

Handlungsfelder

1. Handwerkliche Fehler der Krankenhausreform korrigieren
2. Klarheit schaffen, Planungssicherheit gewährleisten
3. Vorhaltevergütung aussetzen und überarbeiten
4. Hohe Defizite ungelöst: Inflationslücke endlich ausgleichen
5. Auf die Menschen kommt es an: Entbürokratisierung wagen, Vertrauen aufbauen, Ergebnisqualität fördern
6. Internationales Niveau bei Fallzahlen, Erlösen und Qualität erreichen
7. Patientinnen und Patienten besser steuern – insbesondere bei Notfällen
8. Pfad der Digitalisierung fortsetzen
9. Prävention und Gesundheitskompetenz fördern
10. Klimaschutz und Klimaanpassungen ernst nehmen

Gesundheitsversorgung für morgen sicher gestalten

Der Beschluss des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) stellt eine Zäsur für die stationäre Versorgung in Bayern und in Deutschland dar und wird auch die ambulante Versorgung und die ärztliche Aus- und Weiterbildung verändern. Selten hatte ein Gesetz so un kalkulierbare Auswirkungen auf die Daseinsvorsorge in unserem Land. Klar ist nur, dass Bürokratie und starre Regularien weiter zunehmen werden.

Auch wenn im Bundestagswahlkampf Themen der inneren und äußeren Sicherheit zu dominieren scheinen, gehört die soziale Sicherheit – und damit die **Versorgungssicherheit** - auch zu den Eckpfeilern einer vertrauensvollen Politik, die die Bürgerinnen und Bürger von einem funktionierenden Staat erwarten. Zudem ist für eine starke Gesundheitsversorgung auch eine starke Wirtschaft in Deutschland erforderlich. Dafür ist eine Reduzierung von Bürokratie und Regulierung zwingend erforderlich.

Die bayerischen Krankenhäuser wollen mit Blick auf den medizinischen Fortschritt und der Demografie die **Reform aktiv gestalten**. Viele Veränderungsprozesse zur Spezialisierung sind bereits angestoßen worden.

Der Gesetzesrahmen für eine Krankenhausreform muss **umsetzbar und praktikabel** sein. Die Reform darf **kein Experiment** sein und darf nicht die Versorgung – insbesondere im ländlichen Raum - gefährden.

Als Sofortmaßnahme müssen **handwerkliche Fehler des KHVVG** von der neuen Bundesregierung nachgebessert werden, um die Ziele nicht durch unrealistische Zeitpläne und unnötige Bürokratie zu gefährden. Zudem muss über eine **Brückenfinanzierung** der kalte Strukturwandel gestoppt werden, der einen geordneten Transformationsprozess und damit das **Vertrauen** sowohl der Bürgerinnen und Bürger als auch der Mitarbeitenden in den Krankenhäusern akut gefährdet.

Nach der Verabschiedung des KHVVG hat sich die **Insolvenzwelle der Krankenhäuser in den letzten Wochen nochmals verschärft** – betroffen sind derzeit überwiegend freigemeinnützige Träger, die sich viele Jahrzehnte für Patientinnen und Patienten im Gemeinwohlinteresse engagiert haben. Es darf nicht länger hingenommen werden, dass 8 von 10 Krankenhäuser derzeit Defizite schreiben, während in den industriellen Bereichen der Gesundheitswirtschaft (Pharmaindustrie, Medizintechnik, Gesundheits-IT) hohe Gewinne erzielt werden.

Für eine zukunftsfeste soziale Sicherheit ist **eine integrierte Gesundheits- und Pflegereform** erforderlich, die auch eine Stabilisierung der GKV-Finzen berücksichtigt.

Im Fokus der Krankenhauspolitik der 21. Legislatur sollten aus Sicht der Kliniken in Bayern die nachstehenden 10 Punkte stehen.

