

Fair reformieren

Damit aus Reformen keine Versorgungslücken werden: nicht bloß kürzen, sondern sparen und Effizienz steigern. Vorschläge der Deutschen Krankenhausgesellschaft

Die Krankenhäuser sind bereit, ihren Beitrag zur Stabilisierung der Beitragssätze in der GKV zu leisten. Sie wehren sich aber massiv gegen planlose Kürzungen, die lediglich Erlöse beschneiden, ohne eine nachhaltige Auswirkung mit dem Ziel einer Effizienzsteigerung zu erreichen. Für uns gilt ganz klar: Die Deckelung von Erlöszuwächsen unterhalb zu erwartender Kostensteigerungen muss gleichzeitig mit Maßnahmen zur Deregulierung und Entbürokratisierung verbunden werden, die den Kliniken Handlungs- und Gestaltungsspielraum für eigene effizienzsteigernde und kostensenkende Maßnahmen eröffnet.

Die Krankenhäuser stellen aber auch unmissverständlich klar, dass sie nicht der Kostentreiber im GKV-System sind und waren. Für überproportionale Einsparungen im Krankenhausbereich gibt es keine Rechtfertigung.

Unter diesen Voraussetzungen sind für uns Anpassungen beim Pflegebudget und bei der mittelfristigen Fortschreibung der Landesbasisfallwerte und Psychiatrieentgelte denkbar, die das von der Politik eingeforderte Prinzip der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik abbilden. Diese erste mittelfristige Phase muss gemeinsam genutzt werden, um dann für die Jahre ab 2029 Reformen zu beschließen, die die Kliniken in die Lage versetzen, noch weitergehende eigene Innovationen zu Kostensenkungen und damit zu mehr Effizienz in der Patientenversorgung umzusetzen. Nur so lässt sich das Ziel von mehr Effizienz und Ergebnisorientierung im Gesundheitswesen nachhaltig erreichen.

1. Einsparungen müssen zunächst da ansetzen, wo die größten Potentiale zu mehr Effizienz liegen. Pflegebudget schrittweise reformieren.

Krankenhäuser sind per se kein Kostentreiber. Außerordentliche Kostenentwicklungen gab es praktisch nur beim Pflegebudget. Das Ziel einer besseren Pflegepersonalausstattung wurde mit Personalzuwächsen von durchschnittlich 30% weitgehend erreicht.

Vorschlag:

Die aktuellen hausindividuellen Pflegebudgets werden auf der Basis 2026 für zwei Jahre (2027 und 2028) eingefroren. Steigerungen sind in dieser Phase nur im Umfang der Veränderungsrate möglich, aber keine Mengensteigerungen (zusätzliche Stellen).

Ausnahmen soll es nur dort geben, wo aufgrund krankenhauserplanerischer Entscheidungen zusätzliche Angebote oder Erweiterungen vorgesehen sind. Entscheidend dafür ist die neue Krankenhausplanung, die die Länder bis Ende 2026 vorlegen müssen.

Diese erste Phase muss genutzt werden, um die weiteren Schritte zur Wiedereingliederung des Pflegebudgets in die Fallpauschalen vorzubereiten. Wir präferieren die Wiedereingliederung vor dem Hintergrund des Zieles für einen möglichst effizienten Personaleinsatz durch die Kliniken. Hierbei ist zu entscheiden, welche Bedeutung die Pflegepersonaluntergrenzen bzw. die Pflegepersonalbemessung bei einer Wiedereingliederung haben sollen. Als Orientierungsgröße betrachten wir das für einen geeigneten Maßstab – allerdings nicht als kleinteilige Regulierung und Normierung des Personaleinsatzes.

Einsparpotenzial:

aufwachsend 1,8 Mrd. € in 2027, bis zu 5,98 Mrd. € in 2028, kumuliert 2027 bis 2030: 15,67 Mrd. €

Bei diesem Vorschlag ist Folgendes zwingend zu beachten:

- Die Basis für zeitweise „eingefrorene“ Budgets ist das hausindividuelle Pflegebudget nach den geltenden Rahmenbedingungen, wie sie zu Beginn des Jahres den Personal- und Wirtschaftsplanungen zugrunde lagen. Nachträgliche Korrekturen durch das KHAG lehnen wir strikt ab.
- Die Fortschreibung in den Jahren 2027 und 2028 erfolgt linear und ohne weitere Verhandlungen auf der Basis der relevanten Tarifräte.
- Ausnahmen bei der Mengenentwicklung sind (nur) möglich, wenn diesen krankenhauserplanerische Entscheidungen zugrunde liegen.
- Die bestehende Regelung zu den pflegeentlastenden Maßnahmen bleibt erhalten. Es erfolgt keine kurzfristige Kürzung in diesem Bereich.

2. Allgemeine Preisentwicklungen können begrenzt werden, wenn die Kliniken Gestaltungsspielräume für Kostensenkungen erhalten.

Langsamer steigende Erlöse sind für einen begrenzten Zeitraum vorstellbar, wenn dies mit Augenmaß stattfindet, die Zahlung von Tariflöhnen in jedem Fall gesichert bleibt und parallel dazu Kostensenkungspotentiale für die Kliniken eröffnet werden.

