

Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreformenpassungsgesetz – KHAG)

**hier: Stellungnahme des BDH Bundesverband Rehabilitation zur Leistungsgruppe
„Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)“
(Leistungsgruppe 55 in Anlage 1 zu §135e KHVVG)**

Der BDH Bundesverband Rehabilitation betreibt seit 1951 neurologische Kliniken und hat die neurologische Rehabilitation nach dem Zweiten Weltkrieg in Deutschland entscheidend mitgestaltet. Er zählt zu den Begründern der Frührehabilitation von Patientinnen und Patienten mit schwersten Hirnschädigungen.

Der BDH ist Träger und Alleingesellschafter von hochspezialisierten Zentren für Neurorehabilitation in fünf Bundesländern mit zusammen mehr als 2.500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern: in Braunfels (Hessen), Elzach (Baden-Württemberg), Greifswald (Mecklenburg-Vorpommern), Hessisch Oldendorf (Niedersachsen) und Vallendar (Rheinland-Pfalz). Dazu kommen das neurologische Rehabilitationszentrum für Jugendliche in Vallendar, und die BDH-Therapiezentren in Gengenbach, Elzach und Greifswald.

Neurologische Erkrankungen sind die häufigsten Ursachen für Alltagsbehinderungen und Pflegebedürftigkeit. Die Anzahl der Betroffenen nimmt in unserer Gesellschaft wie auch insgesamt weltweit vor dem Hintergrund des demographischen Wandels, aber auch durch Lebensstilveränderungen deutlich zu (GBD 2021 Collaborators, 2024).

Neurologische Frührehabilitation und Rehabilitation ist die medizinische Versorgung, die nach einer Schädigung des Gehirns oder Nervensystems und erfolgter Akutbehandlung eine medizinische Stabilisierung und funktionelle Wiederherstellung unterstützt und hilft, Behinderung und damit Pflegebedürftigkeit, inklusive einer außerklinischen Intensivpflegebedürftigkeit, zu vermeiden. Gemäß Phasenmodell der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR) findet die neurologische Frührehabilitation in der Phase B im Krankenhaus statt, oftmals in Fachkrankenhäusern, die dann lokal assoziiert überwiegend auch eine Neurorehabilitationseinrichtung der Phase C haben, sowie in Einrichtungen der Anschlussrehabilitation der Phase D.

Oftmals kann in Fachkrankenhäusern dem Bedarf an multiprofessionellen ärztlichen, pflegerischen und unterschiedlichen therapeutischen Disziplinen sowie auch dem Bedarf an Therapieräumen und Rehabilitationstechnologie eher Rechnung getragen werden als an allgemeinen Krankenhäusern der Grund- und Schwerpunktversorgung. Entsprechend zeigen aktuelle Erhebungen auch, dass ein Schwerpunkt der Versorgung der neurologischen Frührehabilitation in Fachkrankenhäusern alloziert ist (Platz et al., 2025).

Dieses wichtige Versorgungssegment, was auch für die zukünftige Vermeidung von Pflegebedürftigkeit in einer älter werdenden Bevölkerung von besonderer Bedeutung ist (Knecht et al. 2023), gilt es nachhaltig zu unterstützen und zukunftsfähig zu machen. Hier sind die Regularien der Krankenhausreform von besonderer Relevanz.

Im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG vom 05.12.2024) sind bezüglich der Fachkrankenhäuser für neurologische Frührehabilitation in sich nicht konsistente Formulierungen enthalten. So ist einerseits in § 135e textlich geregelt, dass Fachkrankenhäuser die Mindestvoraussetzungen für verwandte Leistungsgruppe in Kooperation oder Verbünden darstellen können. Allerdings war das für die neurologische Frührehabilitation in Anlage 1 zu § 135e mit den Qualitätskriterien für die Leistungsgruppen nicht explizit zum Ausdruck gebracht.

Der aktuelle Entwurf für ein Gesetz zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreformenpassungsgesetz, KHAG) vom 30.7.2025 greift diese Problematik auf und vereinheitlicht die gesetzlichen Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten von Fachkrankenhäusern. Die unterschiedlichen Sonderregelungen für Fachkrankenhäuser werden in den jeweiligen Leistungsgruppe gestrichen. Dies ist für die Absicherung der neurologischen Frührehabilitation in der Fläche von großer Bedeutung. Der Veränderung wird ausdrücklich zugestimmt.

Im Gesetzentwurf und in den Erläuterungen hierzu ist dieses Thema damit zwar grundsätzlich sachgerecht neu geregelt. Aber in den Erläuterungen wird auf diesen Sachverhalt nicht ausdrücklich hingewiesen. Vielmehr wird immer wieder ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Leistungsgruppen grundsätzlich nur zugewiesen werden können, wenn die jeweiligen Qualitätskriterien an diesem Krankenhausstandort erfüllt sind.

In den erklärenden Texten müsste jedoch deutlich gemacht werden, dass von Fachkrankenhäusern (soweit sie der Versorgungstufe Level F zugeordnet wurden) die Erbringung verwandter Leistungsgruppen grundsätzlich auch in Kooperation und Verbünden dargestellt werden kann und auch dann regelhaft eine Leistungsgruppenzuweisung erfolgen kann.

