Stellungnahme der Bayerischen Krankenhausgesellschaft zum Referentenentwurf des KHAG

Stand: 27.08.2025

Die Bayerische Krankenhausgesellschaft begrüßt das Ziel von CDU, CSU und SPD die Krankenhausreform weiterzuentwickeln. Leider bleibt der vorliegende Referentenentwurf eines Krankenhausreformanpassungsgesetzes (KHAG) hinter den Erwartungen zurück. Wie bereits die Verbändeanhörung gezeigt hat, gibt es aus der Breite der Selbstverwaltung, dem G-BA und der Länder umfängliche Nachbesserungsbedarfe für eine praktisch wirksame Krankenhausreform.

Die BKG begrüßt, dass mit dem Referentenentwurf den Ländern im Hinblick auf Ausnahmeregelungen und Kooperationsmöglichkeiten mehr Planungskompetenz bei der Zuweisung von Leistungsgruppen eingeräumt werden soll.

Die in Nordrhein-Westfalen derzeit umgesetzte Krankenhausreform mit klarer Leistungskonzentration und Fokussierung ist auch aus Sicht der bayerischen Krankenhäuser möglich und sinnvoll. Dazu bedarf es einer verständlichen gesetzlichen Grundlage, wie diese in NRW nach Landesrecht geschaffen worden ist. Aus Sicht der BKG sind daher weitere Anpassungen im KHAG notwendig, um die teils unverständlichen und widersprüchlichen Regelungen des KHVVG praxistauglich zu gestalten und eine wirksame Krankenhausreform im Freistaat zu ermöglichen.

Insbesondere bedauert die BKG, dass das enorm bürokratische System der Vorhaltefinanzierung, der Leistungsgruppen-Grouper sowie der Bundesklinikatlas gemäß dem Referentenentwurf nicht überarbeitet werden sollen. Auch die willkürlichen Mindestvorhaltezahlen und die sog. onkochirurgische Verbotsliste sollen demnach bestehen bleiben. Der Reformprozess in Nordrhein-Westfalen hat bewiesen, dass eine wirkungsvolle Krankenhausreform ohne diese enorm komplexen und unerprobten Instrumente erfolgreich ist. Deswegen fordert die BKG, diese Punkte in der bundesweiten Krankenhausreform zu streichen und sich – zumindest im ersten Schritt – auf die Kernpunkte der Reform, insbesondere die Einführung der Leistungsgruppen mit Qualitätsmerkmalen, zu beschränken. Gleichzeitig sollten die etablierten Qualitätsinstrumente, wie etwa Mindestmengen-Regelungen des G-BA, im Sinne der Patientensicherheit weiterentwickelt werden.

Insbesondere das enorm komplizierte System der Vorhaltevergütung schafft keinerlei Mehrwerte für die Versorgung, sondern nur Bürokratie sowie Fehlanreize und Unsicherheit. Zur Vorhaltefinanzierung kann daher kein Vorschlag für eine kleinere Gesetzeskorrektur vorgeschlagen werden, weil die Regelungen insgesamt dazu zu komplex und teilweise widersprüchlich sind. Besonders kritisch ist die fallzahlenabhängige Kalkulation ohne Berücksichtigung jeweiliger Vorhaltekosten und unterschiedlicher Auslastungen, insbesondere bei Leistungen mit hohen Notfall- bzw. akutmedizinischen Versorgungsanteil. Ungeeignet sind zudem starre Referenzjahre, starre Stichtage und starre Korridorgrenzen, die die Versorgungspraxis nicht abbilden können. Zudem wirkt die Vorhaltefinanzierung wie ein Budgetdeckel, der diesen Vergütungsanteil auf das Jahr 2024 einfrieren würde (abzüglich Hybrid-Leistungen), obwohl die Versorgungsbedarfe in wichtigen Leistungsgruppen steigen. Deshalb sollte die Vorhaltevergütung nicht nur verschoben werden, sondern im ersten Schritt durch den Ausbau der etablierten Zuschläge (z.B. Notfallstufen, Zentrumszuschläge, Sicherstellungszuschlag) ersetzt werden. Perspektivisch ist ein praktikables System der Vorhaltevergütung zwischen den Partnern der Selbstverwaltung zu erarbeiten. Unabhängig davon sollten jedoch die Regelungen zum Fixkostendegressionsabschlag unverzüglich bundesweit abgeschafft werden, weil diese Regelung derzeit das Ziel der Krankenhausreform einer Leistungskonzentration behindert.

