

## **Antwort**

### **der Bundesregierung**

#### **auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU**

#### **– Drucksache 20/9167 –**

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

#### Vorbemerkung der Fragesteller

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 Krankenhaus-Landschaft 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 komplexen Erkrankungen erfordert die Verwendung von hochwertigen Medizinprodukten.

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?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Erkenntnisse vor. Das Statistische Bundesamt ermittelt die Investitionen nicht mit einer derartigen Detailliertheit.

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?

Im Rahmen der dualistischen Krankenhausfinanzierung sind ausschließlich die Länder für die Förderung der Investitionen der Krankenhäuser zuständig. Hierzu gehört auch die Förderung von Investitionen in die medizintechnische Ausstattung der Krankenhäuser. Nach den zwischen Bund und Ländern geeinten Eckpunkten zur Krankenhausreform vom 10. Juli 2023 weisen die Länder den Krankenhäusern einzelne Leistungsgruppen durch Bescheid zu. Voraussetzung für eine Zuweisung ist, dass das Krankenhaus die Qualitätskriterien für die jeweilige Leistungsgruppe erfüllt. Daher ist davon auszugehen, dass die Länder bei ihren Zuweisungsentscheidungen dafür Sorge tragen, dass die Krankenhäuser über die für die Erfüllung der Qualitätskriterien erforderliche medizintechnische Ausstattung verfügen.

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?

Es ist davon auszugehen, dass die Länder bei ihren Entscheidungen über die Zuweisung von Leistungsgruppen die Nutzung der in den Krankenhäusern vorhandenen medizintechnischen Infrastruktur berücksichtigen.

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?

Die Sicherstellung der effizienten Nutzung der medizintechnischen Infrastruktur in den unterschiedlichen Bereichen der Leistungserbringung unterfällt der Organisationshoheit der betroffenen Leistungserbringer.

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?

Die Fragen 5 bis 7 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Auf die Ausführungen in der Antwort zu Frage 2 zur Verantwortung der Länder für eine ausreichende Investitionsfinanzierung im Krankenhausbereich wird verwiesen. Der Bundesregierung ist bekannt, dass die von den Ländern für die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser zur Verfügung gestellten Mittel seit längerer Zeit unzureichend sind. Der Bund hat aber keine Möglichkeit, die Länder zur Bereitstellung höherer Investitionsfördermittel zu verpflichten oder den Ländern vorzugeben, für welche Zwecke sie Investitionsfördermittel in welcher Höhe bereitzustellen haben.

Mit dem Krankenhauszukunftsfonds, der mit dem zum 29. Oktober 2020 in Kraft getretenen Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) vom 23. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2 208) zur Umsetzung des Zukunftsprogramms Krankenhäuser eingerichtet wurde, wurden bereits Mittel aus dem Bundeshaushalt in Höhe von 3 Mrd. Euro für Investitionen im Bereich der Digitalisierung von Krankenhäusern zur Verfügung gestellt.

8. Wie wird nach Plänen der Bundesregierung evaluiert, ob sich die Ergebnisqualität der Versorgung durch die Krankenhausreform tatsächlich evident verbessert?

Durch die Festlegung und Weiterentwicklung bundeseinheitlicher Qualitätskriterien für Leistungsgruppen wird erstmals eine flächendeckende Strukturqualität in den Krankenhäusern umgesetzt und gesichert. Dies trägt dazu bei, dass Leistungen nur in den Krankenhäusern erbracht werden, in denen die geeignete technische Ausstattung, das richtig qualifizierte Personal sowie erforderliche Fachdisziplinen zur Vor-, Mit- und Nachbehandlung dafür vorhanden sind. Dies sichert jedoch nicht nur Strukturqualität, sondern gewährleistet Versorgungssicherheit und fördert eine hohe Behandlungsqualität. Verschiedene wissenschaftliche Untersuchungen (bspw. die im Rahmen des Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss geförderten Projekte „Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren – WiZen“ und „OptiStruk – Optimale Zuordnung von Patienten zu Fachabteilungen in Krankenhäusern nach Strukturqualität“) zeigen diesbezüglich, dass sich (die Festlegung und regelmäßige Überprüfung von) Anforderungen an die Strukturqualität positiv auf das Behandlungsergebnis auswirken. Auch die fünfte Stellungnahme der Regierungskommission „Verbesserung von Qualität und Sicherheit der Gesundheitsversorgung – Poten-

