

Aktuelle Änderungsanträge zum KHAG - Zwingender Anpassungsbedarf

Sehr geehrte...

nach unseren Informationen haben sich die Bundestagsfraktionen von CDU/CSU und SPD Ende Januar auf die aus ihrer Sicht notwendigen Anpassungen der Krankenhausreform (KHAG) sowie auf einige damit nicht unmittelbar zusammenhängende Gesetzesanpassungen geeinigt. Seit einigen Tagen kursiert hierzu eine Liste mit 46 Änderungsanträgen. Dem Vernehmen nach wird sich der Gesundheitsausschuss am Mittwoch, dem 25.02.2026, mit den Änderungsanträgen befassen. Die finale Lesung des Gesetzes im Bundestag ist wohl für den 26. oder 27.02.2026 geplant.

Das Änderungspaket enthält Regelungen, die sich positiv auf die Versorgung auswirken (beispielsweise ÄA Nr. 7) oder unnötige Bürokratie vermeiden (beispielsweise ÄA Nr. 20). Außerdem enthält es Punkte, bei denen sich die Träger andere Lösungen gewünscht hätten, die aber notfalls akzeptiert werden können, da die Häuser jetzt endlich Planungssicherheit benötigen.

Darüber hinaus sehen die Krankenhäuser bei einigen Anträgen zwingenden Änderungsbedarf, da sie beispielsweise eine immense Bürokratie auslösen oder sinnvolle Versorgungskonzepte verhindern würden. Wir beschränken uns im Folgenden auf diese Änderungsanträge und appellieren an Sie, unserer Argumentation zu folgen:

A) Regelungsvorschlag 44

„Pflegepersonalkosten für Tätigkeiten, die nicht der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen und in Kreißsälen dienen, insbesondere hauswirtschaftliche, logistische, administrative oder technische Aufgaben, sind unabhängig von der dienstlichen Zuordnung im Krankenhaus nicht im Pflegebudget zu berücksichtigen.“

Dieser Regelungsvorschlag ist zu streichen

Begründung

Die Regelung würde zu einem massiven bürokratischen Aufwand führen. Bereits heute finden pflegerisch qualifizierte Beschäftigte, deren Tätigkeit nicht der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen und in Kreißsälen dient, keine Berücksichtigung im Pflegebudget. Umgekehrt müssen allerdings die Personalkosten pflegerisch Beschäftigter, die zwar überwiegend in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen und in Kreißsälen tätig sind, aber auch z.B. hauswirtschaftliche, logistische, administrative oder technische Aufgaben erbringen, weiterhin vollständig im Pflegebudget abgebildet werden. Es ist unbestreitbarer Fakt, dass diese Personalkosten auch aus der DRG-Vergütung herausgenommen wurden. Wenn diese nun nicht weiter über das Pflegebudget finanziert werden, würde das zu einer deutlichen Vergütungskürzung bei den Krankenhäusern führen. Außerdem würde diese Regelung dazu führen, dass minutiös dokumentiert werden müsste, wann pflegerische oder andere Tätigkeiten erfolgen. Zu den ureigenen pflegerischen Tätigkeiten gehören zudem die Pflegeplanung, Pflegedokumentation, Kontrolle der Speisenzunahme etc.. Neben dem vom Gesetzgeber provozierten Bürokratieaufwuchs würden weitere aufwändige Abgrenzungsstreitigkeiten entstehen.

Daher darf diese Regelung keinesfalls Eingang in das KHAG finden. Wenn man den Kliniken diesen massiven Bürokratieaufwuchs und die absehbaren Streitigkeiten mit den Krankenkassen (z.B.: „Gehört der Transport eines Patienten von der Station zum OP jetzt zu den Pflegebudget-Aufgaben?“) trotzdem nicht ersparen will, muss mindestens sichergestellt werden, dass die dann

wegfallenden Bestandteile des Pflegebudgets in die DRG-Vergütung zurückgeführt werden. Zudem müssen die Krankenhäuser dann einen Bürokratieszuschlag für die erforderlichen Dokumentationsaufwendungen erhalten.

Soweit der Gesetzgeber grundsätzlichen Reformbedarf beim Pflegebudget sieht, sind die Krankenhäuser bereit, sich konstruktiv an entsprechenden Überlegungen zu beteiligen.

B) Regelungsvorschlag 40

Die Einhaltung von den an dem jeweiligen Krankenhausstandort einschlägigen Pflegepersonaluntergrenzen wird zum Qualitätskriterium von Leistungsgruppen gemacht.

Dieser Regelungsvorschlag ist zu streichen

Begründung:

Aus gutem Grund wurde dieses Qualitätskriterium im Kabinettsentwurf des KHAG gestrichen. Denn es besteht keine Verbindung zwischen den pflegesensitiven Bereichen der PpUGV und den Leistungsgruppen. Darüber hinaus ist die Verpflichtung zur Einhaltung der Personaluntergrenzen bereits verbindlich in der Verordnung selbst geregelt. Eine Umsetzung als Qualitätskriterium würde somit lediglich unnötige Bürokratie schaffen.

