

Entschließungsantrag

der Abgeordneten Ates Gürpınar, Susanne Ferschl, Gökay Akbulut, Matthias W. Birkwald, Pascal Meiser, Sören Pellmann, Heidi Reichinnek, Jessica Tatti, Kathrin Vogler und der Fraktion DIE LINKE.

**zu der dritten Beratung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung
– Drucksachen 20/3448, 20/3713, 20/4001 Nr. 1.4, 20/4086 –**

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

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Die Preissteigerungen insbesondere bei Strom und Gas stellen die Gesundheitsversorgung in Deutschland vor enorme Probleme. Nach zweieinhalb Jahren Stresstest durch die SARS-CoV-2-Pandemie droht die Inflation von Energie-, Lebensmittel- und Materialpreisen nun, Krankenhäuser, Reha-Kliniken, Pflegeeinrichtungen und andere Leistungserbringer unseres Gesundheitswesens sowie pflegende Angehörige endgültig in den finanziellen Ruin zu treiben. Die Folge wäre eine Welle von Schließungen oder Privatisierungen, die die gesundheitliche Infrastruktur in Deutschland nachhaltig schwächen würde.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

einen Gesetzentwurf vorzulegen, der die folgenden Maßnahmen beinhaltet:

1. Alle Krankenhäuser, die nachzuweisende Defizite aufweisen, die durch im Jahr 2022 gegenüber dem Jahr 2021 entstandene und nachzuweisende Sachkostensteigerungen ebenso begründet sind, erhalten einen Ausgleich aus dem Gesundheitsfonds maximal bis zur Höhe dieser Steigerungen und nur in der Höhe, bis das Defizit ausgeglichen ist. Falls ein Krankenhaus akute Zahlungsschwierigkeiten hat, wird ihm die Möglichkeit gegeben, einen Vorschuss auf diesen Ausgleich bis maximal 5 Prozent des Erlösbudgets zu beantragen. Hier ist auf ein schnelles Verfahren zu achten, der Vorschuss wird in der Folge mit dem Anspruch auf Defizitausgleich verrechnet. Sofern den Krankenhäusern andere staatliche Hilfen zur Vermeidung von Defiziten gezahlt werden, werden diese berücksichtigt.

2. Es wird ein Energieeffizienzprogramm für Krankenhäuser aufgelegt. Das Gesamtvolumen, das sich Bund, Länder und Krankenhausträger teilen, beträgt in einem ersten Schritt 5 Mrd. Euro. Hierbei wird ein ähnlicher Mechanismus wie beim Krankenhauszukunftsfonds verwendet. Krankenhäuser beantragen bis zu einem Stichtag konkrete energetische Verbesserungsmaßnahmen bei der zuständigen Landesbehörde. Diese erhält bis zu einer nach dem Königsteiner Schlüssel zu ermittelnden Maximalsumme eine zweckgebundene Beteiligung des Bundes unter der Voraussetzung, dass sie selbst 40 Prozent der jeweiligen Maßnahmenkosten übernimmt. Der Förderanteil aus Bundesmitteln beträgt 50 Prozent, so dass 10 Prozent der Kosten vom Krankenhausträger zu übernehmen sind. Bei Krankenhäusern, die Anspruch auf Defizitausgleich nach Nummer 1 haben, beträgt der Bundesanteil 60 Prozent der Gesamtkosten, so dass der Eigenanteil entfällt. Die Landesbehörde trifft die Investitionsentscheidungen streng nach den zu erwartenden Energieeinsparungen im Verhältnis zu den Gesamtkosten.
3. Für Rehabilitationskliniken wird ein Defizitausgleich analog zur Forderung in Nummer 1 (Akutkrankenhäuser) eingerichtet. Auch dieser kann über den Gesundheitsfonds abgerechnet werden.
4. Um die drastisch steigenden Belastungen für die Betroffenen zu stoppen, sind die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile (EEE) für Menschen mit Pflegebedarf in Pflegeheimen sowie Zuzahlungen bei ambulanter Pflege, Kurzzeitpflege etc. sofort zu begrenzen. Die Eigenanteile werden auf den Wert vom 01.01.2022 gedeckelt und festgeschrieben. Zu viel gezahlte Eigenanteile werden schnellstmöglich rückerstattet. Alle Leistungserbringer, die durch nachzuweisende Sachkostensteigerungen gegenüber dem Vorjahr nachzuweisende Defizite aufweisen, erhalten einen Ausgleich aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung maximal bis zur Höhe dieser Steigerungen und nur in der Höhe, bis das Defizit ausgeglichen ist.
5. Um die stark gestiegenen Kosten in der häuslichen Pflege aufzufangen, wird das häusliche Pflegegeld in allen Pflegegraden gemäß der Entwicklung der Inflation im Zeitraum vom 01.01.2017 bis zum 30.09.2022 rückwirkend zum 01.01.2022 angehoben. Darüber hinaus wird das häusliche Pflegegeld in allen Pflegegraden erneut zum 01.01.2023 an die Entwicklung der Inflation angepasst und ab dann automatisch im halbjährlichen Turnus.
6. Der Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI wird auf 150 Euro angehoben und die Bindung an zugelassene Leistungserbringer wird aufgehoben, um nachbarschaftliche Unterstützung zu erleichtern.
7. Alle diese Regelungen gelten mindestens bis zum 31.12.2023. Die Ausgleichszahlungen des Gesundheitsfonds und des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung sowie die weiteren anfallenden Kosten werden aus Bundesmitteln refinanziert.

