

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT



Stellungnahme

**zum Ersten Bericht der FinanzKommission Gesundheit
zur GKV-Finanzstabilisierung**

(Stand: 14.04.2026)

Inhaltsverzeichnis

1) Grundlegende Bewertung	1
1.1) Empfehlungen setzen nicht an den Ursachen der Ausgaben- und Kostenentwicklung an	1
1.2) Empfehlungen ignorieren den von den Krankenhäusern bereits geleisteten Beitrag zur Stabilisierung der GKV-Finzen und deren desaströse wirtschaftliche Lage.....	2
1.3) Empfehlungen ignorieren die Herausforderungen der umfassendsten Krankenhausstrukturreform seit der Einführung des DRG-Systems und den Reformstau in anderen Versorgungsbereichen.....	4
1.4) Umsetzung der Empfehlungen würde für ein massives Glaubwürdigkeitsproblem der Bundesregierung sorgen	5
2) Management Summary zu den Maßnahmenvorschlägen der FinanzKommission Gesundheit für den stationären Bereich	7
3) Bewertung der Maßnahmenvorschläge der FinanzKommission Gesundheit für den stationären Bereich.....	11
3.1) Globale Begrenzung der Vergütungsanstiege	11
3.2) Streichung der vollständigen Tarifierfinanzierung.....	14
3.3) Wiedereingliederung der Pflegepersonalkosten	15
3.4) Streichung der zusätzlichen Vergütung für pflegeentlastende Maßnahmen	20
3.5) Streichung der Prüfquoten.....	21
3.6) Erweiterung der Fallzusammenführung.....	24
3.7) Maßnahmenpaket zum Umgang mit NUBs im Krankenhaus.....	29
3.8) Obligatorische Zweitmeinungsverfahren bei mengensensiblen Eingriffen	32
3.9) Automatische Erweiterung des Prüfauftrags des Medizinischen Dienstes	35
3.10) Maßnahmen zur Begrenzung von unverhältnismäßigen Budgetsteigerungen im PEPP-Bereich	38
3.11) Aufnahme der Vorhaltebudgets in den zulässigen Prüfumfang	45
3.12) Streichung einer nicht kriteriengestützten Förderung ausgewählter Versorgungsstrukturen	46
3.13) Selektivverträge für therapeutisch gleichwertige Arzneimittel unter Patent.....	47
3.14) Abschaffung des Orphan Drug Privilegs	48
3.15) Beendigung der vollständigen Finanzierung von Erprobungsstudien	49

1) Grundlegende Bewertung

Deutschlands Krankenhäuser versorgen jährlich über 40 Millionen Patientinnen und Patienten und sind Arbeitgeber von über 1,4 Millionen Beschäftigten. Die Krankenhäuser haben daher ein ureigenes Interesse an einer soliden Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und stabilen Beitragssätzen. Gleichwohl lehnen die Krankenhäuser die von der GKV-Finanzkommission am 30. März 2026 vorgelegten Empfehlungen aus den folgenden Gründen strikt ab:

1.1) Empfehlungen setzen nicht an den Ursachen der Ausgaben- und Kostenentwicklung an

