



CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag • Platz der Republik 1 • 11011 Berlin

An die  
Mitglieder der CDU/CSU-Fraktion  
im Deutschen Bundestag

im Hause

Berlin, 22. März 2024

## Referentenentwurf „Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz“

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wie Sie aus den Medien entnehmen konnten, wurde am 17. März 2024 nach langem Hinhalten seitens des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und offenbar auch zur Überraschung der Koalitionsfraktionen ein Referentenentwurf des BMG zur **Krankenhausreform** („Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz“ – KHVVG) bekannt. Dieser Referentenentwurf lag den Medien vor, bevor er allen Bundesländern zur Verfügung gestellt wurde – ein weiterer Affront von Bundesgesundheitsminister Lauterbach gegenüber den Ländern, die verfassungsrechtlich begründet die Hoheit bei der Krankenhausplanung innehaben.

Als eine umfassende Fortschreibung des zuletzt bekannt gewordenen Arbeitsentwurfs vom 13. November 2023 sieht der vorliegende Referentenentwurf im Kern folgende Regelungen vor, die wir Ihnen auch mit Blick auf Ihre Wahlkreisarbeit gerne zur Kenntnis geben und einordnen möchten:

### Krankenhausplanung über Leistungsgruppen

Für die Krankenhausplanung auf Landesebene sollen vom Bund 65 **Leistungsgruppen als Planungsinstrument** vorgegeben werden (§ 135e SGB V). Damit ein Krankenhaus künftig eine Behandlung durchführen darf, muss zuvor zwingend eine **Zuweisung** der entsprechenden Leistungsgruppe durch die **Landesplanungsbehörde** erfolgt sein.

Für die Zuweisung der Leistungsgruppen schreibt das BMG **zentralistisch strikte Strukturvorgaben** (apparative Ausstattung, Zahl der Intensivbetten, andere Fachabteilungen etc.) vor, die auf Bundesebene einheitlich für alle Krankenhäuser festgelegt werden sollen.

**Tino Sorge MdB**  
Gesundheitspolitischer  
Sprecher

Platz der Republik 1  
11011 Berlin

T 030. 227-77410  
F 030. 227-76408

[tino.sorge@bundestag.de](mailto:tino.sorge@bundestag.de)  
[www.cducusu.de](http://www.cducusu.de)

**Stephan Pilsinger MdB**  
Fachpolitischer Sprecher  
der CSU-Landesgruppe

Platz der Republik 1  
11011 Berlin

T 030. 227-72520  
F 030. 227-70520

[stephan.pilsinger@bundestag.de](mailto:stephan.pilsinger@bundestag.de)  
[www.cducusu.de](http://www.cducusu.de)

Hierzu gelten bis Ende 2026 übergangsweise die Qualitätsvorgaben aus Nordrhein-Westfalen, ab 2027 sollen per Rechtsverordnung des BMG mit Zustimmung des Bundesrates neue Vorgaben erlassen werden. Nur wenn die **Entfernung zum nächsten Krankenhaus 30 Min.** (Leistungsgruppe Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie) bzw. für die **übrigen Leistungsgruppen 40 Min.** beträgt, ist eine temporäre Abweichung von den Qualitätskriterien der Leistungsgruppen durch die Krankenhausplanungsbehörden möglich. Eine unbefristete Ausnahmeregelung für die Qualitätskriterien ist nur für die sogenannten Sicherstellungshäuser möglich.

Im Ergebnis soll **nicht mehr das Land** bestimmen, wo ein Krankenhaus welche Leistungen anbietet, sondern der Bund über die Strukturanforderungen der Leistungsgruppen. Für uns ist das ein **klarer Verstoß** gegen die vom **Grundgesetz** geregelte **Planungshoheit** der Länder!