Berlin, den 18. Oktober 2022

Amira Mohamed Ali, Dr. Dietmar Bartsch und Fraktion

Begründung

Die Finanzierungssystematiken gesundheitlicher Einrichtungen von Krankenhäusern bieten keine Möglichkeiten, die steigenden Energie- und Materialkosten kurzfristig abzufedern. Die Steigerungsrate der Landesbasisfallwerte, also die Steigerung der Preise, die die Krankenhäuser für ihre Leistungen erhalten für das Jahr 2022 sind bereits 2021 verhandelt worden. Da sie die aktuellen Preissteigerungen nicht beinhalten kann, ist sie auf 2,32 Prozent gedeckelt, und auch die Landesbasisfallwerte 2023 werden die Inflation realen Kostensteigerungen nur teilweise widerspiegeln. Erfolgte kein Ausgleich der sich aufbauenden Defizite, dann besteht die Gefahr von Insolvenzen. Krankenhäuser werden dann geschlossen, weil ihnen die Liquidität ausgeht. Sie können die Zeit, bis die Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups – DRGs) auf dem normalen Verhandlungsweg die Preissteigerungen abbilden, nicht überbrücken. Dies gilt insbesondere für kommunale Krankenhäuser, die kaum in der Lage sind, Überbrückungskredite auf dem Kapitalmarkt aufzunehmen. Hier drohen neben der Schließung weitere Übernahmen durch kapitalkräftige private Krankenhauskonzerne zu sehr geringen Kaufpreisen. Die privaten Träger haben sich auch nach vergangenen Übernahmen bereits vielfach dadurch ausgezeichnet, sich dann auf lukrative, aber nicht auf versorgungsnotwendige Abteilungen zu konzentrieren. Eine Verschlechterung der Versorgung wäre die Folge. Hilfen für Krankenhäuser müssen dort eingesetzt werden, wo der Bestand durch die aktuelle Krise gefährdet ist. Ziel von Hilfen darf es hingegen nicht sein, die Gewinnerwartungen privater Krankenhäuser zu befriedigen; hierfür dürfen keine Beitrags- oder Steuermittel aufgewendet werden. Deshalb darf es keine Verteilung nach dem „Gießkannenprinzip“ geben.

Gleichzeitig stehen wir vor der Herausforderung, dass die Krankenhäuser mit Blick auf ihre Energieeffizienz besser aufgestellt werden müssen, was sie auch bezüglich weiterer Energiekrisen resilienter werden lässt. Die für Investitionen zuständigen Bundesländer kommen seit vielen Jahren ihrer Pflicht bei Weitem nicht ausreichend nach. Darunter leidet nicht nur die medizinische Ausstattung, sondern auch der Gebäudebestand. Notwendige energetische Sanierungen und Verbesserungen fanden und finden nicht in notwendigem Umfang statt. Dieser Investitionsstau muss abgebaut werden.

Angesichts der mangelnden Krisenresistenz der Finanzierungssystematiken muss der Bund einschreiten, um den „flächendeckenden Versorgungskollaps“ zu verhindern, vor dem Klinikverbände bereits warnen. Es war ein Fehler, Hilfsmaßnahmen wie den Corona-Rettungsschirm für Krankenhäuser auslaufen zu lassen, obwohl die Kliniken noch immer mit niedrigeren Fallzahlen, einem hohen Krankheitsstand beim Personal und zusätzlichen Ausgaben für Maßnahmen zum Infektionsschutz zu kämpfen haben. Umso konsequenter gilt es nun, die gesundheitliche Infrastruktur vor dem finanziellen Zusammenbruch zu bewahren und auf die im Vorjahresvergleich gestiegenen Energie- und sonstigen Sachkosten von Seiten des Bundes zu reagieren. In ihren zahlreichen Hilferufen an die Politik kündigen Krankenhäuser bereits an, sich nur durch substanzielle Versorgungseinschränkungen über den Winter retten zu können.

Pflegeheime hingegen sind nach der geltenden Finanzierungssystematik gezwungen, durch die Pflegeversicherung nicht ausgeglichene Preissteigerungen an die Bewohner*innen weiterzugeben. Deren Kosten für stationäre Pflege kennen aber bereits seit Jahren nur eine Richtung – sie steigen. Die halbherzigen Rabatte, die die Vorgängerregierung für Bewohner*innen in Pflegeheimen für den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil auf den Weg gebracht hatte, sind ungeeignet, dieser Preisspirale Einhalt zu gebieten. Denn für die Bewohner*innen kommt erschwerend hinzu, dass mit der Tariftreueregelung seit September 2022 die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile ohnehin deutlich gestiegen sind. Längst überfällige Lohnsteigerungen sorgten in vielen Pflegeheimen für sprunghafte Anstiege der Kosten, da die Bundesregierung zwar den Rahmen für die Lohnanpassungen gesetzt hatte, aber deren Refinanzierung den Bewohner*innen übergeholfen hat.

Gleichzeitig besteht kaum Spielraum, Ausgaben zu reduzieren, ohne die Versorgungsqualität negativ zu beeinflussen. Im langfristigen Pflegeheim oder bei der Kurzzeitpflege kann die Heizung nicht einfach heruntergedreht werden oder das Mittagessen ausfallen, ambulante Pflegedienste können ebenso wenig auf Pflegehilfsmittel verzichten wie Krankenhäuser auf Operationsbesteck oder Verbandsmaterial. In der häuslichen Pflege ist das Pflegegeld seit Einführung der Pflegegrade 2017 nicht gestiegen und bedeutet für viele pflegende Angehörige bereits ohne die momentanen Preissteigerungen, dass die Pflege sie arm macht und direkt in die eigene Altersarmut führt.

