

Stellungnahme der Bayerischen Krankenhausgesellschaft zu Regelungsvorschlägen zum Gesetz zur Anpassung der Krankenhausreform (KHAG)

Änderungsanträge vom 10.02.2026

Die BKG begrüßt grundsätzlich eine zeitnahe Verabschiedung des KHAG, um praktisch untaugliche Regelungen des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) anzupassen. Während einzelne der angestrebten Regelungen geeignet sind, die Krankenhausreform punktuell besser zu gestalten, droht mit anderen noch mehr Bürokratie. Im Folgenden beschränkt sich die BKG auf die Einschätzung besonders relevanter Änderungsanträge aus Sicht der bayerischen Krankenhäuser:

Änderungsantrag 7 – Abrechnung erstmals oder neu erbrachter Leistungen vor Abschluss einer OPS-Strukturprüfung

Diese Regelung dient der Planungssicherheit und wird begrüßt.

Änderungsantrag 12 – Bestimmung sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (sÜV)

In § 6c Abs. 1 KHG sollte zwingend ergänzt werden, dass der „Ausschluss“ eines sÜV sich nur auf die Entfernung zu einem somatischen Krankenhaus bezieht: Bei den Leistungen die nach § 115g SGB V in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung erbracht werden, handelt es sich vorrangig um somatische Leistungen. Ein Versorgungsangebot, das in unmittelbarer Nähe vorrangig psychiatrische Leistungen erbringt, ist als Ausschlusskriterium nicht zu berücksichtigen.

Der Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Bestimmung zur sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung zum 01.01. eines Folgejahres erschließt sich nicht. Den Ländern sollte im Sinne der Versorgungssicherung der Bevölkerung mehr Flexibilität zugestanden werden. Auch eine unterjährige Ausweisung muss möglich sein.

Für Bayern ist zudem zu kritisieren, dass die Partner der Selbstverwaltung auf Bundesebene noch nicht die erforderlichen Vereinbarungen abschließen konnten. Ein möglicherweise konsensfähiger Verhandlungsstand mit der Kassenseite würde zwingend eine Gesetzesänderung erfordern, worüber die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene das BMG informiert haben. Dieser Stillstand belastet insbesondere Krankenhäuser in Bayern, die bezüglich einer sÜV-Umwandlung in den Startlöchern stehen. Ein Runder Tisch von Selbstverwaltung und BMG ist dringend erforderlich.

Änderungsantrag 14 – KHTF: Festlegung bundeseinheitlicher Vorgaben für die Förderung telemedizinischer Netzwerkstrukturen

Die Regelung wird begrüßt. Einheitliche Standards sind Voraussetzung, um Insellösungen zu vermeiden. Zudem sind sie geeignet, die Nachhaltigkeit digitaler Vernetzungsplattformen sicherzustellen.

Änderungsantrag 15 – KHTF: Förderung von Vorhaben zur Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten

Die angestrebte Regelung wird begrüßt.

Änderungsantrag 20 – Anpassungen des Schieds- und Genehmigungsverfahren im Rahmen von Budgetverhandlungen

Die angestrebte Regelung wird grundsätzlich begrüßt, reicht aber nicht aus. Zur Vermeidung unnötiger Bürokratie und zur Rechtssicherheit ist zudem eine Anpassung der Übermittlungsfristen für die Verhandlungsunterlagen nach § 11 Abs. 4 Satz 1 KHEntgG/BPflV vom 31.12. des Vorjahres auf den 31.03. des jeweiligen Vereinbarungszeitraumes erforderlich. Bayern ist das Flächenbundesland mit den schnellsten Budgetvereinbarungen und hat daran hohes Interesse. Die Übermittlungspflicht bis Jahresende ist jedoch, wie bereits die diesjährige Praxis gezeigt hat, nicht praxistauglich und sollte daher um drei Monate verschoben werden.

Änderungsantrag 24 – Hybrid DRG

Es ist zu begrüßen, dass der Ausschluss von Kindern und Menschen mit Behinderung gestrichen wird. Es ist zudem zu begrüßen, dass eine weitere Fallzahlausweitung ab 2028 unter Berücksichtigung der Evaluationsergebnisse erfolgen sollen.

Für einen aussagefähigen Evaluationsbericht ist aus Sicht der BKG sicherzustellen, dass die für das Jahr 2026 vereinbarte Leistungsausweitung berücksichtigt wird. Außerdem sind auch die vertragsärztlichen Hybrid-DRG-Abrechnungsdaten vollständig in die Evaluation einzubeziehen und die Frage der bisher unterschiedlichen Qualitätssicherungsmaßnahmen im stationären und ambulant-vertragsärztlichen Bereich zu bewerten.