C) Regelungsvorschlag 35

„Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene werden beauftragt, die Kriterien für die Zuordnung von Krankenhausstandorten zu der Versorgungsstufe „Level F“ zu evaluieren und eine bundeseinheitliche Fachklinik-Definition zu vereinbaren. Zuordnungen zu der Versorgungsstufe „Level F“ sind bis zum Zustandekommen der Vereinbarung befristet auf Grundlage der gesetzlich geregelten Kriterien zulässig.“

Die Ergänzung um die Selbstverwaltungsvereinbarung sollte gestrichen werden

Begründung

Der Mehrwert der nun ergänzten notwendigen Selbstverwaltungsvereinbarung ist nicht erkennbar. Diese Regelung ist auch keinesfalls notwendig, da sie anerkannten Fachkliniken die dringend benötigte Planungssicherheit nimmt. Es muss bei der im KHAG-Kabinettsentwurf enthaltenen Fachklinik-Definition bleiben. Diese ermöglicht Kliniken mit z.B. Schwerpunkt auf mehrfach schwerbehinderte Menschen (St. Lukas-Klinik Meckenbeuren oder Johannesdiakonie Mosbach) den Fortbestand. Der Status „Fachklinik“ ist für die Entscheidung, ob Kliniken Qualitätskriterien erfüllen, essenziell, da er die damit verbundenen Kooperationsmöglichkeiten eröffnet.

Auch mit Hinblick auf folgenden Regelungsvorschlag 27 ist essenziell, dass zumindest Regelungsvorschlag 35 NICHT umgesetzt wird.

D) Regelungsvorschlag 27

„Die Leistungsgruppen-Nummer 1 wird wie folgt geändert:

b) Im Anforderungsbereich „Sachliche Ausstattung“ wird in der Zeile „Mindestvoraussetzung“ nach dem Wort „Röntgen“ die Angabe „jederzeit“ eingefügt und die Angabe „Endoskopie täglich acht Stunden“ durch die Angabe „Gastroduodenoskopie und Koloskopie jederzeit“ ersetzt.“

Es sollte bei der Fassung des KHAG-Kabinettsentwurf bleiben

Begründung

Die Änderung mag für ein Krankenhaus mit einer normalen Fachabteilung für Innere Medizin passen. Das Problem ist jedoch, dass durch den LG-Groupen zahlreiche Fälle in dieser Leistungsgruppe landen, die von anderen Fachgebieten erbracht werden. Dort ist KEINE Gastroduodenoskopie und Koloskopie jederzeit möglich und auch schlicht nicht erforderlich. Betroffen sind z.B. geriatrische Fachkliniken, rheumatologische Fachkliniken, Schmerzkliniken sowie Herz- und Lungenzentren der Universitätskliniken, die Einzelstandorte sind.

Der Regelungsvorschlag Nr. 27 wäre nur dann vertretbar, wenn Regelungsvorschlag Nr. 35 nicht umgesetzt wird. In diesem Fall bestünde dann die Möglichkeit, dass betroffene Kliniken gemäß der bisherigen KHAG-Regelung als „Fachklinik“ bezeichnet werden. Damit könnten diese Kliniken das Kriterium in Kooperation erfüllen.

E) Regelungsvorschlag 12

§ 6c Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

„(1) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann Standorte von Krankenhäusern im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen, der Landeskrankenhausesellschaft oder der Vereinigung der Krankenhausträger im Land sowie der Kassenärztlichen Vereinigung durch Bescheid als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmen, wenn das jeweilige Krankenhaus in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen wurde. Die Bestimmung nach Satz 1 gilt für den gesamten Krankenhausstandort. Sie ist ausgeschlossen, wenn sich dieser Krankenhausstandort in räumlicher Nähe zu einem anderen Krankenhausstandort desselben Krankenhausträgers befindet und der Abstand zwischen den am weitesten voneinander entfernt liegenden Gebäudepunkten nicht mehr als 2 000 Meter beträgt. Die Bestimmung wird zum 1. Januar eines von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde bestimmten künftigen Kalenderjahres wirksam.“

Für einen wesentlichen Teil der Träger, die die Umwandlung eines bisherigen Krankenhauses in eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung in Erwägung ziehen, würde die Regelung bedeuten, dass sie ohne die Möglichkeit parallel eine (psychiatrische) Fachklinik zu sein, keine tragfähige Grundlage für diese Versorgungsstruktur sehen. Es sollten daher enge Ausnahmen von der „ganzer Standort-Anforderung“ ermöglicht werden.

F) Was gänzlich fehlt ist die Aufnahme einer Leistungsgruppe „reife Neugeborene ohne Risikokonstellation“

Das InEK hat bereits darauf hingewiesen, dass diese Leistungsgruppe fehlt und diese Kinder daher behelfsweise der LG „perinataler Schwerpunkt“ zugegruppert werden. Die Konsequenz ist entweder eine fehlende Abrechenbarkeit der Leistungen am Kind für alle Geburtskliniken oder eine einmalige Zuweisung der LG Perinataler Schwerpunkt trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien durch die Länder für eine Übergangszeit von drei Jahren. Es gibt fachlich keinen Zweifel an der Notwendigkeit zur Etablierung der LG „reife Neugeborene ohne Risikokonstellation“.