

22.11.24**Beschluss**
des Bundesrates

Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhaus-versorgungsverbesserungsgesetz - KHVVG)

Der Bundesrat hat in seiner 1049. Sitzung am 22. November 2024 beschlossen, zu dem vom Deutschen Bundestag am 17. Oktober 2024 verabschiedeten Gesetz einen Antrag gemäß Artikel 77 Absatz 2 des Grundgesetzes nicht zu stellen.

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

Anlage

EntschlieÙung

zum

Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhaus-versorgungsverbesserungsgesetz - KHVVG)

Für eine zukunftsfähige Krankenhauslandschaft – Pragmatische Lösungen zur Umsetzung der Krankenhausreform forcieren

1. Bürokratieabbau fortsetzen und Doppelregelungen vermeiden

Die Anzahl und der Komplexitätsgrad der Einzelbestimmungen im Gesundheitswesen – insbesondere auch in der stationären Versorgung – hat in den letzten Jahren stetig zugenommen. Um das System funktionsfähig zu halten und die zur Verfügung stehenden Personalressourcen und Finanzmittel auch im Sinn einer optimalen Patientenversorgung bestmöglich einzusetzen, ist ein zentrales Thema des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) eine Entbürokratisierung von Verfahrensabläufen. Sie dient nicht nur einem verbesserten Organisationsablauf in der Versorgung der Patientinnen und Patienten in den Krankenhäusern, sondern ist auch ein geeignetes Instrument, um dem sich durch den demografischen Wandel ergebenden Fachkräftemangel zu begegnen.

Der Gesetzgeber lässt hierbei in dem vom Bundestag beschlossenen Gesetz Schritte erkennen, die in die richtige Richtung zeigen, sie bedürfen zur Zielerreichung aber noch weiterer gesetzlicher Ergänzungen.

- a) Die Abfolge bürokratischer Pflichten in den Krankenhäusern ist oftmals durch Doppelarbeiten gekennzeichnet. Prinzipiell sollten gleiche Sachverhalte in der Krankenhaussachbearbeitung durch Pflegepersonal oder Verwaltung nur einmal aufgearbeitet werden müssen. Doppelarbeiten binden Ressourcen auf Kosten der Patientinnen und Patienten sowie der Beitragszahlenden. Ebenso sind verzichtbare Regelungen aufzuheben. Hierbei sind die Interessen des Patientinnen- und Patientenschutzes zu berücksichtigen.
- b) Bürokratiefolgekosten werden in ihrer Abschätzung im Gesetz nur unzureichend abgebildet. In diesem Kontext sind einheitliche Prüfregele auf allen Ebenen anzustreben und laufend zu aktualisieren. Die hierfür notwendigen Gremien sind im Interesse eines zügigen Verfahrensablaufs finanziell und personell angemessen auszustatten.
- c) Digitalisierungsprozesse sind in allen Bereichen der Krankenhaustätigkeit anzustreben. Es bedarf im Vorfeld aber einer gesetzlich normierten Prüfpflicht, insbesondere im Hinblick auf ihre Wirkungsweise im Betrieb und auf ihren Kosten-Nutzen-Effekt.
- d) Die Umsetzung der angestrebten Reformen bedarf unter Berücksichtigung des insgesamt hierbei sehr hohen Aufwands realistischer Fristen. Zwar hat der Gesetzgeber schon Reformbedarfe der Länder berücksichtigt. Es sollte allerdings eine genaue realitätsnahe Fristenregelung aller Umsetzungsprozesse gewährleistet werden.
- e) Alle Verfahren sollten regelmäßig im Hinblick auf ihre Zweckhaftigkeit beziehungsweise auf ihren Aktualitäts- sowie Wirkungsgrad überprüft werden – und bei Bedarf angepasst oder bei Zielverfehlung außer Kraft gesetzt werden.
- f) Das KHVVG definiert Vorgaben, die zum Teil auch in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses adressiert werden. Dopplungen und eventuelle Widersprüche sind zu identifizieren und aufzulösen. Diesbezügliche Beratungen und Entscheidungen sollten in dem nach § 135e Absatz 3 SGB V neu gegründeten Ausschuss getroffen werden.