1. Handwerkliche Fehler der Krankenhausreform korrigieren

Die BKG unterstützt eine Krankenhausreform mit der Nutzung sinnvoller Konzentrations- und Spezialisierungspotentiale, wie über evidenzbasierte Mindestmengen. Aber das KHVVG verfügt über zahlreiche grobe handwerkliche Fehler. Die enorme Komplexität wird zum Gegenstand von Streitigkeiten werden. Zudem drohen neue Fehlanreize, die in der Tragweite überhaupt noch nicht abschätzbar sind. Beispiele sind:

Unpassender Zeitplan und fehlende Vorgaben: Nach dem KHVVG müssen die Planungsbehörden der Länder bis spätestens 30.09.2025 den Medizinischen Dienst (MD) mit allen Prüfungen der Qualitätskriterien für 2027 beauftragt haben. Vorher müssen die Kliniken ihre Leistungsgruppen beantragt haben. Die Beantragung der Leistungsgruppen erfolgt bei diesem Zeitplan aber „ins Blaue hinein“, denn viele Fragen sind noch offen. Bis Ende 2025 fehlen wichtige Rechtsverordnungen sowie die Rahmenbedingungen für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen. **Die Reform sollte daher im ersten Schritt nach dem Muster in NRW planerisch umgesetzt werden.** Die finanzwirksame Scharfschaltung der bisher nicht erprobten neuen Finanzierungsinstrumente (Mindestvorhaltezahlen, Vorhaldebewertungsrelationen, Abrechnungsverbote) sollte auf 2029 verschoben und vorab nachgebessert werden (sh. auch Punkt 3).

Neue Fehlanreize: Einerseits ist eine Spezialisierung und Konzentration von Leistungen ein erklärtes Ziel des KHVVG. Andererseits soll aber ein 20 %-Korridor in der Vorhaltefinanzierung dazu führen, dass bei Leistungskonzentration künftig Erlösverluste drohen. Es widerspricht den Zielen der Reform, wenn Krankenhäuser finanziell bestraft werden sollen, die künftig einen größeren Versorgungsanteil schultern sollen.

Etablierte Spezialisierung gefährdet: Nachdem Leistungsgruppen wie zum Beispiel Schmerzmedizin und Amputationsmedizin bisher fehlen, sind die in solchen Bereichen hochspezialisierten Krankenhäuser massiv gefährdet. Spezialisierungen mit nachweislich hoher Qualität dürfen aber nicht den starren Bundesregelungen zum Opfer fallen.

Versorgungslücken: Das Abrechnungsverbot für onko-chirurgische Behandlungen ist weder evidenzbasiert, noch sind seine Auswirkungen klar. Bei Behandlungen, bei denen es schon Mindestmengen gibt, drohen durch die zusätzlichen Abrechnungsverbote Versorgungslücken.

Wir fordern: Die Krankenhausreform sollte im ersten Schritt planerisch umgesetzt werden. Die finanzwirksame Scharfschaltung sollte dagegen ab 2029 erfolgen. Vorab müssen die handwerklichen Fehler durch die neue Bundesregierung korrigiert werden.

2. Klarheit schaffen, Planungssicherheit gewährleisten

Die Akteure in Nordrhein-Westfalen (NRW) haben sich in einem intensiven Dialogprozess auf den Weg gemacht, die Voraussetzungen für 60 somatische Leistungsgruppen zu definieren. Anders als ursprünglich zwischen Bund und Ländern vereinbart, ist der Bund bei der Ausgestaltung des KHVVG teilweise massiv von diesem Vorbild abgewichen. Einige Personalvorgaben entsprechen nicht dem tatsächlichen Bedarf und würden die flächendeckende Versorgung gefährden, zum Beispiel bei der Notfallversorgung oder der Geriatrie.

Der Anfang Februar 2025 veröffentlichte Leistungsgruppen-Grouper mit über 12.000 Seiten Erklärungen zeigt, dass das DRG-Fallpauschalensystem nicht abgeschafft, sondern noch weiter aufgebläht wird. Die Auswirkungen dieser Komplexität sind bisher nicht abzuschätzen.

Wir fordern: Die Qualitätskriterien und Leistungsgruppen sollten wieder an den NRW-Erfahrungen ausgerichtet werden. Zudem sind regionale Besonderheiten – insbesondere im ländlichen Raum - zu berücksichtigen und Kooperationen zu fördern.

