

LOHFERT & LOHFERT AG

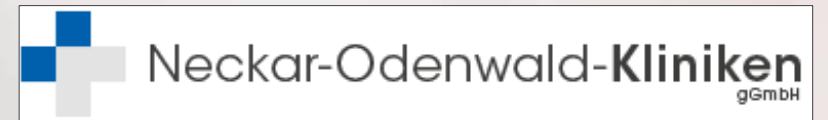
Neckar-Odenwald-Kliniken gGmbH

Öffentliche Anhörung über die Zukunft der Neckar-Odenwald Kliniken

*Update zu aktuellen Entwicklungen und
Details des Gutachtens*

18.4.2026

Philipp Letzgus



Vorstellung des Projektleiters & heutigen Referenten | Philipp Letzgus

Kompetenzbereichsleiter Strategie & Krankenhausplanung

Ausbildung und Berufserfahrung

Studium Wirtschaftsmathematik an der OvG-Universität Magdeburg (Abschluss: Diplom)

Studium Management and Economics an der OvG-Universität Magdeburg (Abschluss: B. Sc.)

Mehrjährige Berufserfahrung im Gesundheitswesen und Krankenhaussektor (u. a. Gutachten Landeskrankenhausplan NRW)

Seit 2013 bei der Lohfert & Lohfert AG, seit 2024 Prokurist

Inhaltliche Schwerpunkte

Kompetenzbereichsleiter für Strategie und KH-Planung (inkl. Leistungssteuerung und Krankenhausplanung)

- Medizinstrategische Gutachten, zukünftige Krankenhaus- und Versorgungsstrukturen
- Konzeption, Modellierung und Umsetzung der strategischen Leistungsstrukturplanung für Krankenhäuser
- Ökonomische Bewertungen von medizinstrategischen Projekten
- Versorgungsforschung
- Finanzstruktur und Businessplanung

Herr Letzgus verantwortet die Bereiche Medizinstrategie und Krankenhausplanung und hat in den letzten 13 Jahren zahlreiche Kliniken bei ihrem strategischen Prozess begleitet. Als operativer Projektleiter des größten deutschen Projektes zur Krankenhausplanung, hat Herr Letzgus auf dem Gebiet Krankenhausplanung eine anerkannte Expertise.

Herr Letzgus ist verantwortlich für zahlreiche medizinstrategische Gutachten in allen Teilen Deutschlands. Ergänzend publiziert er regelmäßig aktuelle Inhalte in Fachzeitschriften.

Philipp Letzgus
Principal, Prokurist



Agenda

Update: Neuerungen im ordnungspolitischen Rahmen

Ergänzende Einblicke in die Untersuchungen des Gutachtens

Was waren entscheidende Treiber in der Variantenbewertung? Haben aktuelle Entwicklungen Einfluss auf die vorgeschlagenen Varianten?

Anhang

In diesem Kapitel sollen drei aktuelle Themenblöcke kurz beleuchtet werden



KHAG (Krankenhausreformanpassungsgesetz)



Wichtiges Urteil zur Rufbereitschaft



Details zu sektorenübergreifenden Einrichtungen

Für den aktuellen strategischen Prozess der Neckar-Odenwald-Kliniken ist es von hoher Bedeutung die gutachterlichen Empfehlungen in Bezug auf aktuelle Änderungen im ordnungspolitischen Rahmen zu prüfen

KHAG Stand April 2026

NEW

- 1 Rufbereitschaft eingeschränkt:** Ärzte dürfen nicht mehr gleichzeitig für mehrere Standorte eingeteilt sein
- 2 Facharzt-Präsenz verschärft:** Bei laufendem Dienst (Regel-, Schicht- oder Bereitschaftsdienst) muss ein Facharzt vor Ort sein
Singuläre Verschärfung der Qualitätskriterien: Insbesondere für LG Allgemeine Chirurgie
- 3 Basislabor** nicht mehr verpflichtend – wird als „Grundausstattung“ vorausgesetzt
- 4 Fachkrankenhäuser (Level F):** Übergangsregelung in Form einer befristeten Zuordnung der Versorgungsstufe bis 2030, bundeseinheitliche Definition folgt bis 2029
Kooperationen erleichtert:
 - Mindestanforderungen teils vollständig über Partner erfüllbar
 - **Kooperation auch über Distanz von 2km möglich**, v.a. bei Versorgungsnotwendigkeit
 - „**Kettenkooperationen**“ möglich: Partner können Anforderungen auch direkt erfüllen
 - **Strenge Anforderungen an Kooperationsvereinbarungen:** klare Regelung zu Inhalt, Ort, Dauer und Verfügbarkeit
 - **Ausnahmen für Fachkliniken:** mehr Flexibilität bei sachlicher Ausstattung und verwandten Leistungsgruppen
- 6 Stroke Unit flexibilisiert:** Zuweisung auch ohne eigene Innere Medizin, Neurologie und Intensivmedizin möglich, stattdessen mit **telemedizinischer Kooperation**
- 7** Für alle LG wurden Angaben zur **Erfüllung der Pflegepersonaluntergrenzen (PpUGV)** als Mindestvoraussetzung aufgenommen
- 8 Pflegebudget eingeschränkt:** Nur noch Kosten für direkte Patientenversorgung anrechenbar – hauswirtschaftliche, administrative, logistische und technische Tätigkeiten ausgeschlossen
- 9 Sektorenübergreifende Einrichtungen** müssen räumlich eigenständig sein (nicht am selben Standort wie Krankenhaus); Einführung nur zum 01. Januar möglich
- 10 Zuweisung von Leistungsgruppen** auch ohne Erfüllung der Qualitätskriterien möglich (z.B. zur Sicherstellung), zunächst befristet und teils ohne Zustimmung der Krankenkassen
- 11 NRW-Sonderregelung:** Bereits zugewiesene LG bleiben bestehen; neue Zuweisungen bis 2030 je nach Rechtsgrundlage entweder mit MD-Nachweis oder weiterhin nach Landesrecht ohne MD-Gutachten
- 12** Veröffentlichung des **Bundes-Klinik-Atlas** zukünftig durch den G-BA