Der Anstieg der GKV-Leistungsausgaben der vergangenen Jahre hat unterschiedliche Gründe. Einige der Entwicklungen, die für den Anstieg der Kosten der medizinischen Versorgung und damit der GKV-Ausgaben verantwortlich sind, sind aus gesellschaftlicher Sicht unzweifelhaft positiv zu bewerten. Dazu gehören die gestiegene Lebenserwartung der Bevölkerung und der medizinisch-technische Fortschritt, der dank neuer Diagnose- und Therapieverfahren und innovativer Medikamente die Behandlung von immer mehr schwerwiegenden Erkrankungen und komplexen Krankheitsverläufen ermöglicht. Auch die vom Gesetzgeber ausdrücklich erwünschte und durch gesetzliche Maßnahmen angestoßene Verbesserung der Personalausstattung in den Krankenhäusern zählt zweifellos zu diesen positiven Entwicklungen. Neben exogenen Schocks, wie der durch den Ukraine-Krieg verursachte Anstieg der allgemeinen Inflation, sind jedoch auch einige Entwicklungen zu beobachten, die die **Kosten der medizinischen Versorgung ohne jeglichen Mehrwert für die Patientinnen und Patienten** deutlich in die Höhe getrieben haben. Prominenteste Beispiele dieser Fehlentwicklungen sind die massive **Ausweitung nicht zwingend notwendiger Dokumentations- und Nachweisverpflichtungen** und die gestiegene Zahl **äußerst unflexibler Anforderungen an die personelle und sachliche Ausstattung der Krankenhäuser**. Hinzu kommen das Fehlen einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung, eine suboptimale Patientensteuerung und Digitalisierung sowie das Fehlen einer stringenten Strategie zur Ambulantisierung bislang stationär erbrachter Behandlungsleistungen. Dass die Empfehlungen der Finanzkommission keine Maßnahmen umfassen, die diesen Fehlentwicklungen entgegenwirken könnten, löst in den Krankenhäusern größtes Unverständnis aus. Dies gilt umso mehr, als dass die Deutsche Krankenhausgesellschaft der Finanzkommission und der Bundesregierung in den vergangenen Monaten zahlreiche, kurzfristig wirksame Maßnahmen zum Abbau der Überregulierung und zur Kostenentlastung der Krankenhäuser vorgeschlagen hat. Ein möglicher Verweis auf den nächsten Bericht der Finanzkommission, der dann auch „mittel- und langfristig wirksame Strukturreformen für die GKV“ beinhalten soll, hilft den Krankenhäusern an dieser Stelle nicht. **Empfehlungen zu etwaigen GKV-Einsparpotentialen müssen zwingend schon heute und nicht erst zu einem**

späteren Zeitpunkt mit kurzfristig wirksamen Instrumenten zur Kostenentlastung der Krankenhäuser und Deregulierung der Versorgung verknüpft werden.

Umso schwerer wiegt, dass die Umsetzung der Kommissionsempfehlungen unweigerlich zu einem weiteren **Bürokratieaufwuchs ohne jeglichen Nutzen für die Patientenversorgung** führen würde. In besonderem Maße gilt dies für die vorgeschlagene Streichung der MD-Prüfquoten und den im Rahmen der Wiedereingliederung der Pflegepersonalkosten in das DRG-System vorgesehenen verpflichtenden „Nachweis der vollständigen, bestimmungsgemäßen Verwendung der in den DRGs enthaltenen Anteile für Pflege“. Wenn die Finanzkommission schon keine Kostenentlastungsmaßnahmen für die Krankenhäuser vorsieht, sollte sie zumindest auf Vorschläge, die die Überregulierung und die Bürokratielast der Krankenhäuser weiter in die Höhe treiben, verzichten. **Vertrauen in die Kompetenz vor Ort, weniger Detailvorgaben und stattdessen intelligente Anreizsysteme – dies sind die Stellschrauben für eine effiziente Versorgung. An dieser Stelle müssen die Finanzkommission und die Bundesregierung ansetzen: Effizienz entsteht durch Gestaltungsspielräume, nicht durch deren Einschränkung.**

Von der Kritik, dass die Finanzkommission nicht an den Ursachen der Ausgaben- und Kostenentwicklung ansetzt, sondern lediglich deren Symptome bekämpft, ist eine Maßnahme ausdrücklich auszunehmen. Die von der Kommission für die Zukunft geforderte Finanzierung der GKV-Beiträge von Bürgergeldempfängern (zukünftig Grundsicherung) aus Steuermitteln des Bundes findet die volle Unterstützung der Krankenhäuser. Die Umsetzung dieser Empfehlung würde einen unbestrittenen ordnungspolitischen Fehler im aktuellen GKV-Finanzierungssystem aufgreifen, die GKV unmittelbar um jährlich 12 Milliarden Euro entlasten und deren erwartetes Defizit auf verkraftbare 3,3 Milliarden Euro verringern.