Die BKG unterstützt ausdrücklich die Stellungsnahmen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit, Pflege und Prävention.

Im Einzelnen nimmt die BKG wie folgt Stellung:

1. Definition Fachkrankenhäuser

Im Koalitionsvertrag wurde betreffend die Fachkrankenhäuser Folgendes vereinbart:

„Die Definition der Fachkrankenhäuser überarbeiten wir mit dem Ziel, dass die in den Ländern bestehenden und für die Versorgung relevanten Fachkliniken erhalten bleiben können." (KoaV Z. 3447-3448). Im Referentenentwurf zum KHAG bleibt jedoch die Regelung zur Zuordnung der Fachkrankenhäuser gem. § 135d Abs. 4 Satz 3 SGB V unverändert bestehen. Der Referentenentwurf beinhaltet lediglich Änderungen, die zu einer Vereinheitlichung der Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten von Fachkrankenhäusern führen sollen.

Bewertung

Die derzeitige Gesetzesfassung bringt starke Einschränkungen mit sich, die durch die Unzulänglichkeiten des Leistungsgruppen-Groupers des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) weiter verstärkt werden. Aufgrund dieser starken Einschränkungen sind Fachkrankenhäuser mit speziellem Profil teilweise gefährdet.

Eine Änderung der Regelung zur Zuordnung der Fachkrankenhäuser gem. § 135d Abs. 4 Satz 3 SGB V muss eine sachgerechte Lösung auch für Fachkrankenhäuser mit spezifischen Leistungsangeboten innerhalb der Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin (LG 1) und Allgemeine Chirurgie (LG 14) regeln.

Vorschlag

Die BKG schließt sich dem Formulierungsvorschlag der DKG an, der vorsieht, dass die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde Krankenhäuser, die sich auf die Behandlung einer bestimmten Erkrankung spezialisiert haben oder die nach landesrechtlichen Vorschriften als Fachkrankenhäuser ausgewiesen sind, der Versorgungsstufe „Level F“ zuordnet.

Hilfsweise wäre die Verwendung eingeschränkter Versorgungsaufträge vorstellbar, um auch Spezialisierungen in den LG 1 und 14 zur Bestimmung als Fachkrankenhäuser zuzulassen. Besonders in Bayern mit einer starken fachklinischen Struktur sind gesetzliche Anpassungen zwingend notwendig, um eine qualitativ hochwertige Versorgung aufrechtzuerhalten.

2. Besondere Einrichtungen und teilstationäre Einrichtungen

Besondere Einrichtungen sind Krankenhäuser, räumlich getrennte Fachbereiche von Krankenhäusern oder Fachkrankenhäuser, die wegen einer Häufung von schwerkranken Patienten oder aus medizinischen Gründen der Versorgungsstruktur mit dem DRG-Fallpauschalen-Katalog nicht sachgerecht vergütet werden können. Dies sind bspw. Einrichtungen, die sich auf die Behandlung schwerkranker Kinder spezialisiert haben oder Palliativstationen.

Auch für Tages- bzw. Nachtkliniken, also Einrichtungen, die teilstationäre Krankenhausbehandlung als Leistungen zu bestimmten Betriebszeiten am Tag oder in der Nacht erbringen, soll laut Referentenentwurf jedoch weiterhin die Leistungsgruppensystematik gelten.

Bewertung

Fachlich völlig unverständlich, sieht der Referentenentwurf eine Klarstellung vor, dass Besondere Einrichtungen und teilstationäre Einrichtungen die Leistungsgruppenvoraussetzungen zu erfüllen haben, obwohl sie keine Vorhaltevergütung erhalten.

Vorschlag

Die BKG schließt sich der Forderung der B-Länder an, die vorsieht, Besondere Einrichtungen und teilstationäre Kliniken von der Vorhaltevergütung und damit von der Leistungsgruppensystematik auszunehmen. Dies ist sachgerecht, da diese nicht nach Fallpauschalen vergütet werden.

