

Stellungnahme

des Berufsverbandes Deutscher Internistinnen und Internisten e.V. (BDI)



zum Referentenentwurf der Bundesregierung zum Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreformenpassungsgesetz – KHAG) vom 30. Juli 2025

Wiesbaden, den 21. August 2025

Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten e.V. (BDI)

Schöne Aussicht 5 · 65193 Wiesbaden

Tel.: 0611. 18133-0 · Fax: 0611. 18133-50

E-Mail: info@bdi.de

Registergericht: Amtsgericht Wiesbaden, Registernummer: VR 1078

Lobbyregister: R001265

Präsidium

Christine Neumann-Grutzeck (Präsidentin)

Dr. med. Norbert Smetak (1. Vizepräsident und Schatzmeister)

PD Dr. med. Kevin Schulte (2. Vizepräsident)

Geschäftsführung

Bastian Schroeder (Geschäftsführer)

Niklas Kölsch (Referent Politik)

Inhaltsverzeichnis

1. Vorbemerkung	1
2. Maßnahmen des Gesetzes im Einzelnen	2
Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.....	2
Artikel 1 Nr.1.....	2
§ 109 Abs. 3a Satz 4 SGBV (neu): Ausnahmen für die Zuordnung von Leistungsgruppen	2
Artikel 1 Nr. 13.....	2
Anlage 1 zum § 135e SGBV (neu): Leistungsgruppen und Pflegepersonaluntergrenzen	2
Artikel 2 – Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	7
Artikel 2 Nr. 4.....	7
§ 12b KHG (neu): Finanzierung des Transformationsfonds	7
Artikel 3 - Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes.....	8
Artikel 3 Nr. 4.....	8
§ 6b Abs. 1. Satz 1 KHEntgG (neu): Einführung der Vorhaltevergütung	8

1. Vorbemerkung

Der Referentenentwurf (Stand: 30.07.2025) der Bundesregierung für das Krankenhausreformmanpassungsgesetz (KHAG) zielt darauf ab, die Maßnahmen aus dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) praxisnäher und gangbarer in der Umsetzung zu gestalten. Der Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI) bekennt sich zur zwingenden Notwendigkeit einer Krankenhausstruktur- und Vergütungsreform. Mit dem KHVVG wurde bereits ein erster Schritt in Richtung einer modernen, bedarfsgerechten Krankenhausstruktur getan. Positive Ansätze wie die Leistungskonzentration und Spezialisierung an einzelnen Standorten oder die Einführung von Vorhaltekosten können dazu beitragen, die Qualität und Ressourcenverteilung zu verbessern. Dennoch bleiben wesentliche Schwachstellen bestehen, die behoben werden müssen. Daher begrüßt der BDI die Weiterentwicklung der Krankenhausreform ausdrücklich.

Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin sind bundesweit die größte Fachgruppe. Internistinnen und Internisten sind in allen Versorgungsbereichen tätig, das heißt im stationären sowie im hausärztlich und fachärztlich ambulanten Versorgungsbereich. Vor diesem Hintergrund nimmt der BDI ergänzend zur Stellungnahme des Spitzenverbandes Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) zu folgenden Maßnahmen im KHAG im Einzelnen Stellung.

2. Maßnahmen des Gesetzes im Einzelnen

Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Artikel 1 Nr.1

§ 109 Abs. 3a Satz 4 SGBV (neu): Ausnahmen für die Zuordnung von Leistungsgruppen

Krankenhausstandorte können auch dann durch die Länder mit Leistungsgruppen belegt werden, wenn sie die zugrunde liegenden Qualitätskriterien nicht vollständig erfüllen, sofern dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung notwendig ist. Die Zuweisung ist in diesen Fällen befristet; eine einmalige Verlängerung ist unter bestimmten Bedingungen möglich. Qualitätsanforderungen im Rahmen von Kooperationen und Verbünden zu erfüllen, ist ebenfalls durchführbar.

