



# Gesundheitspolitik wird vor Ort gemacht

Armin Grau, MdB

# Gesundheitsversorgung

---



**Gesundheitsversorgung = Daseinsvorsorge**

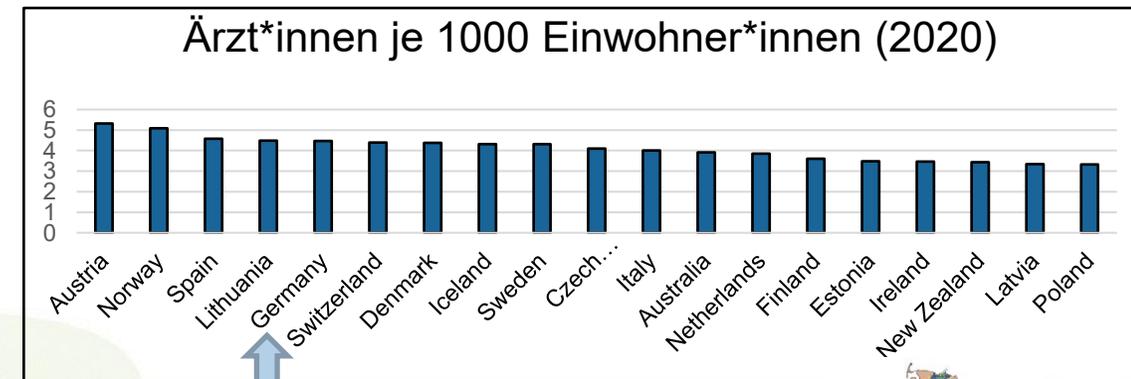
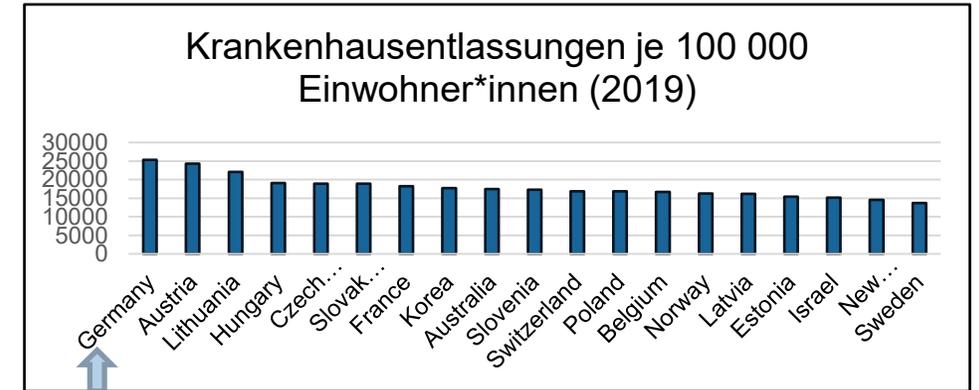
**Kommune als wesentlicher Träger für Daseinsvorsorge**

- Träger von Krankenhäusern: 28,5% kommunal
- Träger von komm. Medizinischen Versorgungszentren (MVZ)
- Träger des Öffentlichen Gesundheitsdiensts
- Träger von Kommunalen Gesundheitskonferenzen

# Probleme der Gesundheitsversorgung



- Hohe Ausgaben, nicht immer hohe Qualität
- Viel stationär, zu wenig ambulant
- Starke Trennung ambulanter – stationärer Sektor
- Nicht wenige Fachkräfte, aber starker Fachkräftemangel
- Starke Zentrierung auf Ärztinnen/Ärzte
- Starke Zentrierung auf kurative Medizin, weniger auf Prävention
- Über-, Unter- und Fehlversorgung



# Probleme für die Kommunen

---



- Träger von Krankenhäusern: ca. 80% rote Zahlen, 20% Insolvenzgefahr  
Defizitausgleich belastet Kommunalhaushalte  
  
Ursachen: Fallzahlrückgang, Personalmangel, hohe Inflation  
mangelnde Investitionsfinanzierung durch die Länder  
Fallpauschalen
- Sicherstellung und Planung durch Länder, Verpflichtung der Kommunen
- Nachbesetzungsprobleme in der haus- und fachärztlichen Versorgung  
Zahl freier Hausarztsitze: über 5.000  
Zahl freier Facharztsitze: ca. 2.000  
Perspektive 2030: über 11.000
- Sicherstellungsauftrag bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen)

