

**03.12.20****Empfehlungen  
der Ausschüsse**

G

zu **Punkt ...** der 998. Sitzung des Bundesrates am 18. Dezember 2020

---

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

A

Der **Gesundheitsausschuss** empfiehlt dem Bundesrat, zu dem vom Deutschen Bundestag am 26. November 2020 verabschiedeten Gesetz die Einberufung des Vermittlungsausschusses gemäß Artikel 77 Absatz 2 des Grundgesetzes aus folgenden Gründen zu verlangen:

Bei  
Annahme  
entfällt  
Ziffer 5

1. Zu Artikel 1 Nummer 7 (§ 221a Satz 1 und Satz 2 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 7 ist § 221a wie folgt zu ändern:

- a) In Satz 1 ist die Angabe „5 Milliarden Euro“ durch die Angabe „11 Milliarden Euro“ zu ersetzen.
- b) In Satz 2 ist die Angabe „30 Millionen Euro“ durch die Angabe „60 Millionen Euro“ zu ersetzen.

Begründung:

Aus Sicht des Bundesrates ist eine Anhebung der Höhe des Bundeszuschusses von der vorgesehenen Höhe von 5 Milliarden Euro auf 11 Milliarden Euro dringend angezeigt. Im Gleichklang dazu ist die Überweisung aus dem Gesundheitsfonds an die landwirtschaftliche Krankenkasse entsprechend anzupassen.

In Anbetracht der von der GKV zu finanzierenden Maßnahmen zur Pandemieabwehr, der insoweit eingerichteten Rettungsschirme, Massentests und zu erwartenden Massenimpfungen ist die GKV in höchstem Maße von Ausgabensteigerungen betroffen und trägt diese trotz gesamtgesellschaftlicher Wirkung weitestgehend allein. Da etliche dieser Maßnahmen verlängert wurden, ist eine nennenswerte Entlastung der Finanzen der GKV zunächst nicht in Sicht. Zeitgleich sind pandemiebedingt deutliche Einnahmerückgänge in der GKV zu verzeichnen.

Die aktuellen Finanzstatistiken zeigen, dass die zu Beginn des Jahres zunächst in geringerem Maße erfolgte Inanspruchnahme der GKV-Leistungen nun keine Entlastung für die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen mehr darstellt, da es insoweit bereits zu deutlichen Nachholeffekten kommt.

Darüber hinaus haben zahlreiche Gesetzgebungsverfahren der laufenden Legislaturperiode zu ausgabentreibenden Leistungsausweitungen geführt und beinhalteten die Notwendigkeit, Finanzreserven der gesetzlichen Krankenkassen abzubauen.

Vor diesem Hintergrund sind Ausgabensteigerungen zu erwarten, die bei weiterer Reduzierung der Finanzreserven der gesetzlichen Krankenkassen nicht mehr durch diese aufgefangen werden können. Nochmals durchgeführte kurzfristige Absenkungen der Finanzreserven werden perspektivisch zu deutlichen Zusatzbeitragssatzerhöhungen führen müssen. Dies stellt aus Sicht des Bundesrates eine nicht hinnehmbare überproportionale Belastung der GKV-Beitragszahlenden dar. Hier sieht der Bundesrat, nicht zuletzt auch aufgrund der entsprechenden Bundeszusage, den Bund in der Finanzverantwortung, jedenfalls für das Jahr 2021 eine deutliche Erhöhung des Bundeszuschusses vorzusehen.

Bei  
Annahme  
entfällt  
Ziffer 4

2. Zu Artikel 1 Nummer 11 (§ 272 SGB V)

Artikel 1 Nummer 11 ist zu streichen.

Begründung:

Die Regelung zu dem einmaligen kassenübergreifenden Solidarausgleich wird auch unter Berücksichtigung der vorgesehenen Neuregelungen kritisch gesehen. Kurzfristige Finanzzuwächse im Gesundheitsfonds aufgrund von Reduzierungen der Finanzreserven der gesetzlichen Krankenkassen (so sie noch vorhanden sind), führen angesichts der bereits reduzierten Finanzreserven, gesetzgebungs- und pandemiebedingter Ausweitung der Leistungsausgaben und pandemiebedingter Absenkung der Einnahmen mittel- und längerfristig zu einer massiven Schwächung der Liquidität der gesetzlichen Krankenkassen. Es steht zu erwarten, dass den Krankenkassen kaum noch Spielräume bleiben, um künftige Aufgaben zu bewältigen und auf Herausforderungen infolge der Krise zu reagieren. Dies wird zu Lasten der Beitragszahlenden gehen und ist aus Sicht des Bundesrates nicht hinzunehmen.

