

Inhalt

- ✓ Editorial
- ✓ Gastbeitrag Prof. Andreas Beivers
- ✓ Sektorenübergreifende Kliniken können starten
- ✓ Erhöhung der Resilienz bleibt wichtiges Thema
- ✓ Hitzeschutz gewinnt an Dringlichkeit
- ✓ 1. Bayerischer Sepsis-Gipfel
- ✓ BKG-Sommergespräche 2026
- ✓ 75 Jahre BKG: Jubiläumsaktion „Bayerische Klinikg'schichten“



Terminübersicht

- ✓ 25.09.: vsl. 2./3. Lesung Notfallreform im Bundestag
- ✓ 13. - 15.10.: BKG-/VKD-Tagung der bayerischen Krankenhausdirektor:innen
- ✓ 16.10.: vsl. finale Beratung Notfallreform im Bundesrat
- ✓ 26. - 28.10.: BKG-/VKD-Seminar für leitende Krankenhausbeschäftigte im Technik-, Küchen- und Wirtschaftsbereich
- ✓ 01.12.: BKG-Mitgliederversammlung

Weichenstellungen und Risiken und Nebenwirkungen

Trotz massiver Kritik trifft das GKV-Spargesetz die Kliniken mitten in der Umsetzung der Krankenhausreform. Bereits 2027 erhöht sich nochmals der wirtschaftliche Druck, obwohl Planungssicherheit und Gestaltungsspielräume nötig wären. Spätestens 2028, wenn alle Instrumente des GKV-Spargesetzes scharfgestellt sind, wäre ohne Gegenmaßnahmen die Versorgungssicherheit konkret bedroht.



Dabei gilt unverändert: Wir stehen hinter den Zielen der Krankenhausreform. Eine stärkere Konzentration komplexer Leistungen, eine hochwertige Versorgung sowie der Erhalt einer bedarfsnotwendigen Krankenhausstruktur sind wichtige und richtige Ziele.

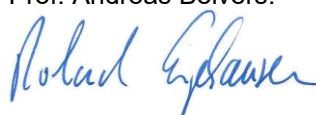
Damit die Reform jedoch erfolgreich umgesetzt werden kann, braucht es jetzt Vertrauen in die Verantwortlichen vor Ort. Deshalb setzen wir uns – mit breiter Unterstützung aller Spitzenverbände der Krankenhausträger in Bayern – für echte Gestaltungsfreiheit in den Kliniken ein. Starre Vorgaben und übermäßige Regulierungen müssen abgebaut werden. Die Messung von Ergebnisqualität bietet die Chance, Qualität sichtbar zu machen und Versorgung sinnvoll weiterzuentwickeln.

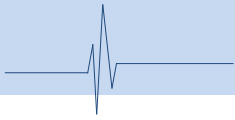
Wir erleben vom Freistaat Unterstützung für unsere Forderungen nach mehr Gestaltungsfreiheit, Bürokratieabbau und nicht notwendiger Personalvorgaben. Gleichzeitig fordern wir von der bayerischen Staatsregierung ein finanzielles Sofortprogramm, um insbesondere die Notfallversorgung, Geburtshilfe und die Kinder- und Jugendmedizin vor einen kalten Strukturwandel aus wirtschaftlicher Not zu schützen.

Entscheidungen zur Zuteilung von Leistungsgruppen werden die Versorgungslandschaft auf Jahre hinaus prägen. Gleichzeitig stehen viele Häuser vor offenen Fragen zu Mindestvorhaltezahlen, neuen Qualitätsanforderungen und möglichen Umstrukturierungen hin zu sektorenübergreifenden Kliniken. Auch die geplante Notfallreform wird Versorgung und Strukturen verändern. Viele Kliniken arbeiten bereits an ihren Zukunftskonzepten und Kooperationen gewinnen eine neue Bedeutung. Jetzt sollten medizinische Weichenstellungen im Fokus stehen, die aber derzeit durch wirtschaftliche Risiken und Nebenwirkungen überlagert werden. Dies muss sich schnell ändern.

Die Krankenhausreform kann nur gelingen, wenn Strukturveränderungen und wirtschaftliche Tragfähigkeit zusammen gedacht werden. Eine klare Richtung in der Gesundheitspolitik durch den neuen Bundesgesundheitsminister ist erforderlich. Dazu empfehlen wir den Gastbeitrag von Prof. Andreas Beivers.

