DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT

Stellungnahme

zur Formulierungshilfe für einen Änderungsantrag der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege

(Drucksachen 21/1511, 21/1935)

FAIR

Diskutieren, entscheiden, handeln.

Vorbemerkung

Mit dem Ziel, die Qualität der Krankenhausversorgung zu erhöhen und abzusichern, hat der Gesetzgeber in den vergangenen Jahren zahlreiche neue Vorgaben für die Mindestvorhaltung von Personal und für die apparative Ausstattung der Krankenhäuser beschlossen. Jede dieser Maßnahmen hat die Kosten der Krankenhäuser erhöht. Unmittelbar, weil es die Krankenhäuser zwang, zusätzliches Personal einzustellen und die apparative und bauliche Infrastruktur auszubauen. Mittelbar, weil die Krankenhäuser die Erfüllung sämtlicher Vorgaben kleinteilig dokumentieren und aufwendige Kontrollen des Medizinischen Dienstes über sich ergehen lassen mussten und weiterhin müssen. Mit der Einführung des Selbstkostendeckungsprinzips zur Finanzierung der „Pflege am Bett“ hat der Gesetzgeber den Krankenhäusern darüber hinaus ganz bewusst den Anreiz gesetzt, möglichst viele Pflegekräfte zusätzlich einzustellen. Gleichzeitig weigert sich der Gesetzgeber, nicht mehr zeitgemäße Vorgaben zu streichen und die Krankenhäuser somit zumindest an anderer Stelle zu entlasten. Sämtliche von den Krankenhäusern vorgetragenen Kostenentlastungsvorschläge (Abschaffung der Pflegepersonaluntergrenzen, Einführung des Ganzhausansatzes für sämtliche Personalvorgaben in der Somatik und in der Psychiatrie, Ausweitung der gesetzlichen Standortdefinition u. v. m.) werden stets mit dem pauschalen Hinweis zurückgewiesen, „keine Abstriche bei der Qualität“ machen zu wollen. Stattdessen hat der Gesetzgeber bereits weitere Vorgaben beschlossen, die die Kosten der Krankenhäuser in den kommenden Jahren weiter erhöhen werden. Die Einführung zusätzlicher Strukturvorgaben im Leistungsgruppenkatalog und die Arbeitsaufträge zur Entwicklung von Personalbemessungsinstrumenten für Ärztinnen und Ärzte, für weitere Gesundheitsberufe und für die Pflege in Notaufnahmen sind lediglich die prominentesten Beispiele. Vor diesem Hintergrund bewerten die Krankenhäuser das geplante Sparpaket, das ihnen ab dem Jahr 2026 jährlich Finanzmittel in Höhe von 1,8 Mrd. Euro entziehen soll, als absolut unangebracht und inakzeptabel. Wer die Kosten der Krankenhäuser und damit die Ausgaben der Krankenkassen senken möchte, muss endlich beginnen, an den Ursachen der Fehlentwicklungen anzusetzen. Willkürliche Preismoratorien sind hingegen der falsche Weg.

Bewertung der geplanten Absenkung der Obergrenze für die Verhandlungen der Landesbasisfallwerte, der Budgets für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser sowie der Budgets Besonderer Einrichtungen für das Jahr 2026

Die Krankenhäuser lehnen die geplante Maßnahme strikt ab. Die Finanzierungslücke der Krankenkassen in Höhe von 2 Milliarden Euro würde bei einer Umsetzung fast vollständig durch Erlösverluste der Krankenhäuser in Höhe von jährlich 1,8 Milliarden Euro geschlossen werden. Die vorgesehene Kürzung steht zudem im Widerspruch zu den Vereinbarungen aus dem Koalitionsvertrag und vorherigen Ankündigungen zur finanziellen Unterstützung der Krankenhäuser. Der erst kürzliche Beschluss, die Sofort-Transformationskosten der Jahre 2022/2023 in Höhe von 4 Milliarden Euro zumindest einmalig zu schließen, würde durch die basiswirksame Ausgestaltung der avisierten Gesetzesänderung ad absurdum geführt. Dies stünde zudem auch im Widerspruch zum

verfassungsrechtlichen Gebot einer wirtschaftlich tragfähigen Betriebskostenfinanzierung der Krankenhäuser.

