

Umsetzung KHVVG in Bayern – 7-Punkte-Plan der Staatsregierung

Staatsministerin Judith Gerlach hat mit Schreiben vom 18.12.2024 die Umsetzung des 7-Punkte-Plans der Staatsregierung erläutert. Das Vorgehen erscheint aus der Perspektive der Landkreise weiterhin nicht ausreichend als krankenhauserische Antwort auf das KHVVG als Vergütungsreform. Aufgrund der hohen politischen Bedeutung der Krankenhausreform erwarten die Landrätinnen und Landräte eine Verantwortungsübernahme durch die Krankenhausplanungsbehörde, die Vorstellung eines Zielbilds für die Krankenhausstruktur im Freistaat Bayern sowie die Verantwortung der Organisation und Durchführung der geplanten Regionalkonferenzen. Der Abdeckung der Notfallmedizinischen Versorgung ist bei allen folgenden Einzelpunkten eine besondere Bedeutung zuzurechnen:

1. Das StMGP hat die politische Letztverantwortung für die strukturelle Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft in Bayern. Die Planungsbehörde muss daher eine aktive Verantwortung übernehmen, wozu der 7-Punkte-Plan nur bedingt geeignet ist. Gegenüber den Entscheidungsverantwortlichen vor Ort sowie den Bürgerinnen und Bürger sind Kriterien für ein klares – und realistisches – bayernweites Zielbild (Krankenhausplan) vom Freistaat öffentlich vorzustellen, wobei insbesondere im ländlichen Raum sowohl die Herausforderungen als auch die Chancen (z.B. Umwandlungen in sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen) zu betonen sind.
2. Die Verantwortung für die Regionalkonferenzen, die gem. Punkt 5 vom StMGP als Planungsbehörde lediglich angestoßen werden sollen, kann nicht einem (kleineren) Krankenhausträger oder einer Gruppe von Kliniken übertragen werden. Die Planungsbehörde selbst muss folgende Schritte unternehmen:
 - a) Definition von Versorgungsregionen
 - b) Vorstellung von Kriterien für ein Zielbild aus Sicht der Planungsbehörde
 - c) Einladung der für die jeweilige Regionalkonferenz vorgesehenen Kliniken
 - d) bayernweit vergleichbares Organisationskonzept
 - e) abschließende Ergebnisvorstellung und -bewertung.
3. Die Planungsbehörde muss bei der Anerkennung von Leistungsgruppen im Sinne des unter Nr. 2 genannten Zielbilds eine aktive „Schiedsrichterrolle“ übernehmen und eine aktive Auswahlentscheidung treffen. Dies ist insbesondere erforderlich, wenn das geplante Leistungsangebot (Punkt 1 des 7-Punkte-Planes) nicht mit dem erwartbaren Patientenaufkommen (Punkt 2) in einer Versorgungsregion zusammenpasst und daher Unter- oder Überversorgung bzw. ein zerstörerischer Wettbewerb um knappe Fachkräfte-Ressourcen droht.
4. Bei der Zuweisung der Leistungsgruppen an die Krankenhäuser muss das StMGP darstellen, wie ein Windhundrennen um attraktive Leistungsgruppen vermieden werden kann, ansonsten droht in verschiedenen Regionen eine Überversorgung. Gleichzeitig muss die Planungsbehörde Vorschläge erarbeiten, wie in sicherstellungsrelevanten Leistungsbereichen mit einer Unterversorgung aufgrund der Nichterfüllung der Qualitätskriterien für verschiedene Leistungsgruppen umgegangen werden soll. Die Kliniken benötigen für die Antragstellung von Leistungsgruppen vor allem Planungssicherheit.

5. Die Planungsbehörde muss die wirtschaftliche Betriebsfähigkeit des zugewiesenen Leistungsgruppen-Mix berücksichtigen. Das KHVVG ändert nicht die unterschiedliche wirtschaftliche Tragfähigkeit der Krankenhausleistungen, baut aber für kleinere Kliniken durch die hohen Strukturvorgaben neue Hürden auf. Daher muss die Planungsbehörde durch einen „Zuweisungs-Mix“ von Leistungsgruppen eine auskömmliche betriebswirtschaftliche Grundlage schaffen. Für bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum sind für sicherstellende Kommunen ggf. gezielte Förderungen erforderlich, z.B. nach dem Muster der Geburtshilfe.
6. Durch die Reduzierung der akutstationären Versorgung werden sich die sensiblen medizinischen Bereiche im Rettungsdienst, in der ambulanten fachärztlichen Versorgung sowie in der Kurzzeit- und Langzeitpflege verschärfen. Daher sind diese Bereiche bei den Leitplanken („Matrix“) gem. Punkt 3 verbindlich zu berücksichtigen.
7. Bei der gemeinsam getragenen Investitionskostenförderung („Krankenhausmilliarde“) ist der besonderen Belastung der kommunalen Haushalte durch den geforderten Transformationsprozess Rechnung zu tragen. Derzeit werden die kommunalen Krankenhausträger durch die akuten Betriebskosten-Defizite und durch erhöhte Kosten im Zuge der Erfüllung von künftigen Strukturvorgaben bei den eigenen Kliniken sowie durch die erhöhten gemeinsam getragenen Investitionskostenförderungen auf Landesebene dreifach belastet. Dadurch werden die Kommunen überfordert und die schwierigen Diskussionen in kommunale Vertretungskörperschaften verlagert. Der Freistaat sollte daher den kommunalen Finanzierungsanteil an den Investitionsfördermitteln künftig deutlich reduzieren, wie z.B. in Niedersachsen. Gleichzeitig darf der staatliche Anteil an den Investitionsfördermitteln nicht mit den Mitteln aus dem Transformationsfonds des Bundes verrechnet werden.
8. Aus Sicht der Landkreise handelt es sich bei den Krankenhäusern um ein hochpolitisches Thema, das nicht nur bei der Bundestagswahl, sondern auch bei der Kommunalwahl 2026 eine relevante Rolle spielen wird. Weder der Freistaat noch die Kommunen können hier auf Zeit spielen. Daher besteht der dringende Wunsch der Landräte für 2025 darin, hier eine gemeinsame Verantwortung zu übernehmen.

München, 29.01.2025