1.2) Empfehlungen ignorieren den von den Krankenhäusern bereits geleisteten Beitrag zur Stabilisierung der GKV-Finzen und deren desaströse wirtschaftliche Lage

Entgegen anderslautender Behauptungen haben die Krankenhäuser in den vergangenen Jahrzehnten maßgeblich zur Stabilisierung der GKV-Finzen beigetragen. Die amtlichen Statistiken belegen, dass die **GKV-Krankenhausausgaben durchschnittlich langsamer angestiegen** sind als deren Ausgaben für Arztpraxen, Arzneimittel und für ihren eigenen Verwaltungsapparat. Im Zeitraum der Jahre 2010 bis 2025 ist der **Anteil der Krankenhausausgaben an den gesamten GKV-Leistungsausgaben von 35,6 auf 33,1 Prozent gesunken**. Diese Tatsache lässt die Finanzkommission ebenso unberücksichtigt wie den Umstand, dass die Krankenhäuser infolge der Aussetzung der sogenannten Meistbegünstigungsklausel für das Jahr 2026 bereits einen weiteren **beträchtlichen Beitrag zur Entlastung der GKV-Finzen in Höhe von rund 1,8 Milliarden Euro geleistet** haben. Einen **weiteren Beitrag in Höhe von 4 Milliarden Euro** leisten die Krankenhäuser überdies ab dem

01. November 2026, da zu diesem Zeitpunkt der auf ein Jahr befristete Rechnungszuschlag für nachgewiesenermaßen nicht ausgeglichene dauerhafte Kostensteigerungen der Jahre 2022 und 2023 entfällt.

Die Formulierungen der GKV-Finanzkommission erwecken zudem den Eindruck, dass die Krankenhäuser im Zeitraum von 2022 bis 2025 Vergütungssteigerungen realisieren konnten, die über den Kostenentwicklungen lagen. Dies ist sachlich schlichtweg falsch, und muss klargestellt werden:

Kosten-Erlös-Schere seit 2022		
Jahr	Kostenanstieg (O-Wert)	Vergütung inkl. Tarifberichtigung
2022	6,07 %	2,32 %
2023	6,95 %	4,43 %
2024	4,24 %	5,93 %
2025	2,98 %	4,36 %
Summe (indexiert)	21,78 %	18,12 %

Zwischen dem vom statistischen Bundesamt errechneten Kostenorientierungswert als Maßstab für die Kostensteigerungen der Krankenhäuser und der Vergütungsentwicklung anhand der Entwicklung der Landesbasisfallwerte – inklusive der Berücksichtigung der Tarifberichtigungsrate – klafft ein Defizit in Höhe von 3,66 %. Damit sind zwischen 2022 und 2025 die Kosten der Kliniken viel stärker gestiegen als die Vergütungen.

Auch der Anstieg der GKV Ausgaben für die Krankenhausbehandlung im Jahr 2025 in Höhe von 9,6 % sind die Folge der Refinanzierung (teils periodenfremder) realer und notwendiger Personal- und Sachkostensteigerungen (Veränderungswert und Tarifrater), politisch gewollter Effekte (Pflegebudget) und des notwendigen Inflationsausgleiches 2022/23.

Effekte	Steigerung in %
Veränderungswert	4,41 %
Tarifrater 2024	1,6 % (bzw. 2,02 % BPfIV)
Pflegebudget	ca. 2,35 %
Mengeneffekt	ca. 0,7 %
Rechnungszuschlag	0,54 %
	9,60 %