Änderungsantrag 27 – Anpassungen der Qualitätskriterien in bestimmten Leistungsgruppen: Nicht sachgerechte Verschärfung der Regelungen in der Leistungsgruppe 1 zur 24/7-Endoskopie

In Leistungsgruppe 1 – Allgemeine Innere Medizin soll im Anforderungsbereich „Sachliche Ausstattung“ in der Zeile „Mindestvoraussetzung“ die Angabe „Endoskopie täglich acht Stunden“ durch die Angabe „Gastroskopie, Endoskopie und Koloskopie jederzeit“ eingefügt werden. Dies stellt eine nicht sachgerechte Verschärfung dar, die die flächendeckende Regel-/Grundversorgung akut gefährden würde, wenn die geforderte Mindest-Verfügbarkeit von derzeit 8 h, auf „jederzeit“ ausgeweitet wird.

Damit verbunden wäre eine verschärfte Anforderung an Ressourcen im fachärztlichen Rufdienst, weil nicht jeder Facharzt „aus dem Gebiet der Inneren Medizin“ gastroskopieren oder coloskopieren sollte (z.B. ein Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie). Zudem wäre für das Assistenzpersonal in der Nacht bei der Leistungsgruppe 1 ein zusätzlicher Rufdienst erforderlich, der derzeit in vielen Krankenhäusern weder üblich noch sachgerecht ist.

Außerhalb des Regeldienstes handelt es sich bei der Endoskopie um Notfalleingriffe, die eine besondere Erfahrung und ausreichend Übung erfordern und üblicherweise einem Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie überlassen werden sollten, der bisher aber nicht in der Leistungsgruppe 1, sondern richtigerweise in der Leistungsgruppe 4 - Komplexe Gastroenterologie gefordert ist. Die Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V sehen in der Stufe der Basisnotfallversorgung ausdrücklich keine 24/7 Bereitschaft für die Endoskopie vor. Erst ab der Stufe der erweiterten Notfallversorgung wird die kontinuierliche Möglichkeit einer notfallendoskopischen Intervention am oberen Gastrointestinaltrakt gefordert. Es ist derzeit üblich, dass von einem Regel-/Grundversorgungshaus in solchen seltenen Notfällen eine Verlegung in ein Krankenhaus der höheren Versorgungsstufe mit entsprechender Erfahrung erfolgt.

Die Verschärfung „jederzeit“ bei der Endoskopie in der Leistungsgruppe 1 ist zu streichen.

Änderungsantrag 31 – Verlängerung Infektiologieförderprogramm

Die angestrebte Verlängerung wird begrüßt.

Änderungsantrag 32 – Erstattungsbeträge für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)

Die finanzielle Umsetzung des Erstattungsbetrags, der zwischen den Krankenkassen und den pharmazeutischen Unternehmen vereinbart wird, soll auf die Krankenhäuser übertragen werden. Diese Intention ist nachvollziehbar und entspricht einem BKG-Vorschlag.

Allerdings ist für eine rechtssichere und praktikable Umsetzung eine Klarstellung erforderlich, dass als Stichtag für die Erhebung des Erstattungsbetrags nicht das Datum der vertraulichen Vereinbarung zwischen GKV-SV und pharmazeutischen Unternehmen gelten kann, sondern nur das Datum der Bekanntgabe die nötige Rechtssicherheit bietet.

Änderungsantrag 35 – Definition von Fachkrankenhäusern

Der neue Absatz 4a ist zu streichen und auf die bisherige Regelung im Kabinettsentwurf des Krankenhausreform-Anpassungsgesetz (KHAG) in § 135d Absatz 4 Satz 3 SGB V zurückzustellen.

Zentralistische Definitionen der Partner der Selbstverwaltung auf Bundesebene bzw. der Bundesschiedsstelle werden der Versorgungsrealität in den einzelnen Ländern nicht gerecht, was insbesondere für Bayern mit leistungsstarken Fachkliniken ein hohes Risiko darstellen würde. Zudem würde die Länderhoheit in der Krankenhausplanung erneut ohne Grund gefährdet werden.

In Bayern hat sich gezeigt, dass die Regelung des Kabinettsentwurfes eine sachgerechte Einstufung in das Level F zur Umsetzung einer wirksamen Krankenhausreform ermöglicht. Dies darf nicht gefährdet werden. Zudem würde dieser Änderungsantrag den Fachkrankenhäusern jegliche Planungssicherheit entziehen, weshalb unmittelbar Einschnitte in der Versorgung drohen würden.