Ihr





Ordnungspolitischer Kompass statt Kontrollspirale –

ein Gastbeitrag von
Prof. Dr. Andreas Beivers



Professor für Volkswirtschaftslehre und Gesundheitsökonomie an der Hochschule Fresenius, Gesundheitspolitischer Sprecher der Carl Remigius Fresenius Education Group, Assoziierter Wissenschaftler am RWI-Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung Essen

Wer beim Blick auf das offene Meer an das deutsche Gesundheitswesen denkt, erkennt einen entscheidenden Unterschied: Schiffe verfügen über einen Kompass. In der Gesundheitspolitik dagegen wächst die Zahl der Regeln, ohne dass die Richtung immer klarer wird. Das Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG) und das GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz verfolgen nachvollziehbare Ziele - bessere Strukturen, gesicherte Qualität und stabile Beiträge. In ihrem Zusammenspiel schaffen sie aber auch neue Nachweise, Prüfmechanismen und finanzielle Detailvorgaben. Gerade deshalb lohnt der Blick auf Walter Eucken: Nicht weniger Staat um jeden Preis, sondern eine bessere staatliche Ordnung ist gefragt.

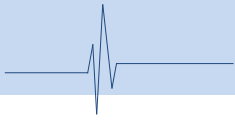
Eucken unterschied konstituierende Prinzipien, die eine funktionsfähige Wettbewerbsordnung ermöglichen, von regulierenden Prinzipien, die Marktversagen und Machtkonzentrationen korrigieren. Für das Gesundheitswesen lässt sich daraus eine einfache Leitidee ableiten: Der Staat muss Ziele, Qualitätsgrenzen und Verantwortlichkeiten verbindlich festlegen, sollte aber nicht jeden einzelnen Versorgungsprozess administrativ vorzeichnen. Bürokratie entsteht häufig dort, wo Zuständigkeiten unklar sind, Finanzierung und Verantwortung auseinanderfallen und fehlendes Vertrauen durch neue Nachweise ersetzt wird.

Von besonderer Bedeutung ist deshalb Euckens Haftungsprinzip. Wer entscheiden darf, muss grundsätzlich auch die Folgen seiner Entscheidung tragen. Haftung bedeutet dabei nicht möglichst viele Sanktionen. Sie verlangt vielmehr, Entscheidungsbefugnis, Nutzen und Risiko zusammenzuführen. Genau daran fehlt es vielfach: Gesetzgeber und Selbstverwaltung setzen komplexe Vorgaben, Krankenkassen und Medizinische Dienste kontrollieren deren Einhaltung, während Krankenhäuser den organisatorischen Aufwand und einen wachsenden Teil des finanziellen Risikos tragen. In der Folge wird Dokumentation zur defensiven Absicherung - nicht zur Verbesserung der Versorgung.

Das zeigt sich am neuen System der MD-Prüfquoten. Ab 2027 soll die Prüfquote je Krankenhaus stärker vom Anteil unbeanstandeter Abrechnungen abhängen: Sie beträgt bis zu fünf Prozent bei mindestens 80 Prozent unbeanstandeten Rechnungen, 20 Prozent bei einem Anteil zwischen 65 und unter 80 Prozent und 40 Prozent unterhalb von 65 Prozent; fällt der Anteil unter 50 Prozent, ist eine unbegrenzte Prüfung möglich. Aufwandspauschale und Aufschlag werden zugleich auf 500 Euro angehoben. Der Grundgedanke ist zunächst ordnungspolitisch plausibel: Wer regelkonform abrechnet, soll weniger kontrolliert werden; bei systematischen Auffälligkeiten steigt die Kontrolldichte.

Problematisch sind jedoch die harten Schwellen und die undifferenzierte Gleichsetzung jeder Beanstandung mit mangelnder Regelkonformität. Abrechnungsstreitigkeiten können auch aus komplizierten Kodiervorgaben, wechselnden Auslegungen oder medizinischen Grenzfällen entstehen. Dann führt die höhere Prüfquote nicht zwingend zu besseren Abrechnungen, sondern zu noch mehr Vorabkontrollen, Dokumentation und Personalbindung. Aus einem risikoorientierten Instrument kann eine Kontrollspirale werden. Euckens Haftungsprinzip verlangt deshalb, nur solche Folgen zuzurechnen, die der jeweilige Akteur tatsächlich beeinflussen kann.

Ähnliche Fragen wirft die Neuordnung des Pflegebudgets auf. Ab 2027 wird seine Entwicklung stärker an das Vorjahresbudget und den allgemeinen Veränderungswert gebunden. Überschreitungen bleiben im Wesentlichen nur für gesetzlich oder durch den Gemeinsamen Bundesausschuss vorgegebene Personalvorgaben möglich.