Darüber hinaus ignoriert die Finanzkommission die **desaströse wirtschaftliche Lage der überwiegenden Mehrheit der Krankenhäuser**. Dabei sind die Zahlen bekannt: Gemäß einer aktuellen Roland Berger Studie verzeichneten bereits im Jahr 2024 **75 Prozent aller Krankenhäuser ein defizitäres Jahresergebnis**. Weitere Studien, wie der Krankenhaus Rating Report des RWI oder das Krankenhaus Barometer des DKI, kommen zu gleichlautenden Ergebnissen. Alleine die Kommunen mussten daher gemäß einer Studie von Curacon auf Basis von Zahlen des Deutschen Landkreistages rund **5 Milliarden Euro aus eigenen Mitteln zur Patientenversorgung** in ihren Krankenhäusern aufbringen. Die entsprechenden Beiträge der freigemeinnützigen Krankenhausträger dürften in eine ähnliche Größenordnung gehen. Da jedoch nicht alle Krankenhausträger in der Lage sind, für die Defizite ihrer Krankenhäuser aufzukommen, musste alleine in den vergangenen drei Jahren für 90 Krankenhausstandorte mit insgesamt rund 39 Tausend betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ein Insolvenzverfahren eingeleitet werden. Dieser Trend wird sich in Zukunft weiter fortsetzen und im Falle einer Umsetzung der Kommissionsempfehlungen sogar noch drastisch verschärfen.

1.3) Empfehlungen ignorieren die Herausforderungen der umfassendsten Krankenhausstrukturreform seit der Einführung des DRG-Systems und den Reformstau in anderen Versorgungsbereichen

Während das Krankenkassensystem und die vertragsärztliche Versorgung weiterhin im Reformstau stehen, wurde für die Krankenhäuser mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) und dem Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG) die **umfassendste Strukturreform der vergangenen Jahrzehnte** auf den Weg gebracht. Der mit der Reform eingeleitete Strukturveränderungsprozess **stellt die Krankenhäuser vor immense Herausforderungen**. Aktuell weiß kein Krankenhaus in Deutschland, welche Leistungsgruppen die zuständige Landesplanungsbehörde ihm für die Zukunft zuweisen wird. Dementsprechend weiß auch kein Krankenhaus, welche Strukturvorgaben es zukünftig erfüllen muss, welche Anpassungsmaßnahmen dazu notwendig sind und welche Kosten diese verursachen werden. Ebenso ungewiss sind die Reaktionen der eigenen Beschäftigten im Falle einer grundlegenden Veränderung des bisherigen Leistungsspektrums ihres Krankenhauses. Gleiches gilt für die krankenhausesindividuellen Auswirkungen der neuen Vorhaltefinanzierung. Auch diese Tatsachen ignoriert die Finanzkommission in ihren Empfehlungen vollständig.

In den Krankenhäusern löst dieser Umstand auch deshalb erheblichen Unmut aus, weil die Bundesregierung bislang **keinerlei Bestrebungen** erkennen lässt, **ähnlich umfassende und zweifellos nicht minder notwendige Strukturreformen auch für die anderen Versorgungsbereiche einleiten zu wollen**. Wissenschaftliche Studien kommen regelmäßig zu dem Ergebnis, dass Deutschland im internationalen Vergleich überdurchschnittlich hohe

Gesundheitsausgaben aufweist. Als exklusive Besonderheit der medizinischen Versorgung in Deutschland und als eine der Hauptursachen für die hohen Gesundheitsausgaben benennen die Studien in diesem Zusammenhang, dass die **fachärztliche Versorgung anders als in fast allen anderen Ländern in Deutschland nicht zentralisiert an den Krankenhäusern**, sondern überwiegend immer noch in teuren Einzelfacharztpraxen stattfindet. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund erwarten die Krankenhäuser, dass die Bundesregierung auch diesen Strukturfehler im aktuellen Versorgungssystem zeitnah behebt.

Ebenso unverständlich ist, dass die Empfehlungen der Finanzkommission die beträchtlichen **Einsparpotentiale in den Verwaltungsapparaten der gesetzlichen Krankenkassen** nahezu vollständig ausblenden. Angesichts weitgehend identischer Leistungskataloge für ihre Versicherten liegt es auf der Hand, dass eine deutliche Reduzierung der Anzahl der Krankenkassen die GKV-Beitragszahler erheblich entlasten könnte, ohne deren Versorgung im Krankheitsfall zu verschlechtern. Es drängt sich der Verdacht auf, dass die Finanzkommission keine unabhängigen Bewertungen vorgenommen hat, sondern interessensgeleitet zu ihren Ergebnissen gekommen ist.