3. Hybrid-DRG

Bei den Hybrid-DRG fehlt ein sinnvolles Konzept zur sektorengleichen Qualitätssicherung und zur sektorengleichen Kalkulation. Am Ausbau der Hybrid-DRG soll festgehalten werden, dieser wird im Referentenentwurf KHAG nicht adressiert.

Bewertung

Die Folgen für die Versorgung und für die Patientensicherheit sind unkalkulierbar. Es besteht die Gefahr von Fehlanreizen, weil durch die Mischkalkulation einerseits ein Mengenanreiz für Behandlungen mit weniger Komplikationsrisiko besteht, während bei hohem Behandlungsaufwand bzw. hohem Komplikationsrisiko diese Behandlungen systematisch unterfinanziert wären mit der Folge einer drohenden Unterversorgung. Zudem sind in den bisherigen DRG-Kalkulationen für diese Behandlungsfälle auch Fixkosten-Anteile für die stationäre Versorgung einkalkuliert, die für die Sicherstellung der stationären Versorgung verloren gehen, weshalb sich dadurch der Finanzierungsdruck auf die Krankenhäuser weiter verschärft. Der weitere Ausbau der Hybrid-DRG sollte zwingend ausgesetzt werden, bis der Rahmen verbessert ist, andernfalls droht eine enorme Risikoselektion.

Vorschlag

Die BKG schließt sich dem Vorschlag der DKG an, der eine weitreichende Reform des § 115f SGB V vorsieht.

4. Bundes-Klinik-Atlas

Im Bundes-Klinik-Atlas (BKA) sollen nach § 135d Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V die Fallzahlen der erbrachten Leistungen differenziert nach Leistungsgruppen nach § 135e Abs. 2 Satz 2 SGB V veröffentlicht werden. Die Veröffentlichung soll dabei die von den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden zugewiesenen Leistungsgruppen erfassen. Der Referentenentwurf sieht keine Änderungen am BKA vor. Die enorme Bürokratie des Portals ohne erkennbaren Patientennutzen bleibt erhalten.

Bewertung

Als Alternative zum BKA hat sich das Deutsche Krankenhaus Verzeichnis (DKV) längst bewährt. Im Gegensatz zum DKV enthält der BKA weniger Daten, deckt weniger Krankheitsbilder ab und vermittelt kein realistisches Bild der tatsächlichen Versorgungsqualität. Zudem ist der BKA zehnmal teurer als das etablierte DKV.

Vorschlag

Der BKA sollte in der derzeitigen Form als technologische Fehlentwicklung abgeschaltet und über die technische Plattform des DKV in einer Kooperation weitergeführt werden, wobei die geprüften Zertifikate des IQTIG in das DKV übernommen werden sollten.

5. Onkochirurgische Abrechnungsverbote

Die Regelungen zu den onkochirurgischen Leistungen wurden zwar nachgeschärft, bleiben aber in der viel zu hohen Komplexität bestehen. Zudem wird der jährliche Ausschluss von 15 Prozent aller onkochirurgischen Leistungen zwangsläufig zu einer kontinuierlichen Ausdünnung des Versorgungsangebotes führen. Auch der G-BA weist richtigerweise darauf hin, dass anstelle dieser technischen Abrechnungsverbote es aus Patientensicht bedarfsgerechter wäre, die gezielten Mindestmengen weiterzuentwickeln.

Bewertung

In § 40 KHG i.V.m. § 136c Abs. 2 SGB V soll nun der G-BA für Indikationsbereiche eine geringere Prozentzahl festlegen können als die ansonsten gesetzlich vorgesehenen 15 Prozent. Dadurch sollen in bestimmen Indikationsbereichen (insbesondere Brustkrebs) bereits erfolgte Konzentrationen durch Mindestmengen besser berücksichtigt werden.

Für die Ermittlung der Abrechnungsverbote wird nun nicht mehr 2023, sondern 2025 als festes Basisjahr zu Grunde gelegt, welches jedoch das Grundproblem von fixen Stichtagsjahren in Form der Berücksichtigung von Zufälligkeiten aus diesem Jahr nicht beseitigt.