Bewertung:

Der BDI begrüßt die Ausnahmen bei der Zuordnung Leistungsgruppen, wenn die flächendeckende Versorgung sicherzustellen ist. Gleichzeitig muss sichergestellt werden, dass die Ausnahmeregelungen tatsächlich nur in begründeten Einzelfällen Anwendung finden, um die aus fachlicher Sicht notwendigen bundeseinheitlichen Qualifikationskriterien, die in den Leistungsgruppen festgelegt wurden, im Rahmen einer bestmöglichen Versorgung der Bevölkerung nicht zu konterkarieren.

Artikel 1 Nr. 13

Anlage 1 zum § 135e SGBV (neu): Leistungsgruppen und Pflegepersonaluntergrenzen

Die Systematik der Leistungsgruppen, die sich an den Vorarbeiten aus Nordrhein-Westfalen orientiert, bleibt erhalten. Ergänzt werden die insgesamt ursprünglichen 60 Leistungsgruppen, abweichend vom KHVVG, nur um die Leistungsgruppe „Spezielle Traumatologie“. Bereits im KHVVG waren folgende internistische Leistungsgruppen vorgesehen, die weiterhin Bestand haben: Allgemeine Innere Medizin, Endokrinologie und Diabetologie, Gastroenterologie, Hämatologie und Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Geriatrie, Pneumologie und Rheumatologie. Die Zuordnung der stationären Behandlungsfälle zur jeweiligen Leistungsgruppe erfolgt nach wie vor über den InEK-Groupier.

Infektiologie, Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie sowie Notfallmedizin entfallen im Rahmen des KHAG als Leistungsgruppe. In der Anlage 1 zu § 135e SGBV werden die entfallenen Leistungsgruppen unter Angabe der Ziffer als „nicht belegt“ gekennzeichnet. Weiterhin wird der internistische Schwerpunkt „Angiologie“ als eigenständige internistische Leistungsgruppe nicht berücksichtigt.

Der Verweis auf die Einbeziehung der Erfüllung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) als Qualitätskriterium der Rubrik „Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen“ wird bei allen betreffenden Leistungsgruppen gestrichen. Die in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen für die pflegesensitiven Bereiche in Krankenhäusern gelten verbindlich fort und sind von den Krankenhäusern stets einzuhalten, sodass im Sinne des Abbaus von Bürokratie eine Prüfung des Medizinischen Dienstes (MD) als entbehrlich angesehen wird.

Bewertung:

Der BDI begrüßt die Entwicklung von Qualitätskriterien im Bereich der Krankenhausbehandlung, denn die Zentralisierung von Klinikstrukturen birgt großes Potenzial zur Verbesserung von Behandlungsqualität und Ressourceneffizienz – insbesondere in urbanen Räumen. Es ist dafür sachdienlich, die in Nordrhein-Westfalen entwickelten Leistungsgruppen als Basis zu verwenden. Besonderer Bewertungsbedarf besteht in Bezug auf die Nichtberücksichtigung bzw. dem Wegfall der Leistungsgruppen Angiologie und Infektiologie, die personelle Ausstattung der Leistungsgruppe 56 (Geriatric), den Wegfall der Pflegepersonaluntergrenzen als Qualitätskriterium sowie auf die geplante Nutzung des InEK-Groupers als Grundlage für die Leistungsgruppengestaltung:

1. Streichung der Leistungsgruppe Infektiologie und Nichtberücksichtigung des Schwerpunktes Angiologie

Als Grundlage für die Leistungsgruppen muss die bestehende Kompetenzstruktur der ärztlichen Weiterbildung dienen. Aufgrund der immer komplexer werdenden medizinischen Versorgungsmöglichkeiten erfolgt laufend eine Differenzierung der Weiterbildung im ärztlichen Bereich. Diese ist Grundlage für eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten und Patientinnen. Qualitätskriterien für Leistungsgruppen und die ärztliche Weiterbildung verfolgen in der Qualität der Patientenversorgung die gleichen Ziele.

