

Bericht

des Haushaltsausschusses (8. Ausschuss)
gemäß § 96 der Geschäftsordnung

zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung

– Drucksachen 20/11854, 20/12894, 20/13059 Nr. 4, 20/13407 –

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

Bericht der Abgeordneten Peter Boehringer, Svenja Stadler, Dr. Helge Braun, Dr. Paula Piechotta, Karsten Klein und Dr. Gesine Löttsch

Mit dem Gesetzentwurf ist eine Krankenhausreform beabsichtigt, die folgende zentrale Ziele verfolgt: Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität, Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für Patientinnen und Patienten, Steigerung der Effizienz in der Krankenhausversorgung sowie Entbürokratisierung. Zukünftig werden Leistungen der Krankenhausbehandlung in sogenannte Leistungsgruppen eingeteilt, die einzelnen Krankenhäusern durch die Länder zugewiesen werden. Die Leistungsgruppen werden bundeseinheitlich definiert und mit Qualitätskriterien hinterlegt.

Bisher erfolgt die Finanzierung der Krankenhäuser in weiten Teilen über Fallpauschalen. Künftig sollen Krankenhäuser weitgehend unabhängig von konkreten Behandlungen Mittel für ihnen zugewiesene Leistungsgruppen erhalten (ein sogenanntes Vorhaltebudget). Die bisherigen Fallpauschalen für tatsächlich erfolgte Behandlungen werden abgesenkt, um die benötigten Mittel für die Vorhaltevergütung zu generieren. Die Vorhaltevergütung wird einem Krankenhaus für die ihm jeweils zugewiesenen Leistungsgruppen ausgezahlt.

Sogenannte sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sollen zudem künftig stationäre Leistungen wohnortnah sowohl mit ambulanten als auch mit pflegerischen Leistungen verbinden.

Für die Umsetzung der durch die Krankenhausreform angestoßenen Prozesse können die Krankenhäuser und die für die Investitionskostenfinanzierung zuständigen Länder ab 2026 aus den Mitteln eines Transformationsfonds zielgenau unterstützt werden.

Schließlich soll die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser durch eine vollständige Tariffinanzierung für alle Beschäftigtengruppen und durch die Anwendung des vollen Orientierungswertes verbessert und sollen die jährlichen Förderbeträge für bedarfsnotwendige ländliche Krankenhäuser erhöht werden.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Darüber hinaus hat der Ausschuss für Gesundheit Änderungen am Gesetzentwurf beschlossen, die unter anderem die Erweiterung der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten für bestimmte Krankenhäuser beinhalten, der besonderen Bedeutung der Bundeswehrkrankenhäuser Rechnung tragen sowie eine weitere Ausnahme von der Fusionskontrolle für Krankenhauszusammenschlüsse schaffen. Zudem erfolgten diverse Anpassungen in den Qualitätskriterien der Leistungsgruppen.

Die finanziellen Auswirkungen des Gesetzentwurfs unter Berücksichtigung der vom federführenden Ausschuss für Gesundheit beschlossenen Änderungen auf die öffentlichen Haushalte stellen sich wie folgt dar:

Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Bund, Länder und Kommunen

Dem Bundeshaushalt entstehen durch die Begleitung der Arbeit des Ausschusses nach § 135e Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) und damit im Zusammenhang stehender Aufgaben dauerhafte Mehrausgaben durch personelle Mehrbedarfe beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG), die nicht quantifizierbar sind.

Dem Bundeshaushalt entstehen durch die Festlegung von Mindestvorhaltezahlen für die Krankenhausbehandlung durch das BMG nach § 135f SGB V dauerhafte Mehrausgaben in Höhe von geschätzt rund 310.000 Euro pro Jahr.

Begleitend zur Umstellung der Krankenhausfinanzierung und der damit einhergehenden Veränderungen sind bundesweite Informations- und Aufklärungsmaßnahmen erforderlich. Dem Bundeshaushalt entstehen daher im Zuge des Transformationsprozesses Mehrausgaben in Höhe von 16 Mio. Euro für die Aufklärungsarbeit gegenüber Patientinnen und Patienten sowie den Beschäftigten im Gesundheitswesen.

Etwaige Mehrbedarfe im Sach- und Personalhaushalt sind vollständig und dauerhaft im fachlich betroffenen Einzelplan gegenzufinanzieren, über die in den jährlich stattfindenden Haushaltsverhandlungen zu entscheiden sein wird.

