

Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e. V. (DPR) zum Gesetzesentwurf der Bundesregierung zu einem Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreformenpassungsgesetz – KHAG)

Stand 03.11.2025

Der Deutsche Pflegerat (DPR) bedankt sich für die Möglichkeit, zum Gesetzesentwurf zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreformenpassungsgesetz – KHAG) der Bundesregierung Stellung nehmen zu können.

Das Ziel des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) und des Krankenhausreformenpassungsgesetzes (KHAG) ist es, umfangreiche Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und der Vergütungsstrukturen umzusetzen. Aus Sicht des DPR kann die Reform jedoch nur dann gelingen, wenn die Relevanz pflegerischen Handelns auf das Versorgungsergebnis aktiv und direkt in den Maßnahmen des Gesetzgebers abgebildet wird. Das KHAG greift zu kurz, wenn Pflegepersonal überwiegend als Kostenfaktor gesehen wird.

Die Profession Pflege nimmt unmittelbar und direkt Einfluss auf die Versorgungssicherheit und die Versorgungsqualität. Internationale Studien und nationale Qualitätsberichte zeigen konsistent, dass eine adäquate pflegerische Personalausstattung mit geringerer Mortalität, weniger vermeidbaren Komplikationen, kürzeren Liegezeiten und höherer Patient:innenzufriedenheit einhergeht. Pflege ist damit kein nachgelagerter Kostenfaktor, sondern ein zentraler Qualitäts- und Sicherheitsfaktor der Krankenhausversorgung. Diese wichtige und größte Berufsgruppe in der Festlegung von Qualitätskriterien nicht mitzudenken und mit Blick auf Bürokratieabbau, zugleich die minimale Anforderung der Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) aus der Leistungsgruppensystematik zu streichen, stellt aus Sicht des DPR ein gravierendes Versäumnis dar. Bürokratieabbau darf nicht mit Deregulierung verwechselt werden. Gerade bei sicherheitsrelevanten Personalvorgaben sind klare, überprüfbare Mindeststandards Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Versorgung, sodass der Abbau administrativer Belastungen weder zulasten der Qualität gehen noch notwendige Regelungen zu deren Erhalt und Weiterentwicklung verhindern darf. Eine effiziente und effektive Versorgung ist nur möglich, wenn alle am Versorgungsprozess beteiligten Berufsgruppen Rahmenbedingungen vorfinden, die eine qualitativ hochwertige, evidenzbasierte Versorgung von Menschen aller Altersgruppen ermöglichen.

Im Kontext der Pflegefachlichkeit und der zukünftigen Behandlung von Patient:innen in den unterschiedlichen Leistungsgruppen ist genau jetzt der richtige Zeitpunkt im Gesetzgebungsverfahren zum KHAG, begründete Anforderungen an die quantitative und qualitative personelle Ausstattung der Profession Pflege zu stellen. Mit dem Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (G-BEEP) ist in § 112a SGB V die „eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der

Krankenhausbehandlung“ vorgesehen. Die Vertragsparteien auf Bundesebene sollen einen Katalog von Leistungen der ärztlichen Behandlung vereinbaren, die Pflegefachpersonen eigenverantwortlich erbringen können, sowie Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und Ärzt:innen im Krankenhaus festlegen. Für die Umsetzung dieser Leistungen ist eine entsprechende pflegerische Qualifikation erforderlich. Diese Neuregelung markiert einen Paradigmenwechsel hin zu einer stärker kompetenzorientierten Aufgabenverteilung im Krankenhaus. Die Leistungsgruppensystematik muss diesen Wandel abbilden, um Fehlanreize, Unterforderung qualifizierter Pflegefachpersonen und Versorgungsbrüche zu vermeiden. Vor diesem Hintergrund ist es nur folgerichtig, diese Entwicklungen im Rahmen der Leistungsgruppensystematik zu verankern, damit die Versorgungsqualität und die Verantwortung von Pflegefachpersonen im Gesetz strukturell abgesichert wird.

Es ist aus Sicht des DPR insgesamt nicht nachvollziehbar, warum Mindestvoraussetzungen und Auswahlkriterien in der Leistungsgruppensystematik nahezu ausschließlich auf medizinische Versorgung und ärztliche Personalvorgaben bezogen werden, während der Gesetzgeber parallel mit der Befugniserweiterung für Pflegefachpersonen ungenutzte Potenziale in der Versorgung heben und den Verantwortungsspielraum für Pflegefachpersonen erweitern möchte. Das Ziel einer Reform zur Verbesserung der evidenzbasierten Versorgungsqualität im Krankenhaus muss diese Entwicklungen einbeziehen und Prozesse vorsehen, die eine flexible Anpassung an fachliche, demografische und epidemiologische sowie strukturelle Veränderungen ermöglichen. Andernfalls können die mit der Reform verbundenen Ziele mittel- und langfristig nicht erreicht werden.

