

## **Kleine Anfrage**

**der Fraktion der CDU/CSU**

### **Vermeidung von Fehlsteuerungsanreizen in der geplanten Vorhalte- und Investitionsfinanzierung im Rahmen der Krankenhausreform**

Mit der Krankenhausreform werden laut Bundesregierung drei zentrale Ziele verfolgt: die Gewährleistung von Versorgungssicherheit im Rahmen der Daseinsvorsorge, die Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität sowie die weitere Entbürokratisierung (vgl. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/krankenhausreform.html#:~:text=Mit%20der%20Krankenhausreform%20werden%20drei,\(Daseinsvorsorge\)%20ein%20zentrales%20Anliegen](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/krankenhausreform.html#:~:text=Mit%20der%20Krankenhausreform%20werden%20drei,(Daseinsvorsorge)%20ein%20zentrales%20Anliegen)). Um diese Ziele zu erreichen, erhalten die Krankenhäuser künftig eine Vorhaltevergütung für Leistungsgruppen, die ihnen zugewiesen werden und deren Qualitätskriterien sie erfüllen. Ausgangspunkt sind die Vorarbeiten in Nordrhein-Westfalen. Mit der Etablierung sog. sektorenübergreifender Versorger wird darüber hinaus ein weiteres Werkzeug im Instrumentenkasten der ärztlichen und pflegerischen Vor-Ort-Versorgung in Deutschland zur Verfügung gestellt. Zudem scheinen diese Akteure perspektivisch gut geeignet für die Koordination und Vernetzung von Gesundheitsleistungen sowie ein Case Management vor Ort (siehe im Weiteren: Eckpunkte von Bund und Ländern vom 11. Juli 2023, abrufbar unter [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/K/Krankenhausreform/Eckpunktepapier\\_Krankenhausreform.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Eckpunktepapier_Krankenhausreform.pdf)).

Die geplante Krankenhausreform soll Fehlanreize im System beseitigen und die Versorgungsqualität insgesamt steigern. Es ist politisch weitgehend unstrittig, dass es in Deutschland einer kontrollierten Strukturreform der Krankenhauslandschaft bedarf, um die Qualität der stationären medizinischen Versorgung in ganz Deutschland – sowohl im städtischen als auch im ländlichen Bereich – sicherzustellen. Es dürfen dabei aber dadurch keine neuen Fehlanreize geschaffen werden. Der bisherige Fehlanreiz, Investitionskosten aus Einsparungen im Betriebskostenbereich finanzieren zu müssen, führte in der Realität nicht nur zu einem Hamsterrad-Effekt, sondern auch oft zur Vermeidung von Behandlungsmethoden mit einem höheren Sachkostenanteil (vgl. z. B. <https://www.mdr.de/nachrichten/sachsen-anhalt/krankenhaus-finanzierung-fallpauschalen-reform-100.html>). Diese Behandlungsmethoden können jedoch in Zeiten des zunehmenden Fachkräftemangels zu einer deutlichen Entlastung und zu einer Qualitätssteigerung führen. Die Krankenhausreform muss auch hier die richtigen Anreize setzen. Die geplante Vorhaltefinanzierung muss daher zu einer Verbesserung der Versorgung der Patientinnen und Patienten führen und darf diese nicht durch Umverteilungseffekte gefährden. Auch mit einer Vorhaltefinanzierung muss nach Überzeugung der Fragesteller eine sachgerechte Finanzierung der einzelnen Leistungen sichergestellt werden. Gerade die Behandlung von kom-

plexen Erkrankungen erfordert die Verwendung von hochwertigen Medizinprodukten.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung der Anteil der medizintechnischen Investitionen (kurz- bis langfristige Anlagegüter, wie z. B. CT, MRT, robotergestützte Chirurgesysteme, Generatoren zur Destruktion von Lungengewebe durch Radiofrequenz- bzw. Thermoablation usw.) an dem Gesamtvolumen der Investitionskosten seit Einführung der dualen Krankenhausfinanzierung verändert, und wie hoch ist der Anteil aktuell?
2. Wie wird nach Plänen der Bundesregierung sichergestellt, dass die medizintechnische Ausstattung der jeweiligen Leistungserbringer für die zukünftig zugewiesene, jedoch grundsätzlich inhomogene Leistungsgruppe, sach- und bedarfsgerecht (Allokation zum Anwendungsort) finanziert wird?
3. Wie wird nach Plänen der Bundesregierung sichergestellt, dass bereits in den Krankenhäusern vorhandene medizintechnische Infrastruktur weiterhin für die Versorgung genutzt werden kann, wenn z. B. einem Krankenhaus nicht die entsprechende Leistungsgruppe zugewiesen wird?
4. Wie wird nach Plänen der Bundesregierung sichergestellt, dass medizintechnische Infrastruktur effizient – das bedeutet in allen Bereichen der Leistungserbringung (ambulant, stationär, hybrid etc.) – genutzt werden kann und darf?
5. Wie soll nach Vorstellung der Bundesregierung der medizintechnische Fortschritt, insbesondere durch die zunehmende Digitalisierung und die Nutzung innovativer KI-Lösungen (KI = Künstliche Intelligenz), mit dem Ziel der z. B. personellen bzw. strukturellen Entlastung im Sinne einer Effizienzsteigerung des deutschen Gesundheitssystems über eine schon heute nicht ausreichende Investitionsfinanzierung sichergestellt werden?
6. Erhalten die Krankenhäuser nach Plänen der Bundesregierung zukünftig einen Anspruch auf eine gesetzlich festgeschriebene Mindestquote für die Investitionsfinanzierung inklusive der erforderlichen leistungsgruppenspezifischen medizintechnischen Ausstattung (z. B. Einrichtung von Operationssälen, Katheterlabors usw.)?
7. Wie wird nach Plänen der Bundesregierung sichergestellt, dass Krankenhäuser die notwendige Investitionsfinanzierung zur Erfüllung der noch festzulegenden und ggf. kostensteigernden Qualitätskriterien je Leistungsgruppe erhalten?
8. Wie wird nach Plänen der Bundesregierung evaluiert, ob sich die Ergebnisqualität der Versorgung durch die Krankenhausreform tatsächlich evident verbessert?
9. Wie sollen nach Plänen der Bundesregierung die Erkenntnisse aus den vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) kalkulierten Investitionsbewertungsrelationen zur Verbesserung der Investitionsfinanzierung genutzt werden?
10. Wie kann in Anbetracht der erwartbar heterogenen Entwicklungen der sektorübergreifenden Versorger (Level II-Klinikstrukturen) nach Auffassung der Bundesregierung die Qualität der Versorgung auf einem bundesweiten Qualitätsniveau sichergestellt werden?