Vorschlag

Die Regelungen zu onkochirurgischen Leistungen sind ersatzlos zu streichen, stattdessen sollte das Instrument der Mindestmengen weiterentwickelt werden – diese sind medizinisch und methodisch anerkannt.

6. Erfüllung der Leistungsgruppen-Qualitätskriterien am Standort

Die Anwendung des § 135e Abs. 2 Satz 1 SGB V führt in der Praxis in vielen Fallkonstellationen zu Unsicherheiten. Ausgangslage dabei ist der folgende geltende Wortlaut des § 135e Abs. 2 Satz 1 SGB V: *„Erbringen Krankenhäuser mindestens eine Leistung aus einer Leistungsgruppe, haben sie die für diese Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien am jeweiligen Krankenhausstandort zu erfüllen; § 135d Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend.“*

§ 135e Abs. 2 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB V verweist über § 135d Abs. 3 Satz 2 SGB V auf die entsprechende Geltung des Standortbegriffs aus § 2a KHG. Maßgeblich ist insbesondere Satz 2 des § 2a Abs. 1 KHG, der wie folgt lautet: *„Ein Krankenhausstandort kann abweichend von Satz 1 aus mehreren Gebäuden oder Gebäudekomplexen eines Krankenhausträgers bestehen, wenn der Abstand zwischen den am weitesten voneinander entfernt liegenden Gebäudepunkten nicht mehr als 2.000 Meter Luftlinie beträgt (Flächenstandort).“*

a) Sachliche Ausstattung am Standort

Es herrscht seitens aller Beteiligten Unsicherheit, welche Anforderungen an die in Anlage 1 des KHVVG aufgeführten Kriterien im Anforderungsbereich „Sachliche Ausstattung“ hinsichtlich der Erfüllung dieser Qualitätskriterien am Standort zu stellen sind. Hier ist aus Sicht der BKG eine gesetzliche Klarstellung notwendig.

Bewertung

Hintergrund der Verknüpfung der sachlichen Ausstattung mit dem Standort ist die Gewährleistung der Patientensicherheit durch eine zeitunkritische Entfernung (§ 135e Abs. 1 Satz 2 SGB V). Überträgt man die Zweckrichtung der Patientensicherheit auf den Standortbegriff, bedeutet dies, dass die medizinische Versorgung am räumlichen Standort vorgehalten werden muss, um nicht durch zeitkritische Entfernungen die notwendige Versorgung zu gefährden.

Aus Sicht der BKG bezieht sich daher der Verweis auf den Standortbegriff in § 135e Abs. 2 Satz 1 SGB V über § 135d Abs. 3 Satz 2 SGB V auf § 2a KHG im Rahmen der sachlichen Ausstattung somit nur auf den Flächenstandort und nicht auf das Merkmal der Trägerschaft.

Dieses Ergebnis deckt sich auch mit der Begrifflichkeit des „Vorhaltens“ im Sinne von § 135e Abs. 4 Satz 2 Nr. 5 SGB V. Unter der gesetzlich normierten Begrifflichkeit „Vorhalten“ ist das grundsätzliche zur Verfügung stehen der Leistung für die jeweilige Versorgung zu verstehen (siehe auch § 2 Abs. 2 LOPS-RL). Das Kriterium „zur jeweiligen Versorgung grundsätzlich zur Verfügung stehen“ enthält keine Anforderungen an die Eigentumsverhältnisse, sondern zielt darauf ab, dass

ein Zugriff auf die sachliche Ausstattung im Rahmen der jeweiligen Versorgung möglich ist. Hinsichtlich der Ausgestaltung des rechtlichen Nutzungshintergrundes lässt der gesetzlich normierte Begriff des „Vorhaltens“ daher einen weiten Ausgestaltungsspielraum für die Krankenhäuser zu.

Vorschlag

Diesbezüglich wäre eine Klarstellung in § 135e Abs. 2 SGB V wie folgt erforderlich, um Auslegungsstreitigkeiten vorzubeugen:

„Vorhaltung für die Leistungserbringung am Standort im Sinne von Abs. 4 S. 2 bedeutet, dass personelle und apparative Mindestvoraussetzungen am Standort gem. § 2a KHG für die jeweilige Versorgung grundsätzlich zur Verfügung stehen müssen. Dies kann über die Ausstattungen des Krankenhauses erfolgen oder durch auf Dauer angelegte vertragliche Regelungen, die die Patientensicherheit gleichermaßen gewährleisten.“

b) Laborleistungen

Für einige Leistungsgruppen ist das Vorhalten von Laborleistungen im Rahmen der sachlichen Ausstattung in einem vorgegebenen Zeitfenster erforderlich.