Wenn dies nicht erfolgt, ist die Gefahr der Fehlinterpretation in der praktischen Umsetzung des Gesetzes sehr hoch. Es bedarf daher einer eindeutigen Klarstellung und damit Orientierung für die Beteiligten der Landesbehörden, der gesetzlichen Krankenversicherungen und des medizinischen Dienstes.

Als ein wichtiges Beispiel sei hier die Richtlinie des medizinischen Dienstes zur Prüfung der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen (Richtlinie „Prüfungen zur Erfüllung von Qualitätskriterien der Leistungsgruppen und von OPS-Strukturmerkmalen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 SGB V (LOPS-RL)“; am 24.05.2025 in Kraft getreten) genannt. Hierin (vgl. Anlage 4: Erforderliche Unterlagen zu Leistungsgruppen, S 97f.) ist die Möglichkeit der Abbildung der für die LG 55 neurologische Frührehabilitation geforderten verwandten Leistungsgruppe Intensivmedizin in Kooperation für Fachkrankenhäuser mit der Versorgungsstufe „Level F“ nicht im Prüfverfahren vorgesehen. Damit ist das Prüfungsergebnis, dass die Voraussetzung für die Zuweisung der Leistungsgruppe neurologische Frührehabilitation nicht vorliegen, vorprogrammiert, wenn die LG Intensivmedizin in einem Fachkrankenhaus für neurologische Frührehabilitation nicht am Standort, sondern über Kooperation dargestellt ist, obwohl diese Konstellation gesetzeskonform eine Erfüllung der Qualitätskriterien darstellt. Dass sich aus diesem Interpretationsfehler des Gesetzes erhebliche Gefährdungen für die Versorgungssituation ergeben können, ist selbstredend, dabei sind diese völlig unnötig und vor allem auch vermeidbar. Dazu wird das Krankenhausreformenpassungsgesetz

(KHAG), wie im Referentenentwurf vorgesehen, einen wichtigen Beitrag leisten, wenn er richtig interpretiert wird.

Deshalb bitten wir in den Erklärungen zum Gesetzesstext diesen Sachverhalt (dass von Fachkrankenhäuser soweit sie der Versorgungstufe Level F zugeordnet wurden, die Erbringung verwandter Leistungsgruppe grundsätzlich auch in Kooperation und Verbünden dargestellt werden kann) explizit mit aufzunehmen, damit hier keine in der Praxis dann schwer korrigierbaren Fehlinterpretationen entstehen.

Auf ein anderes Thema, das für die Fachkrankenhäuser für neurologische Frührehabilitation bedeutsam werden wird, möchten wir zusätzlich hinweisen.

Um Vorhaltevergütungen erhalten zu können, müssen Krankenhäuser am Standort die jeweilige Mindestvorhaltezah für die jeweilige Leistungsgruppe nachweisen. Hier ergibt sich weiterhin das Problem, dass in Fachkrankenhäusern für neurologische Frührehabilitation, die eine Intensivstation betreiben, durch die nachweislich sehr lange Verweildauer der dort betreuten Klientel neurologisch Schwerstbetroffener die Fallzahlen (bei gleicher Auslastung) massiv niedriger sind als auf anderen Intensivstationen (Platz et al., 2025). Das wird dazu führen, dass die Mindestvorhaltezah für die Leistungsgruppe Intensivmedizin in diesen Krankenhäusern nicht erreicht wird und keine Vorhaltevergütung zum Ansatz käme, obwohl das Leistungsgeschehen und damit die Expertise hoch sind.

Hier ist es erforderlich, die Mindestvorhaltezah versorgungsentsprechend und klientelentsprechend differenziert zu operationalisieren.

Dies bitten wir im Ministerium bei der Vorbereitung der Rechtsverordnung nach § 135f (4) zu berücksichtigen und die Prozessbeteiligten im Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen und im Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus entsprechend zu informieren.

Im Sinne der Betroffenen bitten wir insgesamt um die Umsetzung der oben genannten Abhilfen, um ein zunehmend wichtiges medizinisches Versorgungssegment nicht zu gefährden, sondern vielmehr zukunftssicher weiterzuentwickeln.

Referenzen

GBD 2021 Nervous System Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of disorders affecting the nervous system, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Neurol.* 2024 Apr;23(4):344-381. doi: 10.1016/S1474-4422(24)00038-3.

Knecht S, Reiners H, Siebler M, Platz T, Flöel A, Busse R. Schleichender demografischer Wandel und neurologische Rehabilitation – Teil 2: Handlungsmöglichkeiten. *Nervenarzt.* 2023 Aug;94(8):718-724. German. doi: 10.1007/s00115-022-01416-w.

Platz T, Dohle C, Gorsler A et al. Die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation im deutschen Gesundheitssystem. *DGNeurologie* 8, 385–391 (2025). <https://doi.org/10.1007/s42451-025-00768-2>