



Deutscher
Caritasverband e.V



kkvd
Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V.

Stellungnahme

Entwurf eines Gesetzes zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz – GKV-FinStG)

Der Deutsche Caritasverband bedankt sich für die Möglichkeit, zum GKV-Finanzierungsstabilisierungsgesetz Stellung beziehen zu können. Aufgrund der kurzen Stellungnahmefrist behält sich die Caritas eine ausführlichere Kommentierung vor und nimmt mit dieser Stellungnahme nur eine Kurzbewertung vor.

Die GKV ist aufgrund der Pandemie in eine schwierige finanzielle Lage geraten. Während die Einnahmen zwischen 2011 und 2019 weitgehend proportional zu den Ausgaben wuchsen, lagen die Zuwächse der Beitrags-Einnahmen in den beiden Pandemiejahre 2020 und 2021 unter den Ausgaben, die gleichzeitig anstiegen. Ausweislich der Begründung des Referentenentwurfs würde in den folgenden Jahren zwischen Einnahmen und Ausgaben eine Lücke klaffen, die ohne Gegensteuerung zu einem Anstieg des Zusatzbeitrags von 0,2 bis 0,3 Prozentpunkten führen wird. Beitragssatzsteigerung und steigende Zusatzbeiträge stellen vor allem für Menschen mit geringem Einkommen eine erhebliche Belastung des ohnehin schmalen Budgets dar. Dies gilt es zu verhindern, zumal sowohl die Pandemiefolgen als auch der Inflationsanstieg im Kontext des Ukrainekriegs gerade die vulnerablen Personengruppen besonders hart trifft. Der Mix von Maßnahmen zur Deckung des Defizits in der GKV muss aus Sicht der Caritas daher so gestaltet sein, dass die Lasten gerecht verteilt werden, indem breitere Schultern größere Lasten tragen.

Es besteht kein Zweifel, dass das Gesundheitswesen in den nächsten Jahren vor großen finanziellen Herausforderungen stehen wird. Daher gilt es umso mehr, Effizienzen in der Versorgung zu heben und unser Gesundheitswesen entsprechend zukunftsfest umzubauen. Das für den Herbst geplante Versorgungsgesetz muss dieses Ziel verfolgen. Ansätze müssen sein: eine Stärkung der multiprofessionellen und teambasierten Versorgung aller Gesundheitsfachberufe mit Aufwertung der Rolle der Pflege, die Sicherstellung eines einfachen niedrighschwelligen wohnortnahen Zugangs zur Versorgung, Koordinierung durch gezielte Lotsenstrukturen und die Verknüpfung gesundheitlicher und sozialer Angebote - bei Erhalt einer





wettbewerbsfördernden Trägervielfalt und einer im Sinne der regionalen Daseinsvorsorge organisierten Strukturreform der Krankenhauslandschaft.

Zu den einzelnen Reformelementen nimmt der Deutsche Caritasverband wie folgt Stellung:

Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Abschmelzen der Finanzreserven und Absenkung der Obergrenze für die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds (§§ 242, 260, 271, 272)

Der Referentenentwurf sieht vor, dass vorhandene Finanzreserven der Krankenkassen im Jahr 2023, sofern diese abzüglich eines Freibetrags von 2 Mio. Euro 0,2 Monatsausgaben überschreiten, in zwei Stufen anteilig abgeschmolzen werden und den Einnahmen des Gesundheitsfonds zugeführt (§ 272b SGB V) werden. Nach § 242 Absatz 1 SGB V wird die Absenkung der gesetzlichen Obergrenze für die Finanzreserven korrespondierend auf das Zusatzbeitragsanhebungsverbot übertragen, indem die Krankenkassen ihren Zusatzbeitrag nicht anheben dürfen, solange sie über Finanzreserven verfügen, die das 0,5fache einer durchschnittlichen Monatsausgabe übersteigen. Insgesamt sollen die Reserven der gesetzlichen Krankenkassen um 4 Mrd. Euro abgeschmolzen werden. Die Mindestreserve in der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds wird um 2,4 Mrd. Euro abgesenkt und erstmals wird in die GKV ein zinsloses Darlehen von 1 Mrd. Euro eingeführt.