Die Ausführungen gelten insbesondere auch für die Geburtshilfe. Qualität und Sicherheit vor, während und nach der Geburt hängen maßgeblich von der personellen und strukturellen Ausstattung mit Hebammen ab. Der DPR unterstreicht daher die Forderung, eine ausreichende Hebammenpräsenz und weitere qualitätssichernde Strukturmerkmale als verbindliche Qualitätskriterien in den entsprechenden Leistungsgruppen zu verankern und perspektivisch durch ein spezifisches Personalbemessungsinstrument für den Funktionsbereich Geburtshilfe abzusichern.

Im Folgenden nimmt der DPR zu einzelnen Regelungen Stellung.

Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nr. 1 b) - § 109 Absatz 3a Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern

Auch wenn der Gesetzentwurf den im Referentenentwurf vorgesehenen Ausnahmetatbestand in § 109 Absatz 3a SGB V einschränkt und mit Befristungen sowie Nachholfristen für die Erfüllung der Qualitätskriterien verbindet, bleibt die Möglichkeit bestehen, dass ein Versorgungsvertrag geschlossen werden kann, obwohl die für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt werden. Der DPR hält daher an seiner Kritik fest, dass der Abschluss eines Versorgungsvertrages trotz nicht erfüllter Qualitätskriterien, selbst aus Gründen der Sicherheit, dem Grundgedanken der Krankenhausreform widerspricht. Die dringend notwendige Konzentration von Leistungen fördert eine Verbesserung der Versorgungsqualität und der Effizienz. Deshalb muss aus Sicht des DPR auf die Schaffung eines solchen Ausnahmetatbestandes verzichtet werden.

Zu Nr. 3 b) - § 135d Absatz 4 Transparenz der Qualität der Krankenhausbehandlung

Im Transparenzverzeichnis nach § 135d SGB V wird unter anderem die personelle Ausstattung als Merkmal der Strukturqualität ausgewiesen. Aus pflegefachlicher Sicht ist es entscheidend, dass hierfür geeignete Kennzahlen gewählt werden, die den Pflegeaufwand besser darstellen und die reale quantitative und qualitative Personalausstattung aus pflegefachlicher und pflegewissenschaftlicher Sicht abbilden. Dies ist insbesondere auch mit

Blick auf die Zielsetzung des Transparenzverzeichnisses, Patient:innen sowie An- und Zugehörigen eine vergleichbare Grundlage für die Krankenhausauswahl zu ermöglichen, zu berücksichtigen und sachlogisch richtig.

Aus Sicht des DPR ist der Pflegepersonalquotient nach § 137j SGB V im Bundes-Klinik-Atlas ungeeignet. Er bildet den Pflegekostenanteil aus der DRG-Kalkulation ab, weil er auf dem Pflegeerlös-/Pflegelastkatalog basiert. Das Verhältnis zwischen fachlich begründetem Pflegeaufwand, der aus den Patient:innenzuständen und den daraus resultierenden pflegerischen Unterstützungsbedarfen abgeleitet wird, und dem eingesetzten Personal wird damit nicht dargestellt.

Transparenzinstrumente entfalten nur dann ihre intendierte Steuerungswirkung, wenn sie valide, fachlich nachvollziehbare und für Laien verständliche Informationen liefern. Pflegebezogene Kennzahlen müssen daher sowohl fachlich fundiert als auch patient:innenorientiert aufbereitet sein. Der DPR fordert daher, dass bei der Festlegung und Weiterentwicklung der pflegebezogenen Kennzahlen im Transparenzverzeichnis die maßgeblichen Berufsorganisationen der Pflege verbindlich einbezogen werden. In diesen Verfahren ist sicherzustellen, dass pflegerische Strukturqualität nicht auf ungeeignete Indikatoren reduziert wird, sondern sich an fachlich begründeten Personalbemessungssystemen orientiert. Hierbei sollten insbesondere die aus bestehenden Regelungen zu PpUG gemäß § 137i SGB V, analog dem Krankenhausverzeichnis, und zur Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV) gemäß § 137k SGB V gewonnenen Daten als valide Grundlage für eine transparente Darstellung der pflegerischen Personalausstattung genutzt werden.

Der DPR nimmt die im Gesetzesentwurf vorgesehene Präzisierung der Zuordnung von Krankenhausstandorten zu Versorgungsstufen nach § 135d SGB V, insbesondere die klarere Definition von Fachkrankenhäusern (Versorgungsstufe Level F) und die damit verbundene bessere Transparenz, zur Kenntnis und begrüßt diese grundsätzlich.

Zu Nr. 4 - § 135e SGB V Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung

Der § 135e SGB V ist die zentrale Norm für die Festlegung der Leistungsgruppen und der zugehörigen Qualitätskriterien. Hier werden die Mindestvoraussetzungen und die Auswahlkriterien definiert, die künftig darüber entscheiden, an welchen Standorten welche Leistungen erbracht werden dürfen. Die professionell Pflegenden leisten einen wesentlichen Beitrag zur Sicherstellung der Versorgung und der erforderlichen Qualität, insbesondere durch die Umsetzung evidenzbasierter Behandlungs- und Pflegekonzepte.