3. Vorhaltevergütung aussetzen und überarbeiten

Die Vorhaltevergütung nach dem KHVVG hört sich gut, ist aber sehr schlecht gemacht. Damit können keine Vorhaltekosten finanziert werden. Die **Vorhaltevergütung ermittelt sich aus den Fallpauschalen** und macht das Abrechnungssystem nicht besser, sondern noch komplizierter. Mit diesem fraglichen Mechanismus sollen Mittel umverteilt werden, ohne dass die Auswirkungen klar wären. Der ökonomische Druck wird nicht niedriger. Im Gegenteil: Mit der Festlegung von 20%-Fallzahlkorridoren drohen neue Fehlanreize.

Die Tatsache, dass im bisherigen Fallpauschalensystem einige Leistungen als deutlich unterfinanziert gelten, zum Beispiel die Notfall- und Intensivmedizin sowie die Geburtshilfe und Pädiatrie, **Das Kernproblem der DRG-Fallpauschalen bleibt ungelöst.** Für Kliniken, die im ländlichen Raum die Grundversorgung einschließlich Notfallversorgung sicherstellen, wird mit dieser Vorhaltefinanzierung der wirtschaftliche Klinikbetrieb weiterhin ohne zusätzliche Spezialleistungen nicht möglich sein, was eine sinnvolle Krankenhausreform erschwert. Die Vorhaltevergütung sollte in der bestehenden Form nicht zum Tragen kommen, das KHVVG muss an dieser Stelle grundlegend korrigiert werden.

Wir fordern: Die Einführung der Vorhaltevergütung sollte erst ab 2029 - statt wie vorgesehen 2027 – greifen und vorab so verbessert werden, dass die Probleme der DRG-Fallpauschalen tatsächlich überwunden werden können. Vorab sind anstelle der Vorhaltefinanzierung die bestehenden fallzahlunabhängige Zuschläge gezielt auszubauen, die sich bereits etabliert haben.

4. Hohe Defizite ungelöst: Inflationslücke endlich ausgleichen

Seit 2022 steigt die Zahl der defizitären Krankenhäuser in Bayern und deutschlandweit kontinuierlich an. Derzeit schreiben 8 von 10 Krankenhäusern rote Zahlen. Mit dem KHVVG werden die hohen Betriebskostendefizite nicht gelöst. Dies liegt insbesondere daran, dass die Inflationsentwicklungen seit 2022 weiterhin ungenügend ausgeglichen wurden. Es ist eine **Erlös-Kosten-Lücke von 4 % je Behandlungsfall** entstanden. In Bayern summiert sich die Unterfinanzierung seit 2022 auf über 2,2 Mrd. €.

Um das Überleben bedarfsnotwendiger Kliniken zu gewährleisten, muss ein Inflationsausgleich dringend auf den Weg gebracht werden, da ansonsten noch mehr Krankenhäuser aus wirtschaftlicher Not unkontrolliert aus der Versorgung komplett oder teilweise auszuscheiden. Insbesondere die **Versorgungssicherheit der 24/7-Versorgung** - rund um die Uhr - mit einer Basisnotfallversorgung einschließlich Allgemeiner Innerer Medizin und Allgemeiner Chirurgie sowie Geburtshilfe und Pädiatrie ist gefährdet.

Wir fordern: Die neue Bundesregierung muss sofort eine Brückenfinanzierung zum Ausgleich der Inflation über die Betriebskostfinanzierung regeln. Ansonsten läuft der kalte Strukturwandel weiter und die wirtschaftliche Überforderung sicherstellungsverpflichteter Kommunen gefährdet den gesellschaftlichen Zusammenhalt. Als Kompensation für die Krankenkassen sind diese beim geplanten Transformationsfonds nach § 12b KHG durch Bundesmitteln zu entlasten.

