

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU – Drucksache 20/12271 –

Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz

Vorbemerkung der Fragesteller

SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP haben in ihrem Koalitionsvertrag vereinbart, „die nötigen Reformen für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung auf den Weg“ bringen zu wollen (siehe www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2021-2025.pdf). Im Dezember 2022 hat eine „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ in ihrer Dritten Empfehlung Vorschläge für eine „Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung“ vorgelegt (siehe www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf). Das federführende Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat am 10. Juli 2023 mit der Mehrheit der Länder „Eckpunkte“ für eine Krankenhausreform vorgestellt (siehe www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/krankenhausreform-eckpunkte). Am 15. Mai 2024 wurde der Gesetzentwurf für ein Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) beschlossen.

Zentral und viel diskutiert ist die künftige Krankenhausplanung auf der Grundlage vom Bund vorzugebender Leistungsgruppen, für die wiederum bundeseinheitliche Qualitätsvorgaben gelten sollen, was hinsichtlich der grundgesetzlich vorgegebenen Länderkompetenz in der Krankenhausplanung in der Fachwelt strittig ist (vgl. u. a. www.zdf.de/nachrichten/politik/deutschland/krankenhausreform-lauterbach-kritik-laender-zustimmung-bundesrat-gutachten-100.html). Bedeutend ist auch das Vorhaben, neben die bisherigen DRG (Diagnosis Related Groups)-Fallpauschalen eine Vorhaltefinanzierung zu setzen, womit ein pauschaler, gesetzlich vorgegebener Vorhalteanteil für alle Leistungsgruppen gelten soll, die dem jeweiligen Krankenhaus von der zuständigen Landesplanungsbehörde zugewiesen wurden und deren Qualitätskriterien und Mindestvorhaltezahlen das Krankenhaus grundsätzlich zu erfüllen hat (vgl. u. a. www.deutschlandfunk.de/krankenhaeuser-reform-lauterbach-fallpauschale-100.html#:~:text=F%C3%BCr%20die%20Reform%20soll%20ein,Krankenkassen%20und%20aus%20L%C3%A4ndermitteln%20finanzieren). Damit fände in den Augen der Fragesteller lediglich eine reine Umverteilung der bereits im System befindlichen Mittel statt. Viele Fragen bleiben hinsichtlich der konkreten Umsetzung z. B. der „sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen“, die bislang als „Level 1i-Krankenhäuser“ debattiert worden

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 31. Juli 2024 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

sind, weiter offen (vgl. u. a. www.marburger-bund.de/bundesverband/pressemitteilung/krankenhausreform-ihren-zielen-messen). Hier brauchen Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte nach Überzeugung der Fragesteller schnellstmögliche Planungssicherheit. Auch lässt die im Gesetzentwurf in Aussicht gestellte Refinanzierung der Kostensteigerungen nach Ansicht der Fragesteller Zweifel aufkommen, ob die Krankenhäuser, auch und gerade die versorgungsrelevanten, die derzeit drohende Insolvenzwellen (vgl. www.dkgev.de/dkg/presse/details/krankenhaeuser-sind-gefaehrdet-wie-nie-zuvor/) so lange überleben, bis die Reform ihre Wirkung entfalten kann. Schließlich bestehen nicht nur für die gesetzlichen Krankenkassen und die Fragesteller erhebliche Zweifel, warum der geplante Transformationsfonds in Höhe von insgesamt 50 Mrd. Euro für die Jahre 2026 bis 2035 hälftig aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds, also aus Mitteln der GKV (gesetzliche Krankenversicherung)-Versicherten, finanziert werden soll (vgl. u. a. <https://backgr.und.tagesspiegel.de/gesundheit/zweifel-an-rechtssicherheit-wachsen>).