In regelmäßigen Abständen von zwei Jahren soll durch den Medizinischen Dienst überprüft werden, ob alle Voraussetzungen für die Leistungsgruppen vorliegen. Andernfalls muss das Land die Zulassung der entsprechenden Leistungsgruppe zurücknehmen. Dadurch, dass die NRW-Leistungsgruppen nur temporär gelten sollen und die Leistungsgruppen ab 2027 über eine zustimmungspflichtige Rechtsverordnung des BMG neu geregelt werden sollen, **entfällt** gerade für kleinere ländliche Krankenhäuser und ihre Beschäftigten jedwede **Perspektive für eine längerfristige Planung**. Mögliche und nötige Investitionen vom Krankenhausträger so unnötig erschwert.

Die im Referentenentwurf vorgesehenen **Bundesevorgaben** für die Leistungsgruppen sind aus verfassungsrechtlicher Sicht äußerst **kritisch** zu beurteilen. Hierdurch erfolgt ein **Eingriff** des Bundes in die **Planungshoheit** der Länder. Diese werden nur eingeschränkt die Möglichkeit haben, bei der Planung auf die regionale Versorgungssituation einzugehen. Mit dieser Regelung zielt Bundesgesundheitsminister Lauterbach auf eine in seinem Sinne **zentralistische Bereinigung der Krankenhauslandschaft** ab. Dieses Vorgehen führt im Ergebnis zu einer **Aushöhlung der Länderkompetenz** für die Krankenhausplanung.

### **Einführung von Vorhaltepauschalen**

Die bisherigen DRG-Fallpauschalen (also der Pauschalbetrag für eine Behandlung pro Fall aufgrund einer Diagnose, ohne Pflegekosten) sollen neben einer Vorhaltepauschale als zusätzliche Finanzierungskomponente weiter bestehen bleiben. (§ 17b KHG, § 6b KHEntgG). Die Vorhaltepauschale soll nur an Krankenhäuser für die Leistungsgruppen gezahlt werden, die dem Krankenhaus von der Landesplanungsbehörde zugewiesen wurden (siehe Ausführungen unter „Krankenhausplanung über Leistungsgruppen“ oben).

Damit sollen die Krankenhäuser aus dem sogenannten „Hamsterrad“ der Fallzahlsteigerung herausgeführt werden. Dies bezeichnet Minister Lauterbach als die „Entökonomisierung der Krankenhäuser“. Die konkrete Höhe der Vorhaltefinanzierung berechnet sich auf Basis vergangener Fallzahlen und der Fallschwere der am betreffenden Standort erbrachten Behandlungen.

Vom Bundesgesundheitsminister als ein Instrument zur Beseitigung der Fallzahlabhängigkeit der Krankenhäuser angekündigt, basiert die vorgeschlagene **Vorhaltepauschale** auf der zuvor erbrachten Fallzahl des Krankenhauses und ist ein fester Betrag in Euro. Die Erlöse eines Krankenhauses hängen damit weiterhin sehr stark von der Anzahl der behandelten Patienten ab. Mit der Einführung der Vorhaltevergütung findet insgesamt eine **reine Umverteilung** der bereits im System befindlichen Mittel statt. Eine **Verbesserung** der wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser **gibt es** durch die Einführung der Vorhaltepauschalen **nicht**. Allerdings sind erhebliche **Fehlanreize** mit noch unklaren Auswirkungen zu befürchten, die jeweils abhängig sind von Stichtagen und Korridor Grenzen.

### **Mindestvorhaltezahlen**

Neu in den Referentenentwurf eingefügt wurde das Instrument der Mindestvorhaltezahlen. Diese stellen eine **zentralistisch** von der Bundesebene vorgegebene **Mindestmenge** dar, die von jedem Krankenhaus, ob groß oder klein, ob im städtischen oder im ländlichen Raum, erfüllt werden muss. Unterschreiten beispielsweise ländliche Krankenhäuser diese Mindestvorhaltezahlen, soll ihnen die Zulassung und die Abrechnungserlaubnis für diese Leistungsgruppe entzogen werden. Außer, diese Krankenhäuser sind zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend notwendig. Auch wir als CDU/CSU-Fraktion sprechen uns für die Bündelung spezialisierter, planbarer Eingriffe z.B. im Bereich der Onkologie oder der Endoprothetik, an dafür geeigneten Krankenhäusern mit entsprechend geschultem Personal, mit der dafür notwendigen Ausstattung und Erfahrung aus. Mit dieser, von der Regierung geplanten, **pauschalen Herangehensweise** droht nicht wenigen Kliniken im ländlichen Raum auch in der Grundversorgung **massiver Schaden**. Im Übrigen wird auch damit die Planungshoheit der Länder faktisch beschnitten, ja umgangen.