NEW

Der gesetzgeberische Rahmen hat sich weiterentwickelt, das KHAG liegt vor



KHAG Stand April 2026

Änderungen des KHAG – Beschluss des Bundestages

- 1** **Rufbereitschaft eingeschränkt:** Ärzte dürfen nicht mehr gleichzeitig für mehrere Standorte eingeteilt sein
- 2** **Facharzt-Präsenz verschärft:** Bei laufendem Dienst (Regel-, Schicht- oder Bereitschaftsdienst) muss ein Facharzt vor Ort sein
Singuläre Verschärfung der Qualitätskriterien: Insbesondere für LG Allgemeine Chirurgie
- 3** **Basislabor** nicht mehr verpflichtend – wird als „Grundausstattung“ vorausgesetzt
- 4** **Fachkrankenhäuser (Level F):** Übergangsregelung in Form einer befristeten Zuordnung der Versorgungsstufe bis 2030, bundeseinheitliche Definition folgt bis 2029
Kooperationen erleichtert:
 - Mindestanforderungen teils vollständig über Partner erfüllbar
 - **Kooperation auch über Distanz von 2km möglich**, v.a. bei Versorgungsnotwendigkeit
 - „Kettenkooperationen“ möglich: Partner können Anforderungen auch direkt erfüllen
 - **Strenge Anforderungen an Kooperationsvereinbarungen:** klare Regelung zu Inhalt, Ort, Dauer und Verfügbarkeit
 - **Ausnahmen für Fachkliniken:** mehr Flexibilität bei sachlicher Ausstattung und verwandten Leistungsgruppen
- 5** **Stroke Unit flexibilisiert:** Zuweisung auch ohne eigene Innere Medizin, Neurologie und Intensivmedizin möglich, stattdessen mit **telemedizinischer Kooperation**
- 6** Für alle LG wurden Angaben zur **Erfüllung der Pflegepersonaluntergrenzen (PpUGV)** als Mindestvoraussetzung aufgenommen
- 7** **Pflegebudget eingeschränkt:** Nur noch Kosten für direkte Patientenversorgung anrechenbar – hauswirtschaftliche, administrative, logistische und technische Tätigkeiten ausgeschlossen
- 8** **Sektorenübergreifende Einrichtungen** müssen räumlich eigenständig sein (nicht am selben Standort wie Krankenhaus); Einführung nur zum 01. Januar möglich
- 9** **Zuweisung von Leistungsgruppen** auch ohne Erfüllung der Qualitätskriterien möglich (z.B. zur Sicherstellung), zunächst befristet und teils ohne Zustimmung der Krankenkassen
- 10** **NRW-Sonderregelung:** Bereits zugewiesene LG bleiben bestehen; neue Zuweisungen bis 2030 je nach Rechtsgrundlage entweder mit MD-Nachweis oder weiterhin nach Landesrecht ohne MD-Gutachten
- 11** Veröffentlichung des **Bundes-Klinik-Atlas** zukünftig durch den G-BA
- 12**

© Lohfert & Lohfert AG (2025). Alle Rechte vorbehalten. 4

Zahlreiche Änderungen im Gesetz und in den relevanten Anhängen. Einige Änderungen lösen formelle Hürden und erleichtern die zukünftige Leistungserbringung.

Relevant für die Neckar-Odenwald-Kliniken sind aber die Änderungen in der LG „Allgemeine Chirurgie“

*Drei FA für Allgemeinchirurgie, mindestens Rufbereitschaft
Jeweils ein FA für Allgemeinchirurgie kann durch einen FA für Orthopädie und Unfallchirurgie und einen FA für Viszeralchirurgie ersetzt werden²*

→ Insbesondere für Kliniken mit eingeschränktem chirurgischem Angebot hochrelevant. Zahlen¹ in beiden Häusern (knapp) erfüllt, insbesondere in Mosbach künftig aber herausfordernd

Ein wichtiges Urteil“ hat die „30-Minuten-Regelung“ spezifiziert, Auswirkungen erwartet



Klinik scheitert mit 30-Minuten-Regel

Pressemitteilung

Rufbereitschaft vor Gericht

20. Februar 2026

Hannover - Der Marburger Bund hat erneut die Rechte von Ärzt*innen in der Rufbereitschaft durchgesetzt. Die Vorgabe, während der Rufbereitschaft innerhalb von 30 Minuten „am Patienten“ verfügbar zu sein, ist unzulässig, bestätigte das Landesarbeitsgericht Niedersachsen. Die Berufung eines kommunalen Klinikums wurde zurückgewiesen, die entsprechende Dienstanweisung ist unwirksam.



Arbeitgeber müssen zur Erfüllung von Strukturvorgaben auf andere Dienstformen, etwa Bereitschaftsdienste, zurückgreifen, wenn eine unmittelbare Patientenverfügbarkeit erforderlich ist.

G-BA-Vorgaben nicht auf Rufbereitschaft übertragbar

Der Arbeitgeber hatte sich zur Begründung seiner Dienstanweisung auf Strukturvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gestützt. Diese verlangen, dass ein Facharzt binnen 30 Minuten „am Patienten“ verfügbar sein muss. Das Klinikum leitete daraus eine verbindliche Eintreffzeit ab, die Ärztinnen und Ärzte im Rahmen der Rufbereitschaft einzuhalten hätten.

Diese Argumentation ließ das Landesarbeitsgericht jedoch nicht gelten. Die Richter stellten klar, dass der G-BA zwar medizinische Anforderungen definiert, daraus aber keine arbeitsrechtlichen Verpflichtungen zur Anwesenheitsorganisation des Personals abgeleitet werden können. Arbeitgeber müssten **andere Dienstformen** – etwa Bereitschaftsdienst – vorsehen, wenn eine so schnelle Patientenverfügbarkeit notwendig sei.

Konsequenz:

Diese Regelung hat gerade für kleine Krankenhäuser mit G-BA Basisnotfallversorgung mitunter entscheidenden Einfluss. Statt einer „einfachen“ Rufbereitschaft wird zur Sicherstellung der Notfallstufe häufiger Bereitschaftsdienst nötig. Das hat spürbare Auswirkungen auf den Personalbedarf und die Refinanzierung.

Mittlerweile existiert eine erste Vereinbarung zu den Inhalten eines süV, weitere Details werden folgen



Vereinbarung
zu den stationären Leistungen
der sektorenübergreifenden
Versorgungseinrichtungen
gemäß § 115g Absatz 3 SGB V
(süV-Leistungskatalog-Vereinbarung
vom 02.03.2026

zwischen

dem GKV-Spitzenverband, Berlin,

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin

SüV sollen wohnortnah Krankenhausbehandlungen mit ambulanten und pflegerischen Leistungen verbinden

Übersicht der mindestens zu erbringenden stationären Leistungen (Anlage 2b)



- **Überwachung der Vitalfunktionen** außerhalb eines intensivmedizinischen Settings (beispielsweise Messung Puls, Blutdruck, Temperatur, Sauerstoffsättigung)
- **Basisdiagnostik** (beispielsweise Blutentnahme, Abstriche, BSG, Urindiagnostik, Stuhluntersuchungen, Blutkulturen)
- Anlage transurethraler und suprapubischer **Blasenkatheter**
- Delirprävention
- Volumentherapie und Flüssigkeitsbilanzierung
- **Internistische Basisbehandlung** von Infektionskrankheiten (beispielsweise Pneumonie, Gastroenteritis, Erysipel, fieberhafter Infekt)
- Intravenöse **Antibiotikatherapie**
- Medikamentengabe (inklusive Opiatgabe)
- **Wundmanagement**
- Internistische Basisbehandlung des **Diabetes mellitus Typ 2**
- Internistische Basisbehandlung von **akuten und chronischen Nierenkrankheiten** sowie deren extrarenale Komplikationen
- Internistische Basisbehandlung von Erkrankungen der Atemwege, der Lunge, des Lungenkreislaufs, des Mediastinum, der Pleura, der Atempumpe einschließlich der extrapulmonalen Manifestationen pulmonaler Erkrankungen
- **Kardiologische Basisbehandlung** zur Diagnostik und Behandlung von nicht überwachungspflichtigen
- Herzrhythmusstörungen, Herzinsuffizienz und unkomplizierten hypertonen Blutdruckkrisen
- Durchführung von Transfusions- und Blutersatztherapie (Erythrozyten- und Thrombozytenkonzentrat)

Die im März veröffentlichten Details zu süV passen idealtypisch zu der Vision der Gutachter

Dies bezieht sich sowohl auf die Ausstattung als auch auf die ärztliche Ausstattung (die im Gutachten als etwas umfassender angenommen wurde)