1. Sieht die Bundesregierung in ihrem Vorhaben, auf Bundesebene Mindestvorhaltezahlen festzulegen, deren Erfüllung zwingend erforderlich sein soll für den Erhalt der Vorhaltevergütung, wie die Fragesteller eine Beschneidung der grundgesetzlich vorgegebenen Planungshoheit der Länder bei der Krankenhausplanung, und wenn nein, warum nicht?
2. Sieht die Bundesregierung in ihrem Vorhaben, auf Bundesebene einheitliche Qualitätsvorgaben für Leistungsgruppen zu definieren, die von den Bundesländern zwingend zu beachten sind, wie die Fragesteller eine Beschneidung der grundgesetzlich vorgegebenen Planungshoheit der Länder bei der Krankenhausplanung, und wenn nein, warum nicht?
3. Sieht die Bundesregierung in ihrem Vorhaben, dass zwingende Voraussetzung für die Zuweisung der Leistungsgruppen durch die Länder die vorherige Prüfung der Einhaltung der Qualitätsvorgaben der einzelnen Leistungsgruppen durch die Medizinischen Dienste sein soll, wie die Fragesteller eine Beschneidung der grundgesetzlich vorgegebenen Planungshoheit der Länder bei der Krankenhausplanung, und wenn nein, warum nicht?

Die Fragen 1 bis 3 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Regelungsinhalte des Gesetzentwurfs der Bundesregierung für ein Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) berühren zwar die Krankenhausplanung der Länder. Diese Auswirkungen sind aber im Rahmen der schwerpunktmäßig einschlägigen Bundeskompetenz für die Sozialversicherung und für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser unvermeidbar und insofern verfassungsrechtlich zulässig.

4. Teilt die Bundesregierung die Ansicht der Fragesteller, dass durch die Einführung der Vorhaltevergütung Fehlanreize für Krankenhäuser entstehen könnten, aus ökonomischen Gründen weniger Patientinnen und Patienten zu behandeln, oder dass durch die Koppelung der Vorhaltevergütung an frühere Behandlungszahlen Fehlanreize für Krankenhäuser entstehen könnten, aus ökonomischen Gründen mehr Patientinnen und Patienten zu behandeln, und wenn nein, warum nicht?

Die im Entwurf des KHVVG enthaltene Ausgestaltung der Vorhaltevergütung entspricht den mit den Ländern und Koalitionsfraktionen im Juli 2023 abgestimmten Eckpunkten. Ein Krankenhaus hat unabhängig von der im jeweiligen Jahr behandelten Anzahl von Patientinnen und Patienten einen Anspruch auf die prospektiv ermittelte Vorhaltevergütung. Die Vorhaltevergütung ändert sich

für ein Krankenhaus dann, wenn die Fallzahl um mehr als 20 Prozent von der bei der letzten Ermittlung der Vorhaltevergütung zugrunde gelegten Fallzahl abweicht. Mit diesen Maßnahmen werden Anreize für Mengensteigerungen gedämpft.

Soweit befürchtet wird, dass Krankenhäuser ihre Fälle innerhalb des oben genannten Korridors von 20 Prozent reduzieren könnten, um bei gleichbleibender Vorhaltevergütung ihre Kosten für die Fallbehandlung zu senken, ist darauf hinzuweisen, dass bei sinkenden Fallzahlen innerhalb des Korridors zwar die Vorhaltevergütung konstant bleibt, jedoch die Erlöse aus fallabhängigen Entgelten sinken. Im Übrigen steht die Ablehnung medizinisch notwendiger Behandlungen im Widerspruch zu der allgemeinen Behandlungs- und Aufnahmepflicht von Krankenhäusern. Gemäß § 109 Absatz 4 Satz 2 des Fünftes Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) sind zugelassene Krankenhäuser im Rahmen ihrer Versorgungsaufträge zur Krankenhausbehandlung der Versicherten verpflichtet.

5. Wie schätzt die Bundesregierung die Auswirkung der Mindestvorhaltezahlen auf die Versorgung in ländlichen Gebieten ein?