Die Intention des Gesetzgebers, den Zusatzbeitrag auf das Mindestmaß des Notwendigen zu begrenzen und gleichzeitig das Anheben des Zusatzbeitrags zu begrenzen, ist dem Grundsatz nach durchaus positiv zu bewerten. Gleichzeitig ist davon auszugehen, dass die Krankenkassen ihren Zusatzbeitrag auch in den vergangenen Jahren im Rahmen der gesetzlichen Obergrenze des gegenwärtig 0,8-fachen der durchschnittlichen Monatsausgabe so festgelegt haben, dass sie im Wettbewerb der Krankenkassen bestehen können und für ihre Mitglieder in Bezug auf das Preis-Leistungs-Verhältnis attraktiv sind. In der vergangenen Legislaturperiode hat der Gesetzgeber viele Leistungsverbesserungen für die Versicherten statuiert, die der Deutsche Caritasverband begrüßt hat. Auch bei einer Absenkung der Obergrenze für die Finanzreserven der Krankenkassen muss gewährleistet sein, dass es weder zu Leistungskürzungen noch zu einer Leistungsgewährung „nach Kassenlage“





kommt, denn viele Leistungen in der GKV, wie z.B. die häusliche Krankenpflege, Hilfsmittel oder auch Rehabilitation und Vorsorge einschließlich Mutter-Vater-Kind-Maßnahmen unterliegen dem Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen. Ebenso muss es den Krankenkassen möglich sein, in Zeiten noch nicht überwundener Pandemien beispielsweise pandemiebedingte Hygienezuschläge zu finanzieren. In diesem Zusammenhang weisen der Deutsche Caritasverband und seine Katholische Arbeitsgemeinschaft für Müttergenesung, der Caritas Bundesverband Kinder- und Jugendreha (CKR), die Caritas Suchthilfe (CaSu) und der Katholische Krankenhausverband (kkvd) darauf hin, dass die mit dem Kabinettsentwurf zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes vom 1. Juli vorgesehene Streichung der Möglichkeit zur Vereinbarung von pandemiebedingte Hygienezuschlägen in Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen, die in §§ 111 und 111c SGB V verankert war, nicht nachvollziehbar ist und aufs Schärfste kritisiert wird.

Von den negativen Folgen einer schlechteren Versorgung in Folge der Schaffung einer Obergrenze für die Finanzreserven wären vor allem sozial benachteiligte Menschen und vulnerable Patientengruppen wie chronisch kranke Menschen oder Menschen mit Behinderung, die viele Leistungen aus dem Gesundheitssystem benötigen, besonders betroffen.

Es ist insgesamt sicherzustellen, dass der Gesundheitsfonds seine zentrale Funktion, Schwankungen in den Ausgaben ausgleichen zu können, auch weiterhin wahren kann. Des Weiteren muss gewährleistet sein, dass auch kleine, aber attraktive Kassen, wie Betriebs- oder Innungskrankenkassen in ihrem Bestand nicht gefährdet werden, wenn vorgesehen ist, dass die Kassen nur noch einen Freibetrag von 2 Mio. Euro statt bisher 4 Mio. Euro haben dürfen.