Tatsächliche Mehrkosten werden künftig grundsätzlich nicht mehr nachträglich ausgeglichen, Minderkosten dagegen budgetmindernd berücksichtigt; Tarifsteigerungen wirken nur noch zur Hälfte erhöhend. Zugleich wird die bisherige pauschale Finanzierung pflegeentlastender Maßnahmen von 2,5 Prozent des Pflegebudgets 2027 auf rund 0,34 Prozent reduziert, 2028 nochmals halbiert und ab 2029 beendet. Hauswirtschaftliche, logistische, administrative und technische Tätigkeiten außerhalb der unmittelbaren Patientenversorgung gehören nicht mehr in das Pflegebudget.

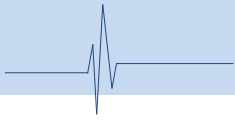
Kostendisziplin ist notwendig. Ordnungspolitisch problematisch wird sie jedoch, wenn ein Krankenhaus Risiken tragen soll, die es nur begrenzt steuern kann - etwa Tarifentwicklungen, gesetzliche Personalvorgaben oder einen regional besonders angespannten Arbeitsmarkt. Werden zugleich Stationsassistenzen, Transportdienste oder Dokumentationshilfen nicht verlässlich an anderer Stelle finanziert, verschwinden deren Aufgaben nicht. Sie können wieder bei den Pflegefachpersonen landen und dort genau jene Bürokratie und Arbeitsverdichtung erzeugen, die politisch eigentlich abgebaut werden sollen. Eine Deckelung bildet dann keine reale Knappheit ab, sondern verlagert sie in den Versorgungsalltag.

Was wäre zu tun? Erstens sollte das MD-Prüfsystem tatsächlich risikoorientiert ausgestaltet werden. Maßgeblich dürfte nicht jede formale Beanstandung sein, sondern eine rechtskräftig oder abschließend festgestellte, materiell relevante Fehlerquote. Offene Streitfälle müssten bis zur Klärung neutral bleiben; finanzielle Bedeutung, Fehlertyp und systematische Wiederholung sollten berücksichtigt werden. Eine unbegrenzte Prüfbarkeit sollte nachgewiesenem systematischem Fehlverhalten vorbehalten bleiben. Bundeseinheitlich verbindliche Kodierregeln, schnelle Schlichtungsverfahren und digitale Once-only-Datenflüsse könnten gleichzeitig Prüfbedarf und Abwehrbürokratie senken. Haftung müsste symmetrisch wirken: Krankenhäuser tragen die Folgen materiell fehlerhafter Abrechnungen, Krankenkassen aber auch die tatsächlichen Kosten ergebnisloser oder vermeidbarer Prüfungen.

Zweitens braucht das Pflegebudget eine grundlegende Überarbeitung sowie eine klarere Risikoteilung. Exogene Kosten, insbesondere verbindliche Tarifsteigerungen und gesetzlich angeordnete Personalvorgaben, sollten innerhalb eines transparenten Korridors verlässlich refinanziert werden. Für Organisation, Personalmix und Produktivität tragen die Krankenhäuser dagegen Verantwortung – und hier muss Ihnen mehr Beinfreiheit gegeben werden.

Drittens sollte jede neue gesundheitspolitische Regel einem verbindlichen Bürokratie- und Verantwortungsscheck unterzogen werden: Welches Problem wird gelöst? Wer kann das Ergebnis beeinflussen? Wer trägt Kosten und Haftung? Welche bestehende Pflicht entfällt? Hinzukommen sollten Befristungs- und Evaluationsklauseln sowie gesetzlich autorisierte Reallabore, in denen Krankenhäuser von ausgewählten Verfahrensvorgaben abweichen dürfen, solange sie definierte Qualitäts- und Sicherheitsziele erreichen.

Eucken liefert damit keinen Freibrief für Deregulierung und ebenso wenig für pauschale Kostensenkungen. Sein Kompass weist zu wenigen, klaren und verlässlichen Regeln, zu transparenten Preisen und zu einer Haftung, die tatsächlicher Entscheidungsmacht folgt. Beitragssatzstabilität darf nicht durch eine immer aufwendigere Kontroll- und Nachweisordnung erkaufte werden. Das Gesundheitswesen braucht so viel Freiheit wie möglich, so viel Regulierung wie nötig - und Verantwortung dort, wo tatsächlich entschieden werden kann.