Effizienz- und qualitätssteigernde Aspekte führen heutzutage auch bei Laborleistungen zu Zentralisierungsmaßnahmen in Form der Auslagerung der Analyseleistung auf Dritte. Unseres Erachtens sollte diese Entwicklung auch weiterhin möglich sein.

Bewertung

Laborleistungen sind unter den Begriff Untersuchungsangebote gemäß § 135e Abs. 4 Satz 2 Nr. 5 SGB V zu subsumieren, also als diagnostische Untersuchungen von Proben. Das Untersuchungsangebot der Laborleistungen besteht in der Praxis aus zwei Teilleistungen. Zum einen die Probeentnahme und zum anderen die Analyse. Unseres Erachtens müssen nicht beide Teilleistungen am Standort erbracht werden.

Anknüpfungspunkt und Abgrenzungsmerkmal für Teilleistungen, die am Standort oder außerhalb vom Standort erbracht werden, ist die Frage, ob der Patient für die Leistung/Teilleistung physisch anwesend sein muss. Diese Leistungen/Teilleistungen, die eine physische Anwesenheit des Patienten am Standort erfordern, müssen am Standort erbracht werden (bei Laborleistungen die Probeentnahme). Alle anderen Teilleistungen können auch begrenzt durch das Zeitmoment in Verbindung mit der Patientensicherheit außerhalb des Standorts erfolgen (bei Laborleistungen die Analyse).

In Abgrenzung zum Begriff Gerät im Sinne von § 135e Abs. 4 Satz 2 Nr. 5 SGB V ist es bei Geräten immer notwendig, dass das Gerät sich physisch zusammen mit dem Patienten am Standort befindet (Beispiel CT/MRT). Die Behandlung oder Untersuchung findet unmittelbar am Gerät statt. Eine physische Trennung von Patient und Gerät ist nicht möglich.

Vorschlag

Diesbezüglich wäre eine Klarstellung in § 135e Abs. 2 SGB V wie folgt erforderlich, um Auslegungsstreitigkeiten vorzubeugen:

„Bei diagnostischen Leistungen gilt der Standortbegriff als erfüllt, wenn die physische Anwesenheit des Patienten am Standort verbleibt.“

7. Standortbegriff

Für große städtische Maximalversorger und Uniklinika mit mehreren Standorten in einer Stadt besteht die Problematik, dass diese die für die jeweiligen Leistungsgruppen zu erfüllenden Qualitätskriterien an allen Standorten vorhalten müssen. Die Standorte befinden sich zwar in einer Stadt, jedoch außerhalb des in § 2a KHG statuierten Flächenstandortes von 2.000 m.

Diese Regelung führt zum Aufbau von Doppelstrukturen und verursacht unnötige Kosten. Eine bundeseinheitliche Schablone ist beim Standortbegriff nicht zielführend, es müssen die Verhältnisse vor Ort berücksichtigt werden.

Bewertung

Die Partner der Selbstverwaltung auf Bundesebene werden diese Problematik nicht lösen können, weil es um konkrete Fragen auf Ortsebene, insbesondere in großen Städten bei Maximalversorgern und Uniklinika geht, deren Standorte aus städteplanerischen Gründen in einer Stadt aufgeteilt sind und zugleich organisatorisch eng verbunden sind. Daher bedarf es einer Flexibilisierung des Standortbegriffs auf Länderebene.

Vorschlag

Die BKG schließt sich dem Vorschlag der B-Länder an, der eine sachgerechte Abweichung von grundsätzlichen Distanzregelungen durch die Krankenhausplanungsbehörden vorsieht und zugleich die Distanzgrenze eines Standortes bei 5.000 m zieht.