Bundeszuschuss (§ 221 Absatz 1 SGB V)

Nach der aktuellen Gesetzeslage entfällt der zur Stabilisierung der Finanzsituation der GKV in der Pandemie beschlossene ergänzende Bundeszuschuss für 2022 in Höhe von 14. Mrd. Euro im Jahr 2023, obwohl die Pandemie noch nicht vorüber ist. Nach § 221 Absatz 1 SGB V dieses Referentenentwurfs werden für 2023 nur noch 2 Milliarden Euro an den Gesundheitsfonds überwiesen. Es kann daher nicht davon die Rede sein, dass dieser Entwurf die Lasten gerecht auf verschiedene Schultern verteilt. Denn die größten Lasten des zu deckenden Defizits von 17 Mrd. Euro tragen





die Beitragszahlenden mit insgesamt 12,5 Mrd. Euro, kalkuliert man auch die vorgesehene Anhebung der Zusatzbeitrags von 0,3 Prozentpunkten, die 5 Mrd. Euro entsprechen, ein. Somit trägt die Solidargemeinschaft der Beitragszahlenden mehr als zwei Drittel der Lasten.

Auch die Steuerzahlenden – darunter viele Gutverdienende, die in der PKV versichert sind – müssen stärker herangezogen werden. Der Koalitionsvertrag der laufenden Legislaturperiode nennt eine konkrete Maßnahme: Die Erhöhung des Bundeszuschusses zur Finanzierung der Beiträge für ALG-II-Empfänger_innen. Für das Jahr 2022 beträgt die Pauschale, die auf der Grundlage des § 232a SGB V berechnet wird, nur 106,34 Euro. Die Krankenkassen beklagen seit Jahren, dass die Kostenpauschale auf der Berechnungsgrundlage des § 232a SGB V zu niedrig angesetzt ist und fordern eine Erhöhung des Bundeszuschusses um ca. 8 bis 10 Mrd. Euro. Das GKV-Stabilisierungsgesetz sollte daher diesen im Koalitionsvertrag vorgesehenen Schritt jetzt umsetzen.

Stabilisierung der Arzneimittelausgaben der GKV

Der Deutsche Caritasverband begrüßt die im Gesetzentwurf vorgeschlagenen Leitplanken für die Begrenzung der Ausgaben für Arzneimittel. Die Ausgaben für Arzneimittel sind 2021 erneut überdurchschnittlich um 7,8 Prozent gestiegen. Hier haben sich die unterjährig festgestellten Ausgabenzuwächse im Jahresverlauf stetig erhöht. Der Ausgabenanstieg ist dabei nur zu einem geringeren Anteil auf die Rücknahme der Mehrwertsteuerabsenkung zu Beginn des Jahres zurückzuführen. Die Einsparungen durch Rabattverträge sind, wie auch im Vorjahr, nur sehr moderat um rund 2,2 Prozent gewachsen. Daher werden Maßnahmen zur Bremsung der Ausgabendynamik wie die Verlängerung des Preismoratoriums um weitere 4 Jahre oder niedrigere Erstattungsbeträge für neue Arzneimittel, die gegenüber patentgeschützten Vergleichstherapien keinen Zusatznutzen haben, als Schritte in die richtige Richtung bewertet.





§ 120 Absatz 2 Satz 7: Anbindung der Vergütung der Psychiatrischen Institutsambulanzen an den EBM

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf wird die bereits im GVWG vorgesehene Anbindung der Vergütungen für Psychiatrische Institutsambulanzen (PIAs) an die Vergütung der vertragsärztlichen Versorgung im EBM von einer „Soll“-Regelung in eine „Muss“-Regelung überführt. Dies lehnen der Deutsche Caritasverband und sein Krankenhausverband kkvd auf das Schärfste ab.

Die PIAs stellen ein wichtiges Versorgungselement zwischen der ambulanten, teilstationären, stationsäquivalenten und stationären Versorgung psychisch schwer kranker Menschen mit besonderem Hilfebedarf dar. Grundsätzlich ist hier anzumerken, dass es inhaltlich falsch ist, die neuen Koordinationsleistungen nach § 92 Abs. 6b SGB V, die Vertragsärzte und Psychotherapeuten künftig erbringen dürfen und im vertragsärztlichen Bereich künftig besser vergütet werden sollen, mit dem Auftrag und der Arbeitsweise der psychiatrischen Institutsambulanzen analog zu setzen.