Änderungsantrag 36 – Inhalte von Kooperationsvereinbarungen

Die Krankenhäuser haben entsprechend der gesetzlichen Anforderungen Kooperationsvereinbarungen mit z.T. einer Vielzahl anderer Krankenhäuser geschlossen. Im Nachhinein gesetzliche Anforderungen festzulegen würde bedeuten, dass die bestehenden Kooperationsvereinbarungen ggf. wieder aufgeschnürt werden müssen, was zusätzliche Bürokratie und Ressourcen bedeutet.

Zudem ist die DKG vorangegangen und hat eine Formulierungshilfe für die Kooperationsverträge zur Erfüllung der Leistungsgruppenanforderungen erstellt, an der sich die Krankenhäuser orientiert haben. Nach § 5 Abs. 8 der aktuellen Fassung der LOPS-Richtlinie des MD Bund in Verbindung mit der Gesetzesbegründung zum KHVVG existieren bereits inhaltliche und organisatorische Regelungen. Davon umfasst sind Angaben

- zu Kooperationspartnern und deren Eignung,
- zum Kooperations-/ Leistungsort und -inhalt,
- zur zeitlichen Verfügbarkeit des jeweiligen Qualitätskriteriums oder Strukturmerkmals sowie
- zur Kooperationsdauer

Die Mindestinhalte KHVVG-konformer Kooperationsverträge werden somit normativ bereits vorgegeben. Der Änderungsantrag ist daher überflüssig.

Änderungsantrag 37 – Sonderregelung für Tages- und Nachtkliniken

Die angestrebte Klarstellung wird begrüßt.

Änderungsantrag 38 – Zeitpunkt des Inkrafttretens der Rechtsverordnung zu Mindestvorhaltezahlen

Die angestrebte Verschiebung des Inkrafttretens der Rechtsverordnung zu Mindestvorhaltezahlen gem. § 135 f Abs. 4 SGB V wird begrüßt. Damit wird den Ländern ein Planungshorizont für ihre Krankenhausplanung unter Einbezug der Mindestvorhaltezahlen eröffnet, bevor die Mindestvorhaltezahlen rechtsverbindlich gelten. Jedoch muss gleichlaufend auch der Zeitpunkt der Regelungen nach § 40 KHG (onkochirurgische Abrechnungsverbote) verschoben werden.

Zudem sind die Regelungen gem. § 135 f Abs. 1 Sätze 2 bis 4 gleichlautend für die onkochirurgischen Abrechnungsverbote nach § 40 Abs. 2 KHG zu ermöglichen, wonach die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde für mindestens zwei Krankenhausstandorte festlegen kann, dass Leistungen im Folgejahr nur an einem dieser Krankenhausstandorte erbracht werden (Leistungsverlagerung), um eine ausreichende Flächenabdeckung auch bei onkochirurgischen Eingriffen sicherstellen zu können.

Änderungsantrag 40 – Leistungsgruppen – Pflegepersonaluntergrenzen als Qualitätskriterium

Mit der geplanten Aufnahme der Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) in die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen macht der Gesetzgeber eine „Rolle rückwärts“ mit massiver Existenzgefahr für die Kliniken und hohen Kostenrisiko für die Krankenkassen im Pflegebudget.

Die Einhaltung der PpUG müssen die Krankenhäuser bereits nachweisen und werden bei Nichteinhaltung sowie bei Verzögerungen der Meldepflichten wirksam sanktioniert.

Eine zusätzliche Überprüfung ist im Sinne des Bürokratieabbaus überflüssig und hätte als Schutzregelung keine Wirkung.

Allerdings wäre die Formulierung im Änderungsantrag eine Verschärfung zum gesetzlichen Status Quo gemäß KHVVG. Die PpUG ist – anders als spezielle fachärztliche Ausstattungen – fachlich ungeeignet als Qualitätskriterium für einzelne Leistungsgruppen. Die Regelung des Änderungsantrages würde die für das Krankenhaus insgesamt geltende PpUG-Regelung pauschal auf alle Leistungsgruppen mit dramatischen Risiken für das Krankenhaus beziehen:

Gemäß § 6a Abs. 5 S. 1 Nr. 2 KHG und § 6a Abs. 5 S. 2 Nr. 2 KHG in Verbindung mit § 275a Abs. 4 S. 2 Nr. 1 SGB V würde bereits eine versäumte Meldung einer zeitweiligen Unterschreitung den Totalverlust aller Leistungsgruppen für ein Krankenhaus bedeuten, weil eine rechtzeitige Meldung die verpflichtende Voraussetzung dafür wäre, dass die Krankenhausplanungsbehörde die Zuweisungen der Leistungsgruppen nicht aufheben müsste.