# Probleme des derzeitigen Vergütungssystems

## ÖKONOMISCHE FEHLANREIZE:

Vergütung Betriebskosten orientiert sich an Fallzahlen → Fehlanreize zu Mengenausweitung und zu „lukrativen Leitungen“

keine separate Vergütung von Vorhaltekosten

mangelnde Berücksichtigung von Qualitätskriterien, „Gelegenheitsversorgung“

Planung nach Betten - Rückzug der KH-Planung

---



# Lösungen: Krankenhausreform

---



Ziele: Sicherung der wohnortnahen Grund-Versorgung,  
Qualitätsverbesserung durch Konzentrierung spezialisierter Leistungen

Verbindet Struktur- und Finanzierungsreform, Prozess seit Anfang 2023

- Planung nach Leistungsbereichen (n=65) statt Betten, Qualitätsvorgaben
- Vorhaltebudget gebunden an Leistungsbereiche, 60% der Fallpauschalen
- Ambulant-stationäre Zentren (Level 1i): Innere Medizin, Geriatrie, Chirurgie wohnortnah, Pflegeangebot, Versorgung: niedergelassene Ärztinnen,.. Tagessätze
- Bürokratieabbau
- Transparenzgesetz: digitales Portal; finanzielle Unterstützung

# Lösungen: Krankenhausreform 2

---



Krankenhausgesetz: ursprünglich zustimmungspflichtiges Gesetz

später geplant ohne Länderbeteiligung, aber zustimmungspflichtige RVO

Finanzierung: Transformationsfonds: 50 Mrd. € über 10 Jahre,  
50% Länder – 50% Bund (Ursprünglich: Gesundheitsfonds);

# Leistungsgruppen



## ROLLE DER LÄNDER, WEITERENTWICKLUNG

- Zuweisung der Leistungsgruppen durch die Länder, neue Landeskrankenhausplan.
  - Leistungsgruppen können zwischen Krankenhäusern getauscht werden
  - Kooperation statt Konkurrenz zwischen Krankenhäusern
  - an den Leistungsgruppen hängt die Vorhaltefinanzierung
  
  - Mehrstufige Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung der Leistungsgruppen:
    - Bund, Länder, Bundesärztekammer, **Pflege (DPR)**, DKG, GKV-Spitzenverband
    - wissenschaftliche Begleitung durch Fachgesellschaften (AWMF) und Institute (InEK und BfArM)
-