5. Auf die Menschen kommt es an: Entbürokratisierung wagen, Vertrauen aufbauen, Ergebnisqualität fördern

Die Misstrauenskultur der vergangenen Jahre lähmt die Arbeit der Mitarbeitenden in den Krankenhäusern und drosselt die Effizienz. Wir brauchen ein komplettes Umdenken beim Thema Bürokratie und Regulierung. Eine Pflegefachkraft im Krankenhaus verbringt nach Zahlen des Deutschen Krankenhaus Instituts täglich 2,7 Std. mit Dokumentationspflichten.



Nur durch flexible interdisziplinäre Zusammenarbeit kann eine optimale Patientenversorgung der Zukunft gelingen. Ziel muss es sein, kleinteilige Vorgaben und Kontrollen durch Zielvorgaben, Nutzungen von Routinedaten für Auswertungen und Ergebnisqualitätsmessung zu ersetzen.

Die Menschen, die in der Versorgung tätig sind, sind von Bürokratie und Regularien zu entlasten. Die Kliniken sind von fachfremden Vorschriften zu entlasten, wie etwa einer kleinteiligen Nachweispflicht von internationalen Lieferketten, die für Krankenhäuser praktisch nicht erfüllbar sind.

Wir fordern: Kleinteilige Dokumentationspflichten und Vorschriften auf Behandlungsebene sind durch realistische Zielvorgaben für das Krankenhaus zu ersetzen. Die Menschen in den Kliniken benötigen mehr Zeit für die Versorgung.

6. Internationales Niveau bei Fallzahlen, Erlösen und Qualität erreichen

Deutschlands Gesundheitswesen belegt im Vergleich mit anderen westeuropäischen Ländern sowie in OECD-Vergleichen insgesamt und auch in der stationären Versorgung in der Regel Plätze im Mittelfeld und ist zudem in der Summe vergleichsweise teuer.

In **Deutschland wird insgesamt viel behandelt** aufgrund einer fehlenden Patientensteuerung (sh. Punkt 7.), die Digitalisierung hinkt hinterher (sh. Punkt 8.) und die Präventionsbemühungen sind nicht wirksam genug (Punkt 9.). Im Ergebnis ist die Lebenserwartung allenfalls durchschnittlich trotz eines leistungsstarken Gesundheitswesens, wie etwa internationale Vergleiche zur guten Überlebensrate nach Krebsbehandlungen zeigen.

Die stationären Behandlungsbedarfe in Deutschland sind sehr hoch. Die Chancen durch Prävention und Patientensteuerung als auch durch den medizinischen Fortschritt und der Förderung der ambulanten Versorgung werden nicht ausreichend genutzt. Die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen müssen stärker als im KHVVG vorgesehen gefördert werden, denn der Umbau hin zu solchen Strukturen wird ein Kraftakt werden. Zudem sind die Krankenhäuser grundsätzlich konsequenter für ambulante Leistungen zu öffnen. Die Möglichkeiten der ambulanten Operationen sind weiter zu fördern. Dagegen ist der über das KHVVG geplante massive Ausbau der Hybrid-DRG hinsichtlich der Fehlanreize zur Behandlung von möglichst „leichten Fällen“ kritisch zu hinterfragen.

Der Anteil der stationären Versorgung an den Gesamtausgaben für Gesundheit liegt in Deutschland aber im Mittelmaß. Bei **hoher Fallzahl** erhalten die Krankenhäuser in Deutschland **sehr niedrige Vergütungen für die einzelne stationäre Behandlung** im internationalen Vergleich, obwohl die Strukturvorgaben enorm hoch sind. Dadurch stehen die Kliniken massiv unter wirtschaftlichem Druck und es werden Fehlanreize gesetzt, die es durch faire Erlöse je Behandlung zu korrigieren gilt.

Mit dem KHVVG wird einseitig die Strukturqualität massiv ausgebaut, die die Versorgung nicht unbedingt besser, aber sicher teurer macht. **Bei der Prozess- und Ergebnisqualität hinkt Deutschland aber weiterhin im internationalen Vergleich hinterher.** Ein systematischer Einstieg in die Prozessqualität (PREMs) und Ergebnisqualität (PROMs) ist jetzt nötig.