Vom Patientenspektrum fällt ein relevanter Teil der internistischen Fälle des Standort Mosbach in die Regelungen der MUSS-Leistungen (angegebene ICD-Kodes):

Mehr als 1.500 Fälle in 2025 (rd. 50% der Fälle der LG Allg. Innere Medizin)

Mittlerweile existiert eine erste Vereinbarung zu den Inhalten eines süV, weitere Details werden folgen



Vereinbarung
zu den stationären Leistungen
der sektorenübergreifenden
Versorgungseinrichtungen
gemäß § 115g Absatz 3 SGB V
(süV-Leistungskatalog-Vereinbarung
vom 02.03.2026

SüV sollen wohnortnah Krankenhausbehandlungen mit ambulanten und pflegerischen Leistungen verbinden

Übersicht der mindestens zu erbringenden stationären Leistungen (Anlage 2b)

- **Überwachung der Vitalfunktionen** außerhalb eines intensivmedizinischen Settings (beispielsweise Messung Puls, Blutdruck, Temperatur, Sauerstoffsättigung)
- **Basisdiagnostik** (beispielsweise Blutentnahme, Abstriche, BSG, Urindiagnostik, Stuhluntersuchungen, Blutkulturen)
- Anlage transurethraler und suprapubischer **Blasenkatheter**

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen („SÜVE“) sind im neuen KH-Plan BaWü explizit erwähnt (vgl. S. 36)

„Die SÜVE können in Zukunft ein wichtiges Element zur Sicherstellung der Versorgung sein. Dafür ist eine bedarfsgerechte, regional angepasste Ausgestaltung von grundlegender Bedeutung.“

- **internistische Basisbehandlung** von Erkrankungen der Atemwege, der Lunge, des Lungenkreislaufs, des Mediastinum, der Pleura, der Atempumpe einschließlich der extrapulmonalen Manifestationen pulmonaler Erkrankungen
- **Kardiologische Basisbehandlung** zur Diagnostik und Behandlung von nicht überwachungspflichtigen
- Herzrhythmusstörungen, Herzinsuffizienz und unkomplizierten hypertonen Blutdruckkrisen
- Durchführung von Transfusions- und Blutersatztherapie (Erythrozyten- und Thrombozytenkonzentrat)

Die im März veröffentlichten Details zu süV passen idealtypisch zu der Vision der Gutachter

Dies bezieht sich sowohl auf die Ausstattung als auch auf die ärztliche Ausstattung (die im Gutachten als etwas umfassender angenommen wurde)

Vom Patientenspektrum fällt ein relevanter Teil der internistischen Fälle des Standort Mosbach in die Regelungen der MUSS-Leistungen (angegebene ICD-Kodes):

Mehr als 1.500 Fälle in 2025 (rd. 50% der Fälle der LG Allg. Innere Medizin)

Agenda

Update: Neuerungen im ordnungspolitischen Rahmen

Ergänzende Einblicke in die Untersuchungen des Gutachtens

Was waren entscheidende Treiber in der Variantenbewertung? Haben aktuelle Entwicklungen Einfluss auf die vorgeschlagenen Varianten?

Anhang

Einzelne Fragestellungen wurden in der Zwischenzeit intensiv diskutiert



Patientenströme – „was wissen wir wirklich?“



Ergänzende Hinweise zur Wirtschaftlichkeit



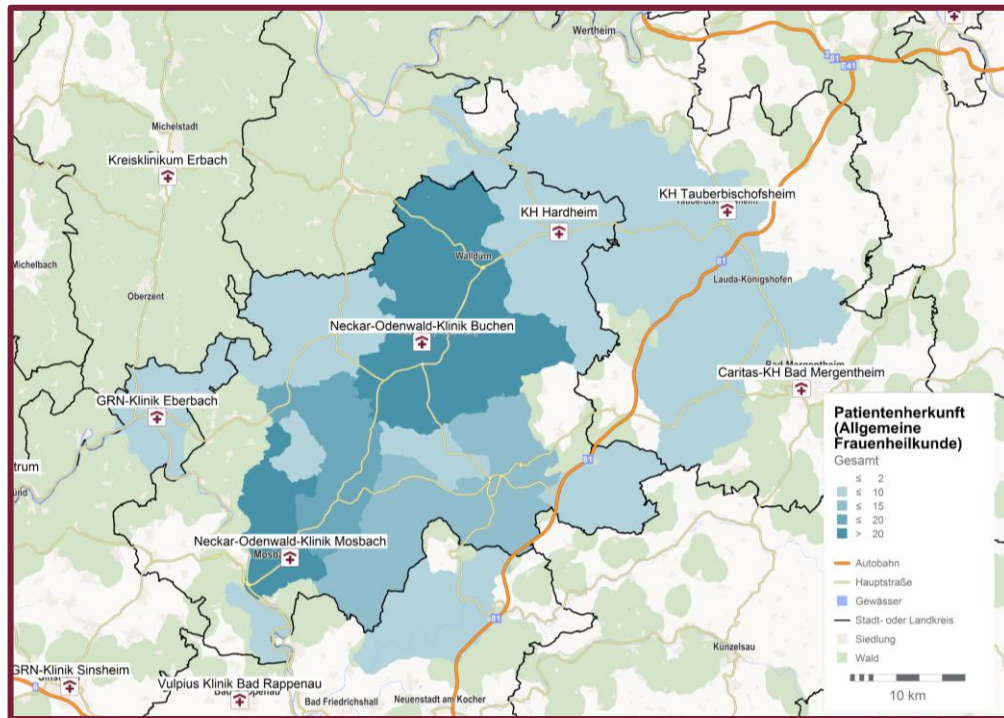
**Kurz Statements zu ausgewählten „Interpretationen“
des Gutachtens**

**Eine objektive Darstellung von
Analysen und deren
Interpretation wird – vor dem
Hintergrund von teilweise
emotional geführten
Diskussionen – seitens des
Gutachters als sehr wichtig
erachtet**

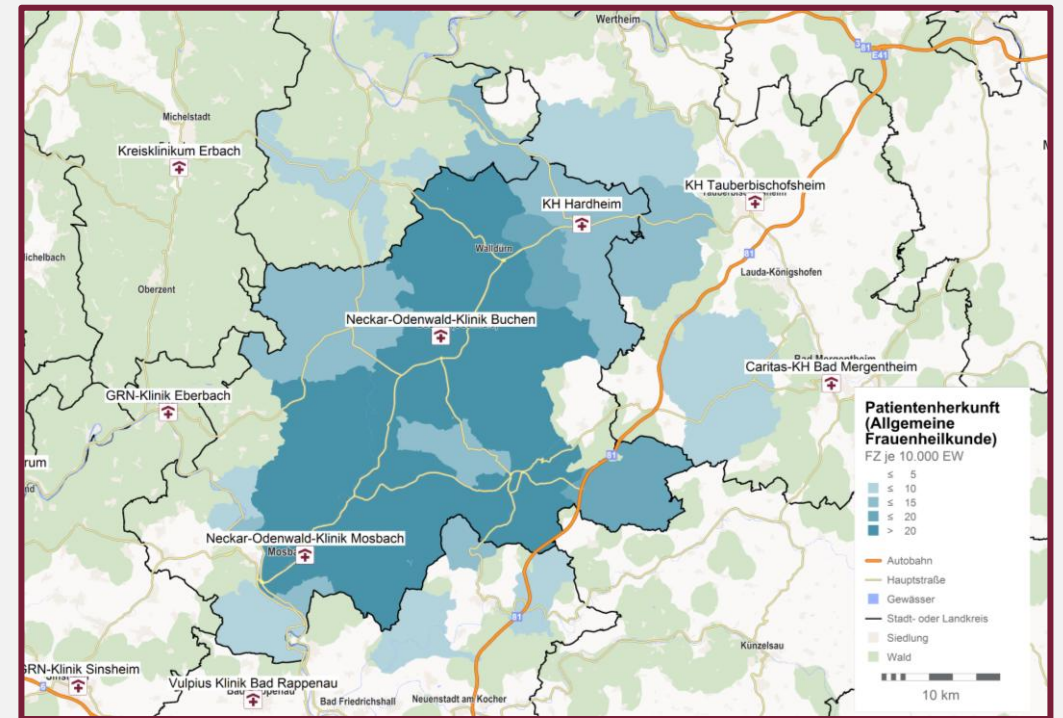
Patientenherkunft wurde im Rahmen des Gutachtens umfangreich betrachtet – Auswertung sollte auf die LG fokussieren, die nur in Buchen erbracht werden