Die konkreten Auswirkungen der Mindestvorhaltezahlen auf einzelne Krankenhäuser und Regionen sind von verschiedenen Faktoren abhängig – u. a. von der Festlegung bestimmter Leistungsverlagerungen durch die Landesbehörden – und können daher zum jetzigen Zeitpunkt nicht abschließend beurteilt werden. Die Belange der ländlichen Gebiete werden aber im Rahmen der Regelung zu den Mindestvorhaltezahlen besonders berücksichtigt. Bei dem Erlass der Rechtsverordnung zur Festlegung der Mindestvorhaltezahlen ist das Ziel der Sicherstellung einer bedarfsgerechten und flächendeckenden stationären Versorgung zu beachten. Zudem ist eine Ausnahme von der vergütungsrechtlichen Rechtsfolge bei Nichterfüllung der Mindestvorhaltezahlen vorgesehen. So kann die zuständige Landesbehörde feststellen, dass die Erbringung von Leistungen aus einer Leistungsgruppe durch ein Krankenhaus unabhängig von der Erfüllung der für die jeweilige Leistungsgruppe festgelegten Mindestvorhaltezahl zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist. Für die Beurteilung der Erforderlichkeit ist ausschlaggebend, ob ein anderes Krankenhaus, dem diese Leistungsgruppe zugewiesen ist, innerhalb bestimmter Fahrzeiten erreichbar ist. Die Ausnahme wird daher insbesondere für Krankenhäuser in ländlichen Gebieten mit einer geringen Krankenhausedichte in Betracht kommen.

6. Welche Maßnahmen aus dem Gesetzentwurf der Bundesregierung dienen zur Beseitigung der bereits bestehenden Unterversorgung insbesondere in ländlichen Regionen?

Die deutsche Krankenhauslandschaft ist im internationalen Vergleich durch überdurchschnittlich viele Krankenhäuser und eine hohe Anzahl an Krankenhausbetten gekennzeichnet. Für die Planung und Sicherstellung der flächendeckenden stationären Versorgung in Deutschland sind die Länder zuständig. Die Verantwortung der Länder für die Krankenhausplanung bleibt durch die Krankenhausreform unverändert. Es ist daher auch weiterhin Aufgabe der Länder, eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung – auch im ländlichen Raum – zu gewährleisten.

Die Belange von ländlichen und strukturschwächeren Räumen finden im Entwurf des KHVVG besondere Berücksichtigung: Die Zuschläge für bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum, die unabhängig von einem bestehenden Defizit gewährt werden, werden um 25 Prozent erhöht. Ein Kranken-

haus kann somit zukünftig eine zusätzliche Finanzierung in Höhe von bis zu 1 Mio. Euro pro Jahr erhalten. Die Sicherstellungszuschläge für bedarfsnotwendige defizitäre Krankenhäuser im ländlichen Raum werden beibehalten. Darüber hinaus enthält der Entwurf des KHVVG Ausnahmeregelungen im Rahmen der Leistungsgruppenzuweisung sowie im Rahmen der Mindestvorhaltezahlen, von denen insbesondere Krankenhäuser im ländlichen Raum profitieren. Trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien ist die Zuweisung einer Leistungsgruppe ausnahmsweise zulässig, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich ist. Ob dies der Fall ist, hängt davon ab, ob ein anderes Krankenhaus, dem diese Leistungsgruppe zugewiesen ist, nicht innerhalb bestimmter Fahrzeiten erreichbar ist. Da dies typischerweise in ländlichen Gebieten der Fall ist, werden insbesondere diese Krankenhäuser für Ausnahmen in Betracht kommen. Die Zuweisung der Leistungsgruppe ist im Fall der Ausnahme grundsätzlich auf höchstens drei Jahre zu befristen. Für bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum ist dagegen eine dauerhafte Ausnahme zulässig: Diesen Krankenhäusern, die auf der Liste gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) aufgenommen sind und die Vorgaben der Sicherstellungszuschläge-Regelung – mit Ausnahme des Defizitkriteriums – erfüllen, darf eine Leistungsgruppe im Rahmen der Ausnahme unbefristet zugewiesen werden. Für die Ausnahmeregelung im Rahmen der Mindestvorhaltezahlen wird auf die Antwort der Bundesregierung zu Frage 5 verwiesen. Auch die Bestimmung eines Krankenhauses als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung kann zur Verhinderung einer regionalen Unterversorgung beitragen. Diese Krankenhäuser sollen stationäre Leistungen der interdisziplinären Grundversorgung wohnortnah sowohl mit ambulanten als auch mit pflegerischen Leistungen verbinden. Hiervon können insbesondere Krankenhäuser profitieren, deren Fortbestand aufgrund des geringen stationären Versorgungsbedarfs in der Region nicht gesichert ist. Es besteht die Möglichkeit, das Leistungsangebot dieser Krankenhäuser sektorübergreifend an dem jeweiligen Bedarf an stationären, ambulanten oder pflegerischen Leistungen auszurichten.