Der DPR weist daher wiederholt darauf hin, dass eine Berücksichtigung und Weiterentwicklung der Qualitätskriterien in den Leistungsgruppen in Bezug auf pflegerische Struktur- und Prozessmerkmale zwingend erforderlich sind.

Der DPR fordert die ausdrückliche Benennung und Berücksichtigung des pflegewissenschaftlichen Erkenntnisstands in § 135e Absatz 1 Satz 2. Damit wird klargestellt, dass sich Qualitätskriterien nicht allein an ärztlicher Evidenz und medizinischer Behandlungslogik orientieren, sondern auch an pflegerischer Expertise, der Wirksamkeit pflegerischer Versorgung für die Patient:innen sowie ihren An- und Zugehörigen und klinisch relevanter Pflegeforschung.

Änderungsvorschlag § 135e Absatz 1 Satz 2 SGB V

„Die nach Satz 1 Nummer 2 festgelegten Qualitätskriterien sollen den aktuellen Stand der medizinisch-wissenschaftlichen **und pflegewissenschaftlichen** Erkenntnisse berücksichtigen und zu einer leitliniengerechten, qualitativ hochwertigen und für Patienten sicheren medizinischen **und pflegerischen** Versorgung beitragen.“

Es ist zu begrüßen, dass der DPR als Vertreter der Berufsorganisationen der Pflegeberufe im Leistungsgruppen-Ausschuss nach § 135e Absatz 3 SGB V benannt ist.

Der Ausschuss hat bislang keinen ausdrücklichen Auftrag, pflegerische Struktur- und Prozesskriterien zu entwickeln. Der DPR fordert deshalb, § 135e Absatz 3, um einen Auftrag an den Ausschuss zu ergänzen, damit pflegerische Expertise und Perspektive im Ausschuss nicht nur formal, sondern auch inhaltlich wirksam wird. Damit wird der Ausschuss verpflichtet, systematisch zu prüfen, wie pflegerische Anforderungen in die Leistungsgruppen integriert werden, und nicht nur ärztliche und technische Kriterien fortzuschreiben. Hierbei zu beachtende Aspekte finden sich unter den Ausführungen zu Anlage 1.

Änderungsvorschlag § 135e Absatz 3 Satz 2 (neu) SGB V

„Das Bundesministerium für Gesundheit richtet einen Ausschuss ein, der Empfehlungen zur Weiterentwicklung der nach Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Leistungsgruppen und Qualitätskriterien beschließt. **Insbesondere hat der Ausschuss die in Anlage 1 als Mindestvoraussetzungen der speziellen Leistungsgruppen genannten Qualitätskriterien um Vorgaben zur Qualifikation der Pflegefachpersonen zu ergänzen.** Weicht das Bundesministerium für Gesundheit beim Erlass einer Rechtsverordnung nach Absatz 1 von den Empfehlungen des Ausschusses ab, hat es dem Ausschuss die Gründe für die Abweichung vor Erlass der Rechtsverordnung darzulegen. (...)“

Solange der Gesetzgeber Qualitätskriterien für die Krankenhausversorgung festlegt, ohne die aktuellen Anforderungen und Entwicklungen der Profession Pflege, von erweiterten Befugnissen über neue Rollenprofile bis hin zur Übernahme eigenständiger Verantwortung, systematisch abzubilden, bleibt diese Krankenhausreform deutlich hinter den fachlichen, wissenschaftlich geforderten und internationalen Entwicklungen zurück und verschenkt ein zentrales Qualitäts- und Innovationspotenzial.

Zu Nr. 11 - § 275a SGB V Prüfungen zu Qualitätskriterien, Strukturmerkmalen und Qualitätsanforderungen in Krankenhäusern

Die im Gesetzentwurf gegenüber dem Referentenentwurf vorgenommenen Änderungen in § 275a SGB V betreffen vor allem Fristen, Informations- und Übermittlungspflichten sowie den Bürokratieabbau im Zusammenhang mit den Prüfungen des Medizinischen Dienstes. Sie ändern jedoch nichts daran, dass die Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) nicht mehr als Qualitätskriterium in der Leistungsgruppensystematik verankert sind und damit nicht dem „Alles-oder-Nichts-Prinzip“ der Leistungsgruppen unterliegen.