### **Umsetzung der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen**

Ein weiteres Element der Krankenhausreform stellen die sogenannten „sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen“ (§ 115g SGB V) dar. Aus vorigen Debatten auf Bund-Länder-Ebene wurden sie als „Level 1“-Einrichtungen bekannt.

Zur Umsetzung der **sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen** sind noch viele Einzelheiten offen, da sie im Rahmen des vorliegenden Referentenentwurfes nicht geregelt werden. Dies betrifft sowohl die Ausgestaltung des konkreten Leistungsumfanges für die stationäre Versorgung (Vereinbarung zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft [DKG] und dem GKV-Spitzenverband) als auch die Festlegung der Vergütung der sektorenübergreifenden Einrichtungen (Verhandlung zwischen Krankenhausträger und Sozialleistungsträger auf Ortsebene).

Die Finanzierung der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen soll nach den Regelungen im Referentenentwurf **vollständig über das auf Ortsebene vereinbarte finanzielle Gesamtvolumen** gesichert werden. Eine wirtschaftliche Überlebenschance dieser Einrichtungen hängt somit maßgeblich an dem Ausgang der Verhandlungen mit den Sozialleistungsträgern auf Ortsebene. Wichtig ist für uns, jetzt **Planungssicherheit** für Krankenhäuser zu schaffen, die diese neue Versorgungsform anbieten möchten und zudem die **Integrierte Notfallversorgung** in diesen Einrichtungen zu ermöglichen und bundeseinheitlich zu definieren. **Denn für die Bevölkerung ist eine Notfallversorgung vor Ort entscheidend.**

### **Finanzielle Maßnahmen zur Sicherung der Krankenhäuser**

Die **wirtschaftliche Situation** vieler Krankenhäuser ist extrem angespannt. Ursächlich dafür sind die enormen inflationsbedingten Preissteigerungen, die im bestehenden Vergütungssystem nicht ausgeglichen werden. Wie die DKG beziffert, bauen die deutschen Krankenhäuser derzeit monatliche Defizite in Höhe von insgesamt **500 Millionen Euro** auf. 80 Kliniken bundesweit werden nach Einschätzung der DKG in diesem Jahr in ein Insolvenzverfahren rutschen. Damit es nicht schon vor der Reform zu einer **unkontrollierbaren kalten Strukturbereinigung** infolge einer schon jetzt beginnenden Insolvenzwelle kommt, haben wir vonseiten der Union schon im vergangenen Jahr einen Antrag ([BT-Drs. 20/8402](#)) an die Bundesregierung gestellt. Darin fordern wir ein **Vorschaltgesetz** noch vor der Krankenhausreform. Auf diese Weise können die Krankenhäuser wenigstens so lange finanziell stabilisiert werden, bis die Strukturreform abgeschlossen ist. Mit der vorgesehenen Regelung wird jedoch **erst ab 2025** eine volle Refinanzierung des Preissteigerungsindex für Krankenhäuser (Refinanzierung des sog. „Orientierungswertes“) in Aussicht gestellt. Ob damit die bestehenden Finanzierungslücke ausgeglichen wird, bleibt anzuzweifeln.

Im Jahr 2024 soll frühestens nach dem Inkrafttreten des Gesetzes eine Refinanzierung der vollen Tarifsteigerungsrate im Bereich der Personalkosten erfolgen.