7. Was plant die Bundesregierung, um bedarfsnotwendige Krankenhäuser zu unterstützen, welche aufgrund der geringen Fallzahl mit der Vorhaltevergütung allein ihre Fixkosten nicht abdecken können?

Die Sicherstellungszuschläge für bedarfsnotwendige defizitäre Krankenhäuser im ländlichen Raum werden beibehalten. Daneben werden die Zuschläge für die bedarfsnotwendigen ländlichen Krankenhäuser nach dem Entwurf des KHVVG um 25 Prozent angehoben, so dass diese Krankenhäuser zukünftig einen Zuschlag von bis zu 1 Mio. Euro pro Jahr erhalten können. Zu berücksichtigen ist auch, dass der Anteil eines Krankenhauses an der Vorhaltevergütung stabil bleibt, auch wenn es im Zeitverlauf weniger Patientinnen und Patienten behandelt, sofern der Rückgang der Patientenzahl geringer als 20 Prozent ist.

Im Übrigen wird auf die Antwort der Bundesregierung zu Frage 6 verwiesen.

8. Inwiefern sind im neuen System der Vorhaltevergütung die seit 2019 sinkenden Fallzahlen stationärer Behandlungen berücksichtigt?

Für die Einführung der Vorhaltevergütung ist aus dem bundesweit kalkulierten Vergütungssystem für somatische Krankenhäuser zukünftig ein pauschaler Anteil von 60 Prozent auszugliedern. Die Vorhaltevolumina, die auf die Leistungsgruppen und Krankenhausstandorte verteilt werden, werden auf Basis der Daten des letzten verfügbaren abgeschlossenen Jahres jährlich neu ermittelt. Die

Anteile der Krankenhausstandorte an den Vorhaltevolumina der Leistungsgruppen werden ebenfalls auf Basis des letzten verfügbaren abgeschlossenen Jahres ermittelt. Die Neuermittlung findet im Regelfall zunächst nach zwei Jahren und dann regulär alle drei Jahre statt. Damit wird sichergestellt, dass Veränderungen in der Krankenhauslandschaft auch in der Vorhaltevergütung ihren Niederschlag finden.

9. Beabsichtigt die Bundesregierung, im Vorfeld der Beschlussfassung des Gesetzes durch den Deutschen Bundestag eine Auswirkungsanalyse zu erstellen, wie vom Bundesminister für Gesundheit, Dr. Karl Lauterbach, angekündigt, und wenn nein, warum nicht?

Im Verlauf der Beratungen mit den Ländern und den Koalitionsfraktionen zum Eckpunktepapier für die Krankenhausreform wurden im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) Simulationen zur Beschreibung der Auswirkungen der Reformpläne auf die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen (Folgenabschätzung) durchgeführt und gemeinsam mit den Beteiligten erörtert. Weitere Simulationen befinden sich in Planung.