Im Hinblick darauf darf die Einhaltung von PpUG im Kern nicht nur über routinemäßige Datenlieferungen und deren Plausibilitätsprüfung gesteuert werden. Auch wenn die PpUG weiterhin formal unabhängig überwacht und sanktioniert werden, braucht es ergänzend eine wirksame, unabhängige Prüfung, etwa durch den Medizinischen Dienst (MD), die über reine Datenauswertung hinausgeht. Die in § 275a geregelten Prüfungen müssen so ausgestaltet werden, dass Verstöße gegen pflegerische Mindestbesetzung nicht nur monetär sanktioniert werden, sondern im Sinne der Leistungsgruppensystematik, auch strukturelle Konsequenzen für die Zuweisung von Leistungsgruppen haben. Die mit dem Wegfall zusätzlicher Prüfungen erzielte minimale Bürokratieersparnis steht in keinem angemessenen Verhältnis zum Verlust an Qualitätssicherung und widerspricht damit den Zielen des KHVG.

Im Übrigen verweist der DPR auf seine Ausführungen zu Anlage 1 des KHAG, in denen die Notwendigkeit einer verbindlichen Verankerung bedarfsgerechter pflegerischer Personalbemessung in der Leistungsgruppensystematik näher begründet und ausgeführt wird.

Pflegepersonaluntergrenzen, Pflegepersonalbemessung

Im Gesetzesentwurf zum KHAG ist weiterhin vorgesehen, die PpUG nicht mehr als Qualitätskriterium in der Leistungsgruppensystematik zu verankern. Der DPR lehnt diese Streichung ab und fordert, dass die PpUG als wirksames Instrument zur Sicherung von Mindeststandards für das Pflegepersonal im Krankenhaus verbindlich in der Leistungsgruppensystematik festgeschrieben werden, zumindest so lange, bis diese in den Leistungsgruppen durch weitere Qualitätsmerkmale wie die der PPR 2.0, der Kinder-PPR 2.0 und der Kinderintensiv-PPR 2.0 ersetzt werden. Die PPR 2.0, die Kinder-PPR 2.0 und die Kinderintensiv-PPR 2.0 bilden dabei aus Sicht des DPR die fachliche Referenz für eine künftige pflegerische Personalbedarfsermittlung in der Leistungsgruppensystematik. Die PpUG bilden aus Sicht des DPR die erforderliche Personalbemessung nicht sachgerecht ab, aber sie stellen einen Schutz vor Unterbesetzung dar.

Zwar bleibt der § 137i SGB V unberührt, sodass die Streichung aus der Leistungsgruppensystematik nicht mit einer Abschaffung der PpUG gleichzusetzen ist. Doch sind aus pflegfachlicher Sicht die Art der gesetzlichen Verankerung und die damit verbundene Verbindlichkeit von entscheidender Bedeutung.

Im Grundsatz folgt die Leistungsgruppensystematik dem „Alles-oder-Nichts-Prinzip“. Ungeachtet der verschiedenen Ausnahmetatbestände bedeutet das, dass es ohne Qualitätsmindeststandards keine Leistungsgruppe und kein Anspruch auf Abrechnung von Entgelten im Sinne des § 8 KHEntgG (Berechnung der Entgelte) gibt. Damit wird den Qualitätskriterien der Leistungsgruppen in § 135e SGB V insgesamt eine stärkere Verbindlichkeit zugemessen als den PpUG in ihrer heutigen Konzeption mit einem überwiegend monetären Sanktionssystem.

Die PpUG müssen als bundesweit einheitlich geltende, unveränderbare Basisstrukturmerkmale der Krankenhausplanung so lange bestehen bleiben, bis ein gleichwertiges, verpflichtendes, valides Instrument im Sinne einer bedarfsgerechten Personalbemessung in geeigneter Weise in die Leistungsgruppensystematik abgebildet ist. Die PPR 2.0, die Kinder-PPR 2.0 und die Kinderintensiv-PPR 2.0 bilden hierfür aus Sicht des DPR die zentrale fachliche Referenz. Dabei ist wesentlich, die erhobenen Daten zu nutzen. Das Bundesministerium für Gesundheit sollte von der Möglichkeit gemäß § 137k Absatz 1 Satz 4 SGB V, quartalsweise PPR-Daten beim InEK abzurufen, systematisch Gebrauch machen und die Auswertung für die systematische und evidenzbasierte Weiterentwicklung der Qualitätskriterien bereitstellen. In diesem Zusammenhang müssen frühzeitig geregelte Verfahren und Zuständigkeiten festgelegt werden, um pflegerische Strukturmerkmale schrittweise in den Qualitätskriterien der Leistungsgruppen zu verankern.

Vor diesem Hintergrund ist der nach § 135e SGB V vorgesehene Leistungsgruppen-Ausschuss aus Sicht des DPR der zentrale Ort, an dem auf Basis bedarfsgerechter Personalbemessungsinstrumente sowie weiterer pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse pflegerische Strukturmerkmale für die Leistungsgruppen schrittweise weiterentwickelt und in der Leistungsgruppensystematik verankert werden müssen.