Im Bereich der Beihilfe entstehen Bund, Ländern und Kommunen jährliche Mehrausgaben in Höhe eines mittleren zweistelligen Millionenbetrags. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass potenzielle Mehrbelastungen aufgrund der Maßnahmen zur Einführung der vollständigen und umfassenden Tariffinanzierung aller Beschäftigtengruppen sowie zur Anwendung des vollen Orientierungswerts für Krankenhäuser abhängig von der Höhe zukünftiger Tarifabschlüsse über dem Veränderungswert sowie der Höhe der zukünftigen Orientierungswerte sind und daher nicht belastbar quantifizierbar sind, sodass die Mehrausgaben in einzelnen Jahren auch über einem mittleren zweistelligen Millionenbetrag liegen können.

Mit der Einrichtung eines Transformationsfonds und den Regelungen zu den Eigenfinanzierungsanteilen der Länder wird in den Jahren 2026 bis 2035 ein Finanzvolumen von insgesamt bis zu 50 Mrd. Euro bereitgestellt, das jeweils zur Hälfte durch die Länder und aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) und damit aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufzubringen ist. Durch die mit dem Transformationsfonds geförderte Bündelung und Schwerpunktsetzung von Krankenhauskapazitäten ist in der Folge von einer nicht näher quantifizierbaren Effizienz- und Qualitätssteigerung der stationären Versorgung auszugehen.

Den Mehrausgaben stehen ab dem Jahr 2025 Effizienzgewinne beziehungsweise Minderausgaben gegenüber. Diese ergeben sich aus den verschiedenen Regelungen und ihren Wirk- und Anreizmechanismen. Durch die Einführung einer mengenunabhängigen Vorhaltevergütung samt entsprechender Verringerung der Fallpauschalen um den Vorhalteanteil sowie die Einführung von Fallzahlkorridoren werden Anreize zur Mengenausweitung seitens der Krankenhäuser erheblich reduziert, so dass auch angesichts des aktuell im langfristigen Vergleich geringen Fallzahlniveaus bzw. der geringeren

Auslastung von einer zukünftig reduzierten Mengendynamik auszugehen ist. Die Zuweisung von Leistungsgruppen in Verbindung mit Vorhaltezahlen und Qualitätskriterien fördert auf Ebene der Krankenhäuser eine stärkere Spezialisierung und reduziert Anreize zur Gelegenheitsversorgung in vielen verschiedenen medizinischen Fachgebieten. Gemeinsam mit der gezielten Förderung der Schließung von nicht bedarfsnotwendigen Stationen und Standorten im Rahmen des Transformationsfonds wird dies zu einem Abbau der im internationalen Vergleich hohen, aber nur mittelmäßig ausgelasteten Bettenkapazität führen, was die laufenden Gesamtkosten mitsamt der Belastung der Kostenträger senken wird. Darüber hinaus führt die stärkere Spezialisierung, welche zusätzlich im Rahmen der Regelungen zur Förderung von Konzentrationsbemühungen und Verbesserungen der Qualität im Bereich der Onkologie unterstützt wird, zu einer qualitativ besseren Behandlung der bestehenden Fälle inklusive einer Reduzierung von Wiederaufnahme- und Komplikationsraten samt entsprechender Kosten für die Kostenträger. Die Einführung und gezielte Förderung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen wird angesichts der im internationalen Vergleich überdurchschnittlichen Zahl von Belegungstagen je Einwohner und langer Verweildauern dazu beitragen, die hohen Ambulantisierungspotenziale zu heben, so dass insbesondere ein Teil der heute im Rahmen kurzer Krankenhausaufenthalte von unter drei Tagen vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten zukünftig verstärkt im Rahmen kosteneffizienterer, ambulanter Versorgungsmodelle behandelt werden wird. An dieser Stelle ist insbesondere die Schaffung einer speziellen sektorengleichen Vergütung (sog. Hybrid-DRGs) zu nennen, durch die Anreize für eine deutliche Ausweitung der Ambulantisierung gesetzt wird.