In der Folge wäre es unabdingbar für ein Krankenhaus, dieses Risiko komplett auszuschließen, was zu deutlich höheren Risikopuffern bei der Pflegepersonalausstattung führen dürfte, die die Kostendynamik im Pflegebudget über das Maß des Notwendigen befeuern würde.

Der Änderungsantrag ist zu streichen.

Änderungsantrag 41 – Evaluation des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes

Bei der Evaluation sind zwingend die Auswirkungen der Reform auf die flächendeckende Versorgung einzu beziehen.

Änderungsantrag 42 – Krankenhausstandort-Definition

Der Änderungsantrag ist nicht weitgehend genug. Abweichungen von der Standortdefinition sollten auf Länderebene durch die Krankenhausplanungsbehörde in Abstimmung mit den Selbstverwaltungspartnern auf Landesebene festgelegt werden können, da diese die Gegebenheiten vor Ort am besten kennen.

Änderungsantrag 43 – Zuschläge zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben

Die BKG begrüßt die angestrebte Regelung. Neben Uniklinika sollten auch Maximalversorger von den Zuschlägen profitieren können.

Änderungsantrag 44 – Klarstellung zu nicht-berücksichtigungsfähigen, pflegefremden Tätigkeiten beim Pflegebudget

Die Regelung ist höchst kritisch zu sehen. Die zweckentsprechende Verwendung der Mittel des Pflegebudgets ist bereits über das Testat des Wirtschaftsprüfers sichergestellt. Zudem ist eine Abgrenzung der beschriebenen Tätigkeiten im Krankenhausalltag nahezu unmöglich und wäre hinsichtlich der Individualität von Patientinnen und Patientenbedarfen auch nicht sachgerecht. Beispielsweise unterstützen Pflegekräfte die Patientinnen und Patienten bei der Nahrungsaufnahme, was wiederum Rückschlüsse auf die Ernährung und die Vermeidung von Mangelernährung bietet. Zudem fallen über die zunehmend bürokratischen Anforderungen zahlreiche Verwaltungstätigkeiten für die Pflege an, für die eine pflegfachliche Expertise benötigt wird und die Digitalisierung und Telematikinfrastruktur (Patientenportale, ePA-Nutzung im Krankenhaus) dürfen nicht an den Pflegefachpersonen vorbeilaufen.

Über alle Jahre des Pflegebudgets hinweg war die größtmögliche Kongruenz zwischen der Ausgliederung der pflegebudgetrelevanten Personalkosten auf Bundesebene und der Abgrenzung der pflegebudgetrelevanten Personalkosten auf Ebene der Krankenhäuser (Ortsebene) das Ziel der Selbstverwaltungspartner und des Gesetzgebers. In der Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung sind ausreichende Regelungen festgeschrieben.

Eine weitere Differenzierung würde eine minutengenaue Aufteilung und Neu-Kalkulation der Tätigkeiten mit hoher Zusatzbürokratie und hohem Streitpotential bedeuten. So eine technokratische Unterscheidung einzelner Arbeitsschritte würde der Pflegeprofessionsentwicklung und einem modernen, prozess- und koordinationsorientierten Pflegeverständnis entgegenstehen.

Grundsätzlich hat das Pflegebudget die gesetzliche Intention erfüllt, die Pflege unabhängig von der Fallpauschale auskömmlicher zu finanzieren. Derzeit ist jedoch verstärkt wahrzunehmen, dass seitens der Krankenkassen medial versucht wird, die Erfolgsmeldungen über mehr Pflege, bessere Bezahlung und eine erhöhte Attraktivität des Pflegeberufs ins Negative zu wenden, um künftig erneut politische Einsparungen zulasten der Pflege zu ermöglichen.

Die Regelung ist ersatzlos zu streichen.

Die BKG hat bereits **Vorschläge für Einsparmöglichkeiten im Pflegebudget auf Gesamthaus-Ebene** vorgelegt, die hinsichtlich der Krankenhausreform und der geplanten Leistungskonzentration zielführend wären und einen wirksamen Einsparbeitrag für die GKV ohne Zusatzbürokratie ermöglichen könnten.