Sektorenübergreifende Kliniken können starten

FAQ sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen (süV)



Stand der Informationen: Vereinbarung zu den stationären Leistungen der sektorübergreifenden Versorgungseinrichtungen vom 02.03.2026. Die konkrete Ausgestaltung kann je nach Standort und Landesplanung unterschiedlich sein.

Die BKG stellt auf ihrer Homepage eine FAQ-Liste zu den sektorübergreifenden Versorgungseinrichtungen zur Verfügung:
<https://www.bkg-online.de/die-bkg/faq>

Mit der Krankenhausreform entsteht für kleinere Krankenhausstandorte mit den sogenannten sektorübergreifenden Versorgungseinrichtungen (süV) eine neue Form von Kliniken. Im fachlichen Sprachgebrauch werden nach „Level 1i“, „Regionale Gesundheitszentren“ (Niedersachsen), „süV“ als gesetzlichen Begriff und Regioklinik (Rheinland-Pfalz) unterschiedliche Namen verwendet. Auch wenn sich ein kraftvoller Name noch nicht etabliert hat, steht fest: Diese sektorübergreifenden Kliniken sollen insbesondere dort eine wohnortnahe medizinische Versorgung sichern, wo ein klassischer Krankenhausstandort künftig wirtschaftlich oder strukturell nicht mehr tragfähig ist. Nachdem sich DKG und GKV-Spitzenverband erst auf den Leistungskatalog und nun auf die Vergütung einigen konnten, steht Klinikstandorten der Weg zu einer solchen Umwandlung offen.

Leistungsrahmen abgesteckt

Sektorübergreifende Kliniken verbinden stationäre, ambulante und pflegerische Angebote unter einem Dach. Im Mittelpunkt steht die stationäre internistisch Grundversorgung mit geriatrischer Ergänzung. Behandelt werden sollen u. a. ältere Patient:innen mit häufigen Krankheitsbildern wie Herzinsuffizienz, Pneumonien, Diabetes mellitus oder infektiösen Erkrankungen. Voraussetzung ist weiterhin eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit nach § 39 SGB V.

Gleichzeitig sind die Leistungen bewusst begrenzt. Komplexe stationäre Behandlungen, auch chirurgisch, gehören nicht zum Leistungsspektrum. Eine internistische Teilnahme an der stationären Notfallversorgung ist nach regionaler Absprache möglich, aber diese Kliniken haben keine Zentrale Notaufnahme. Ambulante Notfall-Anlaufstellen sind über hausärztliche Kassenarztsitze oder eine hausärztliche Ermächtigung möglich.

Begrenzte Größe und echte Vorhaltefinanzierung

Sektorübergreifende Kliniken sind in der Finanzierung auf eine Größe von bis zu 50 Betten begrenzt. Die Finanzierung basiert auf einer jährlichen Strukturpauschale je Bett mit 182.734 Euro. Dafür müssen mindestens 30 stationäre Fälle pro Bett und Jahr behandelt werden, ansonsten gibt es Abschläge von dieser Pauschale, mit der die Struktur- und Personalkosten abgedeckt werden. Je Behandlungstag gibt es außerdem eine Sachkostenpauschale von 95 Euro. Weil es sich weiterhin um Krankenhäuser im bayerischen Krankenhausplan handelt, gilt weiterhin eine Investitionsfinanzierung aus Landesmitteln.

Niedrigere Strukturanforderungen

Im Vergleich zu Akutkrankenhäusern gelten deutlich vereinfachte personelle und sachliche Anforderungen. Erforderlich sind eine durchgehende pflegerische Versorgung, eine ärztliche Präsenz an Werktagen sowie die fachärztliche Rufbereitschaft rund um die Uhr. Bei der Ausstattung genügen unter anderem EKG-, Sonografie- und Röntgengeräte sowie Möglichkeiten zur Überwachung der Vitalfunktionen. Kooperationen, beispielsweise im Laborbereich, sind ausdrücklich vorgesehen. Offen sind u. a. noch Fragen zur Weiterbildungsteilnahme.

Ambulante Versorgung als wichtiger Baustein

Über die stationäre Versorgung hinaus können die Kliniken auch weitere Leistungen anbieten. Dazu zählen ambulante Leistungen bei Vorliegen entsprechender Ermächtigungen und pflegerische Leistungen.

Nach derzeitiger Gesetzeslage können ambulanten Operationen (AOP) und Hybrid-DRG-Leistungen nur bei einer vertragsärztlichen Zulassung oder Ermächtigung erbracht werden. DKG und GKV wollen dies gemeinsam ändern, was dringend geboten ist.