Eine Übereinstimmung der Leistungsgruppen mit den in der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) festgelegten Inhalten, die zum Erwerb eines Facharztes führen, ist daher zwingend erforderlich. In der MWBO sind die Fachärztin/der Facharzt für Innere Medizin und Angiologie sowie die Fachärztin/der Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie durch die Definition der Weiterbildungsinhalte festgelegt. Damit sind diese Schwerpunkte als eigenständige internistische Fachgebiete anerkannt.

Zum Erwerb der o.g. Facharztbezeichnungen sind laut MWBO von 36 Monaten im Schwerpunkt 24 Monate in der stationären Patientenversorgung zu erbringen. Ein Wegfall bzw. die Nichtberücksichtigung der Leistungsgruppen Angiologie und Infektiologie hätte zur Folge, dass es in Zukunft erschwert wäre, diese spezifischen Weiterbildungskompetenzen im Krankenhaus zu erwerben. Bereits kurzfristig würde die Qualität der Versorgung sinken, die nach einhelliger fachärztlicher Auffassung notwendig ist. Langfristig ist die Gefahr gegeben, dass der Facharzt für Innere Medizin und Angiologie und der Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie nicht mehr weitergebildet werden kann und damit verschwindet.

Der Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie wurde erst im Jahr 2021 eingeführt und ist damit ein noch junges Fachgebiet. Die Streichung der zugehörigen Leistungsgruppe schwächt dieses Fach in einer Phase, in der es sich noch in der Etablierung befindet. Die ambulante infektiologisch-fachärztliche Versorgung ist bislang unzureichend ausgebaut. Es droht eine Verschlechterung der infektiologischen Versorgungsqualität sowohl in der Regelversorgung als auch bei der Vorbereitung auf mögliche zukünftige Pandemien. Die Erfahrungen aus der Corona-Pandemie machen deutlich, dass die Streichung der Leistungsgruppe kurzsichtig und fachlich unverständlich ist.

2. Personelle Ausstattung der Leistungsgruppe Geriatrie

Der demografische Wandel stellt die medizinische und pflegerische Versorgung älterer Menschen vor große Herausforderungen. Die Altersmedizin (Geriatrie) nimmt dabei eine Schlüsselrolle ein. Sie muss den besonderen Bedürfnissen älterer Menschen gerecht werden, die oft an mehreren chronischen Erkrankungen leiden und ein hohes Risiko für Pflegebedürftigkeit haben. In dieser Lebensphase stehen Lebensqualität, Autonomie und individuelle Wünsche im Vordergrund. Um eine zielgerichtete bestmögliche Versorgung dieser multimorbiden Patientinnen und Patienten sicherzustellen, bedarf es einer komplexen spezifischen ärztlichen Begleitung.

Im KHHVG sind deshalb spezifische fachliche Vorgaben für die Leistungsgruppe Geriatrie (Ziffer 56) entwickelt worden. Neben der Zusatzweiterbildung Geriatrie ist die besondere geriatri-sche Betreuung auf die Fachärztinnen und Fachärzte für:

- Innere Medizin,
- Neurologie,
- Allgemeinmedizin,
- Physikalische und Rehabilitative Medizin oder
- Psychiatrie und Psychotherapie

im Rahmen der sinnvollen Weiterentwicklung der Leistungsgruppen gegenüber den Leistungsgruppen in Nordrhein-Westfalen präzisiert worden.

Die Fokussierung auf Facharztbezeichnungen, die derzeit in der Leistungsgruppe 56 genannt sind, spiegelt sich auch in der klinischen Realität wider: Zwei Drittel der 20 Hauptdiagnosen in akutgeriatrischen Kliniken entfallen auf internistische Erkrankungen, während die übrigen vor allem neurologische Diagnosen und die Schenkelhalsfraktur betreffen. Auch international zeigt sich eine klare Schwerpunktsetzung. In Frankreich, der Schweiz, England, Spanien und Italien wurde die Komplexität der Geriatrie erkannt und durch Facharztspezialisierungen mit internistischem Schwerpunkt adressiert. Schließlich wird die Bedeutung dieser Fachorientierung dadurch unterstrichen, dass sämtliche geriatri-schen Lehrstühle in Deutschland von internistisch oder neurologisch geprägten Geriaterinnen und Geriatern besetzt sind.

