

## Stellungnahme zum aktuellen Gesetzentwurf KHVVG

### a. Länder mit dünn besiedelten bzw. unterversorgten Gebieten

Einem Ausbau der Sicherstellungszuschläge in unterversorgten Regionen stimmt die BKG zu. Hierzu sollten einerseits die pauschalen Summen, die nur einen geringen Anteil an den GKV-Gesamtausgaben für die stat. Versorgung haben, zumindest verdoppelt werden. Zum anderen sollten die Kriterien angepasst werden, wonach die Sicherstellungszuschläge nur aufgrund eines geringen Versorgungsbedarfs möglich sind. Laut Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V heißt es, „*Ein geringer Versorgungsbedarf liegt vor, wenn die durchschnittliche Einwohnerdichte im Versorgungsgebiet des Krankenhauses unterhalb von 100 Einwohnerinnen und Einwohnern je Quadratkilometer (100 E./ km<sup>2</sup>) liegt.*“ Dieses Kriterium erweist sich in der Praxis als ungeeignet, so würde eine Erhöhung beispielsweise im bayerischen Wald von 99 auf 101 E./km<sup>2</sup> zu einem Wegfall dieses Zuschlags und damit zur Gefährdung der Versorgungssicherheit führen.

Die BKG wandte sich im Mai mit einem Schreiben an das BMG, in dem es um den Sicherstellungszuschlag bei sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen ging. Eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung, wie sie derzeit im KHVVG-RefEntwurf vorgesehen ist, erfüllt aufgrund der möglichen Konstellationen der Leistungsgruppen gemäß § 115g Absatz 3 SGB V (Entwurf KHVVG) nicht die Voraussetzungen für die Basisnotfallversorgung (Stufe 1) und in der Konsequenz nicht die Voraussetzungen für einen Sicherstellungszuschlag. Mit dem Schreiben wurden folgende Lösungsvorschläge genannt, um dieser Problematik entgegenzuwirken:

- 1) Der G-BA definiert die Anforderungen in der Regelung zu einem gestuften System der Notfallstrukturen, die von Sicherstellungshäusern nur optional erbracht werden müssen, z. B. die Art und Anzahl der Intensivkapazitäten, Einschränkung bei der 24/7-Versorgung und der Vorhaltung und Qualifikation von Personal. Die Länder können hiervon zur Sicherstellung einer flächendeckenden Notfallversorgung abweichen.
- 2) § 5 Abs. 2 Satz 1 KHEntgG: Streichung „die aufgrund des geringen Versorgungsbedarfs“
- 3) Ergänzung des § 115 g SGB V (Entwurf KHVVG) für „Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen, welche stationäre Leistungen der Leistungsgruppen AllgINN und AllgCHI erbringen und zur Versorgung von Notfällen geeignet sind, um eine Beschreibung der Teilnahme an einer – integrierten – Notfallversorgung“

### b. Länder mit bereits fortgeschrittenen Strukturbereinigungsprozessen

Wir teilen nicht die Auffassung, dass es Bundesländer gibt mit flächendeckend bereits fortgeschrittener Strukturbereinigung. Richtig ist, dass in allen Bundesländern in den letzten 20 Jahren sowohl Bettenkapazitäten als auch Behandlungstage abgebaut worden sind. Dies ist auch innerhalb der Bundesländer jeweils regional unterschiedlich erfolgt.

- 1) Es kann kein Krankenhaus schlechter gestellt werden, weil es zufällig in dem einen oder anderen Bundesland betrieben wird.
- 2) Es kann auch kein Krankenhaus dauerhaft schlechter gestellt werden, welches z.B. seit vielen Jahren mit 400 Betten betrieben wird gegenüber einem zusammengelegten Krankenhaus aus ehemals 3 kleineren Kliniken mit jetzt ebenfalls 400 Betten.

Die Anlehnung an eine Bettenmessziffer wäre auch deshalb nicht sachgerecht, weil die Finanzierung der Betriebskosten weder heute noch künftig an den Bettenzahlen hängt, sondern an den tatsächlichen Behandlungszahlen. Die Bettenzahl spielt allein für die Investitionsfinanzierung in der Hoheit der Länder eine Rolle.

Zusätzlich gilt es weitere Besonderheiten zu bedenken: in einigen Bundesländern wird die Versorgung für andere Bundesländer teilweise übernommen, so z.B. Berlin teilweise für Brandenburg, Hamburg teilweise für Schleswig-Holstein und Niedersachsen, Bayern übernimmt – obwohl es zu den Bundesländern mit unterdurchschnittlicher Bettenmessziffer gehört – auch teilweise bei Spezialversorgungen (z.B. Marianne-Strauss-Klinik für MS) und in der Psychosomatik u.a. für Baden-Württemberg die Versorgung für Menschen aus anderen Bundesländern. In Flächenländern wie Bayern gilt es zudem, die große Fläche und damit weiteren Wege sowie die topografische Besonderheit der Alpen zu bedenken.

Alternativ schlagen wir vor, dass ein Krankenhaus im laufenden Transformationsprozess für 3 Jahre einen Transformationszuschuss ( u.a. für die Förderung von Personalversetzungen) erhält. Dieser Zuschuss sollte auch für Krankenhäuser gelten, die bereits seit Anfang 2023 aktiv in Transformationsprozesse eingestiegen sind. Dies könnte ein 2,5%-Zuschlag auf die laufenden Betriebskosten (Fallerlöse) in diesem Zeitraum sein und damit die aktive Transformation fördern und absichern. Derzeit sehen wir mit Sorge, dass gerade Krankenhäuser im laufenden Transformationsprozess in eine wirtschaftliche Schieflage kommen. Dazu gibt es mehrere Beispiele in den Medien u.a. in Baden-Württemberg aber auch in Bayern wie z.B. bei den Kliniken Südostbayern.

Einen grundsätzlichen Handlungsdruck hinsichtlich der Bundesländer-Ebene sehen wir dagegen nicht in den Bettenzahlen, sondern in den bundesrechtlichen Regelungen zum Landesbasisfallwert, die für Bundesländer mit hohen Lohn-/Gehaltsniveaus wie z.B. in Baden-Württemberg und Bayern aber auch Hamburg immer problematischer werden. Derzeit verhindern die bundesrechtlichen Regelungen die Möglichkeit einer sachgerechten Berücksichtigung der unterschiedlichen Gehaltsniveaus in den Bundesländern.