

## **Bayerischer Landkreistag – V-543-6**

### **Forderungen des Bayerischen Landkreistags zu einer Nachbesserung des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) in der neuen Legislaturperiode**

Das am 1. Januar 2025 in Kraft getretene KHVVG des Bundes muss in der nächsten Legislaturperiode dringend überarbeitet werden, um strukturelle Verwerfungen in der akutstationären Krankenhausversorgung insbesondere im ländlichen Raum zu verhindern! Dafür ist der Vollzug des KHVVG für mehrere Monate auszusetzen und den Kliniken eine Überbrückungsfinanzierung zur Verfügung zu stellen, um folgende Änderungen vorzunehmen:

#### **1. Betriebskostenfinanzierung nachsteuern**

Die langjährige Betriebskostenunterfinanzierung spätestens seit 2022 muss endlich durch einen Tarif- und Inflationsausgleich in Höhe von ca. 5 % je Behandlungsfall (ca. 3 Mrd. Euro bundesweit, je ausgelasteten Planbett rechnerisch ca. 10.000 Euro) nachgeholt werden, um überbordende Defizite der Kliniken und Insolvenzen zu vermeiden.

#### **2. Vorhaltebudgets müssen umgestaltet werden**

Die nach dem KHVVG vorgesehenen Vorhaltebudgets sind mengenabhängig und entsprechen nicht einer echten Finanzierung von Vorhaltekosten. Ihre komplizierte Berechnung verursacht erheblichen Verwaltungsmehraufwand, führt zu deutlichen Mengenausweitungen und widerspricht dem Reformgrundsatz der Entökonomisierung. Wenn die Vorhaltekosten in den Kliniken insbesondere für sicherstellungsrelevante Leistungen refinanziert werden sollen, muss das System vollständig überarbeitet werden.

#### **3. Realistische Überarbeitung des Katalogs von Leistungsgruppen**

Die in Anlage 1 zum KHVVG beschriebenen Leistungsgruppen müssen unter Berücksichtigung der Praxis und der Erfahrungen aus Nordrhein-Westfalen neu abgegrenzt und die jeweiligen Struktur- und Qualitätskriterien flexibilisiert und abgesenkt werden. Diese Arbeit darf nicht allein medizinischen Fachgesellschaften überlassen werden. Orientierungspunkt darf nicht ein für alle Regionen gleicher fachlich wünschenswerter „Goldstandard“ sein. Insbesondere das sog. Anrechnungsverbot von Fachärzten bei der personellen Ausstattung muss entschärft werden, vor allem für die Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie sowie für die neue Leistungsgruppe Akut- und Notfallmedizin. An diese werden auf verschiedenen Grundlagen (G-BA-Notfallstufen, Notfallreform, KHVVG, fachliche Vorgaben) mehrfache Anforderungen gestellt, die in der Summe von Kliniken im ländlichen Raum nicht erfüllt werden können.

#### **4. Überbürokratisierung durch überzogene Transparenz- und Kontrollanforderungen abwenden**

Die in den vergangenen Jahren immer weiter ausgebauten Prüfungsanforderungen an die Qualitäts- und Strukturanforderungen haben zu einem völlig überfrachteten

Bürokratismus geführt, der dem eigentlichen Versorgungssystem zusätzlich Fachkräfte entzieht. Für die Kliniken ist bereits jetzt mit den regelmäßigen Nachweisen, detaillierten Datenlieferungen aber auch mit den zahlreichen Struktur- und Qualitätsprüfungen ein enormer Aufwand und Ressourcenverschleiß verbunden, der nicht gesondert refinanziert ist. Die Anforderungen müssen auf ein angemessenes und leistbares Niveau zurückgeführt werden.

#### 5. Sicherstellungsauftrag für akutstationäre Versorgung differenzieren

Zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum ist es erforderlich, dass unter den neuen Anforderungen des KHVVG die Bedingungen und Kriterien für den Sicherstellungsauftrag versorgungsrelevanter Einrichtungen auf der Basis von Auswirkungsanalysen überdacht und angepasst werden. Dies betrifft insbesondere Kriterien wie Einwohnerdichte, Betroffenheitsmaße, Fahrzeiten und Bevölkerungszahlen etc. Diese müssen so ausgestaltet werden, dass sie für die Krankenhausplanung der Länder anschlussfähig sind und als Ausnahmekriterien bei der Finanzierung (bedarfsorientierter Sicherstellungszuschlag) dienen können.

#### 6. Status der Belegärzte und KV-Regularien berücksichtigen

Für eine sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung und eine durchgängige Begleitung der Patienten haben die Belegärzte eine große Bedeutung. Ihre Zuordnung und Anrechnung ist bei den Anforderungen der Leistungsgruppen im KHVVG gänzlich unberücksichtigt. Es müssen klare Festlegungen und Präzisierungen vorgenommen werden, auch im Abgleich der Vorgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Tätigkeit von Belegärzten (Vorgabe der erlaubten Zusatzleistungen). Ohne diese Anpassungen bedeutet das KHVVG das Ende des Belegarztwesens!

#### 7. Regelungen zu sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen müssen vereinfacht werden

Um sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (SÜV) als sinnvolle Möglichkeit der Weiterentwicklung für einzelne Krankenhausstandorte nutzen zu können, müssen die gesetzlichen Anforderungen vereinfacht und die notwendigen Konkretisierungen zeitlich vorgezogen werden.

München, den 29.01.2025