2. Anforderungen an die Facharztbesetzung mit Augenmaß umstellen

- a) Die genannten Maßnahmen zur Entbürokratisierung zielen auf Klarheit in der Umsetzung des KHVVG und weniger Redundanzen zu bestehenden Regelungen. Dies geschieht insbesondere auch, um Fachkräfte zukünftig verstärkt der Versorgung zurückzuführen.
- b) Die Anforderung des KHVVG selbst an den Facharztstandard sind höher als in den Leistungsgruppen nach NRW-Logik vorgesehen, damit zu hoch und zum Teil noch nicht umsetzbar. Dies kann die Versorgung beeinträchtigen. Hauptproblem sind die derzeit tatsächlich verfügbaren Fachärzte. Der Fachkräftemangel ist bereits Realität und führt schon jetzt zur Abmeldung von Fachabteilungen im Krankenhaus. Das darf durch das KHVVG nicht noch mehr verschärft werden, ohne dass die Folgen wirklich absehbar sind. In einigen Bereichen ist jetzt schon klar, dass die neu geforderten Facharztzahlen derzeit nicht erreichbar sind (insbesondere in der Notfallversorgung und der Kinderchirurgie). Es bedarf einer Anpassungszeit. In anderen Bereichen zeichnet sich ab, dass die Anforderungen an den konkret geforderten Facharztstandard überprüft werden müssen. Genannt sei hier das Beispiel der Leistungsgruppe 02 „Komplexe Endokrinologie und Diabetologie“, deren personelle Vorgaben zu eng gefasst sind und zum Beispiel um die Qualifikationsmöglichkeit „FA Innere Medizin mit der Zusatzweiterbildung Diabetologie“ erweitert werden müsste.
- c) Die Anforderungen an den Facharztstandard bedürfen zunächst einer Rückführung auf die Anforderungen nach NRW-Logik und einer zeitlich gestaffelten Einführung, geregelt in der Rechtsverordnung nach §135e Absatz 1 SGB V. Die konkreten Anforderungen für die Leistungsgruppen im Hinblick auf die vorzuhaltenden Fachärzte sind im Rahmen der Erarbeitung der Rechtsverordnung nach §135e Absatz 1 SGB V in kritischen Fällen zu überprüfen und bei Bedarf anzupassen. Insoweit muss die Rechtsverordnung unmittelbar nach Inkrafttreten Wirkung entfalten.

3. Vorhaltevergütung weiterentwickeln und Übergangsfinanzierung sicherstellen

- a) Die Vorhaltevergütung in der aktuellen Form ist immer noch leistungsmengenabhängig und die Auswirkungen auf die Struktur der Krankenhauslandschaft ist nur in Teilen absehbar.

Wenn es anerkanntermaßen für die flächendeckende Versorgung notwendige Standorte gibt, muss für diese Standorte auch die Betriebsfinanzierung so abgesichert sein, dass die Vergütung für ein Leistungsvolumen erfolgt, das für den wirtschaftlichen Betrieb notwendig ist. Kleine aber bedarfsnotwendige Krankenhäuser könnten dadurch unterfinanziert sein, dass sie bevölkerungsbedingt nur geringe Leistungsmengen erbringen können. Es ist fraglich, ob die hierfür vorgesehenen Maßnahmen (zum Beispiel erhöhter Sicherstellungszuschlag) ausreichend sind.

Insgesamt muss die vorgesehene Evaluation möglichst früh innerhalb der Konvergenzphase intensiv und ergebnisoffen genutzt werden, um die Auswirkungen der Vorhaltevergütung abzuschätzen und gegebenenfalls nachzusteuern.

- b) Die finanziellen Auswirkungen des Reformprozesses ab dem Jahr 2025 werden zudem aus Sicht der Länder nicht hinreichend seitens des Bundesministeriums für Gesundheit dargelegt. Dies gilt insbesondere in Bezug auf die Übergangsphase bis zum Greifen des KHVVG. Kritisch wird vor diesem Hintergrund angemerkt, dass die in der jüngeren Vergangenheit über den Landesbasisfallwert nicht refinanzierten Kostensteigerungen (unter anderem in Folge der Inflation) nicht ausgeglichen werden.

Deshalb sollte noch einmal intensiv geprüft werden, welche weiteren Möglichkeiten einer Übergangsfinanzierung bis zum Greifen des KHVVG noch möglich sind.