Umwandlungen bereits für 2027 möglich

Krankenhäuser, die für Januar 2027 die Umwandlung in eine sektorenübergreifende Klinik prüfen, müssen bis spätestens 30. September 2026 einen Antrag beim Medizinischen Dienst sowie beim Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention (StMG) stellen. Die Prüfungen werden dann bis Ende 2026 abgeschlossen. Aus Sicht der BKG-Geschäftsstelle wird für die größere Zahl der Krankenhäuser eine Standortumwandlung zum 01.01.2028 in Frage kommen.

Förderung möglich

Bei einer Umwandlung sind Mittel aus dem Krankenhaustransformativitätsmittel (Fördertatbestand 2) möglich. Förderfähig sind bauliche Maßnahmen im stationären Leistungsbereich sowie weitere zwingend erforderliche Kosten der Umstrukturierung z. B. für digitale Infrastruktur, Beratung oder Umzugskosten. Kosten einer Teilschließung sind unter bestimmten Bedingungen ebenfalls, ggf. begrenzt, förderfähig.

Ob eine Umwandlung wirtschaftlich und versorgungspolitisch sinnvoll ist, muss standortbezogen geprüft werden. Unseres Bayerisches Institut für Krankenhausberatung (BIK) bietet den Trägern hierfür einen kompakten „SüV Quick Check“ an.

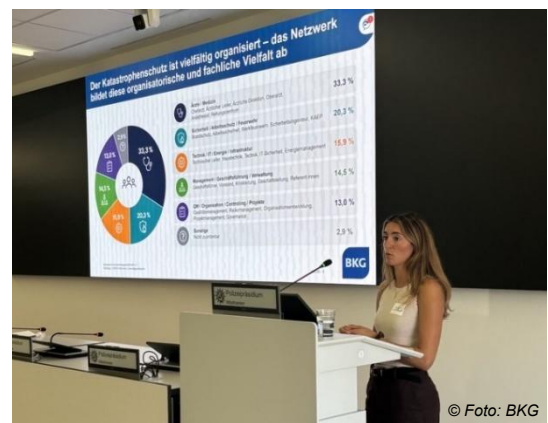
Erhöhung der Resilienz bleibt wichtiges Thema für bayerische Kliniken

Auch wenn die finanziellen Einschnitte und die Umsetzung der Krankenhausreform derzeit im Fokus stehen, nimmt die Erhöhung der Resilienz weiterhin einen hohen Stellenwert für die Krankenhäuser ein.

Netzwerktreffen der Katastrophenschutzbeauftragten

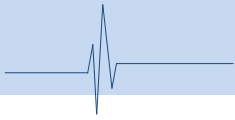
Dazu lud die BKG gemeinsam mit dem Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention (StMG) Ende Juli zum Netzwerktreffen der Katastrophenschutzbeauftragten in Nürnberg ein (siehe Bild). Im Fokus der Veranstaltung standen der Austausch von Übungskonzepten sowie die Verpflichtungen des KRITIS-Dachgesetzes. Das Klinikum Nürnberg, das RoMed Klinikum Rosenheim sowie die München Klinik brachten ihre Erfahrungen aus der Beübung verschiedener Szenarien ein.

Leider bleiben die konkreten Anforderungen des Gesetzes und damit die Pflichten für die Krankenhäuser als kritische Infrastrukturen bisher vage. Die notwendige Rechtsverordnung, die die Betroffenheit und die zu treffenden Maßnahmen regelt, lässt weiterhin auf sich warten.



Bayerisches Gesundheitsministerium finanziert Übungen

Einmal mehr wurde bei dem Netzwerktreffen deutlich: Zur Stärkung der Krisen-Resilienz der Krankenhäuser sind praxisnahe Übungen ein besonders wirksames Mittel, um Abläufe zu erproben und zu optimieren, Zuständigkeiten zu klären und die Zusammenarbeit im Ernstfall zu stärken.



Hitzeschutz gewinnt an Dringlichkeit

Der Dringlichkeitsantrag von CSU und Freien Wählern sowie der Beschluss des Bayerischen Landtags sind hier abrufbar: [0000010052.pdf](#) bzw. [0000009685.pdf](#)

Dazu erprobte das StMGP in einer Pilotphase gemeinsame Übungen der Krankenhäuser mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) – ein Modell, das nun allen bayerischen Kliniken zur Verfügung steht. Mit 2 Mio. Euro unterstützt das StMGP einmalig gemeinsamer Krisenübungen mit den Gesundheitsämtern. Insbesondere Szenarien wie die Trinkwasserverunreinigung oder Trinkwasserausfall, biologische Lage oder medizinische Herausforderungen beim Ausfall von Infrastruktur, z.B. Stromausfall oder Beeinträchtigung der Abfall- und Abwasserentsorgung, können damit beübt werden.