Die psychiatrischen Krankenhäuser haben mehrfach auf die Probleme, die sich aus dieser Vergütungsnorm ergeben, hingewiesen. Zum einen stehen die Vergütungsregelungen nach dem EBM im Widerspruch zu den Vergütungen nach § 120 SGB V, die auf Landesebene zu verhandeln sind, zum anderen unterscheiden sich die Funktionen der PIA und PsIA, die als Bestandteil der Krankenhausorganisation zur ambulanten Versorgung ermächtigt sind, von den Aufgaben des vertragsärztlichen Bereichs. Im Ergebnis ist die hier vorgesehene verschärfende Regelung des § 120 Absatz 2 Satz 7 abzulehnen.

Änderungsbedarf:

Streichung des § 120 Absatz 2 Satz 7

§ 219a Absatz 6: Behandlung schwer an Covid-19 erkrankter Patient_innen aus EU-Staaten in deutschen Krankenhäusern

Der Deutsche Caritasverband begrüßt die Verlängerung der Regelung, dass schwer an Covid-19 erkrankte Patient_innen aus europäischen Staaten, deren Gesundheitssystem pandemiebedingt überlastet ist, weiterhin in deutschen Krankenhäusern behandelt werden können, nachdrücklich als Akt europäischer Solidarität und Zeichen, dass die europäischen Staaten die aus der Pandemie





entstandenen Herausforderungen des Gesundheitssystems gemeinsam überwinden wollen.

Artikel 2: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Beabsichtigte Regelung

In § 17b soll ein neuer Absatz 4a eingefügt werden. Dort werden die im Rahmen des Pflegebudgets zu berücksichtigenden Berufsgruppen abschließend aufgezählt.

Die Aufzählung entspricht der Definition von Pflegekräften und Pflegehilfskräften in § 2 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV).

Die Aufzählung geht hinter die Definition zurück, die durch die Selbstverwaltungspartner in der nach § 17b Absatz 4 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) vereinbarten Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung 2022 gefunden wurde und schränkt den Kreis der im Rahmen des Pflegebudgets abrechenbaren Personalkosten erheblich ein.

Ausweislich der Gesetzesbegründung geschieht dies, um Unstimmigkeiten auf der Ortsebene hinsichtlich der Anerkennung und Zuordnung der Berufsgruppen ohne pflegerische Qualifikation zu vermeiden und die Verhandlung des Pflegebudgets zu vereinfachen.

Außerdem soll die Konkretisierung dazu dienen, die Versorgungsqualität in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen durch qualitative Mindestanforderungen abzusichern.

Der Katholische Krankenhausverband Deutschlands e.V. (kkvd) lehnt die vorgeschlagene Regelung ab. Die laut der Gesetzesbegründung verfolgten Ziele - Verbesserung der Versorgungsqualität und Vereinfachung der Verhandlung der Pflegebudgets - sind mit den vorgeschlagenen Regelungen nicht zu erreichen. Zudem wird der Regelungsweg – Bundesgesetz statt Vereinbarung der Selbstverwaltung - abgelehnt. Das deutsche Gesundheitswesen ist geprägt vom Charakter der Selbstverwaltung. Mit Vereinbarungen auf Selbstverwaltungsebene wird sichergestellt, dass komplexe Sachverhalte realitätsnah und sachgerecht geregelt werden





können. Eine solche Regelung findet sich in der noch geltenden Pflegepersonal-kostenabgrenzungsvereinbarung. Die nun als Gesetzentwurf vorliegende Einschränkung ist dagegen nicht sachgerecht.