Mit dem vorliegenden Referentenentwurf werden zwar die Finanzhilfen des Bundes umgesetzt, die in der Protokollerklärung der Bundesregierung zum Krankenhaustransparenzgesetz vom 20. Februar 2024 angekündigt wurden. Das dürfte aber nicht reichen, um die **drohende Insolvenzwelle** vieler Krankenhäuser im laufenden Jahr 2024 zu verhindern. Wie die gesetzlichen Krankenkassen durch die wahrscheinlich erst ab 2030 wirkende Reform schon im Jahr 2025 330 Millionen Euro und ab 2026 jährlich eine Milliarde Euro durch Effizienzsteigerungen einsparen will, ist mehr als fraglich. Das BMG behauptet dies ohne jegliche Kostenkalkulation.

### Transformationsfonds

Für die Jahre 2026 bis 2035 soll ein Transformationsfonds in Höhe von 50 Milliarden Euro für Investitionen in den Umbau der Krankenhausstruktur aufgesetzt werden. Dieser soll jeweils zur Hälfte von Bund und Ländern finanziert werden (§ 12b KHG). Für den Bundesanteil soll laut Referentenentwurf die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds herangezogen werden. Das heißt, dass dieser Teil der Investitionen für den geplanten Umbau der Krankenhauslandschaft **ausschließlich von den GKV-Versicherten** bezahlt werden sollen. Weitere Mittel sind in keiner Weise vorgesehen. Der Widerstand der gesetzlichen Krankenkassen gegen dieses Vorgehen ist daher verständlicherweise immens. Eine **weitere Steigerung der Krankenkassenbeiträge** dürfte die zwangsläufige Folge sein. Diese **einseitige, massive Belastung** ist nach unserer Einschätzung höchst ungerecht. Dass der Fonds **erst ab 2026** abgerufen werden kann, ist nicht nachvollziehbar und kontraproduktiv, wenn die Reform noch dieses Jahr vom Deutschen Bundestag beschlossen und von den Ländern und Trägern umgesetzt werden soll.

Im **Referentenentwurf fehlen insgesamt Sofortmaßnahmen**, welche einen **Ausgleich der extremen Kostensteigerungen** der vergangenen Jahre sicherstellen, wie wir sie in unserem Antrag fordern. Zudem werden mit dem Rückgriff auf die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds die Finanzen der gesetzlichen Krankenkassen, die ohnehin stark strapaziert sind und deren strukturelle Reform die Bundesregierung weiter verschleppt, belastet.

### Fazit

Insgesamt wird deutlich, dass der vorliegende Referentenentwurf die **vollmundigen Versprechungen** des Bundesgesundheitsministers zu einer „Revolution“ für die deutschen Krankenhäuser bei weitem verfehlt. **Entökonomisierung, Entbürokratisierung und verbesserte, qualitätssteigernde Versorgung der Patienten werden nicht erreicht**. Die **Bundesländer**, die für die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zuständig sind, sollen definitiv **entmachtet** werden.

Die **stationäre Versorgung** gerade im ländlichen Raum, wo nach unserer Grundüberzeugung die Grund- und Notfallversorgung - z.B. nach einem Herzinfarkt oder Schlaganfall - zwingend flächendeckend gewährleistet sein muss, wird eher **gefährdet** als stabilisiert. **Zentralismus, Planwirtschaft und Kontrollbürokratie werden mit diesem Gesetzentwurf bestimmende Größe für die Gesundheitsversorgung.**

Seien Sie versichert, dass wir uns im anstehenden parlamentarischen Verfahren für die jetzt dringend notwendigen Verbesserungen an diesem Gesetzentwurf einsetzen.

Wir wollen eine Krankenhausreform:

- die ihren Namen auch verdient,
- die gemeinsam mit den Ländern erarbeitet wird,
- die Grundversorgung auch im ländlichen Raum sicherstellt und
- die den Krankenhasträgern sowie dem medizinischen Personal Rechts- und Planungssicherheit verschafft.

Gerne stehen wir Ihnen für weitere Fragen zur Verfügung.

Mit den besten kollegialen Grüßen

  
Tino Sorge, MdB

  
Stephan Pilsinger, MdB