Eng gefasst bleiben müssen auch in Zukunft die geltenden Ausnahmetatbestände zur Unterschreitung in besonderen Situationen, etwa bei außergewöhnlich starken Erhöhungen der Patient:innenzahlen wie beispielsweise bei Pandemien, Epidemien oder Großschadensereignissen.

Pflegerische Spezialisierungen und G-BA Richtlinien

Ergänzend zum Beibehalten der PpUG und der Einführung bedarfsgerechter Personalbemessungsinstrumente (PPR 2.0, Kinder-PPR 2.0, Kinderintensiv-PPR 2.0) müssen die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) weiterhin gelten. Zudem sind in allen relevanten Leistungsgruppen Pflegefachpersonen mit spezialisiertem Fachwissen als Strukturkriterium der Pflege zu verankern.

Seit Einführung des Pflegebudgets wird im gesundheitspolitischen Diskurs durch einige Akteure die Forderung zur Streichung von OPS-Strukturmerkmalen gestellt, die die pflegerische Qualifikation bzw. Personalausstattung betreffen. Dies wird damit begründet, dass mit Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System pflegerische Anforderungen in OPS-Strukturmerkmalen nicht weiter benötigt würden, da diese einem anderen Regelungsbereich unterlägen oder im DRG-System nicht mehr kalkulationsrelevant seien. Mit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten ist aufgrund des Qualitätsgebotes nach § 2 Absatz 1 Satz 3 SGB V kein Automatismus zur Streichung zusätzlicher, leistungsspezifischer pflegerischer Qualitätsanforderungen aus den OPS-Strukturmerkmalen verbunden.

Gemäß DKR P001f gehören spezielle Strukturen, Geräte oder Ausbildungen zu den signifikanten Prozeduren, welche grundsätzlich zu kodieren sind. Vor diesem Hintergrund müssen auch Leistungsunterschiede abbildbar sein, die sich größtenteils aus besonderen Vorhaltungen und Spezialisierungen ergeben. Anforderungen an das Pflegefachpersonal unterliegen häufig, neben den OPS-Strukturmerkmalen, keinem anderen Regelungsbereich. Vor diesem Hintergrund ist eine ersatzlose Streichung abzulehnen und eine Zusammenführung in den Leistungsgruppen im Sinne des § 275a SGB V anzustreben.

Ergänzend sollte in der Leistungsgruppensystematik der Hinweis aufgenommen werden, dass mit der Befugnisserweiterung akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen mit speziellen Kompetenzen den entsprechenden Leistungsgruppen zugeordnet werden.

Als Beispiele für speziellen Kompetenzen, die derzeit häufig über Weiterbildungen und Zusatzqualifikationen erworben werden, kommen darüber hinaus in Betracht:

1. Intensivpflege und Anästhesie: Pflege von schwerkranken/beatmeten Patient:innen- alle Intensivstationen
2. Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
3. Onkologische Pflege: alle Fachbereiche (Erwachsene, Kinder) in denen onkologische Patient:innen versorgt werden
4. Breast care Nurse: Gynäkologie /Brustzentren
5. Palliativpflege (Erwachsene, Kinder)
6. Aktivierend therapeutische Pflege in der Geriatrie (ATP-G)
7. Pflege in der Psychiatrie/Psychosomatik (Erwachsene, Kinder)
8. Kinder- und Jugendlichenpflege
9. Diabetesberatung (alle Altersgruppen)
10. Wundmanagement (Chirurgie/Dermatologie, Onkologie) (alle Altersgruppen)
11. Stomatherapie (alle Altersgruppen)
12. Nephrologie/Dialyse (alle Altersgruppen)
13. Fachpflege Emergency Nursing
14. Pflegeexperten Intermediate Care
15. Stroke Nurse
16. Heart Failure Nurse
17. Chest pain Nurse
18. Case- und Caremanagement (alle Altersgruppen)
19. Still- und Laktationsberaterinnen / Geburtshilfe und Pädiatrie
20. Asthma und Neurodermitis-Trainer:innen / Pädiatrie
21. Pain-Nurses und Pain Nurses Pädiatrie (Atmungstherapeut:innen)
22. Weitergebildete Pflegefachpersonen im Bereich Kinaesthetics und Kinaesthetics infant handling
23. Pflegefachpersonen mit Weiterqualifikation Basale Stimulation
24. Pflege in der Endoskopie
25. Pflege im Operationsdienst

Der nach § 135e SGB V vorgesehene Ausschuss muss aus Sicht des DPR beauftragt werden, sich systematisch einer Verankerung pflegerischer Strukturmerkmale, insbesondere

pflegerischer Spezialisierungen zu widmen und mit jeweiligen Qualitäts- und Auswahlkriterien zu hinterlegen.