zialanalyse anhand exemplarischer Erkrankungen“ verdeutlicht diesen positiven Zusammenhang. Wie die Auswirkungen der Krankenhausreform auf die Qualität der Versorgung analysiert werden können, wird zu prüfen sein. Dabei wird auch zu klären sein, ob der isolierte Einfluss der Krankenhausreform auf die Verbesserung der Versorgungsqualität aus wissenschaftlichen Gesichtspunkten seriös evaluiert werden kann. Grundsätzlich können hierzu etwa longitudinale Auswertungen und Betrachtungen auf Grundlage vorhandener Daten aus dem Bereich der Qualitätssicherung verwendet werden.

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?

Die Entscheidung über die Nutzung der Investitionsbewertungsrelationen für die Investitionsfinanzierung obliegt den Ländern.

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?

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse über erwartbar heterogene Entwicklungen hinsichtlich der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (sogenannte Level-II-Krankenhäuser) vor. Gemäß dem zwischen Bund und Ländern geeinten Eckpunktepapier sollen Level-II-Häuser Leistungen nur dann erbringen dürfen, wenn sie die für die jeweilige Leistung festgelegten Qualitätskriterien erfüllen. Die Qualität der Leistungserbringung soll insoweit durch entsprechende Regelungen im Rahmen der Krankenhausreform sichergestellt werden. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass alle Leistungserbringer der ambulanten, stationären und rehabilitativen Versorgung gesetzlich verpflichtet sind, ein internes Qualitätsmanagement einzuführen und sich an Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu beteiligen. Die Maßnahmen der bundesgesetzlich vorgeschriebenen Qualitätssicherung sind in den §§ 135a ff. des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelt.

11. Welche Bedeutung kommt nach Plänen der Bundesregierung der Vergütungssystematik der vorgesehenen sektorübergreifenden Vergütung zu – insbesondere hinsichtlich der Abbildung der jeweiligen Leistungskomponenten (insbesondere ärztliche, nichtärztliche Versorgung, Sachkosten)?

Gemäß des zwischen Bund und Ländern konsentierten Eckpunktepapiers zur Krankenhausreform vom 10. Juli 2023 soll die Vergütungssystematik der sektorübergreifenden Versorgungseinrichtungen aus einem Finanzierungsmix bestehen, welcher für die voll- und teilstationären Leistungen eine oder mehrere Tagespauschalen vorsieht. Die Tagespauschale umfasst die Kosten für die nicht ärztliche Versorgung und die Sachkosten. Sie umfasst ebenso, sofern die ärztliche Leistungserbringung durch am Krankenhaus festangestellte Ärztinnen und Ärzte erfolgt, die Kosten für die ärztliche Versorgung. Wird die ärztliche Leistung durch zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärztinnen oder Ärzte erbracht, wird diese Leistung mit dem ärztlichen Leistungsanteil der jeweiligen Gebührenordnungsposition des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (EBM) vergütet.

Die Vergütung der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen soll so ausgestaltet werden, dass die Einrichtungen wirtschaftlich auskömmlich agieren können. Fehlanreize sollen vermieden werden. Neben der Vergütung der voll- und teilstationär erbrachten Leistungen werden die von den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen erbrachten Leistungen nach den für sie geltenden Vergütungsregeln vergütet (z. B. ambulante Leistungen nach den §§ 115b und 115f SGB V, Übergangspflege nach § 39e SGB V). Perspektivisch soll eine sektorenübergreifende Vergütung erreicht werden.

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?

Die Fragen 12 bis 14 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Anwendung telemedizinischer Lösungen wird zu einer Intensivierung der intrasektoralen, der intersektoralen und der interprofessionellen Zusammenarbeit der Leistungserbringer führen. Die Auswirkungen auf die Versorgungsprozesse werden maßgeblich davon abhängen, welche telemedizinischen Anwendungen im Einzelfall zum Einsatz kommen.