1.4) Umsetzung der Empfehlungen würde für ein massives Glaubwürdigkeitsproblem der Bundesregierung sorgen

In ihrem Koalitionsvertrag zur aktuellen Legislaturperiode kündigen CDU/CSU und SPD unmissverständlich an, die Tarifbindung stärken zu wollen und Tariflöhne wieder zur Regel zu machen (s. Seite 18). Darüber hinaus kündigen die Regierungsparteien ebenso unmissverständlich an, die Dokumentationspflichten und Kontrollpflichten im Gesundheitswesen massiv verringern zu wollen, eine Vertrauenskultur zu etablieren und die Eigenständigkeit und Eigenverantwortlichkeit der Professionen zu stärken, statt sie mit Bürokratie zu lähmen (s. Seite 110).

Demgegenüber empfiehlt die Finanzkommission, sowohl die vollständige Tariffinanzierung als auch die erst zum Jahr 2020 mit dem ausdrücklichen Ziel der „Verbesserung der Effizienz und Effektivität der Krankenhausabrechnungsprüfung“ eingeführten Prüfquoten zu streichen. An dieser Stelle sollte sich die Politik daran erinnern, dass das vorhandene System die Kliniken belohnt, bei denen nur sehr geringe Auffälligkeiten bestehen. Des Weiteren spricht sich die Kommission dafür aus, die Krankenhäuser im Rahmen der Wiedereingliederung der Pflegepersonalkosten in das DRG-System dazu zu verpflichten, die vollständige, bestimmungsgemäße Verwendung der in den DRGs enthaltenen Anteile für Pflege detailliert nachzuweisen. Ein Finanzierungssystem, das nach oben deckelt und gleichzeitig die Krankenhäuser einem jährlich wiederkehrenden Rückzahlungsrisiko aussetzt, muss zwangsläufig in einer permanenten Abwärtsspirale bei der zukünftigen Beschäftigung von Pflegekräften münden. Pflege wird zum Finanzierungsrisiko für die Krankenhäuser.

Sollte die Bundesregierung die vollständige Tarifierfinanzierung und die Prüfquoten streichen und die Krankenhäuser darüber hinaus zu zusätzlichen kleinteiligen Nachweis- und Dokumentationspflichten verpflichten, käme dies einer **Bankrotterklärung** gleich. Das angesichts ihrer Ankündigungen im Koalitionsvertrag unweigerlich resultierende **Glaubwürdigkeitsproblem wäre massiv und irreparabel**. Auch vor diesem Hintergrund **raten die Krankenhäuser der Bundesregierung dringend von einer Umsetzung der Kommissionsempfehlungen ab**.

Die Frage, wie die Kliniken angesichts schon heute vorhandener Defizite bei der Umsetzung der entsprechenden Sparmaßnahmen einen Personalabbau zu Lasten der Patientenversorgung vermeiden und auf ein Outsourcing in Niedriglohnbereiche verzichten sollen, wird von der Kommission erst gar nicht gestellt, obwohl sie vorgibt ihre Sparvorschläge auch ethisch bewertet zu haben. Die Politik wird um die Beantwortung dieser Frage nicht umhinkommen.

Geeignete Maßnahmenvorschläge zur GKV-Finanzstabilisierung sowie zur Deregulierung und zum Abbau der bestehenden Überbürokratisierung sind den als Anlage beigefügten DKG-Papieren zu entnehmen (**Anlagen**).

2) Management Summary zu den Maßnahmevorschlägen der FinanzKommission Gesundheit für den stationären Bereich

Globale Begrenzung der Vergütungsanstiege (Seite 11)

Die vorgesehene Regelung führt zu einer strukturellen und wachsenden Finanzierungslücke, da tatsächliche Kostensteigerungen der Krankenhäuser nicht ausreichend refinanziert werden. Die bestehende Systematik sichert bereits zu, dass die Vergütungen nie stärker steigen können als die tatsächlichen Kostensteigerungen der Krankenhäuser, sodass die geplanten Kürzungen sachlich nicht erforderlich sind und vielmehr willkürlich wirken. Besonders problematisch ist der zeitliche Verzug bei der Berücksichtigung von Kostenentwicklungen, der dazu führt, dass insbesondere Tariflohnsteigerungen systematisch unterfinanziert bleiben. Die Abschaffung bewährter Ausgleichsmechanismen wie Tarifraten und Meistbegünstigungsklausel verschärft diese Problematik zusätzlich und wiederholt Fehler der Vergangenheit. Insgesamt führen die Regelungen zu einer Entkopplung von Kostenentwicklung und Vergütung, destabilisieren die Krankenhausfinanzierung und stellen eine unbegründete Sparmaßnahme zu Lasten der Kliniken dar.