8. Anpassung Berücksichtigung Belegärzte

Um die belegärztliche Versorgung zu sichern, wird durch § 135e Abs. 4 Satz 2 Nr. 7 Buchst. d) SGB V klargestellt, dass in einer ausgewiesenen Belegabteilung an Stelle eines Vollzeitäquivalentes auch ein Belegarzt mit vollem vertragsärztlichen Versorgungsauftrag angerechnet werden kann. Aus Sicht der BKG sind jedoch weitere Anpassungen notwendig.

a) Ausgewiesene Belegabteilung

Durch den RefE wird erstmals der Begriff „ausgewiesene Belegabteilung“ in das SGB V eingebracht. Eine Definition dieses Begriffes fehlt jedoch gänzlich. Sogenannte „ausgewiesene Belegabteilungen“ gibt es bisher nicht jedem Bundesland, auch nicht im Freistaat Bayern.

Bewertung

Gemischte Versorgungskonzepte mit Einbindung von einzelnen Belegärzten (bspw. Mischabteilungen) oder auch gemischte Belegabteilungen (Belegabteilungen über verschiedene Fachabteilungen), die der gesetzgeberischen Intention einer leistungsfähigen und wirtschaftlichen belegärztlichen Behandlung der Versicherten zuträglich sind (§ 121 Abs. 1 Satz 1 SGB V), sind von der Neuregelung, aufgrund der einschränkenden Bezugnahme auf „ausgewiesene Belegabteilungen“ nicht umfasst.

Die Begrenzung auf „ausgewiesene Belegabteilung“ würde - wie in der Begründung zum RefE ausgeführt - dazu führen, dass Belegärzte in gemischten Abteilungen nicht angerechnet werden können.

Vorschlag

Der Passus „in einer ausgewiesene Belegabteilung“ ist zu streichen.

b) Voller vertragsärztlichen Versorgungsauftrag

Belegärzte gelten als Vollzeitäquivalent, wenn sie mit vollem vertragsärztlichen Versorgungsauftrag angerechnet werden. Anrechnungsfähig sind nach dem Wortlaut nur Belegärzte mit vollem vertragsärztlichem Versorgungsauftrag.

Bewertung

Um Auslegungsstreitigkeiten zu vermeiden, bedarf es einer klarstellenden Regelung betreffend eine anteiligen Anrechnung.

Vorschlag

Die BKG schließt sich der Position der DKG an, welche vorsieht, dass sich ein voller Versorgungsauftrag auch aus mehreren anteiligen Versorgungsaufträgen zusammensetzen kann und darüber hinaus eine Regelung enthält, dass die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde zur Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung Ausnahmen vorsehen kann.

9. Anrechnung von Ärzten in Weiterbildung

Derzeit sieht das KHVVG lediglich die Berücksichtigung von Fachärzten bei den Qualitätskriterien bei den Leistungsgruppen vor. Die derzeitige Beschränkung führt zu hohen Kosten und entspricht nicht der gelebten Praxis in den Krankenhäusern.

Bewertung

Der alleinige Fokus auf fertig ausgebildete Fachärzte fördert nicht die Weiterbildung, sondern den Wettbewerb um fertig ausgebildete Fachärzte. Dies verschärft den ärztlichen Fachkräftemangel. Mit dem KHAG sollte daher eine anteilige Anrechnung von Ärzten, die sich noch in der Weiterbildung befinden, geregelt werden. Damit würde der Anreiz geschaffen werden, Weiterbildungsassistenten zu beschäftigen und die fachärztliche Weiterbildung zu fördern.

Vorschlag

In der Präambel zur Anlage zum § 135e SGB V ist die Regelung aufzunehmen, dass sich einer der in den Qualitätskriterien geforderten Fachärzte noch in Weiterbildung befinden darf.

10. Ausnahmeregelungen bei Betriebseinstellung

§ 6a Abs. 4 KHG regelt die Voraussetzungen für die Zuweisung einer Leistungsgruppe trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien. Neben dem durch das KHVVG eingeführten Ausnahmetatbestand der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung wurde durch das KHAG ein weiterer Ausnahmetatbestand bei vollständiger oder teilweiser Betriebsschließung statuiert.