Vorschlag:

Aussetzung der sogenannten Meistbegünstigungsklausel zugunsten des Prinzips der einnahmeorientierten Erlösentwicklung (Veränderungsrate gleich Veränderungswert) für die Jahre 2027 bis 2030. Für die Jahre 2027 bis 2029 sind die Krankenhäuser unter den genannten Bedingungen einverstanden, zusätzlich einen Abzug von 1 % zu akzeptieren,

allerdings nur, wenn gleichzeitig Maßnahmen zur Effizienzsteigerung wirksam werden. Dies bedeutet, dass Landesbasisfallwerte sowie Budgets in der Psychiatrie und den besonderen Einrichtungen für vier Jahre (2027 bis 2030) nur im Rahmen der Einnahmenentwicklung der GKV (Veränderungsrate) steigen dürfen. Zu diesen Anpassungen wird es in diesen Jahren auch keine Verhandlungen (wie sonst üblich) geben.

Bei diesem Vorschlag ist zwingend zu beachten:

- Kostensenkende Deregulierung zur Effizienzsteigerung auf Basis der Vorschläge der DKG.
- Der Tariflohnausgleich (Tarifrate) bleibt voll erhalten.
- Die Veränderungsrate wird unmittelbar angewendet. Es finden keine weiteren Verhandlungen statt.
- Parallel dazu werden in dieser Zeit Sanktionen bei den Pflegepersonaluntergrenzen und der Psychiatriepersonalverordnung (PPP-RL) ausgesetzt.
- Der Orientierungswert wird nicht abgeschafft, sondern lediglich ausgesetzt.

Diese erste Phase 2027 und 2028 soll genutzt werden, um gemeinsam weitere Schritte mit dem Ziel der Kostensenkung in den Krankenhäusern vorzubereiten. Im Mittelpunkt stehen dabei umfassende Entbürokratisierungs- und Deregulierungsmaßnahmen. Wenn dies gelingt, kann die einnahmenorientierte Ausgabenpolitik ab dem Jahr 2029 (Zuwachs nur im Rahmen der Veränderungsrate) für eine gewisse Zeit fortgesetzt werden.

Einsparpotenzial:

aufwachsend 2027 beginnend mit 800 Mio. €, 2030 2,6 Mrd.€, kumuliert von 2027 bis 2030: 7,2 Mrd. €.

3. Einsparungen durch mehr ambulante Versorgung am Krankenhaus. Anreize zu Verweildauersenkung und mehr ambulanter Versorgung statt stationärer Aufenthalte „Kurzzeitfallpauschalen“

Die Kliniken sind bereit, sich aktiv an diesem Veränderungsprozess zu beteiligen. Das Jahr 2027 sollte genutzt werden, um konkrete neue Rahmenbedingungen zu definieren, die ambulante, teilstationäre, sektorenübergreifende und stationäre Kurzzeitbehandlungen anstelle bisher stationärer Behandlung zu fördern. Dazu sind die bisherigen teilweise streng reglemen-

Einsparpotenzial 2027–2030

Übersicht der Einsparmaßnahmen und kumuliertes Potenzial



Maßnahme	2027	2028	2029	2030	2027–2030 kumuliert
Pflegebudgetdeckung	1,8	3,21	4,68	5,98	15,67
Veränderungsrate (-1%)	0,8	1,60	2,40	2,40	7,20
Kurzliegerpauschalen	0	1,0	1,0	1,0	3,00
Zweitmeinungsverfahren	0,1	0,2	0,3	0,4	1,00
Summe in Mrd. €	2,50	6,01	8,38	9,78	26,87



Gesamt-Einsparpotenzial
2027–2030

26,87
Mrd. €



Durch konsequente Umsetzung aller Maßnahmen sind nachhaltige Einsparungen möglich.

tierten ambulanten Öffnungen kritisch zu durchforsten und gegebenenfalls durch umfassendere Möglichkeiten zu ersetzen. Ab dem Jahr 2028 sollten diese neuen Möglichkeiten wirksam werden. Die bisherigen Hybrid-DRG sollten nochmals kritisch geprüft und zumindest teilweise in die geplanten Kurzliegerpauschalen überführt werden.

Einsparpotenzial:

aufwachsend mindestens 1 Mrd. € ab 2028, mehr bei umfassender Öffnung, kumuliert von 2027 bis 2030 mindestens 3 Mrd. €.

4. Erweitertes Zweitmeinungsverfahren

Der Vorschlag der Kommission bzw. des Gesetzgebers kann akzeptiert werden. Wichtig ist allerdings eine konsequente Beobachtung der sich daraus möglicherweise ergebenden Wartezeiten für die Patienten.

Einsparpotenzial:

aufwachsend 100 Mio. € in 2027, bis 400 Mio. € in 2030, kumuliert von 2027 bis 2030: 1 Mrd. €.

Worauf verzichtet werden sollte

Auf willkürliche Ausweitung der MD-Prüfungen, die zu noch mehr Bürokratie und administrativem Aufwand auf allen Seiten führen, sollte aktuell verzichtet werden, bzw. die beauftragte Evaluierung Mitte 2026 abgewartet werden. Der Dokumentationsaufwand ist zu reduzieren.

Ebenso sollte auf die vollumfängliche Schlechterstellung bei der Preisentwicklung noch über das proklamierte Konzept der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik hinaus und auf willkürliche Eingriffe in das laufende Geschäftsjahr wie mit der Kürzung der Tarifrate und rückwirkenden Änderungen beim Pflegebudget 2026 verzichtet werden, desgleichen auf neue komplexe tätigkeitsbezogene Abgrenzungsvorgaben beim Pflegebudget nach KHAG. ■