

18.12.20**Beschluss**
des Bundesrates

**Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege
(Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz -
GPVG)**

Der Bundesrat hat in seiner 998. Sitzung am 18. Dezember 2020 beschlossen, zu dem vom Deutschen Bundestag am 26. November 2020 verabschiedeten Gesetz einen Antrag gemäß Artikel 77 Absatz 2 des Grundgesetzes nicht zu stellen.

Der Bundesrat hat ferner die aus der Anlage ersichtliche EntschlieÙung gefasst.

Anlage

EntschlieÙung

zum

Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz - GPVG)

Zu Artikel 2a - Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Mit Artikel 2a des Dritten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite wurde im Lichte des angespannten Versorgungsgeschehens erneut die Möglichkeit für Krankenhäuser geschaffen, Ausgleichszahlungen für coronabedingte Leerstände zu erhalten. Dies wird von den Ländern dem Grunde nach begrüÙt.

Es ist jedoch – wie bereits im Gesetzgebungsverfahren vom Bundesrat vorgebracht – zu befürchten, dass die Regelung deutlich hinter den Bedürfnissen der Praxis zurückbleibt.

- a) Der Bundesrat begrüÙt deshalb den von der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 25. November 2020 getroffenen Beschluss, wonach das Bundesministerium für Gesundheit mit dem nach § 24 KHG gebildeten Beirat und den Gesundheitsministerinnen und -ministern der Länder zeitnah eine erste Bestandsaufnahme machen und gegebenenfalls per Verordnung Anpassungen vornehmen wird.
- b) Der Bundesrat bittet das Bundesministerium für Gesundheit, die Auswirkungen der in Artikel 2a des Dritten Bevölkerungsschutzgesetzes getroffenen Regelungen so bald als möglich zu überprüfen und in enger Abstimmung mit den Ländern im Verordnungsweg Nachbesserungen auf den Weg zu bringen.

- c) Dabei ist insbesondere der Nachrang der Krankenhäuser der Basisnotfallversorgung, die einen nicht unerheblichen Teil der Versorgungslast tragen, kritisch zu hinterfragen.
- d) Zu prüfen ist zudem, ob internistische Fachkliniken, die keiner Notfallstufe nach den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zugeordnet werden können, aber einen relevanten Beitrag bei der Bekämpfung der Corona-Pandemie leisten, in die Ausgleichszahlungen einzubeziehen sind.
- e) Der Bundesrat bittet das Bundesministerium für Gesundheit, die 7-Tages-Inzidenz von über 70 je 100 000 Einwohner des Landkreises beziehungsweise der kreisfreien Stadt als ein Kriterium für den Anspruch auf Ausgleichszahlungen zu streichen.

Begründung:

Zu Buchstabe a bis d:

In einem ersten Schritt können nach dem neuen § 21 Absatz 1a KHG nur Krankenhäuser der erweiterten und der umfassenden Notfallversorgung von den Ausgleichszahlungen profitieren, wenn im betreffenden Landkreis oder der kreisfreien Stadt eine Inzidenz von über 70 je 100 000 Einwohner vorliegt und im 7-Tages-Durchschnitt mehr als 75 Prozent der Intensivkapazitäten belegt sind.

Erst ab einer Belegung von 85 Prozent der Intensivkapazitäten oder wenn in der Kommune kein Krankenhaus der erweiterten oder umfassenden Notfallversorgung vorhanden ist, können auch Krankenhäuser der Basisnotfallversorgung nachrangig zum Bezug von Ausgleichszahlungen berechtigt werden. Nach derzeitiger Rechtslage besteht außerdem keine Möglichkeit für Spezialversorger ohne Notfallstufe, wie zum Beispiel Lungenfachkliniken oder sonstige internistische Fachkliniken, die Ausgleichszahlungen zu erhalten.

Diese Regelungen tragen der Versorgungsrealität nicht hinreichend Rechnung. Insbesondere beachten sie nicht, dass die Einrichtungen der Basisnotfallversorger einen nicht unerheblichen Teil der Versorgungslast tragen. Es steht konkret zu befürchten, dass sich diese Krankenhäuser als Reaktion auf die neue Regelung aus der Versorgung von COVID-19-Patienten zurückziehen. Gleiches gilt für Fachkliniken für Innere Medizin (insbesondere für Lungen- und Bronchialheilkunde), die nach der derzeitigen Rechtslage selbst bei Vollausslastung der übrigen Intensivkapazitäten keinerlei Aussicht auf Ausgleichszahlungen haben.

Zu Buchstabe e:

Die Inzidenz ist geeignet, um den zu erwartenden Anteil an COVID-19 Patienten im Krankenhaus vorherzusagen; eine Korrelation mit den Erlösrückgängen eines Krankenhauses besteht jedoch nicht.

Auch bei niedrigerer Inzidenz kann es erforderlich sein, dass Krankenhausbetten freigehalten werden müssen, um eine räumliche Trennung von infektiösen und nicht-infektiösen Patienten sicherzustellen.

Außerdem ist der Anteil der Patienten, die sich derzeit für einen elektiven Eingriff entscheiden, gegenüber dem Vorjahr zurückgegangen.

Durch die daraus entstehenden Erlösrückgänge verbunden mit den weiter anfallenden Vorhaltekosten ist mit einer erheblichen finanziellen Mehrbelastung der Krankenhäuser zu rechnen.

Zudem besteht die Gefahr, dass durch die ausschließliche Betrachtung der Inzidenz auf Ebene des Landkreises beziehungsweise der kreisfreien Stadt inzwischen etablierte Versorgungsstrukturen sowohl auf Landes- als auch auf Bundesebene (Kleeblattkonzept) konterkariert werden.

Durch die Festlegung der 7-Tages-Inzidenz auf mindestens 70 je 100 000 Einwohner des Landkreises beziehungsweise der kreisfreien Stadt, werden somit die Landkreise beziehungsweise kreisfreien Städte mit einer niedrigeren Neuinfektionsrate benachteiligt.

Mit Stand vom 27. November 2020 trifft diese Benachteiligung auf 16 Prozent aller Landkreise beziehungsweise kreisfreien Städte Deutschlands zu (Datenbasis RKI).