

Entschließungsantrag

der Abgeordneten **Stella Merendino, Nicole Gohlke, Dr. Michael Arndt, Jorrit Bosch, Anne-Mieke Bremer, Maik Brückner, Mandy Eißing, Kathrin Gebel, Christian Görke, Ates Gürpınar, Mareike Hermeier, Maren Kaminski, Cansin Köktürk, Ina Latendorf, Sonja Lemke, Sören Pellmann, Heidi Reichinnek, Zada Salihović, David Schliesing, Evelyn Schötz, Julia-Christina Stange, Donata Vogtschmidt, Sarah Vollath** und der Fraktion Die Linke

zu der dritten Beratung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung
– Drucksachen 21/6130, 21/6559, 21/7016 –

Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Die Folgen dieser Reform werden von den Beschäftigten auf Station und den Patient*innen am Krankenbett getragen. Während die Bundesregierung von Beitragssatzstabilisierung spricht, bedeutet dieses Gesetz in der Praxis weniger Personalspielräume, mehr Arbeitsverdichtung und zusätzlichen Druck auf die Versorgung. Deshalb werden die in dem vorliegenden Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen zur Deckelung des Pflegebudgets und der nur noch teilweisen Refinanzierung von Tarifsteigerungen abgelehnt. Diese Maßnahmen schaden den Patient*innen, verschlechtern die Arbeitsbedingungen im Krankenhaus und werden weitere wirtschaftlich bedingte Klinikschließungen auch bedarfsnotwendiger Krankenhäuser zur Folge haben.

Die Bundesregierung erklärt, das Pflegebudget bleibe erhalten. Tatsächlich wird genau das Instrument entkernt, das mehr Personal, bessere Bezahlung und Entlastung überhaupt erst ermöglicht hat. Ein Pflegebudget, das steigende Personal- und Tarifkosten nicht mehr vollständig refinanziert, ist ein Sparbudget unter neuem Namen und hebt ausgerechnet jene Instrumente aus, mit denen Beschäftigte in den vergangenen Jahren Verbesserungen ihrer Arbeitsbedingungen erkämpft haben. Entlastungstarifverträge, zusätzliche Personalbemessung oder tarifliche Ver-

besserungen verursachen Kosten. Werden diese Kosten künftig nicht mehr vollständig refinanziert, wird jede Verbesserung der Arbeitsbedingungen für die Krankenhäuser zum finanziellen Risiko. Die Reform richtet sich damit nicht nur gegen Beschäftigte, sondern auch gegen erfolgreiche gewerkschaftliche Organisation und Patient*innensicherheit.

Das Pflegebudget und die vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen wurden eingeführt, weil die Situation in der Krankenhauspflege unhaltbar geworden war. Infolge der Einführung der Fallpauschalen im Jahr 2004 begann ein Niedergang der Krankenhauspflege, Die Pflege wurde seitdem – im Gegensatz zum ärztlichen Dienst – seitens des Krankenhausmanagements im Wesentlichen als unproduktiver Kostenpunkt begriffen. Je mehr ein Krankenhaus an der Pflege gespart hat, desto wirtschaftlich erfolgreicher war es auch gegenüber der Konkurrenz anderer Häuser. Die Zahl der Vollzeitäquivalente in der Pflege ging zurück, während die zu behandelnden „Fälle“ immer komplexer wurden. In den 2010er-Jahren wuchs die Einsicht in der Gesundheitspolitik – nicht zuletzt durch Arbeitskämpfe der Beschäftigten und nach mehr oder weniger erfolglosen Pflegeförderprogrammen – dass dringender Handlungsbedarf besteht. Es musste den Krankenhäusern ermöglicht werden, mehr Pflegekräfte zu beschäftigen. Da jedoch die politische Mehrheit nicht bereit war, die Fallpauschalen generell zugunsten einer bedarfsorientierten Finanzierung nach Art der Kostendeckung abzuschaffen, wurde eine Bereichsausnahme für die Pflege geschaffen. „Pflege am Bett“ wurde aus den Diagnosis Related Groups (DRGs; Fallpauschalen) ausgegliedert und über das Kostendeckungsprinzip finanziert. Mit Erfolg: Denn es begann sowohl bei der Zahl der Beschäftigten als auch bei den bis dahin zu niedrigen Löhnen die gewünschte Aufholjagd.

Es ist logisch, dass das Pflegebudget schneller stieg als die Durchschnittsausgaben im Krankenhaus; genau das war beabsichtigt. Genau diese eine erfolgreiche politische Entscheidung in der Krankenhauspflege wird nun aber wieder in Frage gestellt und soll wieder fallen. Mit einer Deckelung auf die Grundlohnsummenentwicklung werden die Krankenhäuser keinerlei Spielräume mehr haben für immer noch benötigte neue Einstellungen und auch nicht mehr dafür, richtungsweisende und hart erkämpfte Entlastungstarifverträge abzuschließen. Die Charité hat gegenüber ver.di bereits erklärt, dass unter den geplanten Finanzierungsbedingungen eine Fortführung des Entlastungstarifvertrags nicht mehr gesichert sei und diesen zum Jahresende gekündigt.