Streichung der vollständigen Tarifrefinanzierung (Seite 14)

Die Tarifraten sind ein zentrales Instrument, um tarifbedingte Personalkostensteigerungen oberhalb des Veränderungswertes vollständig zu refinanzieren, und damit für die wirtschaftliche Stabilität der Krankenhäuser unverzichtbar. Ohne dieses Instrument droht eine erneute systematische Unterfinanzierung der Personalkosten, wie sie bereits in der Vergangenheit zu erheblichen Defiziten beigetragen hat. Die Annahme, bestehende Mechanismen wie Orientierungswert und Veränderungswert würden eine ausreichende Refinanzierung gewährleisten, ist unzutreffend, da diese lediglich eine Obergrenze setzen und keinen automatischen Ausgleich sicherstellen. Zudem basiert der Veränderungswert auf rückblickenden Daten und verstärkt dadurch zeitliche Verzerrungen bei der Finanzierung aktueller Kostensteigerungen.

Wiedereingliederung der Pflegepersonalkosten (Seite 15)

Die Wiedereingliederung der Pflegepersonalkosten in das DRG-System ist ein klarer Rückschritt, da sie die bedarfsgerechte Finanzierung der Pflege gefährdet und neue Fehlanreize sowie zusätzliche Bürokratie schafft. Das bestehende Pflegebudget hat seine Ziele erreicht, indem es den Personalaufbau ermöglicht und die Versorgung stabilisiert hat, während steigende Kosten vor allem auf höhere Standards, Demografie und Tarifentwicklungen zurückzuführen sind. Eine Rückführung ins DRG-System würde aufgrund pauschalierter Vergütungssystematik den tatsächlichen Pflegebedarf nicht adäquat abbilden und wirtschaftlichen Druck erzeugen, Pflegeleistungen zu begrenzen. Besonders kritisch sind

die geplanten Nachweispflichten und Deckelungen, die zu Unterfinanzierung, Fehlsteuerung und Risiken für Versorgungsqualität sowie Personalgewinnung führen können. Stattdessen plädieren die Krankenhäuser für eine Weiterentwicklung des Pflegebudgets auf Basis der PPR 2.0 in einem Korridormodell, um eine bedarfsgerechte, stabile und bürokratiearme Finanzierung sicherzustellen.

Streichung der zusätzlichen Vergütung für pflegeentlastende Maßnahmen (Seite 20)

Die pflegeentlastenden Maßnahmen sind ein zentraler Bestandteil der Pflegefinanzierung, da sie Pflegefachkräfte von fachfremden Tätigkeiten entlasten und so Effizienz, Versorgungsqualität und Attraktivität des Pflegeberufs stärken. Eine Streichung würde dazu führen, dass unterstützendes Personal abgebaut und Aufgaben wieder auf Pflegekräfte verlagert werden, was langfristig Kosten erhöht und die Fachkräftesituation verschärft. Besonders problematisch ist, dass neu eingestelltes unterstützendes Personal bei Wegfall der Regelung nicht mehr refinanziert würde und damit eine Finanzierungslücke entsteht. Insgesamt drohen dadurch Personaleinsparungen zulasten der Versorgungsqualität und eine erneute Belastung des Pflegepersonals.