Patientenherkunft Allgemeine Frauenheilkunde (jeweils 2025)

Absolute Patientenherkunft:



Relativ Patientenherkunft:



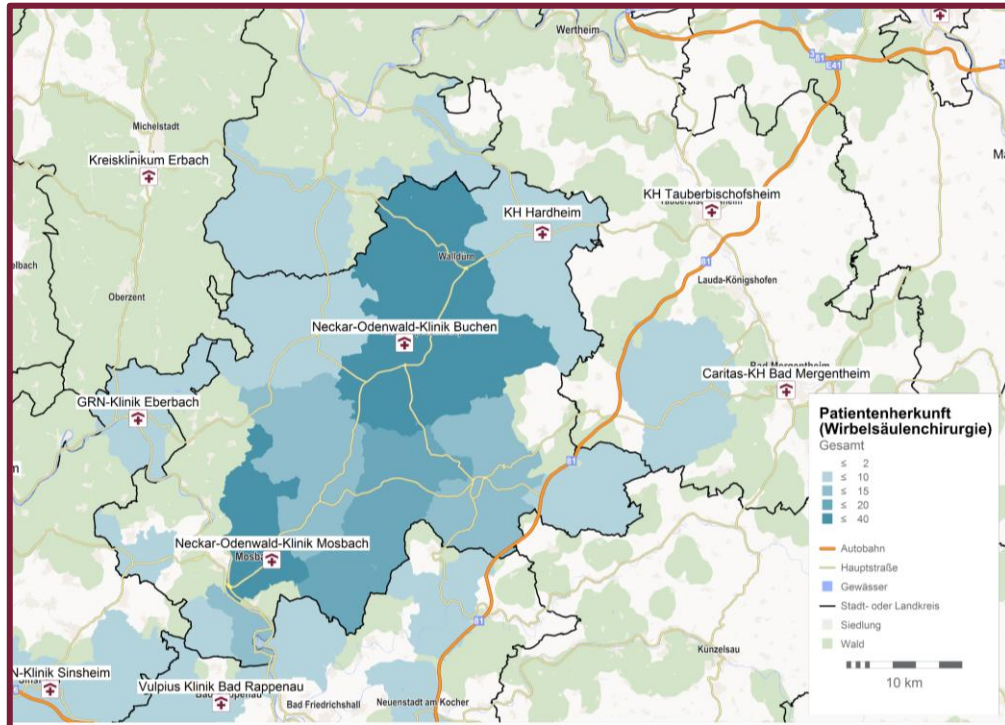
In Bezug auf die LG „Allgemeine Frauenheilkunde“ zeigt sich in der Patientenherkunft ein Einzugsgebiet welches einen sichtbaren Schwerpunkt bis nach Mosbach hat
Es ist klar sichtbar, dass auch aus dem Großraum Mosbach relevante Patientenströme in Buchen versorgt werden (insgesamt nur eine leicht niedrigere Marktdurchdringung in Mosbach als Buchen)

Das Einzugsgebiet weicht damit nur geringfügig von einem rechnerisch zu erwartenden „virtuellen“ Einzugsgebiet ab

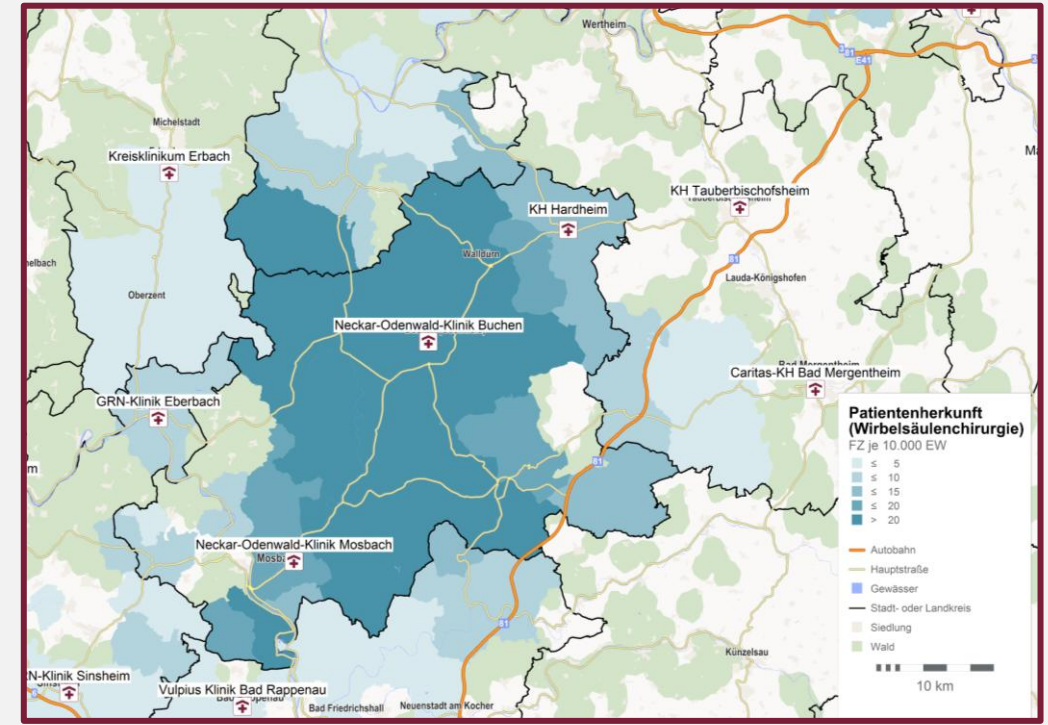
Patientenherkunft wurde im Rahmen des Gutachtens umfangreich betrachtet – In der Wirbelsäulenchirurgie zeigt sich ähnliche Ausprägung wie in der Gynäkologie

Patientenherkunft Wirbelsäulenchirurgie (jeweils 2025)

Absolute Patientenherkunft:



Relativ Patientenherkunft:



In Bezug auf die LG „Wirbelsäuleneingriffe“ zeigt sich in der Patientenherkunft ein Einzugsgebiet welches einen sichtbaren Schwerpunkt bis nach Mosbach hat, westlich von Mosbach sind die Ströme hingegen gering