10. Aus welchen Gründen hat die Bundesregierung in ihrem Gesetzentwurf auf den Einsatz von Indikatoren zur Messung der Ergebnisqualität der jeweiligen medizinischen Versorgung vor Ort verzichtet?

Ein solcher Einsatz von Indikatoren entspricht nicht den mit den Ländern und den Koalitionsfraktionen abgestimmten Eckpunkten für eine Krankenhausreform. Denn der zusätzliche Einsatz von Indikatoren zur Messung der Ergebnisqualität im Rahmen der Krankenhausreform wäre voraussichtlich mit erheblichem Bürokratieaufwand bei gegebenenfalls nur begrenztem Nutzen verbunden. Entsprechende Indikatoren müssten entwickelt, erhoben und ausgewertet werden. Dabei erscheint die Messung und Auswertung von Ergebnisqualität für ganze Leistungsgruppen, die aus einer Vielzahl heterogener Leistungen bestehen können, fachlich äußerst herausfordernd. Auch zeigen Erfahrungen aus der Messung und Bewertung von Ergebnisqualität, dass eine angemessene Risikoadjustierung und weiterführende, in der Regel aufwendige Analysen erforderlich sind, um eindeutige Aussagen über die Zurechenbarkeit von Ergebnissen zu einem Krankenhaus und der Versorgungsqualität treffen zu können.

Im Übrigen ist zu berücksichtigen, dass die gesetzlich verpflichtenden Maßnahmen zur datengestützten Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) auch die Erhebung und Bewertung von Ergebnisqualität anhand von Qualitätsindikatoren umfassen. Bei festgestelltem Verbesserungspotenzial können in diesem Rahmen insoweit gezielte Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung bis hin zu Vergütungsabschlägen getroffen werden.

11. Wie bewertet die Bundesregierung im Hinblick darauf, dass für die Prüfung der Qualitätsvorgaben für Leistungsgruppen kurze Überprüfungsabstände von nur zwei Jahren vorgesehen sind, die Planungssicherheit für Krankenträger?

Die Festlegung bundeseinheitlicher Qualitätskriterien für Leistungsgruppen und deren regelmäßige Überprüfung nach bundeseinheitlichen Maßstäben ist erforderlich, um eine leitliniengerechte, qualitativ hochwertige und für Patienten sichere medizinische Versorgung in Krankenhäusern sicherzustellen.

Bei den Qualitätskriterien handelt es sich um leistungsgruppenspezifische Mindestanforderungen, die Voraussetzung für die Zuweisung der jeweiligen Leis-

tungsgruppe sind. Die Qualitätskriterien sollen zunächst gesetzlich und später per Rechtsverordnung festgelegt werden und sind daher allgemein bekannt. Die Krankenhausträger haben insofern unabhängig von einer externen Prüfung die Möglichkeit selbst festzustellen, ob an dem jeweiligen Krankenhausstandort die Qualitätskriterien einer bestimmten Leistungsgruppe erfüllt sind oder nicht.

Der Nachweis, dass die Qualitätskriterien einer bestimmten Leistungsgruppe an einem bestimmten Krankenhausstandort erfüllt sind, erfolgt durch ein Gutachten der Medizinischen Dienste (MD), das einer gewissen Aktualität bedarf. Die Erfüllung der Qualitätskriterien kann bis zum Vorliegen des jeweils aktuellen MD-Gutachtens durch eine begründete Selbsteinschätzung der Krankenhäuser nachgewiesen werden. Zudem enthält der Gesetzentwurf eine Sonderregelung für den Fall einer nur kurzfristigen Nichterfüllung von Qualitätskriterien. Liegen Anhaltspunkte dafür vor, dass eine Nichterfüllung von Qualitätskriterien einen Zeitraum von drei Monaten nicht überschreiten wird, muss die Leistungsgruppenzuweisung nicht aufgehoben werden. Durch beide Maßnahmen soll die Planungssicherheit der Krankenhausträger gestärkt werden.