Aus Sicht des BDI, unterstützt von der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG), bilden deshalb die Fächer Innere Medizin, Neurologie und Allgemeinmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Geriatrie die Grundlage für eine qualitativ hochwertige geriatri-sche Versorgung. Um die Versorgungssituation in der Geriatrie im Sinne des KHAG zu verbessern, sollte die Erfüllung der personellen Anforderungen der Leistungsgruppe Geriatrie maximal auf die bislang in Leistungsgruppe 56 genannten Fachgruppen beschränkt bleiben. Eine Ausweitung auf weitere Fachgebiete gemäß MWBO oder gar eine generelle Öffnung für alle Fachgebiete mit Zusatz-Weiterbildung Geriatrie ist keine medizinisch sinnvolle Alternative und mit dem Ziel der strukturierten Qualitätsverbesserung durch die Krankenhausreform nicht vereinbar.

Daraus ergibt sich, dass die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen stationären geriatri-schen Versorgung nur unter Beibehaltung der durch das KHHVG bereits konkretisierten fachlichen Qualifikation erfolgen sollte.

3. Wegfall der Pflegepersonaluntergrenzen als zu prüfendes Strukturmerkmal

Die Streichung der Pflegepersonaluntergrenzen im KHAG bezieht sich nur auf die Prüfung der bisherigen „Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen“ für die Zuordnung von Leistungsgruppen nach Anlage 1 zu § 137e SGB V und hat somit keinen Einfluss auf die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen nach § 6 Abs. 1 PpUGV. Die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen ist durch die Bestätigung etwa eines Wirtschaftsprüfers oder eines vereidigten Buchprüfers gegenüber den Krankenkassen zu nachzuweisen. Gleichzeitig prüft der MD, die medizinisch-inhaltliche Einhaltung von OPS-Strukturmerkmalen und ggf. auch anlassbezogenen Pflegepersonaluntergrenzen im Einzelfall (vgl. § 275d SGB V).

Da die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen weiterhin gesichert ist, befürwortet der BDI die Streichung von Pflegepersonaluntergrenzen als Qualitätskriterium bei den bisherigen „Sonstigen Struktur- und Prozessvoraussetzungen“ für die betreffenden Leistungsgruppen. Der Abbau dieser doppelten Prüfung sind positive Zeichen für den Bürokratieabbau und für die Vertrauenskultur im Sinne des Koalitionsvertrages.

4. InEK-Grouper

Der InEK-Grouper wurde als Abrechnungsinstrument zur fallbezogenen Vergütung entwickelt. Im Rahmen der Krankenhausreform soll er nun zusätzlich für die Zuweisung von Leistungsgruppen genutzt werden. Problematisch ist, dass zum Beispiel in der Inneren Medizin Fälle nicht eindeutig mittels des Groupers einer Leistungsgruppe zugewiesen werden können. Das gilt insbesondere für die Allgemeine Innere Medizin, komplexe Endokrinologie und Diabetologie, komplexe Nephrologie, komplexe Gastroenterologie, komplexe Pneumologie und komplexe Rheumatologie. Als Basis der Zuordnung sollen die in der Vergangenheit versorgten Fälle herangezogen werden. Dies ist fraglich, da die zugrunde liegenden Abrechnungsdaten auf unscharfen und in der Vergangenheit uneinheitlich genutzten Fachabteilungsschlüsseln beruhen. Insbesondere im Fachgebiet der Inneren Medizin haben in der Vergangenheit viele Krankenhäuser ihre stationären Leistungen, unabhängig von der Spezialisierung, als Fall der Allgemeinen Inneren Medizin abgerechnet. Es besteht die Gefahr, dass dies im Krankenhausmanagement auch weiterhin so praktiziert wird. Die Folge könnten potenziell fehlerhafte oder verzerrte Zuweisungen von Vorhaldebudgets und der Verzicht auf die Vorhaltung der internistischen Leistungsgruppen komplexe Endokrinologie und Diabetologie, komplexe Nephrologie, komplexe Gastroenterologie, komplexe Pneumologie und komplexe Rheumatologie sein.