Gute Pflege braucht Grade- und Skillmix

Wir sehen nicht, wie die Versorgungsqualität mit der vorgesehenen Regelung gesichert werden kann. Zentrales Anliegen der Konzentrierten Aktion Pflege (KAP) war es, die Attraktivität des Pflegeberufs zu erhöhen. Dies sollte unter anderem durch die Entlastung der beruflich Pflegenden erfolgen. Auch mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz, das das Pflegebudget eingeführt hat, sollten „spürbare Entlastungen im Alltag der Pflegekräfte durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Krankenpflege“ erreicht werden. Notwendig dafür ist die Umsetzung guter und moderner Pflegeprozesse mit einem ausgewogenen Grade- und Skillmix. Die im vorliegenden Entwurf vorgenommene Aufzählung der Berufsgruppen spiegelt ein Verständnis der „Krankenhauspflege“ wider, das dem Verständnis moderner Pflegeprozesse in keinsten Weise entspricht.

Bemühungen zur Entlastung der Pflege würden mit den vorgesehenen Einschränkungen ad absurdum geführt. Auch eine „bettenführende Abteilung“ kann nicht monoprofessionell betrieben werden, moderne Pflege ist multiprofessionell und erfordert einen guten Grade- und Skillmix. Dieser kann mit einer starken Einschränkung berücksichtigungsfähiger Berufe nicht erreicht werden. Der Ansatz, in einer gesetzlich festgelegten Aufzählung berücksichtigungsfähige Qualifikationen zu regeln, verhindert generell eine kreative Weiterentwicklung von Prozessen und Personalstrukturen.

Auflistung greift zu kurz

Besonders bedauerlich ist, dass die Liste noch nicht einmal den aktuellen Stand der Praxis umsetzt. Die vorgenommene Definition von Pflegefach- und Pflegehilfskräften greift zu kurz und ist nicht ausreichend, um das Spektrum von Krankenhauspflege sachgerecht zu beschreiben. Insbesondere fehlen in der Auflistung:

- Hebamme/n





In der Auflistung fehlen Hebammen als auch professionell Pflegende. Hebammen übernehmen auf den Wöchnerinnenstationen pflegerische Aufgaben. Sie werden eingesetzt, um eine hochwertige Versorgung der Schwangeren und Entbundenen, aber auch des Neugeborenen zu gewährleisten. Wochenbettpflege ist eine originäre Aufgabe von Hebammen (§ 9 Abs. 4 Nr. 1o Hebammengesetz). Durch die Akademisierung des Hebammenberufs ist die Praxisanleitung durch examinierte Hebammen auf den Wöchnerinnenstationen zudem gesetzlich vorgeschrieben. Die Nichtberücksichtigung dieser Tätigkeit würde zudem den durch die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung beschriebenen Zielen der nachhaltigen Stärkung der fachspezifischen Pflege und des Hebammenberufs sowie der ausreichenden Finanzierung der Geburtshilfe zuwiderlaufen.

- Ergotherapeuten

Ergotherapeuten übernehmen im Rahmen der aktivierenden Pflege – etwa in der Geriatrie - originäre Pflegetätigkeiten.

- OTA

Unverständlich ist, warum ATA als Pflegehilfskräfte gelistet werden, OTA aber nicht. Hier ist ebenfalls eine Anpassung notwendig und sachgerecht.

- Sonstige Berufe/ Personen ohne Berufsabschluss

Ein erheblicher Mangel des Gesetzentwurfs ist darüber hinaus die viel zu kurz greifende Liste der Pflegehilfskräfte. Pflegefachkräfte benötigen Pflegehilfskräfte, um eine qualitative hochwertige Versorgung zu gewährleisten. In vielen Häusern werden pflegefremde Personen in die Stationsabläufe eingebunden, damit sich die Pflegefachkräfte auf spezifische Pflegeaufgaben konzentrieren können und im Sinne einer arbeitsteiligen Organisation von allgemeineren Pflege-Aufgaben (z.B. nachts bei Transportprozessen, Unterstützung der examinierten Personen in ihren Durchgängen, Materialbestellungen, Versorgung der Patient_innen mit Getränken, Verteilung von Essen bei der Essensausgabe, Bettenaufbereitung,





Reinigungsdienste, Stationssekretariat) entlastet werden. Die Erfüllung dieser Aufgaben ausschließlich durch Pflegefach- und -hilfskräfte halten wir für einen erheblichen qualitativen Rückschritt.