12. Sieht die Bundesregierung wie die Fragesteller eine Gefahr, dass Investitionen durch Krankenhausträger aufgrund so nicht bestehender Planungssicherheit zurückgestellt werden?
13. Was plant die Bundesregierung, um die Planungssicherheit für Träger von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen zu gewährleisten?

Die Fragen 12 und 13 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die geplanten bundesrechtlichen Vorgaben können für Krankenhausträger auch eine stärkere Vorhersehbarkeit und Planbarkeit der Leistungen eines Krankenhausstandortes bedeuten. In Anbetracht der künftigen krankenhauserplanerischen Entscheidungen der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden erscheint im Rahmen einer Krankenhausreform eine begrenzte Beeinträchtigung der Planungssicherheit für Krankenhausträger unvermeidbar.

14. Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung, um die noch nicht refinanzierten Kostensteigerungen der vergangenen zwei Jahre zu kompensieren, nachdem die Maßnahmen aus dem Gesetzentwurf zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser frühestens ab dem Jahr 2024 greifen sollen?

Mit dem Gesetz zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz (Krankenhaustransparenzgesetz) vom 22. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 105) wurde bereits im Vorfeld des Entwurfs des KHVVG die Liquidität der Krankenhäuser gestärkt – etwa durch eine schnellere Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen bei Pflegekräften in der unmittelbaren Patientenversorgung und eine Erhöhung des vorläufigen Pflegeentgeltwertes.

Der Gesetzentwurf zum KHVVG sieht darüber hinaus zur Stärkung der wirtschaftlichen Lage und der Liquidität der Krankenhäuser unter anderem eine vollständige und frühzeitige Tarifrefinanzierung für alle Beschäftigtengruppen und die Anwendung des vollen Orientierungswertes vor. Zur Umsetzung ist beabsichtigt, die bislang geltende hälftige Refinanzierung der Tariflohnsteigerungen für alle Beschäftigtengruppen zu einer vollständigen Refinanzierung auszuweiten, die bislang nur für das Pflegepersonal am Bett gilt. Um eine frühzeitige Umsetzung der vollständigen Tariflohnrefinanzierung gewährleisten zu können, sieht der Gesetzentwurf zudem vor, dass eine entsprechende Anpassung der

Landesbasisfallwerte bereits im laufenden Jahr und nicht erst im Folgejahr vorgenommen wird.

Unabhängig davon hat der Bund zuletzt erhebliche finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt, um besondere Belastungen der Krankenhäuser – zum Beispiel infolge der gestiegenen Energiepreise – auszugleichen: insgesamt bis zu 6 Mrd. Euro zum Ausgleich der Energiekostensteigerungen für den Zeitraum von Oktober 2022 bis April 2024. Weiterhin hat der Bund in den vergangenen Jahren während der Pandemie die Krankenhäuser mit Ausgleichszahlungen und Versorgungsaufschlägen in Höhe von rund 21,5 Mrd. Euro erheblich unterstützt.

Letztlich ist auch festzuhalten, dass die Kostensteigerungen der Jahre 2022 und 2023 bereits im aktuellen Regime in der Berechnung für die Orientierungswerte der Jahre 2023, 2024 und 2025 berücksichtigt werden (erstes Halbjahr 2022 floss in den Orientierungswert für das Jahr 2023, zweites Halbjahr 2022 und erstes Halbjahr 2023 in den Orientierungswert für das Jahr 2024 und zweites Halbjahr 2023 fließt in den Orientierungswert für das Jahr 2025 ein).

15. Aus welchen Gründen sollen Mittel aus dem vorgesehenen Transformationsfonds erst ab dem Jahr 2026 abgerufen werden können, wenn Transformationsmaßnahmen seitens der Länder und der Krankenhäuser erwartbar schon nach Inkrafttreten des Gesetzes in Angriff genommen werden sollen?