Streichung der Prüfquoten (Seite 21)

Die Abschaffung der Prüfquoten wird von den Krankenhäusern abgelehnt, da sie auf der unzutreffenden Annahme beruht, die Abrechnungsqualität sei mangelhaft, obwohl statistische Daten eine überwiegend hohe Qualität belegen. Ein Wegfall der Prüfquoten würde weder zu nennenswerten Mehreinnahmen für die GKV führen noch bestehende Probleme lösen, sondern vor allem den bürokratischen Aufwand und die Belastung der Krankenhäuser deutlich erhöhen. Insgesamt wird der Vorschlag als sachlich unbegründet bewertet und widerspricht dem Ziel, Bürokratie abzubauen und den Transformationsprozess der Kliniken zu unterstützen.

Erweiterung der Fallzusammenführung (Seite 24)

Die pauschale Ausweitung der Fallzusammenführung auf alle Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen ist willkürlich, da sie medizinische Zusammenhänge ignoriert und der bewusst differenzierten, seit Jahren bewährten Systematik widerspricht. Die vorgeschlagenen Änderungen würden keinen nachhaltigen Spareffekt erzeugen, sondern lediglich Fälle und Kosten rechnerisch neu verteilen, gleichzeitig aber erheblichen zusätzlichen bürokratischen Aufwand und neue Streitpotenziale schaffen. Insbesondere die krankenhauses- und MDC-übergreifende Zusammenführung würde zu sachlich falschen Ergebnissen und komplexen Abrechnungsproblemen führen und damit sowohl die Praktikabilität als auch die Versorgungsqualität gefährden.

Maßnahmenpaket zum Umgang mit NUBs im Krankenhaus (Seite 29)

NUB-Verfahren sind ein zentrales Instrument zur Finanzierung und schnellen Integration medizinischer Innovationen und reduzieren finanzielle Risiken für Kliniken. Die vorgeschlagenen Einschränkungen, etwa eine Konzentration auf „Innovationszentren“ oder eine flächendeckende G-BA-Bewertung, sind realitätsfern, da sie die Versorgung verschlechtern, Kapazitäten überfordern und den Zugang zu Innovationen erheblich einschränken würden. Insgesamt drohen dadurch Nachteile für die flächendeckende Patientenversorgung sowie eine weitere Einschränkung der Teilhabe gesetzlich Versicherter am medizinischen Fortschritt, ohne nennenswerte Einspareffekte zu erzielen.

Obligatorische Zweitmeinungsverfahren bei mengensensiblen Eingriffen (Seite 32)

Die Krankenhäuser unterstützen das bestehende Zweitmeinungsverfahren als sinnvolles Instrument zur Stärkung von Patientensouveränität und -sicherheit, lehnen jedoch eine verpflichtende Ausweitung ab. Eine obligatorische Zweitmeinung würde das Vertrauen in ärztliche Entscheidungen untergraben, zu erheblichen Verzögerungen, zusätzlicher Bürokratie und Versorgungsproblemen führen, insbesondere angesichts begrenzter Kapazitäten und unzureichender digitaler Infrastruktur. Zudem wird der erwartete Nutzen infrage gestellt, da die zugrunde liegenden Annahmen zu Einsparungen und Mengeneffekten unrealistisch sind und strukturelle Probleme der Versorgung nicht adressieren.

Automatische Erweiterung des Prüfauftrags des Medizinischen Dienstes (Seite 35)

Die vorgeschlagene automatische Erweiterung des Prüfauftrags wird abgelehnt, da unklar bleibt, ob ein Systemwechsel hin zu verdachtsunabhängigen Prüfungen beabsichtigt ist, für den es keine sachlichen Gründe gibt. Eine solche Ausweitung würde gegen datenschutzrechtliche Vorgaben und die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts verstoßen, da sie eine unverhältnismäßige Ausforschung ohne konkrete Auffälligkeiten ermöglichen würde. Zudem würde sie die Rechte der Krankenhäuser im Prüfverfahren erheblich einschränken und zusätzlichen bürokratischen Aufwand schaffen, ohne belastbare finanzielle Vorteile nachzuweisen.