Strikt zurückzuweisen ist auch, dass die Krankenhäuser immer wieder aufgrund falscher oder unvollständiger Annahmen als Kostentreiber im Gesundheitswesen dargestellt werden. Bezüglich der vorgesehenen Regelung sind die folgenden Punkte für die Krankenhäuser wesentlich:

- Die Kostensteigerungen der Krankenhäuser im Jahr 2026 werden nicht vollständig refinanziert

  Der Orientierungswert von 2,98 % spiegelt nicht die Kostenentwicklung des Jahres 2026 wider. Dies liegt zum einen daran, dass er aus einer Datengrundlage von Kostenentwicklungen aus dem 1. Halbjahr 2025 und dem 2. Halbjahr 2024 im Vergleich zum jeweiligen Vorjahreszeitraum berechnet wurde und somit keinerlei Bezug zum Jahr 2026 hat. Liegen die berechneten Kostensteigerungen der Vergangenheit unter denen des künftigen Vereinbarungszeitraumes, bilden diese nun gemäß der vorgesehenen Änderung dennoch die Obergrenze im Jahr 2026. Die höheren Kostensteigerungen werden gedeckelt. Diese Lücke kann nie wieder aufgeholt werden.

  Zum anderen hat die Ermittlung des Orientierungswertes auch ganz grundsätzlich erhebliche Schwächen. Das Statistische Bundesamt hat schon vor Jahren den Auftrag bekommen, den Orientierungswert neu zu berechnen, da er die Sachkosten (z. B. für Medizinprodukte, Energie, Dienstleistungen) teilweise falsch oder gar nicht berücksichtigt. Der Warenkorb ist nicht hinreichend krankenhausspezifisch. Deshalb liegt der Orientierungswert häufig unter der realen Kostensteigerung der Krankenhäuser.

- Die „Meistbegünstigung" ist ein „Nachteilsausgleich" und nur zugunsten der Krankenkassen

  Wenn der Zeitverzug beim Orientierungswert zur Unterfinanzierung der Kostenentwicklung im Folgejahr führt, kann diese Lücke nur bis zur Veränderungsrate aufgefüllt werden, wenn diese über dem Orientierungswert liegt, aber auch nur bis zu diesem Wert. Darüberhinausgehende Kostensteigerungen verbleiben als Verluste bei den Krankenhäusern. Der Orientierungswert führt somit systematisch zur Unterfinanzierung, wenn er die einzige Bezugsgröße bleibt; der Spielraum in Richtung Veränderungsrate ist zwingend notwendig, um die Systemlücke bei den Kostensteigerungen schließen zu können.

  Die maximale Steigerung aller Vergütungen der Krankenhäuser sind immer die zwischen GKV und Krankenhäusern vereinbarten voraussichtlichen Kostensteigerungen für den Vereinbarungszeitraum. Sind diese niedriger als die im Gesetz vorgegebene Obergrenze (der sogenannte Veränderungswert), bleibt es bei den Kostensteigerungen. Liegen sie über dem Veränderungswert, werden sie gekappt. Dies ist das - unveränderte - Prinzip der Beitragssatzstabilität.

  Eine Meistbegünstigung geht somit immer nur in Richtung der Krankenkassen. Krankenkassen vergüten niemals mehr als die vereinbarte Kostenentwicklung. Krankenhäuser erhalten aber niemals automatisch die vollen Kosten erstattet.

- Nicht ausgeglichene Kosten fehlen dauerhaft und einmalige Zuschläge helfen nur kurzfristig

  Der derzeitige Rechnungszuschlag in Höhe von 3,25 % bzw. 4 Milliarden Euro (Sofort-Transformationskosten) deckt die Inflation nur vorübergehend ab, da er nicht basiswirksam ausgestaltet ist. Demgegenüber wirkt der abgesenkte Veränderungswert 2026 (1,8 Milliarden Euro) basiswirksam dauerhaft fort, so dass sich der Betrag jährlich aufsummiert. Mit dem Auslaufen des

Rechnungszuschlages aus dem Sofort-Transformationsfonds fehlen den Krankenhäusern auch ohne die zusätzlichen Sparmaßnahmen ab November 2026 4 Milliarden Euro in der Basis, um die seit 2022 gestiegenen Kosten tragen zu können. Dass diese Lücke (weiterhin) besteht, geht unbestrittenermaßen aus der Begründung zum Haushaltsbegleitgesetz hervor, mit dem der (einmalige) Zuschlag eingeführt wurde. Im Ergebnis vergrößert sich die Finanzierungslücke von 3,25 % immer weiter, wodurch die Lage im Jahr 2027 für die Krankenhäuser schlechter ist als zuvor.