Die Länder können nach aktueller Rechtslage noch bis zum 31. Dezember 2024 Anträge auf Förderung aus dem Krankenhausstrukturfonds (KHSF) nach § 12a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) stellen. Mit dem KHVVG ist vorgesehen, dass die Antragsfrist um ein Jahr bis zum 31. Dezember 2025 verlängert wird. Damit hätten die Länder noch bis Ende 2025 Zeit, Mittel für Umstrukturierungen im Krankenhausbereich aus dem KHSF zu beantragen.

Der geplante Transformationsfonds soll vorrangig die mit der Krankenhausreform bezweckte Konzentration von stationären Versorgungsstrukturen bewirken. Dies setzt grundsätzlich auch vorherige Entscheidungen der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden voraus. Anträge für eine Förderung aus dem Transformationsfonds ab dem Jahr 2026 müssen bis spätestens Ende September 2025 gestellt werden. Wesentlich vorher werden voraussichtlich die Mehrzahl der Landesplanungsbehörden ihre planerischen Entscheidungen unter Berücksichtigung der geplanten bundesgesetzlichen Regelungen nicht treffen. Zudem bedarf es für die Bearbeitung und Umsetzung des Transformationsfonds einer Vorbereitungszeit beim Bundesamt für Soziale Sicherung.

16. Wie begründet die Bundesregierung, dass für diese elementare Reform zur Sicherstellung der allgemeinen Daseinsvorsorge keine allgemeinen Haushaltsmittel zur Verfügung gestellt werden sollen, sondern dass der hälftige Anteil „des Bundes“ der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds entnommen werden soll, Mittel also, die die Solidargemeinschaft der GKV-Versicherten über ihre Mitgliedsbeiträge zahlen?

Für die Förderung der Investitionen der Krankenhäuser sind im Rahmen der dualistischen Krankenhausfinanzierung grundsätzlich ausschließlich die Länder zuständig. Im Zuge der Beratungen zur Krankenhausreform wurde die Einrichtung eines Transformationsfonds vorgesehen, um die mit der Krankenhausreform bezweckte Konzentration von stationären Versorgungsstrukturen zu fördern. Vorgesehen ist, dass ab dem Jahr 2026 ein Transformationsfonds mit

einer Laufzeit von zehn Jahren errichtet wird, der über Mittel der gesetzlichen Krankenversicherung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in Höhe von bis zu 2,5 Mrd. Euro jährlich finanziert wird. Zur Finanzierung der zu fördernden Transformationsprojekte sollen die Länder im Rahmen einer hälftigen, projektbezogenen Ko-Finanzierung jährlich ebenfalls bis zu 2,5 Mrd. Euro beisteuern, so dass insgesamt bis zu 50 Mrd. Euro an Fördervolumen für die Zwecke des Transformationsfonds verfügbar gemacht werden. Insoweit ist die Finanzierung von Krankenhausinvestitionen aus Beitragsmitteln im Rahmen des Transformationsfonds zeitlich, betragsmäßig und gegenständlich begrenzt. Darüber hinaus wird die Hälfte der Fördermittel von den Ländern und Krankenhausträgern aufgebracht. Mindestens ein Viertel wird somit aus Steuermitteln bezahlt. Die Finanzierung des geplanten Transformationsfonds ist das Ergebnis politischer Abstimmungen. Die entsprechenden Regelungsentwürfe im KHVVG wurden durch die Verfassungsressorts geprüft und vom Bundeskabinett beschlossen.

17. Welche Entwicklung prognostiziert die Bundesregierung infolge dieser Entnahmen für die Stabilität des Gesundheitsfonds und für die Stabilität der GKV-Beiträge?