Gesetzliche Krankenversicherung

Auswirkungen auf eine etwaige Erhöhung des Systemzuschlags durch die Neueinrichtung einer Geschäftsstelle beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Koordination und Begleitung der Arbeit des Ausschusses nach § 135e Absatz 3 des SGB V sind nicht quantifizierbar, da dies u.a. auch von der Möglichkeit einer Nutzung von bestehenden Ressourcen im G-BA und der etwaigen Hebung von Synergieeffekten abhängt. Der personelle und sachliche Bedarf der Geschäftsstelle beim G-BA wird auf Vorschlag des Leistungsgruppenausschusses vom G-BA im Einvernehmen mit dem BMG bestimmt.

Die dem zeitlich begrenzten Transformationsfonds insgesamt bis 2035 zur Verfügung stehenden Mittel in Höhe von bis zu 25 Mrd. Euro werden – soweit sie abgerufen werden – aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds aufgebracht. Diesen Mehrausgaben stehen dauerhaft wirkende Einsparpotenziale gegenüber, die durch Struktureffekte wie zum Beispiel die Konzentration der Angebotsstrukturen und eine Qualitätsverbesserung entstehen und nicht genau quantifiziert werden können.

Im Jahr 2024 entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung basiswirksame Mehrausgaben in Höhe eines mittleren dreistelligen Millionenbetrages. Ab 2025 entstehen jährliche Mehrausgaben in Höhe von 378 Mio. Euro für Zuschläge zur Pädiatrie und Geburtshilfe, die ab 2027 um weitere 327 Mio. Euro für weitere vorgesehene Zuschläge jährlich aufwachsen. Zusätzlich können ab dem Jahr 2025 noch nicht bezifferbare jährliche Mehrkosten entstehen aufgrund der Maßnahmen zur Einführung der vollständigen und umfassenden Tariffinanzierung aller Beschäftigtengruppen sowie bei Anwendung des vollen Orientierungswerts für Krankenhäuser.

Den Mehrausgaben stehen ab dem Jahr 2025 Effizienzgewinne beziehungsweise Minderausgaben gegenüber. Diese ergeben sich aus den verschiedenen Regelungen und ihren Wirk- und Anreizmechanismen. Durch die Einführung einer mengenunabhängigen Vorhaltevergütung samt entsprechender Verringerung der Fallpauschalen um den Vorhalteanteil sowie die Einführung von Fallzahlkorridoren werden Anreize zur Mengenausweitung seitens der Krankenhäuser erheblich reduziert, so dass auch angesichts des aktuell im langfristigen Vergleich geringen Fallzahlniveaus beziehungsweise der geringeren Auslastung von einer zukünftig reduzierten Mengendynamik auszugehen

ist. Bereits eine jährliche Reduktion der Mengendynamik um einen Prozentpunkt reduziert den Ausgabenzuwachs jedes Jahr um rund 650 Mio. Euro. Die Zuweisung von Leistungsgruppen in Verbindung mit Vorhaltezahlen und Qualitätskriterien fördert auf Ebene der Krankenhäuser eine stärkere Spezialisierung und reduziert Anreize zur Gelegenheitsversorgung in vielen verschiedenen medizinischen Fachgebieten. Gemeinsam mit der gezielten Förderung der Schließung von nicht bedarfsnotwendigen Stationen und Standorten im Rahmen des Transformationsfonds wird dies zu einem Abbau der im internationalen Vergleich hohen, aber nur mittelmäßig ausgelasteten Bettenkapazität führen, was die laufenden Gesamtkosten mitsamt der Belastung der Kostenträger senken wird. Darüber hinaus führt die stärkere Spezialisierung, welche zusätzlich im Rahmen der Regelungen zur Förderung von Konzentrationsbemühungen und Verbesserungen der Qualität im Bereich der Onkologie unterstützt wird, zu einer qualitativ besseren Behandlung der bestehenden Fälle inklusive einer Reduzierung von Wiederaufnahme- und Komplikationsraten samt entsprechender Kosten für die Kostenträger. Die Einführung und gezielte Förderung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen sowie die spezielle sektorengleiche Vergütung werden angesichts der im internationalen Vergleich überdurchschnittlichen Zahl von Belegungstagen je Einwohner und langer Verweildauern dazu beitragen, hohen Ambulantisierungspotenziale zu heben, so dass insbesondere ein Teil der heute im Rahmen kurzer Krankenhausaufenthalte von unter drei Tagen vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten zukünftig verstärkt im Rahmen kosteneffizienterer, ambulanter Versorgungsmodelle behandelt werden wird. In der Gesamtbetrachtung ist aufgrund dieser Wirkmechanismen im Jahr 2025 für die gesetzlichen Krankenkassen von Minderausgaben in Höhe 330 Mio. Euro auszugehen. Diese Minderausgaben steigen 2026 auf eine Mrd. Euro und nachfolgend jährlich um jeweils eine Mrd. Euro an.