Allgemeine und spezielle Leistungsgruppen

Schmerztherapie

Zudem muss aus Sicht des DPR eine eigenständige LG *Schmerztherapie* in die Leistungsgruppensystematik aufgenommen werden. Schmerztherapie ist ein hochspezialisiertes Versorgungsfeld, das in zahlreichen Fachgebieten eine zentrale Rolle spielt, bislang aber nur unsystematisch über einzelne OPS-Merkmale oder Zusatzweiterbildungen adressiert wird. Aus pflegerischer Sicht erfordert ein qualitativ hochwertiges Schmerzmanagement u. a. den Einsatz weitergebildeter Pflegeexpert:innen, wie beispielsweise Pain Nurses. Diese Qualifikationen sind als pflegerisches Strukturmerkmal in eine künftige LG *Schmerztherapie* und bis zu deren Einführung in Leistungsgruppen mit dem Erfordernis eines angemessenen Schmerzmanagements zu verankern.

Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie, Spezielle Kinder- und Jugendmedizin

Die im Gesetzesentwurf zum KHAG weiterhin vorgesehene Nicht-Belegung der LG 16 *Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie* und der LG 47 *Spezielle Kinder- und Jugendmedizin* ist aus Sicht des DPR nicht akzeptabel. Beide Leistungsgruppen müssen kurzfristig definiert und belegt werden, um das Leistungsspektrum der Kinder- und Jugendmedizin sowie der Kinder- und Jugendchirurgie sachgerecht abbilden zu können.

In den kideronkologischen LG 48/49 werden nach wie vor nicht alle kindlichen malignen Erkrankungen berücksichtigt; solide Tumoren sind ausdrücklich nicht benannt, obwohl sie in der Praxis in der Kinderonkologie versorgt werden.

Die Nicht-Berücksichtigung der LG 16 sowie LG 47 hat gravierende Folgen für die Krankenhausplanung der Kliniken/Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin und die medizinische und pflegerische Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Spezialgebiete wie u. a. die Kinderpneumologie, Kinderkardiologie oder Kinder-Rheumatologie oder auch die spezielle Neugeborenenchirurgie werden somit in der Landeskrankenhausplanung nicht abgebildet, weil die entsprechenden Leistungsgruppen nicht definiert und nicht belegbar sind. Aus Sicht des DPR ist es daher zwingend erforderlich, dass alle in Anlage 1 aufgeführten pädiatrischen und kinder-/jugendchirurgischen Leistungsgruppen vollständig definiert und im Rahmen der Krankenhausplanung belegt werden.

Geburtshilfe und Hebammenversorgung

Im Bereich der Geburtshilfe ist es aus Sicht des DPR unerlässlich, dass die Qualitätskriterien der entsprechenden Leistungsgruppen nicht nur auf ärztliche Strukturen, sondern ausdrücklich auch auf die Personalausstattung mit Hebammen Bezug nehmen. Hebammen sind die Expert:innen für den physiologischen Geburtsverlauf und tragen wesentlich zur Sicherheit von Mutter und Kind bei.

Geriatrische Komplexitätsmedizin

Abschließend besteht auch im Bereich der Geriatrie dringender Handlungsbedarf. Die aktuelle Ausgestaltung der Leistungsgruppensystematik führt dazu, dass ein erheblicher Teil der akutgeriatrischen Versorgung innerhalb der geriatrischen Leistungsgruppe nicht abgebildet wird. Aktuell umfasst die LG 56 *Geriatrie* im Kern die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung im Sinne des OPS 8-550. In den geriatrischen Fachbereichen erfolgt neben der Frührehabilitation bereits heute ein darüberhinausgehendes, breites Versorgungsspektrum im Sinne der geriatrischen Komplexbehandlung. Im Vergleich zu anderen akutmedizinischen Fachdisziplinen verfolgt die geriatrische Komplexitätsmedizin einen ressourcen- und bedarfsorientierten multidimensionalen und interprofessionellen Behandlungsansatz für die betroffenen Patient:innen sowie ihren An- und Zugehörigen. Neben der Behandlung des akuten Gesundheitsproblems liegt der Fokus bei den Betroffenen auf dem

Erhalt der Selbstversorgung, der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und der Verringerung der Mortalität sowie der Unterstützung und Befähigung ihrer An- und Zugehörigen.

Der DPR fordert daher, Anlage 1 zu § 135e SGB V um eine allgemeine geriatrische Leistungsgruppe „Geriatrische Komplexmedizin“ zu ergänzen. Sie soll analog zum NRW-Konzept, die akutgeriatrische Komplexversorgung abbilden. Sollte die Einführung einer solchen Leistungsgruppe im laufenden Verfahren nicht erfolgen, ist über eine Übergangsregelung (z. B. nach § 21 KHEntgG) sicherzustellen, dass die Versorgung akutgeriatrischer Patient:innen bundeseinheitlich als geriatrische Leistungen ausgewiesen werden.