3. Zu Artikel 2 Nummer 1 (§ 4 Absatz 10 Satz 1 KHEntgG)

In Artikel 2 Nummer 1 ist in § 4 Absatz 10 Satz 1 die Angabe „500“ durch die Angabe „250“ zu ersetzen.

Begründung:

Aus Sicht des Bundesrates ist der von der Bundesregierung gesetzte Berechnungsschlüssel von zusätzlichen 0,5 Vollzeitstellen für Hebammen pro 500 Geburten nicht ausreichend, um das von der Bundesregierung angestrebte Ziel einer 1:2-Betreuung zu erreichen (vgl. BMG-Gutachten von 2019).

Zudem werden durch den Schlüssel 0,5 neue Stellen je 500 Geburten große Kliniken bevorzugt, was in Teilen an der Versorgungsrealität von Flächenländern mit dünn besiedelten Regionen vorbeigeht. Hier sind Krankenhäuser mit 250 bis 500 Geburten jährlich unverzichtbar, um die gemäß § 24f (Entbindung) SGB V geforderte Wahlfreiheit der Versicherten hinsichtlich des Geburtsortes zu ermöglichen. Gerade im Hinblick auf die für die Versorgung der Bevölkerung unverzichtbaren kleinen Krankenhäuser mit perinatalen Schwerpunkten in Brandenburg und anderen Flächenstaaten ist daher mindestens eine Modifikation des Schlüssels zur Ermittlung zusätzlicher Stellen auf 0,5 Stellen je 250 Geburten notwendig.

Hilfsempfehlung zu Ziffer 1 und 2

Der **Gesundheitsausschuss** empfiehlt dem Bundesrat, zu dem vom Deutschen Bundestag am 26. November 2020 verabschiedeten Gesetz gemäß Artikel 77 Absatz 2 des Grundgesetzes die Einberufung des Vermittlungsausschusses mit dem Ziel der Überarbeitung des Gesetzes unter folgenden Gesichtspunkten zu verlangen:

Entfällt  
bei  
Annahme  
von  
Ziffer 2

4. a) Eine deutlichere Verringerung des aus den Finanzreserven einer Krankenkasse an den Gesundheitsfonds abzuführende Betrages nach § 272 SGB V (Artikel 1 Nummer 11) sowie

Entfällt  
bei  
Annahme  
von  
Ziffer 1

5. b) eine entsprechende Erhöhung des ergänzenden Bundeszuschusses an den Gesundheitsfonds nach § 221a SGB V (Artikel 1 Nummer 7).

Begründung:Zu Buchstabe a:

Die vom Deutschen Bundestag beschlossene Fassung des Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetzes sieht zu Artikel 1 Nummer 11 (§ 272 SGB V) eine Vermögensabgabe der gesetzlichen Krankenkassen an den Gesundheitsfonds vor: Zur Stabilisierung der Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sollen Gelder der Krankenkassen in Höhe von insgesamt 8 Milliarden Euro herangezogen werden.

Krankenkassen mit Finanzreserven, die zwei Fünftel des durchschnittlich auf einen Monat entfallenden Betrages der Ausgaben für die in § 260 Absatz 1 Nummer 1 SGB V genannten Zwecke überschreiten, führen gemäß § 272 SGB V grundsätzlich 66,1 Prozent des übersteigenden Betrages an den Gesundheitsfonds ab.

Abweichend hiervon werden 66,1 Prozent der Finanzreserven einer Krankenkasse herangezogen, die ein Fünftel der oben genannten Monatsausgabe zuzüglich drei Millionen Euro überschreiten, falls dieser Betrag geringer ist. Diese Ausnahmeregelung berücksichtigt die Interessen von kleinen Krankenkassen und lässt ihnen im Rahmen der Vermögensabgabe Finanzmittel, um eventuelle Hochkostenfälle zu finanzieren.