Gerade wirtschaftlich bereits angeschlagene Krankenhäuser werden durch die zusätzlichen Finanzierungslücken weiter unter Druck gesetzt. Die Folge können Leistungseinschränkungen, Personalabbau oder weitere Klinikschließungen auch in bedarfsnotwendigen Versorgungsstrukturen sein.

Mit der zusätzlichen Streichung der Finanzierung pflegeentlastender Maßnahmen in Höhe von 2,5 Prozent des Pflegebudgets gefährdet die Bundesregierung genau jene Strukturen, die Pflegekräfte im Alltag entlasten. Stationsassistenzen, Servicekräfte, Transportdienste sowie Unterstützung bei Dokumentation und Organisation sorgen dafür, dass Pflegefachpersonen mehr Zeit für ihre eigentlichen Aufgaben haben. Fallen diese Stellen weg, verschwinden die Aufgaben nicht. Sie werden wieder von Pflegekräften übernommen. Die Folge sind mehr Arbeitsverdichtung, weniger Zeit für Patient*innen und eine Schwächung erfolgreicher Entlastungskonzepte. Pflegefachpersonen sollen pflegen. Wenn Stationsassistenzen, Servicekräfte, Transportdienste oder Dokumentationshilfen wegfallen, verschwinden diese Aufgaben nicht. Sie landen wieder bei der Pflege. Die abzusehenden Folgen sind fatal: weniger Zeit für Patient*innen, mehr Überstunden, mehr Belastung, mehr Fluktuation aus dem Beruf und letztlich eine Verschlech-

terung der Versorgungsqualität. Die Bundesregierung spart damit nicht bei Bürokratie. Sie spart bei Zeit für die lebenswichtige Versorgung von Patient*innen. Durch die nun geplante weitgehende Außerkraftsetzung des Pflegebudgets und seiner Wirkung schüttet die Bundesregierung aber das Kind mit dem Bade aus. Denn das Problem ist nicht das Pflegebudget und das darin angewandte Selbstkostendeckungsprinzip, sondern dass andere Beschäftigte aus den DRGs finanziert werden müssen. Auf diese Weise machen Krankenhäuser nach wie vor Gewinne, wenn sie bei der Gebäudereinigung, der Physiotherapie, der Küche, dem ärztlichen Dienst, den medizinisch-technischen und anderen Berufen sparen. Letztlich werden in diesem System Krankenhäuser belohnt, wenn sie zulasten der Patient*innen und der Beschäftigten sparen.

Die Lösung wäre daher naheliegend: Sämtliche Personalkosten müssten aus den DRGs ausgegliedert und das Pflegebudget zu einem Budget für das gesamte Krankenhauspersonal ausgebaut werden. Eine bedarfsgerechte Finanzierung des Krankenhauspersonals ist keine zusätzliche Belastung des Systems, sondern eine Umverteilung bestehender Mittel weg von Rendite- und Wettbewerbsanreizen hin zur unmittelbaren Patient*innenversorgung.

- II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, einen Gesetzentwurf vorzulegen, mit dem
1. die vollständige Refinanzierung der tatsächlichen Pflegepersonalkosten sichergestellt wird;
 2. die vollständige Refinanzierung auch von Tarifsteigerungen sowie tarifvertraglich vereinbarten Personalbemessungs- und Entlastungsregelungen und damit die Umsetzung von Entlastungstarifverträgen dauerhaft abgesichert wird;
 3. die Finanzierung pflegeentlastender Maßnahmen wie Stationsassistenzen, Servicekräfte, Transportdienste sowie Unterstützungsstrukturen für Dokumentation und Organisation dauerhaft sichergestellt und deren Herausnahme aus dem Pflegebudget rückgängig gemacht wird;
 4. die Personalkosten aller Beschäftigten im Krankenhaus schrittweise aus den DRGs ausgegliedert und das Pflegebudget zu einem nach dem Prinzip der Selbstkostendeckung finanzierten Budget für das gesamte Krankenhauspersonal weiterentwickelt wird;
 5. insgesamt die Krankenhausfinanzierung so ausgestaltet wird, dass medizinischer Bedarf, Versorgungsauftrag und Patient*innensicherheit und nicht Wettbewerbsdruck, Wirtschaftlichkeitszwänge oder Renditeerwartungen über Personal- und Leistungsentscheidungen bestimmen;
 6. die Finanzierung bedarfsnotwendiger Krankenhäuser, insbesondere in ländlichen Regionen und sozial benachteiligten Gebieten, dauerhaft sichergestellt wird und weitere wirtschaftlich bedingte Klinikschließungen verhindert werden;
 7. die Gesundheitsversorgung als zentrale Aufgabe der öffentlichen Daseinsvorsorge gestärkt und Kürzungen zulasten von Patient*innen, Beschäftigten und Versorgungsqualität ausgeschlossen werden.

Berlin, den 7. Juli 2026

Heidi Reichinnek, Sören Pellmann und Fraktion