5. Weiterbildung beachten

Der klassische Weiterbildungsweg, also die durchgehende Weiterbildung an einer einzigen Klinik mit vollständigem Leistungsspektrum, wird im Zuge der Leistungskonzentration im stationären Bereich zunehmend erschwert. Zukünftig wird eine fachärztliche Weiterbildung in vielen Fällen nur noch standortübergreifend und im Rahmen von ambulant-stationären Weiterbildungsverbünden möglich sein. Diese Entwicklung wird durch die Verlagerung stationärer Leistungen in den ambulanten Bereich zusätzlich verstärkt.

Im Gegensatz zur stationären Weiterbildung ist die ambulante fachärztliche Weiterbildung deutlich unterfinanziert und zudem nicht für alle Fachgruppen zugänglich (vgl. § 75a Abs. 9 SGB V). Die ambulante Weiterbildung im hausärztlichen Bereich ist derzeit ausschließlich für angehende Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin geöffnet (§ 75a Abs. 1 SGB V). Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin, die eine hausärztliche Tätigkeit anstreben, sind von dieser Förderung bislang ausgeschlossen.

Für eine nachhaltige Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung ist jedoch die Gleichstellung aller an der hausärztlichen Versorgung beteiligten Fachgruppen gemäß § 73 Abs. 1a SGB V erforderlich. Der BDI fordert daher, Internistinnen und Internisten ohne Schwerpunkt in die Förderung nach Absatz 1 einzubeziehen. Für die Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung – sowohl ambulant als auch stationär – braucht es ein umfassendes Finanzierungskonzept.

Der BDI weist mit Nachdruck darauf hin, dass die ärztliche Weiterbildung im Zuge der Krankenhausreform nicht vernachlässigt werden darf.

6. Ambulante Versorgung mitdenken

Die ambulante vertragsärztliche Versorgung ist eine unverzichtbare Säule des deutschen Gesundheitssystems. Internistisch tätige Haus- und Fachärztinnen und -ärzte sichern eine wohnortnahe, qualitativ hochwertige Versorgung und leisten einen wesentlichen Beitrag zur medizinischen Betreuung der Bevölkerung. Die zunehmende Verlagerung stationärer Leistungen in den ambulanten Bereich – verstärkt durch die Krankenhausstrukturreform – verdeutlicht die zentrale Bedeutung der ambulanten Versorgung. Deshalb muss die Stärkung der niedergelassenen Haus- und Fachärzteschaft zwingend in den stationären Reformprozess einbezogen werden. Eine konsequente und vollständige Vergütung fachärztlicher Leistungen – analog zur Entbudgetierung der Hausärztinnen und Hausärzte – ist dabei ein entscheidender Schritt. Nur so kann gewährleistet werden, dass Fachärztinnen und Fachärzte ihre Leistungen uneingeschränkt und ohne die Begrenzung durch Quartalsbudgets erbringen können.

Empfehlung:

Der BDI empfiehlt eine Überarbeitung der Leistungsgruppen, um die Abbildung aller Schwerpunkte der Inneren Medizin gemäß (Muster-)Weiterbildungsordnung zu gewährleisten.

Um eine adäquate Versorgung in der Geriatrie sicherzustellen, muss die personelle Ausstattung der Leistungsgruppe Geriatrie auf die im KHVVG definierten Facharztgruppen mit Zusatzweiterbildung Geriatrie beschränkt bleiben. Zudem ist die Einführung verbindlicher, einheitlicher Kodierregeln für Fachabteilungsschlüssel erforderlich, um Fehlzuordnungen von Behandlungen in der Inneren Medizin in die entsprechenden Leistungsgruppen künftig zu vermeiden.