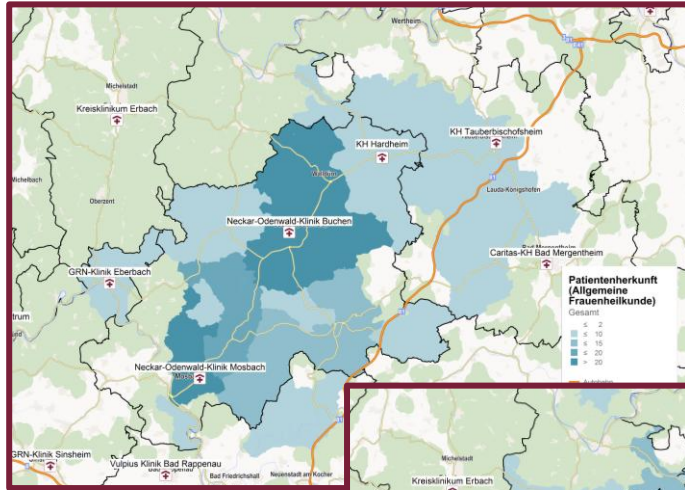
Es ist klar sichtbar, dass auch aus dem Großraum Mosbach relevante Patientenströme in Buchen versorgt werden (insgesamt nur eine leicht niedrigere Marktdurchdringung in Mosbach als Buchen)

Das Einzugsgebiet weicht damit nur geringfügig von einem rechnerisch zu erwartenden „virtuellen“ Einzugsgebiet ab

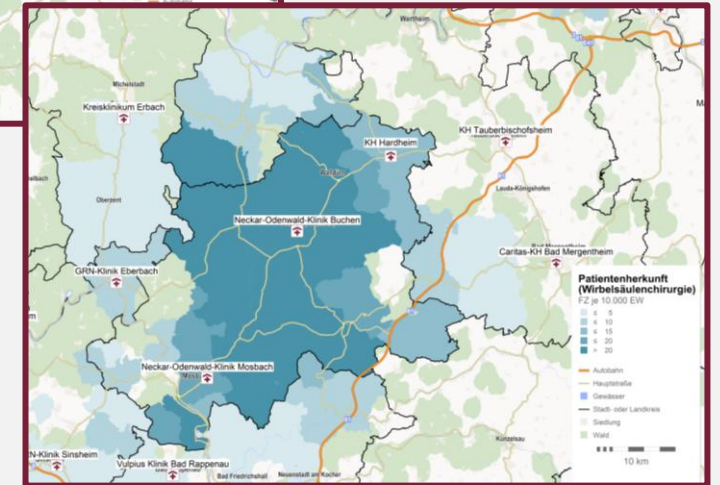
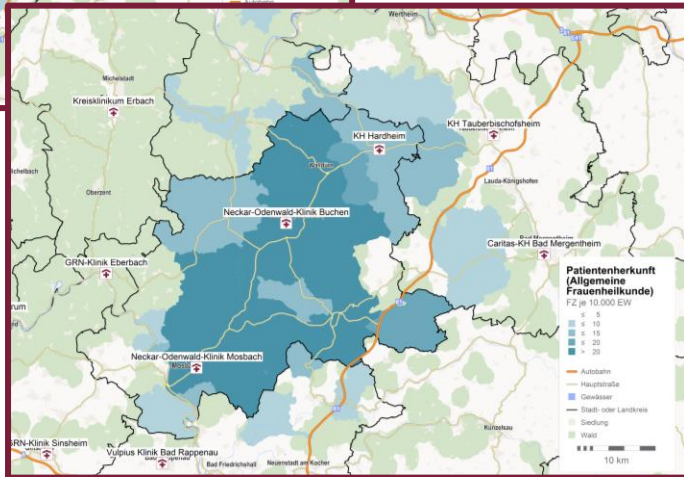
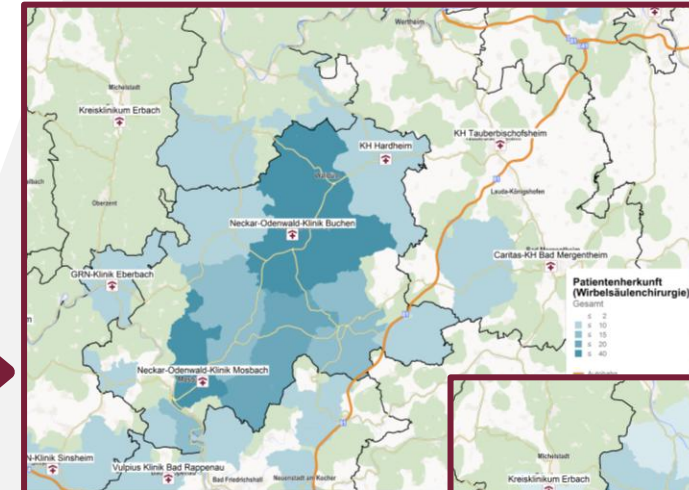
Die Analyseauszüge verdeutlichen, dass es für Leistungen, die singulär in Buchen angeboten werden, sehr wohl relevante Patientenströme aus Mosbach gibt



LG Allgemeine Frauenheilkunde



LG Wirbelsäulenchirurgie

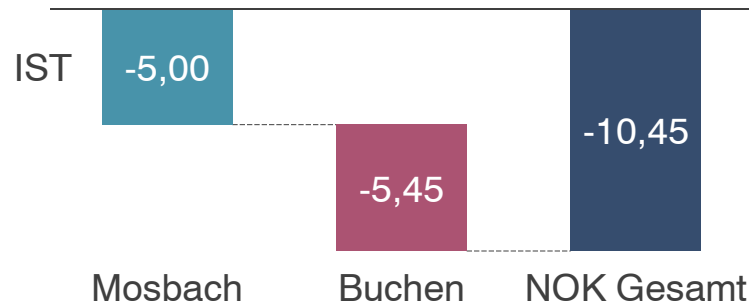


Auf der Grundlage der getätigten Analysen kann festgestellt werden, dass wahrnehmbare Patientenströme aus dem Mosbacher Gebiet an den Standort in Buchen gelangen, zudem werden auch die Gebiete zwischen den beiden Standorten nahezu vollständig erschlossen. Dies dient als valider Proxy dafür, dass auch in einem Zielkonzept deutliche Patientenströme aus dem Mosbacher Raum zu erwarten sind. Dennoch sollten Risikoabschläge eingerechnet werden, dies ist im Gutachten erfolgt!