Sektorenübergreifende telemedizinische Leistungen wie Telekonsile, telemedizinische Fallbesprechungen und Videosprechstunden sollen künftig auch in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (sogenannte Level II-Krankenhäuser) umfassend angewandt werden, insbesondere um den nötigen fachlich-medizinischen Austausch zwischen Leistungserbringern sicherzustellen. Über den Einsatz telemedizinischer Anwendungen und Lösungen entscheiden die einzelnen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen im Rahmen ihrer Organisationshoheit.

Der Gesetzgeber hat die Rahmenbedingungen für die Erbringung telemedizinischer Leistungen in den vergangenen Jahren sukzessive weiterentwickelt, so dass sektorenübergreifende telemedizinische Leistungen bereits heute in einem weiten Umfang von den Leistungserbringern erbracht und zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden können. Hierzu zählen unter anderem Telekonsile, telemedizinische Fallbesprechungen und Videosprechstunden. Nach den Informationen des ergänzenden Bewertungsausschusses im Zusammenhang mit der Berichtspflicht nach § 87 Absatz 2a Satz 16 SGB V werden sektorenübergreifende Telekonsile zwischen Leistungserbringern zu patientenbezogenen Fragestellungen seit dem Jahr 2020 zunehmend in Anspruch genommen (vgl. Bericht des Bewertungsausschusses und des ergänzenden Bewertungsausschusses zur telemedizinischen Leistungserbringung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab, Bundestagsdrucksache 20/4982).

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?

Auf der Grundlage des im Juli 2023 gemeinsam von Bund und Ländern vorgelegten Eckpunktepapiers werden derzeit konkrete Regelungen für ein Krankenhausreformgesetz erarbeitet. Sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen soll gemäß den Eckpunkten künftig eine zentrale Rolle auf dem Weg zu einer sektorenübergreifenden und integrierten Gesundheitsversorgung zukommen – sie sollen stationäre Leistungen wohnortnah sowohl mit ambulanten als auch mit medizinisch-pflegerischen Leistungen verbinden und sind als Grundlage für weitere Schritte hin zu einer sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung zu verstehen. Die im Rahmen der Erarbeitung des Gesetzentwurfs zu entwickelnden, konkreten Rahmenbedingungen befinden sich derzeit noch in der Abstimmung zwischen Bund und Ländern und bleiben abzuwarten.

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?

Es ist Aufgabe der Länder, eine flächendeckende stationäre Versorgung sicherzustellen. Im ambulanten Bereich haben die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Aufgabe, die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen. Es ist davon auszugehen, dass die Länder und die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Kassenärztliche Bundesvereinigung sich bei der Erfüllung dieser Aufgabe abstimmen.

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?

Die sektorenübergreifenden Versorger (Level II-Krankenhäuser) sollen stationäre Leistungen der interdisziplinären Grundversorgung wohnortnah sowohl mit ambulanten fachärztlichen sowie hausärztlichen Leistungen als auch mit medizinisch-pflegerischen Leistungen verbinden. Sie werden einen wichtigen Beitrag zu einer flächendeckend bedarfsnotwendigen Versorgung leisten und sich durch eine enge Zusammenarbeit mit anderen weiteren Leistungserbringern im Bereich der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung auszeichnen. Die genaue Ausgestaltung und deren Finanzierung ist Teil der derzeitigen Gespräche zwischen Bund, Ländern und Regierungsfractionen und bleibt somit abzuwarten.

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])?

Bei der Einführung der Vorhaltevergütung und der damit korrespondierenden Absenkung der Fallpauschalen soll laut des Eckpunktepapiers die Finanzierung der fallbezogenen Sachkosten gewährleistet bleiben. Bei der Erarbeitung eines Gesetzentwurfs zur Umsetzung der Krankenhausreform wird diese Vorgabe berücksichtigt, indem die variablen Sachkosten von den Kosten abgezogen werden, die bei der Absenkung der Fallpauschalen zugrunde gelegt werden. Damit werden die variablen Sachkosten wie bisher über die Fallpauschalen vergütet. Finanzielle Anreize, sachkostenintensive Leistungen nicht mehr zu erbringen, werden somit vermieden.

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?