Erfüllungsaufwand

Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für Bürgerinnen und Bürger ergeben sich keine Veränderungen beim Erfüllungsaufwand infolge der gesetzlichen Änderungen.

Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Für die Wirtschaft vermindert sich der jährliche Erfüllungsaufwand um rund 712.000 Euro. Insgesamt entsteht einmaliger Aufwand von rund 287.000 Euro. Unterschieden nach den einzelnen Artikeln des Gesetzentwurfs:

- Artikel 1 mit Bezug auf die Änderungen des SGB V bewirkt für die Wirtschaft eine Abnahme des jährlichen Erfüllungsaufwands um geschätzt circa 203.000 Euro. Insgesamt entsteht einmaliger Aufwand von geschätzt rund 247.000 Euro.
- Artikel 2 mit Bezug auf die Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) bewirkt für die Wirtschaft zusätzlichen jährlichen Erfüllungsaufwand in Höhe von schätzungsweise rund 9.000 Euro. Insgesamt entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von geschätzt rund 22.000 Euro.
- Artikel 3 mit Bezug auf die Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) bewirkt für die Wirtschaft eine Abnahme des jährlichen Erfüllungsaufwands um geschätzt circa 518.000 Euro. Insgesamt entsteht einmaliger Aufwand von geschätzt rund 18.000 Euro.
- Artikel 4 mit Bezug auf die Änderungen der Bundespflegeverordnung (BPfIV) hat für die Wirtschaft keine (nennenswerten) Auswirkungen auf den Erfüllungsaufwand.
- Artikel 5 mit Bezug auf die Änderung der Verordnung zur Regelung weiterer

Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser hat für die Wirtschaft keine Auswirkungen auf den Erfüllungsaufwand.

- Artikel 6 mit Bezug auf die Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen hat für die Wirtschaft keine Auswirkungen auf den Erfüllungsaufwand.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Davon entfallen circa 186.000 Euro auf jährliche Bürokratiekosten aus Informationspflichten sowie rund 240.000 Euro auf einmalige Informationspflichten. Unterschieden nach den einzelnen Artikeln des Gesetzentwurfs:

- Artikel 1 mit Bezug auf die Änderungen des SGB V bewirkt eine Zunahme der Bürokratiekosten aus Informationspflichten um geschätzt rund 4.000 Euro jährlich. Die einmaligen Informationspflichten belaufen sich auf 240.000 Euro.
- Artikel 2 mit Bezug auf die Änderungen des KHG bewirkt jährliche Bürokratiekosten aus Informationspflichten in Höhe von schätzungsweise rund 3.000 Euro.
- Artikel 3 mit Bezug auf die Änderungen des KHEntgG bewirkt Bürokratiekosten aus Informationspflichten in Höhe von geschätzt rund 179.000 Euro jährlich.
- Artikel 4 mit Bezug auf die Änderungen der BPfIV hat für die Wirtschaft keine (nennenswerten) Auswirkungen auf die Bürokratiekosten.
- Artikel 5 mit Bezug auf die Änderungen der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser hat für die Wirtschaft keine Auswirkungen auf die Bürokratiekosten.
- Artikel 6 mit Bezug auf die Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen hat für die Wirtschaft keine Auswirkungen auf die Bürokratiekosten.

Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Für die Verwaltung erhöht sich der jährliche Erfüllungsaufwand um geschätzt rund 2.503.000 Euro. Davon entfallen circa 1.611.000 Euro an jährlichem Erfüllungsaufwand auf den Bund oder die Selbstverwaltung beziehungsweise Sozialversicherung und rund 892.000 Euro auf die Länder inklusive Kommunen. Der einmalige Erfüllungsaufwand beträgt geschätzt rund 1.887.000 Euro, davon circa 177.000 Euro für die Länder. Unterschieden nach den einzelnen Artikeln des Gesetzentwurfs:

- Artikel 1 mit Bezug auf die Änderungen des SGB V bewirkt für die Verwaltung eine Änderung des jährlichen Erfüllungsaufwands um geschätzt rund 336.000 Euro. Diese entfallen fast vollständig auf die Verwaltungsebene der Selbstverwaltung beziehungsweise Sozialversicherung. Der einmalige Erfüllungsaufwand beträgt geschätzt rund 284.000 Euro, die fast vollständig auf die Verwaltungsebene der Selbstverwaltung beziehungsweise Sozialversicherung entfallen.
- Artikel 2 mit Bezug auf die Änderungen des KHG bewirkt für die Verwaltung eine Änderung des jährlichen Erfüllungsaufwands um geschätzt rund 3.001.000 Euro. Davon entfallen rund 2.109.000 Euro auf den Bund inklusive der Selbstverwaltung beziehungsweise Sozialversicherung sowie rund 892.000 Euro auf die Länder. Der einmalige Erfüllungsaufwand beträgt geschätzt rund 1.561.000 Euro. Davon entfallen rund 1.385.000 Euro auf den Bund inklusive der Selbstverwaltung beziehungsweise Sozialversicherung sowie rund 177.000 Euro auf die Länder.

- Artikel 3 mit Bezug auf die Änderungen des KHEntgG bewirkt für die Verwaltung eine Abnahme des jährlichen Erfüllungsaufwands um geschätzt rund 834.000 Euro. Diese entfallen vollständig auf die Verwaltungsebene der Selbstverwaltung beziehungsweise Sozialversicherung. Der einmalige Erfüllungsaufwand beträgt geschätzt rund 42.000 Euro für die Selbstverwaltung beziehungsweise Sozialversicherung.
- Artikel 4 mit Bezug auf die Änderungen der BPfIV hat für die Verwaltung keine (nennenswerten) Auswirkungen auf den Erfüllungsaufwand.
- Artikel 5 mit Bezug auf Änderungen der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser hat für die Verwaltung keine Auswirkungen auf den Erfüllungsaufwand.
- Artikel 6 mit Bezug auf die Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen hat für die Verwaltung keine Auswirkungen auf den Erfüllungsaufwand.

Weitere Kosten

Den privaten Krankenversicherungsunternehmen entstehen jährliche Mehrausgaben in Höhe eines niedrigen dreistelligen Millionenbetrags. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass potenzielle Mehrbelastungen aufgrund der Maßnahmen zur Einführung der vollständigen und umfassenden Tarifierfinanzierung aller Beschäftigtengruppen sowie zur Anwendung des vollen Orientierungswerts für Krankenhäuser abhängig von der Höhe zukünftiger Tarifabschlüsse über dem Veränderungswert sowie der Höhe der zukünftigen Orientierungswerte sind und daher nicht belastbar quantifizierbar sind, sodass die Mehrausgaben in einzelnen Jahren auch über einem niedrigen dreistelligen Millionenbetrag liegen können.

Den Mehrausgaben stehen ab dem Jahr 2025 Effizienzgewinne beziehungsweise Minderausgaben gegenüber. Sie ergeben sich aus einer verbesserten, qualitativ hochwertigeren Versorgung der einzelnen Patientinnen und Patienten sowie einer verbesserten stationären Versorgungsstruktur im Rahmen von Ambulantisierung, Bettenabbau, Spezialisierung, dem Entfallen medizinisch nicht notwendiger stationärer Krankenhausbehandlungen und durch Umwandlung der Krankenhausstandorte in sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen.

Der Haushaltsausschuss hält den Gesetzentwurf mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktion der AfD sowie der Gruppen Die Linke und BSW für mit der Haushaltslage des Bundes vereinbar.

Die Finanzplanung des Bundes für die Folgejahre ist entsprechend fortzuschreiben.

Dieser Bericht beruht auf der vom federführenden Ausschuss für Gesundheit vorgelegten Beschlussempfehlung.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Berlin, den 16. Oktober 2024

Der Haushaltsausschuss

Dr. Helge Braun

Vorsitzender und Berichterstatter

Peter Boehringer

Berichterstatter

Svenja Stadler

Berichterstatterin

Dr. Paula Piechotta

Berichterstatterin

Karsten Klein

Berichterstatter

Dr. Gesine Löttsch

Berichterstatterin

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.