Im Rahmen von schrittweisen Umstrukturierungen bzw. Schließungen eines Krankenhausstandorts können für eine erforderliche Übergangsphase, die oftmals auch Baumaßnahmen erfordert, einzelne Qualitätskriterien, etwa in Bezug auf die Vorhaltung verwandter Leistungsgruppen oder personeller Ausstattung möglicherweise nicht mehr vollumfänglich an den alten Standorten erfüllt werden. Um einen geregelten Übergang zu gewährleisten und unnötige Umbaukosten zu vermeiden, kann die Zuweisung von Leistungsgruppen übergangsweise am bisherigen Standort dennoch im Einzelfall im Rahmen eines Gesamtkonzeptes sachgerecht sein und dann über den Ausnahmetatbestand erfolgen.

Bewertung

Die Zuweisung einer Leistungsgruppe im Rahmen des Ausnahmetatbestandes der Betriebsschließungen ist auf höchstens 3 Jahre befristet.

Dieser Zeitraum erscheint für einen geregelten Übergang zu kurz bemessen, weil damit oftmals auch Baumaßnahmen verbunden sind. Eine erneute Befristung von höchstens drei Jahren, wie sie beim Ausnahmetatbestand der Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung möglich ist, ist jedoch für den Ausnahmetatbestand der Betriebsschließung nicht vorgesehen.

Vorschlag

In § 6a Abs. 4 KHG ist die Möglichkeit einer erneuten Befristung von höchstens drei Jahren auch auf den Ausnahmetatbestand der Betriebsschließungen auszuweiten oder alternativ an Bestimmungen der Planungsbehörde zu Bedarfsfeststellungen und Baumaßnahmen zu knüpfen.

11. Mindestvorhaltezahlen

Das System der Mindestvorhaltezahlen soll mit dem Referentenentwurf KHAG erhalten bleiben.

Bewertung

Mindestvorhaltezahlen, die sich ausschließlich an Fallzahlen orientieren, stellen faktisch eine neue Form von Mindestmengen dar, ohne dass hierfür ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren des G-BA zugrunde gelegt wird. Wie im Positionspapier der B-Länder dargelegt, führen die Vorgaben zu Mindestvorhaltezahlen zudem zu einer verstärkten Leistungsverdichtung. Zudem führen Mindestvorhaltezahlen ggf. zu Fehlanreizen und sind nicht sachgerecht bei Fachkliniken, die für ihre Kernleistung ggf. auch einen eingeschränkten Versorgungsauftrag zum Beispiel für die Leistungsgruppe Allgemeine innere Medizin benötigen.

Vorschlag

Die BKG schließt sich dem Vorschlag der DKG an, die Mindestvorhaltezahlen ersatzlos zu streichen.

12. Budgetbeschleunigung

Mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfIEG) wurden verschiedene Maßnahmen mit dem Ziel eingeführt, den Prospektivitätsgrundsatz der Budgetverhandlungen zu stärken, zeitnahe Verhandlungen zu gewährleisten und den entstandenen Verhandlungsstau aufzulösen. Bayern zeigt, dass der zügige Abschluss von Budgetverhandlungen grundsätzlich möglich ist, jedoch gehen die im KHPfleG vorgesehenen Fristen an der Realität vorbei, wie kürzlich ein Schreiben der Schiedsstellenvorsitzenden eindrücklich zeigte.

Bewertung

Der 31.12. des Vorjahres als Frist zur Unterlagenübermittlung mit finanzieller Sanktion und Präklussion ist aus folgenden Gründen nicht praktikabel:

- Der InEK-Katalog wurde in den letzten Jahren oft erst im November veröffentlicht.
- Der LBFW wurde teilweise erst im Januar oder Februar vereinbart.
- Die NUB-Liste wird vom InEK am 31.01. veröffentlicht.
- Die Daten nach § 21 KHEntgG werden zum 31.03. an das InEK gemeldet.
- Die meisten Testate liegen im ersten Quartal vor.

Zudem ist vorgesehen, dass die Schiedsstelle entscheidet, wenn keine Einigung der Verhandlungspartner vor Ort erzielt wurde.