Die BKG begrüßt die Maßnahme ausdrücklich und hofft, dass möglichst viele bayerischen Kliniken das Angebot des StMGP in Anspruch nehmen – über den Expertenrat Gesundheitssicherheit des StMGP hatten wir uns für eine Finanzierung von Übungen eingesetzt.

Die hohe Zahl an Hitzetoten und neue Rekordtemperaturen rüttelten in diesem Sommer Öffentlichkeit und Politik auf: Die Auswirkungen des Klimawandels sind deutlich spürbar und ein besserer Hitzeschutz für vulnerable Gruppen ist überfällig.

Hürden erschweren Umsetzung von Hitzeschutzmaßnahmen

Die bayerischen Krankenhäuser tun bereits viel, um ihre Patient:innen und Mitarbeitende bestmöglich vor dem Einfluss hoher Temperaturen zu schützen. Doch fehlende finanzielle Mittel, bürokratische Hürden sowie Anforderungen des Denkmalschutzes stellen für die Krankenhäuser derzeit die größten Herausforderungen bei der Umsetzung von nachhaltigen Hitzeschutzmaßnahmen dar.

Gemeinsame Initiative der BKG und BLÄK

Die BKG setzt sich deshalb gemeinsam mit der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) gegenüber Staatsministerin Judith Gerlach, MdL dafür ein, Hitzeschutzmaßnahmen sowie weitere Maßnahmen zur Erhöhung der Resilienz der bayerischen Kliniken aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität oder alternativ aus dem Krankenhaus-Transformationsfonds zu finanzieren.

Mit diesen Mitteln könnte künftig der Einbau von technischen Kühlanlagen, wie Kältedecken und Klimaanlage, sowie die konsequente und flächendeckende Berücksichtigung von Kühlsystemen in Neu-, Umbau- oder Erweiterungsbauten von Krankenhäusern gefördert werden. Bürokratische Hürden und Denkmalschutz sollten dabei nachrangig berücksichtigt werden, um das Wohl von Personal und Patient:innen in den Vordergrund zu stellen.

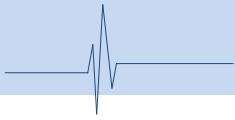
Darüber hinaus fordern BKG und BLÄK, die Green Hospital Plus-Initiative des Freistaats Bayern um konkrete Maßnahmen zu ergänzen, die die Krankenhäuser dabei unterstützt, Patient:innen und ihre Beschäftigten besser vor hitzebedingten Einflüssen zu schützen.

CSU und Freie Wähler griffen Forderungen auf

Der gemeinsame Appell von BKG und BLÄK zog weitere Kreise: Die Landtagsfraktionen von CSU und Freie Wähler griffen in einem Dringlichkeitsantrag unsere Forderungen auf und forderten die Staatsregierung zum Handeln für mehr Hitzeschutz in Bayerns Kliniken auf.

Lösungsansätze für denkmalrechtliche Hürden

Um konkrete Lösungsansätze zum Abbau denkmalrechtlicher Hürden in den Krankenhäusern zu finden, steht die BKG im Austausch mit dem bayerischen Wissenschaftsministerium und dem Landesamt für Denkmalschutz.



Die BKG erreichten zahlreiche Beispiele, die deutlich machten, wie die Umsetzung von Hitzeschutzmaßnahmen vor Ort erschwert wird.

So kann zum Teil bereits die Anbringung von Außenjalousien oder Sonnenschutzfolien aufgrund denkmalersicher Vorgaben nicht realisiert werden. Die BKG wird das Thema Hitzeschutz weiterhin eng begleiten und auf notwendige politische Maßnahmen drängen – denn der nächste Sommer und damit die nächste Hitzewelle kommt bestimmt.

Ausblick auf 2027

Während die mediale Aufmerksamkeit auf das Thema Hitzeschutz nun wieder abnehmen wird, startet nun die Zeit der Umsetzung erster Maßnahmen. Diese können nicht auf die lange Bank geschoben werden. Denn bereits heute steht fest: Der nächste Sommer mit Hitzetagen wird kommen und die Problemlagen müssen gelöst werden.

BKG beim 1. Bayerischen Sepsis-Gipfel im Landtag

Das Thema Sepsis ist brisant: Pro Jahr erkranken etwa 210.000 bis 320.000 Menschen in Deutschland an einer Sepsis, heruntergerechnet auf Bayern sind dies bis zu 50.000 Erkrankungen jährlich. Zunehmende Antibiotikaresistenzen erschweren die Therapie.

