die Teuerungs dynamik der Beiträge weiter beschleunigen. Deshalb bedarf es umfassender Änderungen am Krankenhausreformenpassungsgesetz, mit dem Ziel, die Krankenhausreform konsequent weiterzuentwickeln, Qualitätsstandards zu sichern und die wirtschaftliche Stabilisierung der Kliniken mit einer nachhaltigen Verbesserung der Versorgung zu verbinden.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung deshalb auf,

1. den Einstieg in die Vorhaltefinanzierung nicht weiter zu verzögern, sondern die finanziellen Entlastungswirkungen der Krankenhausreform zeitnah wirksam werden zu lassen, um den Kliniken frühzeitig Planungssicherheit zu geben und wirtschaftliche Stabilität zu ermöglichen;
2. sicherzustellen, dass die sonst geltende Begrenzung der Anrechenbarkeit von Fachärztinnen und Fachärzten auf bis zu drei Leistungsgruppen bei den Leis-

⁴ Vgl. Boris Augurzyk/Christian Karagiannidis, Die Krankenhausstrukturen zukunfts fest machen!, Impact Notes, hrsg. vom RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen, Januar 2026.

tungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie nicht greift, um in diesen Kern-Leistungsgruppen eine verlässliche personelle Ausstattung und Versorgungsqualität zu gewährleisten;

3. Ausnahmeregelungen zur Sicherstellung der Versorgung so zu begrenzen, dass Mindestqualitätskriterien für Leistungsgruppen nicht dauerhaft oder unbegründet unterlaufen werden können, und sicherzustellen, dass auch bei Kooperationen und Verbünden verbindliche Qualitätsanforderungen gelten, um eine Aushöhlung bundeseinheitlicher Standards zu verhindern;
4. bundeseinheitliche Erreichbarkeitsvorgaben als zentrales Steuerungsinstrument der Krankenhausplanung beizubehalten und weiterzuentwickeln, um eine gleichwertige und verlässliche Versorgung in Stadt und Land sicherzustellen und politisch dehnbare Einzugsgebiete zu vermeiden;
5. die im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz vorgesehenen Leistungsgruppen, insbesondere in der Infektiologie, der speziellen Kinder- und Jugendchirurgie, der speziellen Kinder- und Jugendmedizin sowie der Notfallmedizin, weiterhin verbindlich vorzusehen und damit spezialisierte Versorgungsqualität zu sichern;
6. an einer bundeseinheitlichen und klaren Definition von Fachkliniken festzuhalten und zu gewährleisten, dass die Anerkennung als Fachkrankenhaus an verbindliche Qualitätsstandards geknüpft bleibt, um eine uneinheitliche Auslegung durch die Länder und Qualitätsverluste zulasten der Patientinnen und Patienten zu vermeiden;
7. Lockerungen bei Mindestfallzahlen für onkochirurgische Eingriffe zurückzunehmen und sicherzustellen, dass Qualität, Erfahrung und Spezialisierung bei der Krebsbehandlung gesichert bleiben, um Gelegenheitsbehandlungen zu verhindern und bestmögliche Behandlungsergebnisse zu gewährleisten;
8. bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern Aspekte der ökologischen Nachhaltigkeit systematisch zu berücksichtigen und die Fördermöglichkeiten so auszugestalten, dass Investitionen in energetische Sanierung, Klimaschutz und Klimaanpassung gezielt unterstützt werden;
9. dafür zu sorgen, dass Kinder und Jugendliche nicht länger als nötig in Krankenhäusern bleiben müssen, indem die Abschaffung der Abschlüsse für das Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer nicht verzögert werden;
10. sicherzustellen, dass bei der Ausweitung ambulanter Leistungsformen, insbesondere bei Hybrid-DRGs, verbindliche Qualitäts- und Strukturvoraussetzungen gelten, Komplikationen verbindlich gemeldet werden müssen und besonders vulnerable Patientengruppen – insbesondere Kinder, Jugendliche und Menschen mit Behinderungen – nicht erhöhten Risiken ausgesetzt werden;
11. sicherzustellen, dass die Kostenentwicklung des Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen in der Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie im Pflegebudget Berücksichtigung findet;
12. den Bundes-Klinik-Atlas als zentrales Transparenzinstrument der Krankenhausreform konsequent weiterzuentwickeln, indem weitere wissenschaftlich fundierte Qualitäts- und Strukturparameter festgelegt werden, um Patientinnen und Patienten eine verlässliche Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen zu bieten;

13. die Regelungen zur Gründung Medizinischer Versorgungszentren durch Krankenhäuser so weiterzuentwickeln, dass der regionale und fachliche Bezug zum gründenden Krankenhaus gewahrt bleibt, indem die Gründungsbeziehung für Medizinische Versorgungszentren auf das räumliche Einzugsgebiet sowie auf einen Bezug zum fachlichen Versorgungsangebot der Krankenhäuser begrenzt wird, um eine rein renditegetriebene Nutzung von Krankenhäusern als Gründungsvoraussetzung zu unterbinden und die ambulante Versorgung stärker am tatsächlichen regionalen Bedarf auszurichten;
14. die Pflegepersonaluntergrenzen durch die Einführung einer bedarfsgerechten Personalausstattung mit der Pflegepersonalregelung 2.0 (PPR 2.0) zu ersetzen;
15. zur Stärkung der pflegerischen Versorgung, zur Nutzung pflegefachlicher Expertise und zur Entlastung anderer Berufsgruppen zeitnah ein eigenständiges Gesetz zur Einführung der Advanced Practice Nurse auf Masterniveau zu verabschieden. Dieses Gesetz regelt die Aufgaben, Kompetenzen, Verantwortlichkeiten und Einsatzbereiche von Advanced Practice Nurses und deren Ausprägungen (Community Health Nurses und Pediatric Nurses) und ermöglicht eine rechtssichere, bundesweit einheitliche Implementierung;
16. Berichte⁵ über eine zunehmende Übertragung pflegenaher Service-, Logistik- und Verwaltungstätigkeiten in Krankenhäusern auf Pflegefachpersonen kritisch zu prüfen und Gegenmaßnahmen zu ergreifen, etwa durch einen Auftrag an die Selbstverwaltung, die „Pflege am Bett“ genauer zu definieren.

Berlin, den 3. März 2026

Katharina Dröge, Britta Haßelmann und Fraktion

⁵ Vgl. <https://background.tagesspiegel.de/gesundheit-und-e-health/briefing/putzen-uebers-pflegebudget> (Stand 06.02.2025).