Wir fordern: Der internationale Vergleich darf nicht bei der Betrachtung hoher stationären Behandlungszahlen stehen bleiben. Vielmehr sind auch die im internationalen Vergleich sehr niedrigen Erlöse je Behandlungsfall und die in Deutschland kaum ausgeprägten Verfahren zur Prozess- und Ergebnisqualität zu beachten und mit einem Gesamtpaket zu lösen.



Hinweis:

Siehe hierzu auch die aktuelle DKI-Studie „Gesundheits- und Krankenhausaussgaben im europäischen Vergleich“: https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Media-pool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemitteilungen/2025/2025-02-17-DKI-Studie_Europaeische_Gesundheits-_und_Krankhauskosten_im_Vergleich.pdf

Sowie die entsprechende DKG-Pressmitteilung: <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/kosten-deutscher-krankhaeuser-sind-im-internationalen-vergleich-niedrig/>



7. Patientinnen und Patienten besser steuern – insbesondere bei Notfällen

Eine effiziente Patientensteuerung ist in unserem Gesundheitssystem überfällig. Aufgrund begrenzter Ressourcen und angesichts des demografischen Wandels können wir uns einen ungesteuerten Zugang zum Gesundheitssystem nicht länger leisten. Wir erwarten von einer neuen Bundesregierung Lösungsansätze für die im internationalen Vergleich sehr hohe Zahl von Arzt-Patienten-Kontakten. Dies gilt ambulant wie stationär. Diesbezüglich sind sowohl verstärkte Aktivitäten der Krankenkassen als auch ein verbindlicher Ausbau der hausarztzentrierten Versorgung auf den Weg zu bringen. Zudem ist die Eigenverantwortung der Menschen zu stärken.

Insbesondere die Sektorentrennung im Bereich der Notfallversorgung ist für die Patientinnen und Patienten nicht durchschaubar und führt seit Jahren bekanntermaßen zu fehlerhafter Inanspruchnahme. Der Gesetzentwurf für eine Notfallreform mit einer Etablierung digital unterstützter Ersteinschätzungsverfahren und der Errichtung von Integrierten Notfallzentren (INZ) wäre ein Schritt in die richtige Richtung gewesen, an diesem sollte eine neue Bundesregierung anknüpfen. Ergänzend zum Gesetzentwurf sind strukturelle Anpassungen in den Kliniken zu refinanzieren sowie ein Zuschlag pro Notfalleistung auf den Weg zu bringen.

Wir fordern: Die aktive Patientensteuerung und Stärkung der Eigenverantwortung ist auszubauen, um sowohl die personellen als auch finanziellen Ressourcen im Gesundheitswesen zielgerichteter zu nutzen. Eine Notfallreform ist von der neuen Bundesregierung schnellstmöglich auf dem Weg zu bringen.

8. Pfad der Digitalisierung fortsetzen

In der Digitalpolitik sollte aus Krankenhaussicht der eingeschlagene Pfad fortgesetzt werden.

Bei der ePA sollte der Fokus stärker auf die tatsächliche Nutzung gerichtet werden. Sowohl die Patientinnen und Patienten als auch die Mitarbeitenden in allen Gesundheitseinrichtungen sind dazu stärker zu informieren und zu schulen. Dies gilt auch im Krankenhaus zum Beispiel bei der Notfallversorgung. Die „ePA für Alle“ kann durch Vermeidung von Doppeluntersuchungen das Gesundheitswesen insgesamt wirtschaftlicher machen.

Allerdings werden die ePA-Einführung, aber auch mit der NIS2-Richtlinie und weitere Datensicherheitsmaßnahmen enorme personelle, technische und finanzielle Anstrengungen erfordern. Dazu sollte ein zweckgebundener Budgetzuschlag für die Digitalisierung in Kliniken für die Jahre 2025 – 2029 angestrebt werden.

Zudem sollten die Möglichkeiten der **Telemedizin** deutlich stärker ausgeschöpft werden, z.B. für die Erfüllung von Qualitätsvorgaben nach den Leistungsgruppen im KHVVG.