Vorschlag

Die BKG schlägt vor, den gesetzlichen Stand des Jahres 2025 einzufrieren, da eine stufenweise Einführung der Budgetbeschleunigung vom Gesetzgeber vorgesehen war. Als Frist zur Unterlagenübermittlung würde der 30.09. des Budgetjahres bestehen bleiben. Die praktischen Probleme würden damit gelöst, ohne die gesetzliche Intention in Frage zu stellen. Zudem ist der Schiedsstellenautomatismus abzuschaffen, da dieser unnötige Bürokratie und Aufwände verursacht.

13. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen

Das Konzept der Sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (SÜV) ist von hoher Bedeutung für Bayern als Flächenstaat: Mind. 20 Krankenhausstandorte im Freistaat können sich eine Umwandlung in ein SÜV vorstellen. Leider konnten bis dato keine Verhandlungsergebnisse der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene erzielt werden, mit denen die Krankenhausträger und Versorgungsregionen planen könnten. Die BKG setzt sich für einen zügigen Abschluss der Verhandlungen mit fairen und praxisnahen Regelungen ein, die die Transformation in diese neue Struktur

fördert und nicht behindert. Zudem ist es aus Sicht der BKG zwingend notwendig, die Notfallversorgung in SÜV zu regeln, da diese als Anlaufpunkt für Patienten im Notfall erhalten bleiben. Darüber hinaus ist einer Ausdünnung der rettungsdienstlichen Strukturen entgegenzuwirken.

Bewertung

Die Bürger erwarten in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen keine stationäre Notfallversorgung nach G-BA-Kriterien, aber eine Teilnahme an der Notfallversorgung mit den verfügbaren Möglichkeiten. Es muss möglich sein, dass diese Einrichtungen nach örtlicher Absprache vom Rettungsdienst mit klarer Regelung der Symptome und Krankheitsbilder zu definierten Uhrzeiten angefahren werden und dies auch für Patientinnen und Patienten gilt, die von sich aus die Notfallversorgung in diesen Einrichtungen aufsuchen. Dies ist eine Voraussetzung, um Überlastungen und unnötige Inanspruchnahme von Kliniken höherer Versorgungsstufen zu vermeiden. Perspektivisch sollte im Ausnahmefall auch ein Integriertes Notfallzentrum (INZ) in diesen Einrichtungen möglich sein, wenn in einem 30-km-Radius kein anderes geeignetes Krankenhaus zur Verfügung steht. In den Vereinbarungen sind daher Hürden zu vermeiden, die eine regional notwendige und mit den personellen sowie technischen Ressourcen machbare Teilnahme an der Notfallversorgung nach örtlichen Absprachen unmöglich machen würden.

Vorschlag

Die BKG schließt sich der Position der DKG an und sieht ebenfalls gesetzlichen Anpassungsbedarf u. a. zum Leistungsprofil, zum Zugang und zur Aufgabenzuweisung sowie zur Finanzierung.

14. Ambulantes Operieren

Krankenhäuser sind derzeit aufgrund der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen bei der Leistungserbringung gemäß § 115b SGB V (Ambulantes Operieren im Krankenhaus) örtlich auf ihren zugelassenen Krankenhausstandort festgelegt.

Darüber hinaus findet sich eine weitere Einschränkung betreffend die Leistungserbringung gemäß § 115b SGB V in § 1 Abs. 1 des AOP-Vertrages. Demnach sind Krankenhäuser zur ambulanten Durchführung von Leistungen gemäß § 115b SGB V in den Leistungsbereichen zugelassen, in denen sie auch stationäre Krankenhausbehandlung erbringen.

Bewertung

Das Entstehen von Versorgungslücken ist aufgrund der Auswirkungen der Krankenhausreform (bspw. durch Schließung von Krankenhausstandorten oder Änderungen gegenüber dem bisherigen Leistungsspektrums der Krankenhäuser) nicht auszuschließen. Um dem entgegenzuwirken sollten ambulante Operationsleistungen außerhalb des zugelassenen Krankenhausstandortes und außerhalb des stationären Versorgungsauftrages eines Krankenhauses ermöglicht werden, um insbesondere im ländlichen Bereich eine bedarfsgerechte Patientenversorgung sicherzustellen.

Vorschlag

Die BKG schließt sich bezüglich beider Punkte der Position der DKG an und plädiert für eine entsprechende Öffnung der Leistungserbringungsmöglichkeiten der Krankenhäuser.