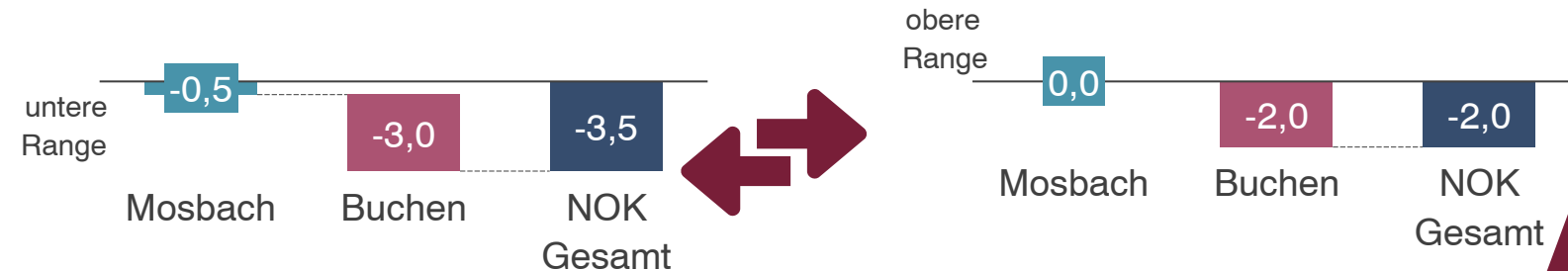


Die Berechnung der Effekte erfolgt unter Angabe einer Range

Deckungsbeiträge im Medizinkonzept (in Mio. EUR) – IST (geschätzt)



Deckungsbeiträge im Medizinkonzept (in Mio. EUR) – untere/obere Range



Der Deckungsbeitrag lässt sich mit den verfügbaren Daten nicht zuverlässig auf die Standorte aufteilen. Im Rahmen eines Worst-Case Ansatzes wird ein etwas höherer Anteil für Buchen angesetzt.

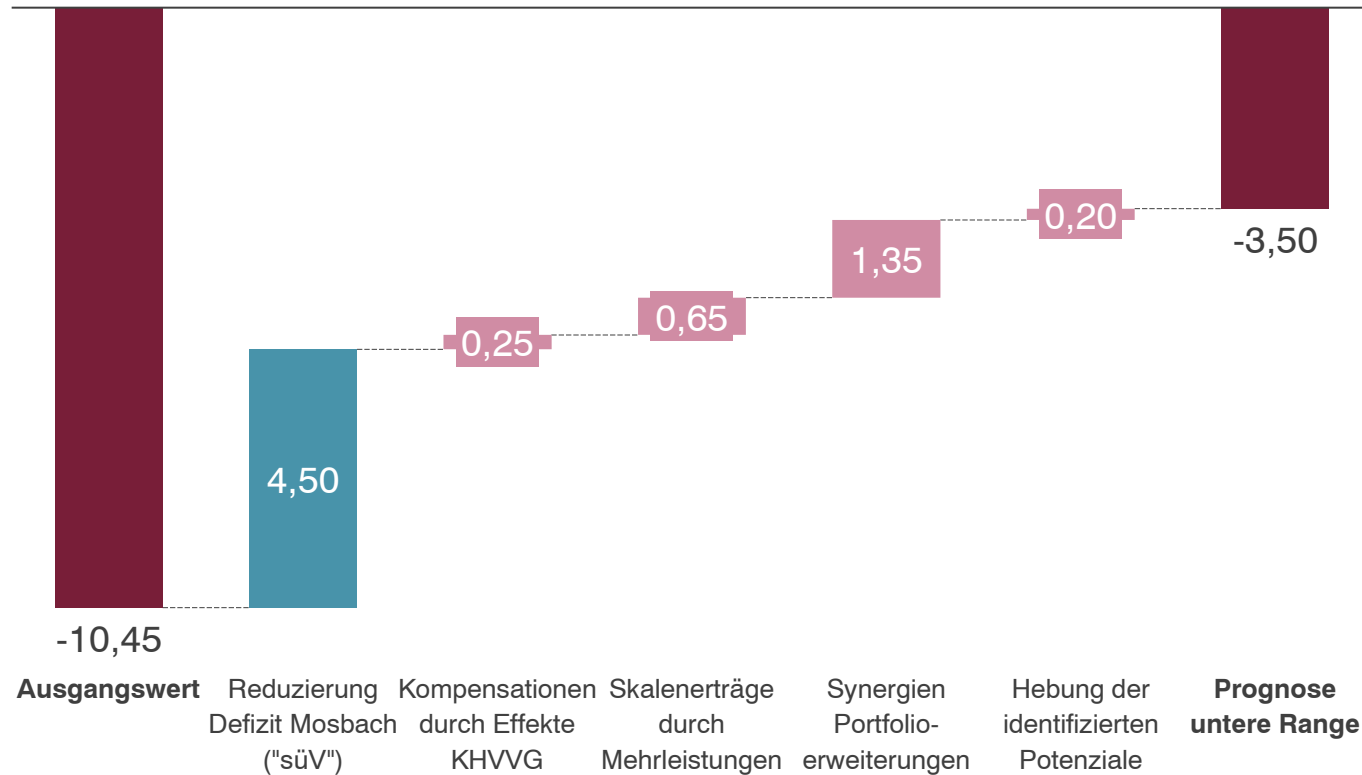
Im Zielbild würde sich das Defizit für den Standort Mosbach stark reduzieren (untere Range) bzw. gänzlich auflösen (obere Range). Hintergrund ist die im KHVVG formulierte kostenneutrale Ausgestaltung der SüV-Vergütung

Für Buchen sind aufgrund der erheblich gesteigerten Leistungsmenge substantielle Skalenerträge zu erwarten. Je nach genauer Ausgestaltung der Variante und auch in Abhängigkeit weiterer Unterstützung (z.B. zum Betrieb der interv. Kardiologie) wäre eine spürbare bzw. deutliche Reduktion des Defizits des Standortes zu erwarten

Insgesamt würde das Defizit substantiell reduziert, es verbleibt aber auch in der Prognose ein moderater Jahresfehlbetrag

Die Wirtschaftlichkeitsprognose berücksichtigt verschiedene Fakten

Darstellung der hinterlegten Annahmen der unteren Range (in Mio. EUR)



Die Reduzierung des Defizits „Mosbach“ resultiert aus der aus dem Gesetz abgeleiteten Annahme einer weitestgehend kostendeckenden Leistungserbringung in süV

Die Effekte durch das KHVVG wurden (eher konservativ) mit 0,25 Mio. EUR abgeschätzt (These: 1/1.000tel der 250 Mio. EUR für die LG Geburtshilfe, StrokeUnit, Traumatologie und Intensivmedizin)

Skaleneffekte durch Mehrleistung ergeben sich aus der besseren Umlage der Fixkosten durch die deutlich gestiegenen Fallvolumina. Angesetzt wurden 10 TEUR je Bett. (insg. 650 TEUR)

Das Portfolio des Standortes Buchen ist in Summe wesentlich homogener. Insbesondere die kardiologischen Leistungen, ein höherer Notfall- und Intensivanteil und vor allem das Anbieten von 2 chirurgischen Abteilungen schafft relevante Synergien. Hier wurde angenommen, dass die Defizite im ÄD und MTD/FD aufgrund dieser Synergien um 40% reduziert werden können. Auf Basis der zuvor angestellten Untersuchungen ergibt dies einen Wert von ca. 1,35 Mio. EUR.

Die identifizierten Prozesspotenziale haben in Summe nur einen kleinen Einfluss und wurden mit Risikoabschlägen auf 200 TEUR angesetzt

Für die obere Range wurden die Annahmen etwas weniger konservativ angesetzt

Da Auswirkungen der eigenmittelfinanzierten Investitionen zum Zeitpunkt des Gutachtens nicht belastbar ermittelt werden konnte, erfolgte keine gesonderte Berücksichtigung

„Das Krankenhaus in Mosbach soll geschlossen werden“



Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sind Krankenhäuser!