Aufgrund der a priori nicht letztgültig abschätzbaren Inanspruchnahme der Mittel des Transformationsfonds durch die antragsberechtigten Länder können vorab keine genauen Analysen der Auswirkungen der Entnahmen auf die finanzielle Situation des Gesundheitsfonds sowie der Zusatzbeitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vorgenommen werden. Bei einer vollen Inanspruchnahme der maximalen jährlichen Fördersumme in Höhe von 2,5 Mrd. Euro gemäß Gesetzentwurf wäre davon auszugehen, dass die entsprechenden Mittel im Gesundheitsfonds durch Kürzungen der Zuweisungen an die Krankenkassen aufgebracht werden müssten, da entsprechende Mittel in der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nicht vorhanden sind. Dies könnte auf Seiten der Krankenkassen zu Anpassungen der Zusatzbeitragssätze zur Deckung ihrer Ausgaben führen, die in der Höhe ebenfalls a priori nicht abschätzbar sind. Durch die im Gesetzentwurf geregelte Übertragbarkeit von in einem Jahr nicht beanspruchten Mitteln kann es bei nachholender Inanspruchnahme in den Folgejahren zu entsprechend höheren Mittelbedarfen des Transformationsfonds mit den bereits beschriebenen Auswirkungen kommen.

Dennoch ist infolge der Entnahmen aus der Liquiditätsreserve nicht von einer substantiellen Auswirkung auf die Stabilität des Gesundheitsfonds oder der Zusatzbeitragssätze in der GKV auszugehen. Zum einen enthält der Gesetzentwurf Regelungen zur frühzeitigen Einreichung von Förderanträgen, so dass die für den Transformationsfonds benötigten Mittel im Rahmen der Prognose des GKV-Schätzerkreises, der Liquiditätsplanung des Gesundheitsfonds sowie der Haushaltsplanung der Krankenkassen berücksichtigt werden können. Darüber hinaus regelt der Gesetzentwurf eine zeitlich befristete Anhebung der Obergrenze der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds auf 50 Prozent einer Monatsausgabe, so dass in Jahren geringerer Inanspruchnahme der Mittel des Transformationsfonds Finanzmittel für die spätere, nachholende Inanspruchnahme angespart werden können.

Zum anderen stehen den erwarteten temporären Mehraufwendungen der GKV durch Beteiligung am geplanten Transformationsfonds dauerhafte Minderausgaben aufgrund des durch die verschiedenen strukturellen Verbesserungen der Krankenhausvergütung und -planung induzierten effizienzsteigernden Strukturwandels und eine bedarfsgerechtere Krankenhausversorgung gegenüber. Diese stehen in direktem Zusammenhang mit den durch den Transformationsfonds geförderten Projekten und resultieren aus einer stärkeren Spezialisierung und

der Vermeidung von Gelegenheitsversorgung mitsamt deren Folgekosten, dem Abbau von stationären Überkapazitäten sowie der Reduktion der auch im internationalen Vergleich hohen Inanspruchnahme des Krankenhaussektors durch die Abschaffung von Anreizen zur unbegrenzten Mengenausweitung sowie die Stärkung von kosteneffizienten ambulanten Versorgungsmodellen.

18. Wie begründet die Bundesregierung in diesem Zusammenhang, dass Nicht-GKV-Versicherte somit kaum an den Kosten für die geplante Krankenhausreform beteiligt sein sollen, und gibt es innerhalb der Bundesregierung derzeit interne Alternativvorschläge, für den Bundesanteil allgemeine Haushaltsmittel bereitzustellen und auch Nicht-GKV-Versicherte stärker an den Transformationskosten zu beteiligen?

Die verpflichtende Einbeziehung der Unternehmen der privaten Krankenversicherung in die Finanzierung des Transformationsfonds begegnet nach entsprechender Prüfung verfassungsrechtlichen Bedenken. Der Gesetzentwurf der Bundesregierung beinhaltet ein ausgewogenes Finanzierungskonzept, um die geplante Krankenhausreform umzusetzen.