Auf die Ausführungen in der Antwort der Bundesregierung zu Frage 2 zur Verantwortung der Länder für eine ausreichende Investitionsfinanzierung im Krankenhausbereich wird verwiesen. Es ist nicht das Ziel der im Rahmen der Krankenhausreform vorgesehenen Weiterentwicklung der Krankenhausvergütung, den nicht gedeckten Investitionsbedarf zu finanzieren. Dies würde zu einer nicht akzeptablen Querfinanzierung von Investitionen aus Mitteln der Beitragszahler führen.

Zur Reduktion von Mengenanreizen und damit auch zur Reduktion des sogenannten „Hamsterradeffektes“ soll eine Vorhaltevergütung für die Krankenhäuser eingeführt werden. Die Vorhaltevergütung soll unabhängig von der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen dem einzelnen Krankenhaus ausbezahlt werden. Zudem sollen gemäß des zwischen Bund und Ländern konsentierten Eckpunktepapieres vom 10. Juli 2023 zur Krankenhausreform zusätzliche Mittel für die Erbringung von koordinierenden und vernetzenden Aufgaben sowie für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Notfallversorgung, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin zur Verfügung gestellt werden.

In den parlamentarischen Beratungen zum Krankenhaustransparenzgesetz, das der Deutsche Bundestag am 19. Oktober 2023 beschlossen hat, wurden zudem Maßnahmen vorgesehen, mit denen die Liquidität der Krankenhäuser kurzfristig unterstützt wird.

20. Wie stellt die Bundesregierung konkret sicher, dass die für eine Umsetzung der Krankenhausreform vorgesehenen Maßnahmen tatsächlich zu einer Bürokratieentlastung beitragen (Auswirkungsanalyse Bürokratieaufwand)?

Nach dem von Bund und Ländern gemeinsam vorgelegten Eckpunktepapier vom Juli 2023 ist Entbürokratisierung eines der drei zentralen Ziele der Krankenhausreform.

Bei den vorgesehenen Maßnahmen für die Umsetzung einer Krankenhausreform wird geprüft, wie diese ohne weiteren Bürokratieaufwand ausgestaltet werden können und ob, auch unabhängig von der Krankenhausreform, bürokratieentlastende Maßnahmen ergriffen werden können. Die im Rahmen der Krankenhausreform vorgesehene Streichung des Fixkostendegressionsabschlags (FDA) wird zur Bürokratieentlastung beitragen, da die Vereinbarung des FDA die Komplexität der Budgetverhandlungen beträchtlich erhöht. Daher ist anzunehmen, dass die Aufhebung des FDA zur Beschleunigung der Budgetverhandlungen beiträgt und den Erfüllungsaufwand für die Vertragsparteien vor Ort reduziert.

Die Eckpunkte sehen darüber hinaus eine umfassende Evaluation der Krankenhausreform fünf Jahre nach deren Start vor.

Auf der Grundlage des Eckpunktepapiers wird derzeit in enger Abstimmung zwischen Bund und Ländern ein Entwurf für ein Krankenhausreformgesetz erarbeitet; die konkrete Ausgestaltung der Regelungen bleibt daher abzuwarten. Bürokratiekosten werden regelhaft im Rahmen der Formulierung des Erfüllungsaufwands bei der Erstellung des Gesetzentwurfs berücksichtigt.

Unabhängig von der Krankenhausreform ist zudem auf die Empfehlungen des Bundesministeriums für Gesundheit gemäß § 220 Absatz 4 SGB V zum Bürokratieabbau im Gesundheitswesen hinzuweisen. In der stationären Versorgung ist beispielsweise vorgesehen, die Abrechnungsprüfungen in der stationären Kinder- und Jugendmedizin abzuschaffen. Dies wird die pädiatrische Versorgung von bürokratischem Aufwand entlasten.

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?

Es ist Aufgabe der Länder, eine flächendeckende stationäre Versorgung sicherzustellen. Es ist davon auszugehen, dass die Länder im Rahmen ihrer Entscheidungen über die Zuweisung von Leistungsgruppen auch die wohnortnahe Behandlung von Patientinnen und Patienten mit fortgeschrittenen Erkrankungen sicherstellen werden.