# Vorhaltefinanzierung

**Anteil  
Vorhaltebudget  
pro  
Leistungsgruppe  
(60% inkl.  
Pflegebudget)**



**Perspektivisch:  
Sachgerechte  
Kalkulierung Anteil  
Vorhaltebudget (?)**



**Koordinierungs-  
zuschlag für  
Uniklinika oder ggf.  
andere geeignete  
Versorger**

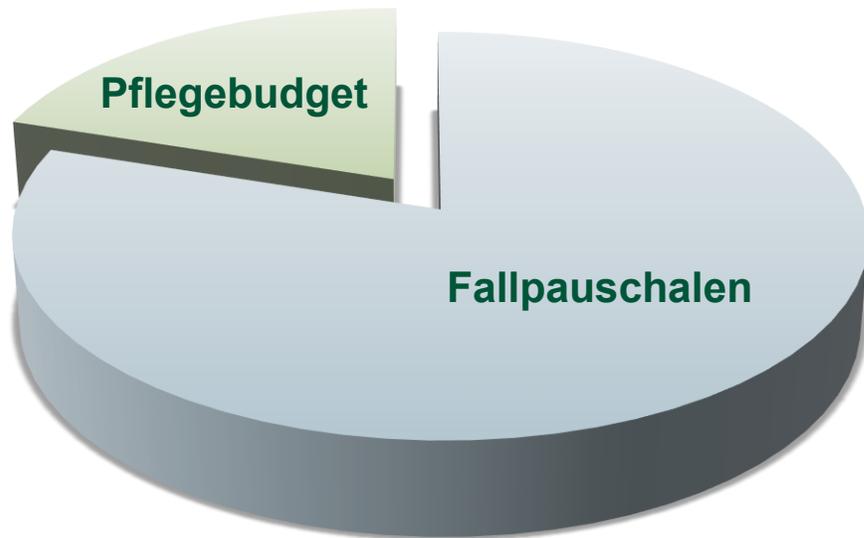


**Weitere  
Zuschläge für z.B.  
Pädiatrie,  
Geburtshilfe,  
Intensivmedizin,  
Notfallversorgung**



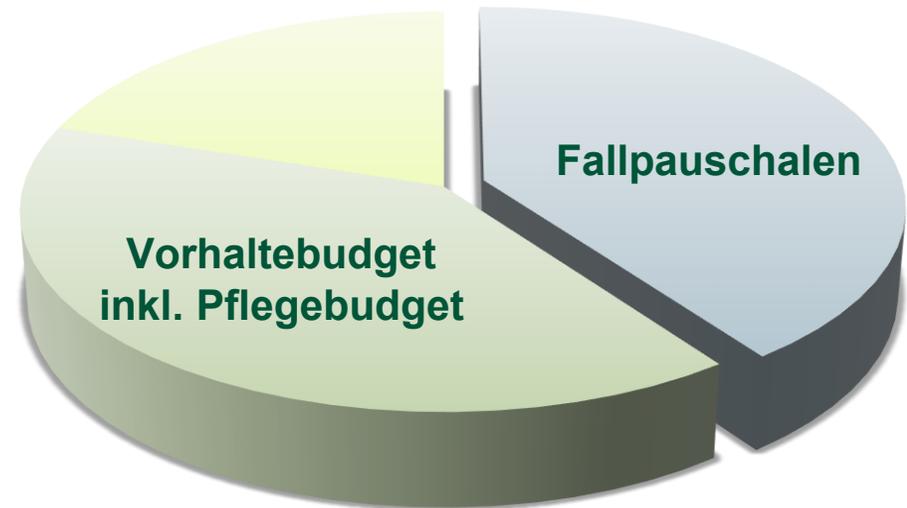
# Vorhaltefinanzierung

bisherige Betriebskostenfinanzierung  
der Krankenhäuser:



■ Fallpauschalen ■ Pflegebudget

neue Betriebskostenfinanzierung  
der Krankenhäuser:

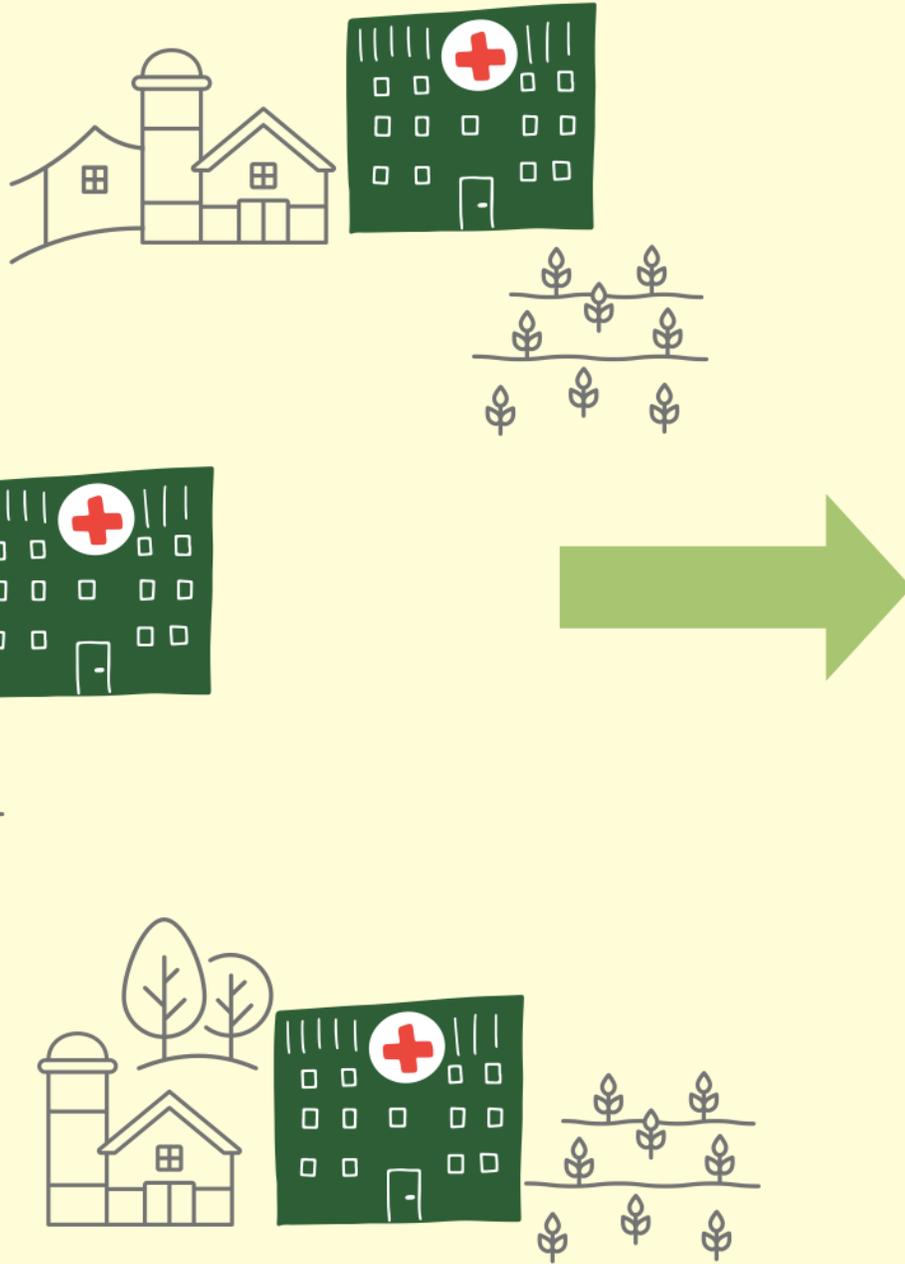


■ Fallpauschalen  
■ Vorhaltebudget inkl. Pflegebudget

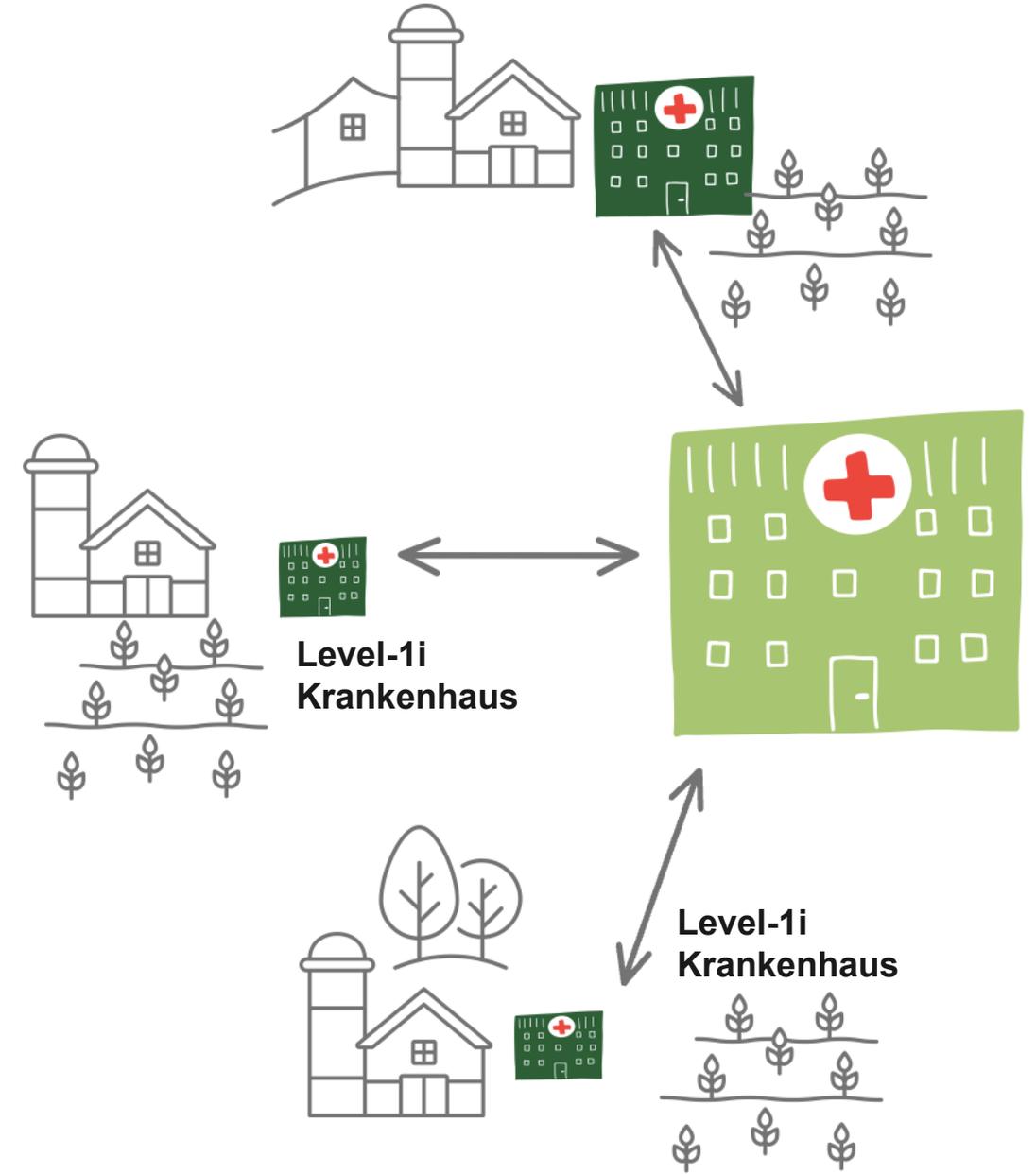
# Sektorübergreifende Versorgungszentren