Für die Krankenhäuser ist nicht nachvollziehbar, dass Hilfszahlungen für dauerhafte Kostensteigerungen, die im aktuellen Vergütungssystem nicht abgebildet werden können (z. B. Energiehilfen, Sofort-Transformationskosten) stets als Einmalhilfen ohne Basiswirkung ausgestaltet sind und Kürzungen (z. B. Aussetzen der Meistbegünstigung im Jahr 2026, Streichung im § 10 Abs. 4 KHEntgG - Refinanzierung steigender Fallkosten infolge von Leistungsrückgängen im Landesbasisfallwert) stets basiswirksam zu Lasten der Krankenhäuser wirken.

- Orientierungswert ohne „Pflege am Bett“ für die BPflV nicht sachgerecht

  Sofern daran festgehalten wird, den Orientierungswert für das Jahr 2026 als Veränderungswert festzulegen, ist zu beachten, dass für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen im Geltungsbereich der BPflV kein Pflegebudget wie für die Somatik im Geltungsbereich des KHEntgG existiert. Es ist daher nicht sachgerecht und auch vollkommen unverständlich, dass nach den derzeitigen gesetzlichen Regelungen der Orientierungswert ohne Veränderungen der Verdienste des Pflegepersonals der Krankenhäuser in Höhe von 2,98 % auch für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen maßgeblich ist. Für den Geltungsbereich der BPflV muss der vom Statistischen Bundesamt ebenfalls bekannt gegebene Orientierungswert einschließlich der Berücksichtigung von Veränderungen der Verdienste des Pflegepersonals in Krankenhäusern in Höhe von 3,26 % festgelegt werden, um eine systematische Schlechterstellung zu vermeiden.

Vor diesem Hintergrund fordern die Krankenhäuser:

1. eine Rücknahme der Budgetkürzungspläne der Bundesregierung und
2. eine Basisanhebung der Krankenhausvergütungen, jenseits der regelhaften Anpassungen, um einmalig 3,25 % ab dem 1. Januar 2027 um eine dauerhafte Unterfinanzierung der Krankenhäuser zumindest abzumildern.

<u>Die konkreten Änderungsvorschläge hierfür lauten wie folgt:</u>

KHEntgG

§ 10 Abs. 1 KHEntgG (Landesbasisfallwert) wird um folgenden Satz 8 ergänzt:

Als Ausgangsbasis für die Vereinbarung des Landesbasisfallwertes 2027 ist der zuletzt vereinbarte oder festgesetzte Landesbasisfallwert 2026 ohne Ausgleiche zunächst um 3,25 Prozent zu berichtigen.

§ 6 Abs. 3 KHEntgG (Besondere Einrichtungen):

1. In § 6 Abs. 3 wird nach Satz 5 folgender Satz eingefügt:

   „Für die Verhandlung der Erlössumme für das Jahr 2027 ist die vereinbarte oder festgesetzte Erlössumme für das Jahr 2026 um 3,25 Prozent erhöhend zu berichtigen; für diese Erhöhung der Erlössumme gilt keine Begrenzung durch den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1.“

2. Die bisherigen Sätze 6 bis 8 werden die neuen Sätze 7 bis 9.

BPflV

§ 3 Abs. 3 Satz 2 BPflV wird durch den nachfolgenden neuen Satz 2 ersetzt:

„Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung des Gesamtbetrages für das Jahr 2027 ist der vereinbarte Gesamtbetrag für das Jahr 2026, erhöht um 3,25 Prozent."

Sofern am Orientierungswert als Obergrenze für das Jahr 2026 festgehalten wird, ist die BPflV wie folgt anzupassen:

BPflV

§ 9 Abs. 1 Nummer 5 Satz 1 BPflV wird wie folgt ergänzt (Ergänzung unterstrichen):

„*5 bis zum 31. Oktober jeden Jahres den Veränderungswert nach Maßgabe des § 10 Absatz 6 Satz 2 oder Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes, wobei der vom Statistischen Bundesamt unter Berücksichtigung von Veränderungen der Verdienste des Pflegepersonals ermittelte Orientierungswert maßgeblich ist und bereits anderweitig finanzierte Kostensteigerungen zu berücksichtigen sind, soweit dadurch die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht unterschritten wird;"*

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Bundesverband der Krankenhausträger
in der Bundesrepublik Deutschland

Wegelystraße 3
10623 Berlin

Tel. (030) 3 98 01-0
Fax (030) 3 98 01-3000
E-Mail dkgmail@dkgev.de

FAIR

DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT DKG