Es ist daher notwendig, als Pflegehilfskräfte auch „sonstige Berufe“ sowie Personen „ohne Berufsabschluss“ anzuerkennen, wobei hierbei auch FSJ und BFD sowie die Auszubildenden im Rahmen der einjährigen Ausbildung zu berücksichtigen sind. Auch mit Blick auf die anstehende Einführung der PPR 2.0 sollte eine zeitgemäße, breite Definition der (Pflege)Assistenzberufe gewählt werden.

Bestandsschutz

Sollte die einschränkende Formulierung beibehalten werden, ist zumindest dringend der Bestandsschutz für die o.g. Personengruppen, die bereits in die etablierten Prozesse eingebunden sind und im Rahmen bereits verhandelter, abgeschlossener Budgetvereinbarungen anerkannt sind, zu regeln.

Vereinfachung der Verhandlungen zum Pflegebudget

Das Gesetz würde die Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern nicht vereinfachen. In aktuellen Verhandlungen beobachten unsere Mitglieder, dass die grundlegende Abgrenzung der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen auch im Bereich des qualifizierten Personals durchaus strittig und kontrovers diskutabel bleibt. Hindernis bei der Verhandlung der Pflegebudgets sind aus unserer Sicht weniger die Umsetzbarkeit der bestehenden Vereinbarung als ein auf Seiten der Krankenkassen zu beobachtender Unwille, Vereinbarungen tatsächlich abzuschließen. Wir schlagen daher als Lösung in § 15 Abs. 2a KHEntgG eine Erhöhung des Pflege-Entgeltwerts auf 250 € vor. Auch sind zusätzliche Anreize zum Abschluss der Pflegebudgetvereinbarungen notwendig. Diese können zum Beispiel gesetzt werden, indem Steigerungsraten festgelegt werden, die abhängig davon sind, für welchen Zeitraum die letzte Vereinbarung des Pflegebudgets abgeschlossen wurde. Sofern der aktuelle Abschluss länger zurückläge, würde eine höhere Steigerungsrate gelten.

Der Umstand, dass die vorgeblichen Ziele des Gesetzentwurfs - Behandlungsqualität und Vereinfachung der Verhandlungsprozesse - nicht erreicht werden können, lässt befürchten, dass ein nicht genanntes Ziel der Regelungen darin liegt,





Deutscher
Caritasverband e.V.

Seite 10 von 10



kkvd

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V.

Einsparungen zu Lasten der Pflegenden und des weiteren Krankenhauspersonals umzusetzen. Dem entspricht auch die Tatsache, dass keine Anpassung von Absatz 4 Satz 4 vorgesehen ist, der regelt, dass die Bewertungsrelationen des DRG-Vergütungssystems um die ausgegliederten Kosten zu mindern sind. Bei der nun beabsichtigten Wiedereingliederung relevanten Personals wäre eine Regelung zur entsprechenden Anpassung notwendig.

Freiburg/Berlin, 12. Juli 2022

Eva M. Welskop-Deffaa

Präsidentin

Deutscher Caritasverband e.V.

Bernadette Rümmelin

Geschäftsführerin

Katholischer Krankenhausverband
Deutschlands e.V.

Kontakte

Dr. Elisabeth Fix, Referentin für Gesundheitspolitik, Pflege und Behindertenpolitik,
Deutscher Caritasverband/ Berliner Büro, Tel. 030 284447 46 oder 0151 16759875,
Elisabeth.Fix@caritas.de

Bernadette Rümmelin, Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V.
(kkvd), Große Hamburger Straße 5, 10115 Berlin, Tel. 030 240 83 68 -10 [berna-
dette.ruemmelin@caritas.de](mailto:bernadette.ruemmelin@caritas.de)

