Stellungnahme der Bayerischen Krankenhausgesellschaft

zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Hilfsmittelversorgung und Maßnahmen zum Bürokratierückbau (Hilfsmittelmodernisierungs- und Bürokratierückbaugesetz – HiB)

Stand: 24.11.2026

Die Erwartungen der Krankenhäuser an ein Gesetz zum Bürokratierückbau waren deutlich höher und können durch den vorliegenden Referentenentwurf nicht erfüllt werden. Damit künftig mit begrenzten Mitteln – wie durch das Beitragssatzstabilisierungsgesetz forciert – noch ein wirtschaftlich tragfähiger Krankenhausbetrieb möglich ist, müssen Personal- und Strukturvorgaben massiv reduziert werden. Die wenigen Einzelmaßnahmen für den stationären Sektor, die mit dem Referentenentwurf adressiert werden, werden die Gap zwischen zunehmenden Kosten und zu niedrigen Erlösen nicht lösen können.

Die DKG legte bereits wiederholt umfassende Vorschläge zur Entbürokratisierung im stationären Sektor vor, auch die BKG war an deren Erarbeitung beteiligt. Die BKG appelliert ausdrücklich an den Bund diese konkreten Vorschläge der Krankenhausseite aufzugreifen und eine echte Deregulierung des Krankenhauswesens auf den Weg zu bringen.

Dringender gesetzgeberischer Handlungsbedarf über den Referentenentwurf hinaus

Dringender gesetzgeberischer Handlungsbedarf besteht bei den Regelungen zur „Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von onkochirurgischen Leistungen“ (§ 40 KHG). Diese Regelung ist bisher nicht im Referentenentwurf adressiert.

Ziel der Regelung ist die Verhinderung einer Gelegenheitschirurgie bei onkologischen Erkrankungen sein sowie eine weitere Zentrierung der Leistungsanbieter. Obwohl das Instrument der Mindestmengen seit Jahren etabliert ist und wissenschaftlich evaluiert wird, hat der Gesetzgeber mit dem KHVVG/KHAG ein neues Instrument der Leistungskonzentration ins Leben gerufen: In einer sog. onkochirurgischen Verbotsliste werden auf Basis der Daten von 2025 diejenigen Leistungserbringer aus einer künftigen Leistungserbringung (Vergütung) ausgeschlossen, die zusammen weniger als 15 % der Leistungen erbringen. Dieser Ausschluss wirkt dauerhaft ab 01.01.2028. Eine Liste der betroffenen Standorte von Seiten des InEK ist zum 31.05.2027 angekündigt.

Eine Folgenabschätzung dieser Regelung soll erst nach Vollzug über die Jahre 2028 bis 2032 erfolgen und 2032 veröffentlicht werden. Dies bedeutet: Der Gesetzgeber ist bei einer Regelung von enormer Tragweite im Blindflug unterwegs. Die BKG wies wiederholt auf die Dringlichkeit einer Streichung dieser nicht evidenzbasierten gesetzlichen Regelung hin.

Fest steht: Eine Auswirkungsanalyse muss zwingend vor dem Vollzug von § 40 KHG erfolgen. Zwar wurde der G-BA beauftragt, eine Abweichung von der 15 %-Regelung für bestimmte Indikationsbereiche auf den Weg zu bringen, sofern die flächendeckende Versorgung gefährdet ist – die geltenden Fristen laufen jedoch weiter. Um eine flächendeckende qualitativ hochwertige Versorgung der Patientinnen und Patienten aufrechtzuerhalten, ist dringend eine Korrektur der geltenden Regelung notwendig.

Zum Referentenentwurf nimmt die BKG im Einzelnen wie folgt Stellung

Sozialpädiatrische Zentren - § 43a SGB V

Im Bereich der Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) sind Maßnahmen zur Entbürokratisierung geplant. Die neu zu schaffende Regelung unter § 119 SGB V soll die Weiterbehandlung bis zum

vollendeten 21. Lebensjahr in SPZ im erforderlichen Einzelfall gewährleisten. Im Sinne einer Patientenversorgung ohne Versorgungsbrüche begrüßen wir diese Neuerung ausdrücklich.

Errichtung eines Zukunftsfonds digitale Gesundheit - § 92a SGB V

Der Referentenentwurf sieht die Errichtung des Zukunftsfonds für digitale Transformation und IT-Sicherheit in der Gesundheitsversorgung (Zukunftsfonds digitale Gesundheit) vor. Dieses Förderinstrument soll gezielt der Beschleunigung der digitalen Modernisierung des Gesundheitswesens sowie der nachhaltigen Stärkung der IT-Sicherheit dienen.

Die Ausführungen im Referentenentwurf weisen einen starken Schwerpunkt in der ambulanten Versorgung auf. Die BKG fordert eine feste Mindestquote explizit für stationäre Einrichtungen, um die KRITIS- und NIS-2-Vorgaben in den Kliniken finanzieren zu können.

Darüber hinaus sieht der Referentenentwurf eine zweistufige Normengebung bei der inhaltlichen Ausgestaltung der Rahmenvorgaben vor, die einerseits ministerielle Rahmenvorgaben und andererseits selbstverwaltungsrechtliche Vereinbarungen umfasst. Bei den Vereinbarungspartnern auf der zweiten Stufe sieht der Referentenentwurf keine Einbindung der stationären Leistungserbringer vor, während die KBV im Referentenentwurf benannt wird.

Bei der inhaltlichen Ausgestaltung der Rahmenvorgaben fordert die BKG einen Abbau bürokratischer Hürden. Insbesondere muss die Beantragung der Fördermittel über das neu zu schaffende „Digital Health Council“ entbürokratisiert werden. Krankenhäuser benötigen pauschalierte Abrufmöglichkeiten für Standard-Sicherheitsmaßnahmen statt hochkomplexer Beantragungsverfahren.