Vor dem Hintergrund dieser Zahlen und wachsender Herausforderungen in der Therapie lud MdL Bernhard Seidenath, Vorsitzender des Gesundheitsausschusses im Bayerischen Landtag, im Schulterschluss mit der Initiative Team Stopp Sepsis am 16. Juli 2026 erstmals zu einer Expertenrunde mit Betroffenen sowie Vertreter:innen aus Wissenschaft und Versorgung zum 1. Bayerischen Sepsis-Gipfel im Bayerischen Landtag ein. Auch die BKG-Geschäftsstelle war mit Dr. med. Cornelia Diwersy vor Ort vertreten, um über entscheidende Hebel in der Prävention und Versorgungsstruktur zu diskutieren.

Nationalen Sepsis-Plan mit Leben füllen

Deutschland hat sich im Rahmen einer WHO-Resolution verpflichtet, bis 2030 den Nationalen Sepsis-Plan umzusetzen. Der Gipfel markiert dabei einen wichtigen Schritt, dieses Ziel in Bayern mit Leben zu füllen. Unter dem Leitmotiv „Deutschland erkennt – Bayern packt's an“ diskutierten die Expert:innen und Betroffene konkrete Maßnahmen des Plans: Aufklären, Vorbeugen, Erkennen, Behandeln und Nachsorgen.

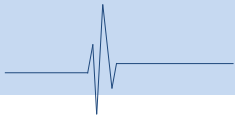


© Foto: CSU-Fraktion

Im Ergebnis steht das Vorhaben, Sepsis als Thema dauerhaft auf die Agenda der Gesundheitspolitik zu setzen sowie die Zusammenarbeit verschiedener beteiligter Einheiten in der öffentlichen Gesundheitsversorgung besser zu vernetzen und die Aufklärungs- und Präventionsarbeit in der Bevölkerung zu stärken. Hierzu wurden u.a. auch bestehende Pilotprojekte, wie „Deutschland erkennt Sepsis“ vorgestellt, die als Vorbild für bayerische Konzepte wirken sollen.

Siehe auch:

<https://csu-landtag.de/news/lokal/1727/1-Bayerischer-Sepsis-Gipfel-im-Landtag.html> sowie https://ilse-aigner.de/trans_1_1_5413_1-Bayerischer-Sepsis-Gipfel-im-Landtag.html



BKG-Sommorgespräche 2026



© alle Fotos: BKG

Kurz vor den Sommerferien lud die BKG-Geschäftsstelle auch in diesem Jahr zum informellen Austausch mit den Klinikverantwortlichen ein. Bei drei Terminen an unterschiedlichen Orten im Freistaat standen die strategischen Weichenstellungen in den Kliniken sowie die gesundheitspolitische Agenda der Bundesregierung im Mittelpunkt.

In allen drei Gesprächsrunden wurde deutlich: Das GKV-Spargesetz stellt die Krankenhausverantwortlichen vor eine unlösbare Aufgabe und wird die Defizite der Kliniken erneut in die Höhe treiben. Zugleich stellt die Krankenhausreform neue Anforderungen, die ebenfalls zum Kostenzuwachs führen.

Zum Auftakttermin in München waren in diesem Jahr neben den Vertreter:innen aus den Geschäftsführungen auch die Pflegedienstleitungen zum Austausch eingeladen - denn gerade die Auswirkungen des GKV-Spargesetzes auf die Pflege beschäftigen die Verantwortlichen in den Krankenhäusern.

Als Gast war dazu u. a. die Pflegebeauftragte der Bundesregierung, MdB Katrin Staffler, ins Klinikum Dritter Orden München-Nymphenburg gekommen. Im Fokus der Diskussion standen die Auswirkungen der Sparvorgaben auf die Kliniken und die kaum vorhandenen finanziellen Spielräume angesichts enger gesetzlicher Vorgaben. MdB Katrin Staffler verwies im Gespräch auf die Dringlichkeit des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes angesichts der angespannten Finanzsituation der GKV. Sie betonte jedoch, dass im Herbst weitere gesetzliche Anpassungen zu erwarten seien und sie die Hinweise und Anregungen der Krankenhäuser aufnehmen werde.