11. Welche Bedeutung kommt nach Plänen der Bundesregierung der Vergütungssystematik der vorgesehenen sektorenübergreifenden Vergütung zu – insbesondere hinsichtlich der Abbildung der jeweiligen Leistungskomponenten (insbesondere ärztliche, nichtärztliche Versorgung, Sachkosten)?
12. Welchen Effekt haben telemedizinische Lösungen nach Auffassung der Bundesregierung auf die Versorgungsprozesse sowie auf die intersektorale und interprofessionelle Zusammenarbeit allgemein sowie im Rahmen der zukünftigen sog. Level Ii-Versorger?
13. Wie soll nach Plänen der Bundesregierung gewährleistet werden, dass telemedizinische Anwendungen und Lösungen im Versorgungskontext der sektorübergreifenden Versorger (Level Ii-Kliniken) zur Anwendung kommen können?
14. Welche Rahmenbedingungen sind – insbesondere vor dem Hintergrund bisheriger ambulant-ärztlicher Erfahrungen mit telemedizinischen Leistungen – für telemedizinische Anwendungen und Lösungen im Versorgungskontext der sektorübergreifenden Versorger (Level Ii-Kliniken) vorgesehen?
15. Welche Rahmenbedingungen sind nach Auffassung der Bundesregierung erforderlich, damit das limitierte zur Verfügung stehende nichtärztliche Fachpersonal effizient in den vorgesehenen sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturen (u. a. sektorübergreifende Versorger, aber auch beispielsweise Gesundheitsregionen) eingesetzt werden kann und über die dazu notwendige Qualifikation verfügt?
16. Wie kann nach Plänen der Bundesregierung in Anbetracht der erwartbar heterogenen Versorgungsstrukturen regional die Verfügbarkeit des erforderlichen stationären, sektorenübergreifenden wie auch ambulanten Versorgungsangebots gewährleistet und insbesondere effizient koordiniert werden?
17. Welche „extrabudgetären Sonderbedarfe“ nach dem Eckpunktepapier können nach Vorstellung der Bundesregierung „aus strukturellen Gründen notwendig“ werden, und wird hierbei berücksichtigt, dass gesonderte „strukturell notwendige Leistungen“ sowohl ärztlich als auch nichtärztlich erbracht werden können, und wie kann die notwendige Flexibilität für diese Versorgungs- und Finanzierungsoption gesichert werden?
18. Wie soll nach Plänen der Bundesregierung das Ziel des Eckpunktepapiers zur Gewährleistung der Finanzierung der fallbezogenen Sachkosten gewährleistet bleiben (Zeitpunkt und Sachgerechtigkeit bei der Herausnahme der Sachkosten vor Ermittlung der Vorhaltefinanzierungsanteile aus den Diagnosis Related Groups [DRGs])?
19. Wie kann nach Vorstellung der Bundesregierung einer nicht gewünschten Zunahme des sog. Hamsterrad-Effekts im Krankenhaus bei immer noch fehlenden Finanzmitteln und gleichzeitig reduziertem DRG-Anteil auf bis zu 40 Prozent mit hierdurch möglicher Qualitätsabnahme oder Leistungsreduktion entgegengewirkt werden, wenn eine bloße Umverteilung der Geldmittel zuzüglich möglicher Anpassungen durch den Landesbasisfallwert nicht geeignet erscheinen, den nicht gedeckten Investitions- und Transformationsbedarf der Kliniken zu finanzieren?
20. Wie stellt die Bundesregierung konkret sicher, dass die für eine Umsetzung der Krankenhausreform vorgesehenen Maßnahmen tatsächlich zu einer Bürokratieentlastung beitragen (Auswirkungsanalyse Bürokratieaufwand)?

21. Wie wird nach Plänen der Bundesregierung eine wohnortnahe Behandlung in Krankenhäusern ohne zugewiesene Leistungsgruppe von Patientinnen und Patienten mit fortgeschrittener Erkrankung sichergestellt, die einen palliativen Charakter haben?

Berlin, den 7. November 2023

**Friedrich Merz, Alexander Dobrindt und Fraktion**