Palliativmedizin

Aus Sicht des DPR muss die Leistungsgruppensystematik so weiterentwickelt werden, dass bestimmte Versorgungsschwerpunkte nicht strukturell benachteiligt werden. Derzeit werden am Beispiel der LG 57 Palliativmedizin viele Patient:innen auf Palliativstationen und alle durch Palliativdienste mitbehandelten Patient:innen den Leistungsgruppen der fallführenden Fachabteilungen zugeordnet und erscheinen damit nicht in der LG 57. Dies führt zu erheblichen Risiken für Vorhaltefinanzierung und Bedarfsplanung. Der DPR fordert daher zum einen eine eindeutige gesetzliche Klarstellung, dass palliativmedizinische Leistungen (insbesondere OPS 8-982, 8-98e, 8-98h) auch dann abrechenbar bleiben, wenn ein Krankenhaus keine LG 57 zugewiesen bekommen hat, sowie eine verlässliche Erfassung palliativ versorgter Patient:innen für die Bedarfsplanung. Zum anderen müssen in der LG 57 und in palliativrelevanten Leistungsgruppen spezialisierte Pflegefachpersonen als pflegerische Strukturmerkmale verankert werden, damit die multiprofessionelle palliative Versorgung in Planung und Finanzierung vollständig abgebildet wird. Darüber hinaus besteht aus Sicht des DPR Klarstellungsbedarf in Bezug auf die Auslegungen der Qualitätskriterien der LG 57 Palliativmedizin im Rahmen der beschriebenen Lage.

Artikel 2 – Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Zu Nr. 5 - § 12b Transformationsfonds, Verordnungsermächtigung

Die Umstellung der Finanzierung des Krankenhaustransformationsfonds aus Mitteln des Bundes aus dem Sondervermögen Infrastruktur wird befürwortet. Die bisher vorgesehene Finanzierung aus Mitteln des Gesundheitsfonds durch Krankenkassenbeiträge hätte für Versicherte und Arbeitgeber eine erhebliche zusätzliche finanzielle Belastung bedeutet.

Grundsätzlich ist aus Sicht des DPR von Bedeutung, dass bei Vorhaben zur Bündelung von Versorgungskapazitäten, zum Aufbau regionaler Krankenhausverbünde und zur Entwicklung integrierter Notfallstrukturen Krankenhäuser aller Versorgungsstufen einbezogen werden. Positiv ist, dass der aktuelle Gesetzentwurf die Beteiligungsmöglichkeiten von Hochschulkliniken erweitert und ihre Mitwirkung an entsprechenden Vorhaben ausdrücklich förderfähig stellt. Entscheidend wird sein, dass die Förderpraxis so ausgestaltet wird, dass neben Hochschulkliniken auch Kliniken anderer Versorgungsstufen sowie die pflegerischen Versorgungsstrukturen in den Regionen gleichermaßen berücksichtigt werden.

Zu Nr. 8 - § 37 Aufgaben des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Zusammenhang mit der Ermittlung der Vergütung eines Vorhaltebudgets

Aus Sicht des DPR ist sicherzustellen, dass bei der Ermittlung der Vorhaltevolumina nach § 37 KHG demografiebedingte Fallzahldynamiken angemessen berücksichtigt werden. Hierzu sind geeignete vorausschauende Instrumente (z. B. Planfallzahlen) zu nutzen, damit steigende Bedarfe in diesen Bereichen nicht durch rein retrospektive Verteilmechanismen unterfinanziert werden.

Dies gilt auch für die Geburtshilfe. Bei der Festlegung der Mindestvorhaltezahlen und der Berechnung der Vorhaltevolumina für geburtshilfliche Leistungen muss sich die Vorhaltevergütung konsequent an den realen Versorgungsbedarfen und den tatsächlichen Kosten orientieren und darf nicht primär über Fallzahlen der Vorjahre gesteuert werden.

Zu Nr. 9 - § 38 Aufgaben des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Zusammenhang mit Zuschlägen zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und zur Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken

Im Rahmen der Krankenhausreform sind Hochschulkliniken gefordert, zentrale Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben wahrzunehmen sowie spezielle Vorhaltungen bereitzuhalten. Durch die nun im Gesetzentwurf vorgesehene Verschiebung der Vorhaltevergütung werden die Zuschläge zur Förderung dieser Aufgaben sowie zur Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken jedoch um ein weiteres Jahr verzögert. Aus Sicht des DPR ist nicht nachvollziehbar, weshalb die Hochschulkliniken ihre Aufgaben bereits vollumfänglich erfüllen sollen, die dafür vorgesehenen finanziellen Mittel aber erst später zur Verfügung stehen.

Artikel 3 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Zu Nr. 13 e) - § 21 Übermittlung und Nutzung von Daten

Der DPR begrüßt die Streichung der einschränkenden Regelung des § 21 Absatz 5 Satz 6 KHEntgG.