Diese Ausnahmeregelung löst jedoch nicht die grundsätzliche Problematik der vorgesehenen Vermögensabgabe

Viele Krankenkassen haben in der Vergangenheit unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben gut gewirtschaftet und damit den kassenindividuellen Zusatzbeitrag weitgehend stabil gehalten.

Die nun vorgesehene Vermögensabgabe stellt einen unverhältnismäßigen Eingriff in die Finanzautonomie der Selbstverwaltung dar.

Die Vermögensabgabe hat in ihren Auswirkungen einen enteignungsähnlichen Charakter. Sie setzt sich aus Einnahmen der jeweiligen Krankenkasse zusammen, die auf Pflichtbeiträgen ihrer Versicherten und deren Arbeitgeber zurückgehen. Die daraus gebildeten Reserven nutzen Krankenkassen unter anderem, um den individuellen Zusatzbeitrag im Sinne ihrer Beitragszahler möglichst günstig zu halten.

Darüber hinaus unterläuft die Vermögensabgabe die bisherige Zielsetzung des Gesetzgebers, einen möglichst fairen Rahmen für den Wettbewerb der Kassen untereinander bei qualitativ hochwertiger Versorgung ihrer Versicherten zu schaffen. Es ist zu erwarten, dass verschiedene Krankenkassen nach der im Gesetz vorgesehenen Abführung der Finanzreserven an den Gesundheitsfonds ihren Zusatzbeitragssatz anheben müssen. Denn höhere Ausgaben, die unter anderem zur Bewältigung der Pandemie erforderlich sind, können dann voraussichtlich nicht mehr aus den verbleibenden Reserven finanziert werden. Die geplante Vermögensabgabe unterläuft damit ein wesentliches Element des vom Gesetzgeber gewünschten fairen Wettbewerbs der Kassen und bestraft diejenigen Kassen, die überdurchschnittlich gut gewirtschaftet haben.

Zudem wird für die durch die Vermögensabgabe besonders betroffenen Kassen die Stabilität und Planbarkeit der Beitragssätze auf Kassenseite deutlich erschwert. Denn auch zukünftig sind vergleichbare Eingriffe des Gesetzgebers in

die Finanzautonomie der GKV nicht auszuschließen. Es ist zu erwarten, dass die Krankenkassen in der Folge ihr Vermögen deutlich reduzieren, um ähnliche Vermögensabflüsse aus den von ihnen zu verwaltenden Beitragszahlungen von Arbeitnehmern und Arbeitgebern auszuschließen. In der Folge ist damit zu rechnen, dass es zu häufigen Anpassungen der Zusatzbeiträge kommt, da Schwankungen der Einnahmen und Ausgaben nur in sehr geringem Umfang aus dem - dann reduzierten - Vermögen ausgeglichen werden können. Die geplante Vermögensabgabe verhindert damit letztlich die vom Bundesgesetzgeber ursprünglich angestrebte Stabilität der Zusatzbeiträge.

Die vorgesehene Regelung birgt letztlich auch die Gefahr, dass einzelne Krankenkassen in eine finanzielle Schieflage geraten; das Insolvenzrisiko insgesamt wird steigen.

Insoweit ist es auch keine Lösung zur Stabilisierung der GKV-Finzen auf einen Anstieg des allgemeinen Beitragssatzes zu setzen: Eine solche Anhebung für Versicherte und Arbeitgeber hätte voraussichtlich ungünstige Effekte auf die angesichts der Folgen der Pandemie dringend erforderliche wirtschaftlichen Erholung.

Zu Buchstabe b:

Im Ergebnis ist es daher geboten, fehlende Mittel durch einen entsprechend höheren ergänzenden Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds im Jahr 2021 zu finanzieren (§ 221a SGB V).

Das Vermittlungsverfahren kann dann in diesem Zusammenhang auch schon die Prüfwusage des Bundes aus dem Beschluss der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder vom 25. November 2020 – Ziffer 14 – aufnehmen, wie eine steuerfinanzierte Stabilisierung der Kassen-Beiträge aussehen könnte.

B

Der **Gesundheitsausschuss** empfiehlt dem Bundesrat ferner, die folgende Entscheidung zu fassen:

Bei Ablehnung entfällt Ziffer 7

6. 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 begrüßt.

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 begrüßt 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.

Entfällt  
bei Ab-  
lehnung  
von  
Ziffer 6

- [7.] [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 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (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 Vollauslastung 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).