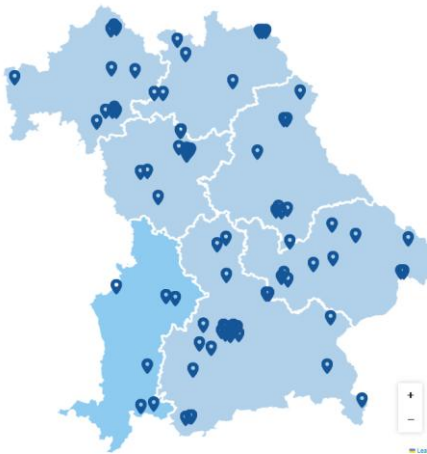
Die BKG machte in der Diskussion deutlich: Die Regelungen des GKV-Spargesetzes widersprechen den Erwartungen vieler Ärzt:innen, Pflegekräften sowie Therapeut:innen. Statt starrer gesetzlicher Vorgaben wünschen sie sich eine interprofessionelle Zusammenarbeit und modernere Arbeitsstrukturen, in denen Patientenversorgung gemeinsam im Team gestaltet wird.

Die BKG-Geschäftsstelle wird den Dialog mit der Pflegebeauftragten der Bundesregierung weiterführen und die für den Herbst angekündigten Gesetze weiterhin eng begleiten.

In lockerer Atmosphäre verliefen die beiden weiteren Sommergespräche in Langweid am Lech und Erlangen.

"Eine Sommerpause wird es für die Kliniken heuer ganz sicher nicht geben" resümierte einer der Teilnehmer des Sommergesprächs in Erlangen. Denn die Herausforderungen für Bayerns Kliniken sind riesig - die zweite Jahreshälfte wird richtungsweisende Weichen stellen für die zukünftige stationäre Versorgung der Menschen im Freistaat.

75 Jahre BKG: Jubiläumsaktion „Medizin und Menschlichkeit“ – Bayerische Klinikgeschichte



Weitere Geschichten finden Sie unter
www.bayerische-krankenhausgeschichten.de

Die Jubiläumsaktion „Medizin und Menschlichkeit – Bayerische Klinikg'schichten“, die wir anlässlich der 75 Jahr-Feier der BKG initiierten, begleitet uns weiter. Mit der Aktion werden Geschichten aus dem Alltag der bayerischen Krankenhäuser erzählt – aus Sicht der Mitarbeitenden, aber auch aus Sicht der Patient:innen. Es werden Geschichten erzählt, die inspirieren, prägen und berühren.

Klinikerberufe stehen wie keine andere Profession für Zusammenhalt, Miteinander und gemeinsame Ziele. Ganz in diesem Sinne schafft die BKG den übergreifenden Rahmen für eine bayernweite Klinikfamilie, indem sie die Häuser in ihrer Arbeit unterstützt und gemeinsame Ziele voranbringt.



Die tagtäglichen gemeinsamen Anstrengungen für das Leben und die Gesundheit von Patienten schweißt die Teams vor Ort oftmals „familiär“ zusammen. Manche kennen „ihre Klinikfamilie“ schon länger als den eigenen Ehepartner und die eigenen Kinder. Gerade in den ländlichen Regionen Bayerns sind viele Familien an einem Klinikstandort tätig, der oftmals der größte Arbeitgeber einer Region ist.



Foto: Kreiskliniken Bogen-Mallersdorf

Die Kreiskliniken Bogen-Mallersdorf machten in einem Video einige ihrer Familienverbindungen sichtbar und stellen als Beispiel die Familie Utz/Heim vor, die ihre Passion für den Pflegeberuf generationenübergreifend mit Herz und Verstand lebt.

Rufen Sie gern den Videobeitrag der Kreiskliniken Bogen-Mallersdorf auf: <https://www.bayerische-krankenhausgeschichten.de/84066-klinik-mallersdorf>

Unser Dank geht diesmal speziell an Stefanie und Carmen Utz, Verena Heim von der Klinik Mallersdorf!

Impressum

Herausgeber:

Redaktion:

Anschrift:

Bayerische Krankenhausgesellschaft e. V.
Vorsitzende Landrätin Tamara Bischof, Geschäftsführer Roland Engehausen
Roland Engehausen, Geschäftsführer (r.engehausen@bkg-online.de) (*erreichbar für Rückfragen*)
Christina Leinhos, stv. Geschäftsführerin, Geschäftsbereich Politik, Kommunikation und Digitalisierung
Eduard Fuchshuber, Geschäftsbereich Politik, Kommunikation und Digitalisierung, Pressesprecher
Radlsteig 1, 80331 München, T: 089 290830-0, mail@bkg-online.de
www.bkg-online.de, www.linkedin.com/company/bayerische-krankenhausgesellschaft