Bisher sah die Regelung vor, dass das InEK die Anzahl der Pflegefachpersonen (Vollzeitäquivalente) oder Ärzt:innen (Vollzeitäquivalente) für die Ermittlung des Abschlags „auf der Grundlage von verfügbaren Leistungsdaten“ schätzen konnte, wenn ein Krankenhaus für einen Standort nicht die Gesamtanzahl der Pflegefachpersonen (Vollzeitäquivalente) oder der Ärzt:innen (Vollzeitäquivalente) übermittelt hat.

Die nach § 6a Absatz 3 Satz 4 KHEntgG zu übermittelnden Daten zum Pflegebudget enthalten von einem Jahresabschlussprüfer testierte Angaben zu den im Krankenhaus eingesetzten Pflegepersonen. Aus Sicht des DPR ist es sachgerecht, dass diese Daten miteinander abgeglichen und für die Klärung der tatsächlich vorliegenden Pflegepersonalausstattung eines Krankenhauses herangezogen werden und auf dieser Grundlage eine sachgerechtere Schätzung der Anzahl der Pflegefachpersonen (Vollzeitäquivalente) vorgenommen wird.

Aus Sicht des DPR braucht es neben dem InEK eine institutionelle Struktur, die im Kontext der Personalbemessung für eine konsistente Umsetzung der Systematik, eine verbindliche Auslegung der Kriterien und für fachliche Ansprechbarkeit sorgt. Ein unabhängiges Institut zur Personalbemessung der Pflege (InPeP) sollte diese Funktion übernehmen.

Stellungnahme des Bundesrates und Gegenäußerung der Bundesregierung – Drucksache 21/3056 vom 03.12.2025

Zu Nr. 38 - § 17b Absatz 4c Satz 6 – neu – KHG

Mit der Einführung des Pflegebudgets wurde ein historischer Systemfehler der Krankenhausfinanzierung teilweise korrigiert, indem notwendige Pflegepersonalkosten erstmals wieder nach dem Selbstkostendeckungsprinzip refinanziert und so vor dem unmittelbaren DRG-Kürzungsdruck geschützt werden. Die oft als „Kostenexplosion“ kritisierten Ausgabensteigerungen spiegeln zu großen Teilen Nachholeffekte aus Stellenabbau, Tarifentwicklungen und Qualifikationsaufwertung wider. Entscheidend ist daher nicht die Frage der Pflege als Kostenfaktor, sondern vielmehr, ob die Mittel sachgerecht und qualitätsorientiert eingesetzt werden.

Der Bundesrat hat in seinem jüngsten Beschlussvorstoß diese Problemlage aufgegriffen und auf Fehlanreize hingewiesen, die aus der unzureichenden Abgrenzung pflegebudgetrelevanter Tätigkeiten und Kosten entstehen. Hierzu zählen insbesondere die Gefahr der Umbuchungen pflegeferner Tätigkeiten in das Pflegebudget sowie Doppelfinanzierungen im Schnittpunkt von DRG und Pflegebudget. Die vorgeschlagene Klarstellung, wonach Mittel des Pflegebudgets auf Aufgaben und Tätigkeiten in der unmittelbaren Patient:innenversorgung zu begrenzen seien, zielte erkennbar darauf ab, die Zweckbindung zu präzisieren und Mitnahmeeffekte zu reduzieren.

Die Bundesregierung hat diesen Vorstoß unter anderem mit der Begründung zurückgewiesen, entsprechende Regelungen blieben deklaratorisch, seien normtechnisch unpräzise und erzeugten zusätzlichen bürokratischen Aufwand. Diese Einwände sind nur in Teilen nachvollziehbar. Unschärfen in der Formulierung und rein symbolische Normen würden weder Pflegepersonen entlasten noch Budgetkonflikte vermeiden.

Aus Sicht des DPR darf diese Kritik nicht dazu führen, das erkannte Problem struktureller Fehlanreize unbeantwortet zu lassen. Der Hinweis auf deklaratorische Wirkung ist kein Argument gegen eine inhaltliche Klärung, sondern im Gegenteil ein Auftrag, Rahmenbedingungen so weiterzuentwickeln, dass Zweckbindung, Abgrenzungsklarheit und Praktikabilität tatsächlich gewährleistet werden.

Der DPR bekräftigt im Zuge dessen seine Forderung, dass das Selbstkostendeckungsprinzip zwingend beibehalten werden muss, weil es den Pflegedienst ohne bestehende Qualitätsvorgaben zu Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien wirksam vor dem unmittelbaren Kürzungs- und Erlösoptimierungsdruck schützt. Zugleich schafft es die Voraussetzung, Personal bedarfsgerecht zu steuern, insbesondere durch einen angemessenen Skill- und Grademix sowie die Einbindung akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen (Bachelor und Master) in der direkten Patient:innenversorgung.

Berlin, 15.12.2025

Kontakt

Deutscher Pflegerat e.V. (DPR)

Tel.: + 49 30 / 398 77 303

Alt-Moabit 91

10559 Berlin

E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de

www.deutscher-pflegerat.de