Eine nachträgliche Einführung der Leistungsgruppe Angiologie oder Infektiologie durch den Ausschuss zur Weiterentwicklung und Einführung der Leistungsgruppen unter der Leitung des BMG läuft Gefahr, dass stationäre angiologische und infektiologische (Weiterbildungs-)Strukturen zum Zeitpunkt der Einführung der Leistungsgruppe bereits verschwunden sind. Zusammenfassend widerspricht die Auslassung der Leistungsgruppe Angiologie und die Streichung der Leistungsgruppe Infektiologie den ursprünglichen Zielen des KHVVG, die Behandlungsqualität zu verbessern und qualitativ hochwertige medizinischen Versorgung sicherzustellen – sowie den Zielen des KHAG, diese Ziele praxisgerecht fortzuentwickeln.

Die Krankenhausreform muss, mit der Fokussierung der Leistungen auf notwendige, geeignete Krankenhäuser, die gleichzeitige Stärkung der ambulanten Versorgung und ärztlichen Weiterbildung mitdenken. Nur so kann eine wohnortnahe, effiziente Patientenversorgung sichergestellt werden.

Artikel 2 – Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Artikel 2 Nr. 4

§ 12b KHG (neu): Finanzierung des Transformationsfonds

Das KHAG sieht die Umstellung der Finanzierung des Transformationsfonds vor. Anders als im ursprünglichen KHVVG vorgesehen, wird der Fonds (insgesamt 25 Mrd. € bis zu 2,5 Mrd. € pro Jahr) nun vollständig aus Bundesmitteln (Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität) gespeist. Diese Bundesmittel fließen in die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Eine Überweisung der Bundesmittel an den Gesundheitsfonds startet ab dem 1. April 2026. Verwaltungskostenanträge können bereits früher gestellt und durch das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) bearbeitet werden, sofern das geförderte Vorhaben am 1. Juli 2025 noch nicht begonnen wurde.

Bewertung:

Der BDI begrüßt die Entscheidung, den Transformationsfonds aus dem Infrastruktur-Sondervermögen als gesamtgesellschaftliche Aufgabe anstelle von Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung zu finanzieren. Das schafft mehr Planungssicherheit für die Kliniken und verhindert eine zusätzliche Belastung der GKV-Beitragszahler. Dass die Mittel jedoch erst ab dem 1. April 2026 abgerufen werden können, kommt aus Sicht des BDI zu spät.

Artikel 3 - Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Artikel 3 Nr. 4

§ 6b Abs. 1. Satz 1 KHEntgG (neu): Einführung der Vorhaltevergütung

Die Einführung der Vorhaltevergütung, ursprünglich für das Jahr 2027 vorgesehen, wird nun um ein Jahr verschoben und soll ab dem 1. Januar 2028 greifen. Jedes Krankenhaus erhält somit ab dem 1. Januar 2028 für jede Leistungsgruppe, die für mindestens einen seiner Krankenhausstandorte zugewiesen wurde, ein Vorhaltebudget für Krankenhausfälle, die auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütet werden. Ein Krankenhaus erhält ein Vorhaltebudget, wenn für die betreffenden Krankenhausstandorte die Mindestvorhaltezahl erfüllt oder für das jeweilige Krankenhaus und die entsprechende Leistungsgruppe eine Feststellung getroffen wurde. Die Jahre 2026 und 2027 stellen budgetneutrale Jahre dar.

Bewertung:

Eine Vorhaltevergütung, basierend auf Fallzahlen, kann die Fehlanreize des DRG-Systems nicht beheben. Die Fristverlängerung schafft lediglich mehr zeitlichen Spielraum für die Umsetzungsprozesse in den Ländern und Krankenhäusern, was eine gewisse Erleichterung bei der Vorbereitung auf die neuen Anforderungen bedeuten kann. Die Verschiebung ihrer Einführung statt einer Überarbeitung ist jedoch nicht nachhaltig.

Empfehlung:

Der BDI fordert die vollständige Finanzierung der Vorhaltekosten von versorgungsnotwendigen Krankenhausabteilungen.