- wichtiges Element in sektorenübergreifender + region. Gesundheitsversorgung
- Leistungen: Wohnortnahe und gebündelte medizinisch-pflegerische Versorgung
  - kurze stationäre Aufenthalte, Innere Medizin, Geriatrie, Chirurgie
  - einfachere Eingriffe
  - ambulante Behandlungen
  - Kurzzeitpflege
- Finanzierung: degressive Tagessätze, keine Fallpauschalen, kein Vorhaltebudget
- ~~ärztliche Versorgung durch niedergelassene oder angestellte Ärzt\*innen~~
- Gesamtleitung durch qualifizierte Pflegekraft möglich

# Heute



# Möglichkeit in Zukunft





# GRÜNE Verhandlungserfolge

- **Sicherstellungs-Krankenhäuser: Mindestbetrag in der Vorhaltevergütung  
Zulassung zur ambulanten Versorgung bei drohender  
Unterversorgung**
  - **SÜV: auch fachärztliche ambulante Versorgung, wenn zu wenige FÄ\*innen  
in der Region;  
case-management über Entlassung hinaus**
  - **Förderung für hebammengeführte Kreißsäle**
  - **Institutsambulanzen für Kinder mit besonderen Bedarfen**
  - **Kinderkliniken: Keine Abschläge bei Entlassungen nach kurzen  
Aufenthalten**
-



# GRÜNE Verhandlungserfolge

- **Ärzt\*innen**: Erprobung zur Einführung eines Personalbemessungsinstruments für **Ärzt\*innen** angelehnt an das Instrument der BÄK, Bericht nach 6 Monaten
  - **Andere Berufe (Therapeut\*innen, Sozialarbeiter\*innen)**: Kommission zur Entwicklung eines Personalbemessungsinstruments
  - **Vorhaltebudget**: Bezugsjahre 2023/24 statt 2025; schnellere Auszahlung
  - **Ausnahmen vom Kartellrecht bei Zusammenschlüssen bis 2030**, danach bei Auszahlung über den Transformationsfonds
  - **Tele-Stroke Units**
-

# Schwarz- Rote Koalition 1

---



Haushaltsbegleitgesetz 2025

„Soforttransformationskosten“ 4 Milliarden € als Rechnungszuschlag (3,25%) für die Krankenhäuser

Kritik: Verteilung auf alle Häuser, bedarfsnotwendig oder nicht

Fehlanreiz zur Fallzahlsteigerung

Bevorzugung von Krankenhäusern, die rasch mehr „Fälle“ behandeln können

Scharfe Kritik u.a. des Bundesrechnungshofs an Finanzierung aus Sondervermögen für Infrastruktur und Klimaneutralität (SVIK)

Rein konsumtive Mittel , keine Transformation !!