Gesetzliche Rahmenbedingungen

§ 6c KHG	§ 115g SGB V	§ 9 Abs. 1 Nr. 10 KHEntgG	§ 6c KHEntgG
<p>Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann KH-Standorte durch Bescheid als SüV bestimmen.</p> <p>Die SüV muss in den Landeskrankenhausplan aufgenommen sein.</p> <p>Benehmen mit Kassen, LKG und KV ist herzustellen.</p>	<p>GKV-SV und DKG vereinbaren</p> <ul style="list-style-type: none">• einen Mindest-Leistungskatalog,• einen Kann-Leistungskatalog,• telemedizinische Leistungen und• Vorgaben zu Qualität, Patientensicherheit und Dokumentation. <p>Evaluationsbericht erstmals bis zum 31.12.2029</p>	<p>Beauftragung der Vertragsparteien auf Bundesebene zur Regelung näherer Einzelheiten zur Vergütung, u. a. zur</p> <ul style="list-style-type: none">• Ermittlung des Gesamtvolumens,• Festlegung der krankenhausspezifischen Tagessätze inkl. Degression.	<p>Vorgaben zur SüV-individuellen Vergütung und Budgetverhandlung.</p>

Sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen

Gesetzliche Rahmenbedingungen

Einordnung als Krankenhaus

- SüV sind **Krankenhäuser nach § 108 SGB V**.
- SüV werden **keine Leistungsgruppen** zugewiesen.
- Es gelten die gesetzlichen **Anforderungen an eine Krankenhausbehandlung** (§ 39 SGB V) u.a.:
 - ärztliche Behandlung und Krankenpflege,
 - Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln,
 - Entlassmanagement,
 - erforderliche Leistungen zur Frührehabilitation
 - ...

Die Behauptung, dass Gutachten würde empfehlen, das Krankenhaus in Mosbach schließen lässt sich keinesfalls aus dem Gutachten ableiten

Explizit wird dort eine 2-Standort-Strategie empfohlen

Sektorenübergreifende Versorger sind – da sind sich alle Experten einig – als Krankenhäuser einzuordnen

Das Gutachten empfiehlt damit explizit nicht die Schließung des Krankenhauses in Mosbach



Agenda

Update: Neuerungen im ordnungspolitischen Rahmen

Ergänzende Einblicke in die Untersuchungen des Gutachtens

Was waren entscheidende Treiber in der Variantenbewertung? Haben aktuelle Entwicklungen Einfluss auf die vorgeschlagenen Varianten?

Anhang

Folgende Standortstrategien und Veränderungen wurden im Gutachten ausgearbeitet, untersucht und bewertet

Kurzübersicht der Standortstrategie-Varianten der Neckar-Odenwald-Kliniken des Gutachtens

- 1 Weiterführung bzw. Optimierung des Status quo**
- 2 Strukturelle Veränderung und Umwandlung der Häuser**
 - A** Buchen als Schwerpunktversorger und Umstrukturierung von Mosbach zu süV oder Fachklinik
 - B** Mosbach als Schwerpunktversorger und Umstrukturierung von Buchen zu süV
- 3 Ein-Standort-Strategie im Neckar-Odenwald-Kreis**
 - C** Konzentration auf Buchen als Schwerpunktversorger mit Schließung von Mosbach
 - D** Neubau in zentraler Lage des Landkreises

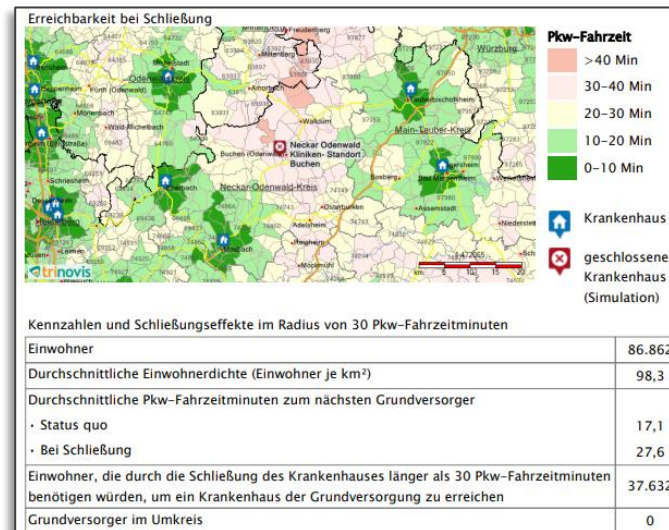
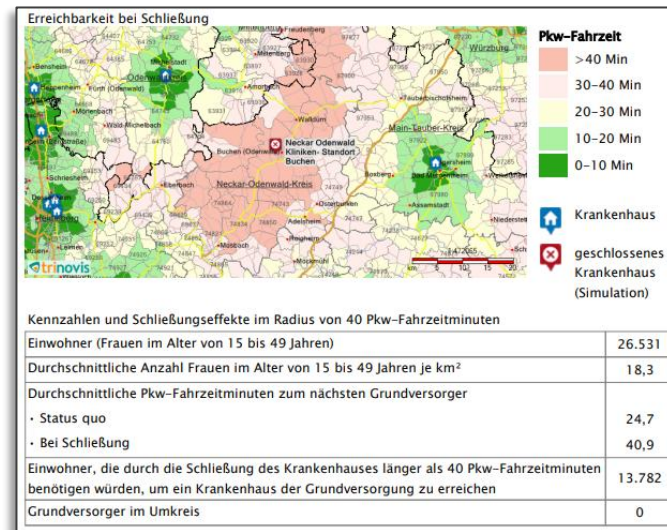
Warum ist keine „1-Standort-Variante Mosbach“ und warum deutlicher Vorteil von „2A ggü. 2B“

Folgende Standortstrategien und Veränderungen wurden im Gutachten ausgearbeitet, untersucht und Bewertet

Kurzübersicht der potentiellen Standortstrategie-Varianten der Neckar-Odenwald-Kliniken

- 1 Weiterführung bzw. Optimierung des Status quo
- 2 Strukturelle Veränderung und Umwandlung der Häuser
 - A Buchen als Schwerpunktversorger und Umstrukturierung von Mosbach zu süV oder Fachklinik
 - B Mosbach als Schwerpunktversorger und Umstrukturierung von Buchen zu süV
- 3 Ein-Standort-Strategie im Neckar-Odenwald-Kreis
 - C Konzentration auf Buchen als Schwerpunktversorger mit Schließung von Mosbach
 - D Neubau in zentraler Lage des Landkreises

Die Versorgungsrelevanz von Buchen ist eindeutig belegt



Quellen: <https://www.landesrecht-bw.de/bsbw/document/jlr-KHG2008rahmen>
<https://www.gkv-kliniksimulator.de/>

LKHG § 3 Pflichtträgerschaft

(1) Wird die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern nicht durch andere Träger sichergestellt, so sind die Landkreise und Stadtkreise verpflichtet, die nach dem Krankenhausplan notwendigen Krankenhäuser und Krankenseiteinrichtungen zu betreiben.

(2) Die Verpflichtung eines Landkreises oder Stadtkreises nach Absatz 1 wird nicht dadurch eingeschränkt, dass der Versorgungsbereich des Krankenhauses über sein Gebiet hinausgeht. [...]

Weitere Hinweise: Der Standort Buchen bekommt Sicherstellungszuschläge.

Ohne den Standort Buchen ergeben sich hochkritische Erreichbarkeiten.

Relevante Portfolioveränderungen oder gar eine Schließung von Buchen würden dazu führen, dass die bedarfsgerechte Versorgung nicht mehr gegeben ist. Folglich könnte der LK – qua Gesetz – verpflichtet werden, eine Versorgung in Buchen anzubieten.