Qualitätsverträge mit Krankenhäusern - § 110a SGB V

Weiterhin sieht der Referentenentwurf eine Streichung der Verpflichtung zum Vertragsabschluss und den Wegfall der Ausgabenpflicht für Qualitätsverträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern vor. Die Möglichkeit zum Abschluss von Qualitätsverträgen wird auf freiwilliger Basis beibehalten.

Durch diese Änderung werden die Qualitätsverträge massiv an Bedeutung verlieren. Ein Beitrag zum Bürokratierückbau kann hier nicht erkannt werden, vielmehr werden Einsparpotentiale bei der GKV gehoben.

Psychosomatische Institutsambulanzen - § 118 Abs. 3 SGB V

Im Rahmen einer Testphase soll die befristete Möglichkeit einer hausärztlichen Überweisung in psychosomatische Institutsambulanzen (PsIA) eingeführt werden (§ 118 Abs. 3 SGB V). Dies wird begrüßt, da die bayerischen PsIA sich immer wieder für die Öffnung für die hausärztliche Überweisung neben der fachärztlichen Überweisung ausgesprochen haben. Diesbezüglich ist auch eine Einführung mittels einer Testphase vertretbar.

Sanktionsregelung für das nicht oder nicht vollständig fristgerechte Zustandekommen einer Vereinbarung nach § 120 Abs. 3 SGB V

Die BKG schließt sich der DKG uneingeschränkt an, wonach die geplante Vergütungskürzung eines Prozents bei nicht fristgerecht vereinbarter digitaler Abrechnung entschieden abzulehnen, da sie die Leistungserbringer ohne eigenes Verschulden trifft.

Qualitätssicherung - insb. § 299 Abs. 1b SGB V

Der Referentenentwurf sieht für die gesetzliche Qualitätssicherung eine Vereinfachung im Nachweis- und Meldeverfahren vor. Dies soll durch die Einführung des „Once-Only“-Prinzips gelingen, indem Leistungserbringer zukünftig nur noch verfahrensübergreifend einmal Daten melden müssen. Weiterhin soll durch die Einrichtung einer verfahrensübergreifenden zentralen Datenannahmestelle im Sinne eines „One-Stop-Shop“ diese Vereinfachung vorangetrieben werden. Durch eine stärkere Nutzung von Routinedaten sollen bürokratische Mehrbelastungen durch Doppelmeldungen vermieden werden.

Die Neuregelungen begrüßen wir. Es wird erwartet, dass diese eine Reduktion im Rahmen der Prüfungen des Medizinischen Dienstes (MD) für die Krankenhäuser bringen wird. Die Frist für die Umsetzung zum 31.12.2029 wird mit Blick auf die Lösungsfindung als sinnvoll erachtet.

Die Einrichtung einer verfahrensübergreifenden zentralen Datenannahmestelle ist als sinnvoll zu bewerten, jedoch nur unter der Maßgabe, dass ein entsprechender Support der Leistungserbringer sichergestellt wird. Entscheidend wird sein, wo die im Referentenentwurf genannte, zentrale Datenannahmestelle angesiedelt wird.

Die Vorgabe einer semantisch und syntaktisch interoperablen Form der Datennachnutzung ist sinnvoll und wird von Seiten der BKG unterstützt. Die BKG spricht sich für klare technische Vorgaben aus (z. B. FHIR-Profile), entsprechende Anforderungen sind im Gesetzentwurf angekündigt.

Nutzung der Telematikinfrastruktur für den Datenaustausch zur gesetzlichen Qualitätssicherung - § 334 Abs. 3 SGB V

Diese Lösung wird uneingeschränkt unterstützt: Die TI hat sich bewährt, sie sichert ein sicheres Übermittlungsverfahren und kann Aufwände bei den Leistungserbringen reduzieren.

Übermittlung von Voraufenthalten - § 301 SGB V

Als weitere Maßnahme zur Entlastung von Bürokratieaufwand im stationären Bereich sieht der Referentenentwurf einen Verzicht auf Rechercheaufwand zu Voraufenthalten bei Verlegungen vor. In § 301 Abs. 2b SGB V idF des Referentenentwurfs ist eine Verpflichtung der Krankenkassen enthalten, dem aufnehmenden Krankenhaus unverzüglich elektronisch die vorherige stationäre Aufenthaltsdauer mitzuteilen. Neben dem wegfallenden Rechercheaufwand sollen hierdurch auch Rechnungskorrekturen reduziert werden. Die Maßnahme wird ausdrücklich begrüßt.

Die Vorgabe der „unverzüglichen Übermittlung“ sollte durch eine konkrete Frist (z. B. innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahmemeldung) flankiert werden.

Streichung der Datenübermittlung zu Pflegepersonaluntergrenzen für Psychiatrie/Psychosomatik - § 17d Abs. 9 KHG

Der Wegfall der differenzierten Pflegepersonaldatenmeldung an das InEK nach § 21 Abs. 2 Nr. 1 Buchst. e KHEntgG ist zu begrüßen. Bisher müssen auch psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen Daten zur Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen, die ausschließlich für die Somatik gelten, an das InEk melden. Die Streichung der Regelung ist überfällig.

Wegfall der Nachweis- und Rückzahlungspflichten für Tarifmittel des Pflegepersonals - § 9 KHEntgG

Gemäß dem Referentenentwurf soll der besondere Verwendungsnachweis für zusätzliche Mittel zur Finanzierung von Tariferhöhungen des Pflegepersonals einschließlich der daran geknüpften Rückzahlungsregelungen gestrichen werden. Diese Regelung trägt zum Bürokratieabbau bei und ist zu begrüßen.