# Schwarz- Rote Koalition 2

---



- **Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG)**  
Referentenentwurf vom 5.8.25, noch kein Kabinettsentwurf  
von SPD Anfang September Kabinettsbefassung blockiert
- **Finanzierung:**  
erste 2 Jahre zahlt Bund mehr (3,5 statt 2,5 Mrd)  
Finanzierung aus SVIK

# Schwarz- Rote Koalition 3

---



- **Erweiterte Ausnahmen von Qualitätskriterien**

→ Krankenhäuser dürfen einzelne Leistungsgruppen auch dann erhalten, wenn sie die **Qualitätsvorgaben nicht** erfüllen – v.a. wenn sonst die Versorgung gefährdet wäre.

Länder müssen zunächst prüfen, ob mittels **Kooperationen** zwischen Kliniken die Anforderungen erfüllt werden können.

Ausnahmen für höchstens **drei Jahre** (Entscheidung des Landes)

Dürfen aber **nochmals um maximal drei Jahre** verlängert werden (dann im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen) erzielt werden

Sicherstellungs-Krankenhäuser: weiterhin unbefristete Ausnahmen

Kritik: **deutliche Verwässerung** der Qualitätsvorgaben

# Schwarz- Rote Koalition 4

---



- **Abschaffung fester Erreichbarkeitsvorgaben**

→ Ursprünglich vorgesehen: gewisse Leistungsgruppen müssen innerhalb von 30 (Innere Medizin, Chirurgie) oder 40 Pkw-Minuten erreichbar sein. Diese Vorgaben entfallen.

Kritik: gravierende Verschlechterung für Patient\*innen !

- **„Flexibilisierung“ für Fachkrankenhäuser**

→ Fachkrankenhäuser können alle Nachbar-Leistungsgruppen mittels Kooperationen abdecken

Kritik: große Gefahr für die Qualität der Versorgung!

# Schwarz- Rote Koalition 5

---



- **61 statt 65 Leistungsgruppen**  
→ Infektiologie, Notfallmedizin, spezielle Kinder- und Jugendmedizin u. spezielle Kinder- und Jugendchirurgie fallen weg.
- **Lockerung der Standortregelung**  
→ Kliniken mit mehreren Gebäuden können künftig als „ein Standort“ gelten, selbst wenn die Gebäude mehr als 2 km auseinanderliegen. Dies soll Fusionen und Kooperationen erleichtern.
- **Lockerungen bei onkochirurgischen Mindestfallzahlen**  
→ G-BA kann künftig niedrigere Mindestfallzahlen festlegen, wenn das für die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung notwendig ist.

# Schwarz- Rote Koalition 6

---



- **Verschiebung der Zuweisung von Leistungsgruppen**  
→ Statt bis Oktober 2026 sollen sie erst bis Ende September 2027 die Zuweisungen an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) melden.
- **Verschiebung der Vorhaltefinanzierung**  
→ Der Einstieg in das neue Finanzierungssystem verzögert sich:
  - 2026 und 2027 gelten als **budgetneutrale Jahre**.
  - 30.09.2027: **Frist Zuweisung LGs** durch Länder (vorher 10.2026)
  - 2028–2029: **Konvergenzphase**.

**Ab 2030:** volle Wirksamkeit der Vorhaltepauschalen.

# Schwarz- Rote Koalition 7

---



- **Wegfall der Pflicht zur externen Insolvenzprüfung**  
→ Kliniken müssen keine Wirtschaftsprüfer mehr beauftragen, um bei der Beantragung von Fördermitteln ihre Insolvenzrisiken zu dokumentieren. Das soll rund 3 Mio. € Bürokratiekosten pro Jahr sparen.
- **Streichung der Pflegepersonaluntergrenzen als Zuweisungskriterium**  
→ Die Untergrenzen bleiben formal bestehen, sind aber **nicht mehr Voraussetzung** für die Anerkennung bestimmter Leistungsgruppen.
- **Fazit: starke Verwässerung der Reform zu Lasten der Patient\*innen**

**Vielen Dank für Eure / Ihre  
Aufmerksamkeit**

**Ich freue  
mich auf die  
Diskussion!**

**BÜNDNIS 90  
DIE GRÜNEN**