Sowohl das KHAG als auch andere Veränderungen führen zu weiteren Schwierigkeiten für kleine Häuser

Der gesetzgeberische Rahmen hat sich weiterentwickelt, das KHAG liegt vor

KHAG Stand April 2026

- Rufbereitschaft eingeschärft: Ärzte dürfen nicht mehr gleichzeitig für mehrere Standorte eingeteilt sein
- Facharzt-Präsenz verschärft: Bei laufendem Dienst (Pegel-, Schicht- oder Bereitschaftsdienst) muss ein Facharzt vor Ort sein
- Singuläre Verschärfung der Qualitätskriterien: Insbesondere für LG Allgemeine Chirurgie
- Basistarif nicht mehr verpflichtend – wird als „Grundausstattung“ vorausgesetzt
- Fachkrankenhäuser (Level F): Übergangsgang in Form einer selektiven Zuordnung der Versorgungsbereiche bis 2030, bundesweitliche Definition folgt bis 2029
- Kooperationen erleichtert:
 - Mindestanforderungen teils vollständig über Partner erfüllbar
 - Kooperationen auch über Dienstleister über möglich, v.a. bei Versorgungsengpässen
 - „Kettenkooperationen“ möglich: Partner können Anforderungen auch direkt erfüllen
 - Strenge Anforderungen an Kooperationsvereinbarungen: klare Regelung zu Inhalt, Ort, Dauer und Verfügbarkeit
 - Ausnahmen für Fachkliniken: mehr Flexibilität bei sachlicher Ausstattung und verwandten Leistungsgruppen
- Stroke Unit flexibelisiert: Zuweisung auch ohne eigene Innere Medizin, Neurologie und Intensivmedizin möglich, stattdessen mit telemedizinischer Kooperation
- Für alle LG wurden Angaben zur Erfüllung der Pflegepersonaluntergrenzen (PfUUV) als Mindestvoraussetzung aufgenommen
- Pflegebudget eingeschränkt: Nur noch Kosten für direkte Patientenversorgung anrechenbar – hauswirtschaftliche, administrative, logistische und technische Tätigkeiten ausgeschlossen
- Selektionsübergreifende Einrichtungen müssen durchgängig eigenständig sein (nicht am selben Standort wie Krankenhaus); Erklärung nur zum 01. Januar möglich
- Zuweisung von Leistungsgruppen auch ohne Erfüllung der Qualitätskriterien möglich (z.B. zur Sicherstellung), zunächst befristet und teils ohne Zustimmung der Krankenkassen
- NRW-Sonderregelung: Bereits zugewiesene LG dürfen bestehen; neue Zuweisungen bis 2030 je nach Rechtsgrundlage entweder mit MD-Nachweis oder weiterhin nach Landesrecht ohne MD-Gutachten
- Veröffentlichung des Bundes-Klinik-Atlas zukünftig durch den G-BA

Zahlreiche Änderungen im Gesetz und in den relevanten Anhängen. Einige Änderungen lösen formelle Hürden und erleichtern die zukünftige Leistungserbringung.

Relevant für die Neckar-odenwald-Kliniken sind aber die Änderungen in der LG „Allgemeine Chirurgie“

Drei FA für Allgemeinchirurgie, mindestens Rufbereitschaft
Jeweils ein FA für Allgemeinchirurgie kann durch einen FA für Orthopädie und Unfallchirurgie und einen FA für Viszeralchirurgie ersetzt werden

→ Insbesondere für Kliniken mit eingeschränktem chirurgischem Angebot hochrelevant. Zahlen¹ in beiden Häusern knapp erfüllt, insbesondere in Mosbach künftig aber herausfordernd

Mit den aktuellen gesetzgeberischen Änderungen ist davon auszugehen, dass Grundversorger mit G-BA Basisnotfallversorgung zukünftig vor weiteren Problemen stehen

→ Höhere Anforderung KHAG, insbesondere für Allgemeine Chirurgie und Traumatologie
 → Schwierigkeiten in der Abbildung der G-BA Notfallstufe

Dies impliziert – gesetzt der Fall, der zusätzliche ärztliche Bedarf lässt sich durch den Fachkräftemangel lösen – eine erhebliche Verschlechterung der wirtschaftlichen Situation
 Zusätzlich besteht die Gefahr, dass nicht alle LG zugewiesen werden
Ein „weiter so“ ist damit bestenfalls eine sehr teure und wenig zukunftsfähige Option (jedoch mit deutlichen Hürden in der praktischen Umsetzbarkeit)

KHAG = Krankenhausreformengesetz
 1) Nach zuletzt vorliegenden Daten

Wichtiges „Grundsatzurteil“ hat die 30-Minuten-Regelung spezifiziert, Auswirkungen erwartet

Klinik scheitert mit 30-Minuten-Regel

Pressemitteilung | Rufbereitschaft vor Gericht

20. Februar 2026

Hannover - Der Marburger Bund hat erneut die Rechte von Ärzt*innen in der Rufbereitschaft durchgesetzt. Die Vorgabe, während der Rufbereitschaft innerhalb von 30 Minuten „am Patienten“ verfügbar zu sein, ist unzulässig, bestätigte das Landesarbeitsgericht Niedersachsen. Die Berufung eines kommunalen Klinikums wurde zurückgewiesen, die entsprechende Dienstanweisung ist unwirksam.

Arbeitgeber müssen zur Erfüllung von Strukturvorgaben auf andere Dienstformen, etwa Bereitschaftsdienste, zurückgreifen, wenn eine unmittelbare Patientenverfügbarkeit erforderlich ist.

Quelle: <https://www.marburger-bund.de/bundesverband/pressemitteilung/klinik-scheitert-mit-30-minuten-regel>
<https://www.kims-online.de/aktuelles/klinik-news/detail/rufbereitschaft-gericht-30-minuten-vorgabe-fuer-aerzte-52260>
 Urteil: Az.: 2 Ca 430/24

G-BA-Vorgaben nicht auf Rufbereitschaft übertragbar

Der Arbeitgeber hatte sich zur Begründung seiner Dienstanweisung auf Strukturvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gestützt. Diese verlangen, dass ein Facharzt binnen 30 Minuten „am Patienten“ verfügbar sein muss. Das Klinikum leitete daraus eine verbindliche Eintreffzeit ab, die Ärztinnen und Ärzte im Rahmen der Rufbereitschaft einzuhalten hätten.

Diese Argumentation ließ das Landesarbeitsgericht jedoch nicht gelten. Die Richter stellten klar, dass der G-BA zwar medizinische Anforderungen definiert, daraus aber keine arbeitsrechtlichen Verpflichtungen zur Anwesenheitsorganisation des Personals abgeleitet werden können. Arbeitgeber müssten andere Dienstformen – etwa Bereitschaftsdienst – vorsehen, wenn eine so schnelle Patientenverfügbarkeit notwendig sei.

Konsequenz:
 Diese Regelung hat gerade für kleine Krankenhäuser mit G-BA Basisnotfallversorgung mitunter entscheidenden Einfluss. Statt einer „einfachen“ Rufbereitschaft wird zur Sicherstellung der Notfallstufe häufiger Bereitschaftsdienst nötig. Das hat spürbare Auswirkungen auf den Personalbedarf und die Refinanzierung.

© Lohfert & Lohfert AG (2025). Alle Rechte vorbehalten. 6