Der Ausbau und die Förderung von **Plattformlösungen** und gemeinschaftlicher IT-Vorhaben im Gesundheitswesen ist zu fördern. Förderrichtlinien, die dies verhindern, sind unverzüglich abzuändern.

Die Potentiale von **KI und Robotik**, z.B. in der Entscheidungsunterstützung von Ärzt:innen oder im Medikationsmanagement sowie in der praktischen (körperlichen) Entlastung von Pflegefachkräften, sollten ausgeschöpft werden, gerade in Zeiten des akuten Fachkräftemangels.

Wir fordern: Die Digitalisierung in den Kliniken ist weiterhin aktiv zu fördern. Dazu ist ein zweckgebundener Budgetzuschlag erforderlich. Zudem sind die Möglichkeiten der Digitalisierung bei der Umsetzung der Krankenhausreform aktiver zu berücksichtigen, auch bei der Erfüllung von Qualitätsvorgaben im Krankenhaus.

9. Prävention und Gesundheitskompetenz fördern

Der wesentliche Schlüssel, um **mehr Lebensjahre** zu gewinnen und die Kosten im Gesundheitswesen effektiv zu senken, ist nicht ein Mehr an Versorgungsbürokratie, sondern ein Mehr an Prävention und Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung. Die Berücksichtigung von Gesundheit in allen Politikfeldern (Health in All Policies) muss endlich Realität werden.

Die Aktivitäten nationaler Präventionsstrategien sind auszubauen. Die Krankenkassen müssen daran gemeinsam mitwirken. Der Wettbewerb der Krankenkassen untereinander und der Risikostrukturausgleich dürfen diese gemeinsame Verantwortung der Kassen nicht länger behindern. Darauf aufbauend sind konkrete Präventionsmaßnahmen in dafür geeigneten sozialen Settings auszubauen, wozu auch betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen gehören - u.a. auch für die Mitarbeitenden in Krankenhäusern.

Ein weiterer effektiver Hebel hierfür wäre die Einführung einer zielgerichteten Zuckersteuer, wie sie bereits andere Länder, wie Großbritannien, erfolgreich auf den Weg gebracht haben.

Wir fordern: Um die Lebenserwartung in Deutschland spürbar steigern zu können, ist ein Ausbau der Prävention unbedingt erforderlich.

10. Klimaschutz und Klima- anpassungen ernst nehmen

Die bayerischen Krankenhäuser sehen Klimaschutz als gesamtgesellschaftliche Aufgabe, der sich jeder Akteur stellen muss. Die Kliniken sind bereit, hierzu ihren Beitrag zu leisten und haben bereits zahlreiche Maßnahmen umgesetzt. Die Verankerung des Begriffs der Nachhaltigkeit im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) sehen wir als wichtigen Schritt.

Verpflichtungen zu bürokratischen Nachhaltigkeitsberichte sind dagegen kein Ersatz für wirksamen Klimaschutz.

Mit Sonderprogrammen des Bundes und der Länder sollten Klimaschutz und -anpassungsmaßnahmen gezielt gefördert werden, was bisher leider nicht der Fall ist.

Wir fordern: Im geplanten Transformationsfonds nach § 12 b KHG sind auch Maßnahmen des Klimaschutzes zu ermöglichen. Zudem sind Krankenhäuser in einem Sonderprogramm des Bundes für Klimaschutzmaßnahmen zu berücksichtigen.

Impressum

Herausgeber: Bayerische Krankenhausgesellschaft e. V.
Vorsitzende Landrätin Tamara Bischof, Geschäftsführer Roland Engehausen

Redaktion: Roland Engehausen, Geschäftsführer
(r.engehausen@bkg-online.de) (erreichbar für Rückfragen)
Christina Leinhos, stv. Geschäftsführerin, Geschäftsbereich Digitalisierung und Politik
Melanie Feldmann, Assistentin der Geschäftsführung
Eduard Fuchshuber, Geschäftsbereich Kommunikation und Presse

Anschrift: Radlsteg 1, 80331 München, T: 089 290830-0, mail@bkg-online.de
www.bkg-online.de, www.linkedin.com/company/krankenhausgesellschaft