Maßnahmen zur Begrenzung von unverhältnismäßigen Budgetsteigerungen im PEPP-Bereich (Seite 38)

Der Vorschlag ist abzulehnen, da er auf nicht belastbaren Annahmen beruht und die Umsetzung zentraler Qualitätsvorgaben wie der PPP-RL gefährden würde. Insbesondere eine Rückzahlungsverpflichtung und zusätzliche Sanktionen würden zu einer doppelten finanziellen Belastung führen und den notwendigen Personalaufbau behindern, was die Versorgung massiv beeinträchtigen könnte. Insgesamt droht eine strukturelle

Unterfinanzierung, die Krankenhäuser zu Personalabbau und Einschränkungen der Versorgung zwingen würde.

Aufnahme der Vorhaltebudgets in den zulässigen Prüfumfang (Seite 45)

Der Vorschlag wird kritisiert, da eine finanzielle Wirkung nicht durch Einschränkungen des Prüfumfanges, sondern nur durch Änderungen der gesetzlichen Regelungen zum Vorhaltebudget erreicht werden könnte. Zudem würde eine nachträgliche Kürzung auf Basis laufender Prüfungen systemwidrige Verzerrungen erzeugen, weshalb stattdessen eine grundlegende Neuausrichtung der Vorhaltefinanzierung empfohlen wird.

Streichung einer nicht kriteriengestützten Förderung ausgewählter Versorgungsstrukturen (Seite 46)

Eine mögliche Überkompensation wird zurückgewiesen, da die Fördertöpfe gezielt strukturell unterfinanzierte Bereiche mit besonderen Anforderungen unterstützen und keine Doppelvergütung darstellen. Vielmehr dienen sie als notwendige Kompensation für systembedingte Defizite im DRG-System.

Selektivverträge für therapeutisch gleichwertige Arzneimittel unter Patent (Seite 47)

Die vorgeschlagene Austauschbarkeit von Arzneimitteln allein auf Basis des Zusatznutzens wird aus medizinischen Gründen abgelehnt, da sie patientenindividuelle Therapieentscheidungen verkennt und potenziell die Patientensicherheit gefährdet. Stattdessen sollte die Wirtschaftlichkeit weiterhin über bestehende Verfahren wie Erstattungsbeträge geregelt werden, da diese eine sachgerechtere und fachlich fundierte Grundlage bieten.

Abschaffung des Orphan Drug Privilegs (Seite 48)

Eine Anpassung der Orphan-Drug-Regelungen im Einklang mit europäischen Vorgaben ist grundsätzlich nachvollziehbar, darf jedoch nicht zu Lasten von Patientinnen und Patienten mit ungedecktem medizinischem Bedarf gehen. Statt pauschaler Kriterien ist eine differenzierte Weiterentwicklung des AMNOG-Systems erforderlich, die sich am tatsächlichen Versorgungsbedarf orientiert.

Beendigung der vollständigen Finanzierung von Erprobungsstudien (Seite 49)

Die Empfehlung entspricht einer früheren Regelung, die sich bereits als nicht praktikabel erwiesen hat, und stellt daher keine tragfähige Lösung dar. Zudem basieren die zugrunde gelegten Zahlen und Einsparannahmen auf fragwürdigen Annahmen und erscheinen insgesamt nicht belastbar.

3) Bewertung der Maßnahmenvorschläge der FinanzKommission Gesundheit für den stationären Bereich

3.1) Globale Begrenzung der Vergütungsanstiege

Maßnahmenvorschlag Nr. 1:

Die jährlichen Vergütungsanstiege in allen Dienstleistungsbereichen der Gesundheitsversorgung sowie in der Verwaltung sollen dauerhaft auf die tatsächlichen Kostensteigerungen im jeweiligen Bereich oder auf die Veränderungsrate gemäß § 71 Absatz 3 SGB V (Grundlohnrate) begrenzt werden, sodass jeweils der niedrigere Wert gilt. Für die Jahre 2027 bis 2029 soll auf die Grundlohnrate ein zusätzlicher Abschlag von einem Prozentpunkt angewendet werden. Für Produktmärkte der Gesundheitsversorgung soll dieser Mechanismus analog angewendet werden. Die Finanzwirkung soll ca. 5,5 Mrd. € in 2027 betragen. Es seien keine Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung zu erwarten.

DKG-Stellungnahme:

Die dauerhafte Begrenzung des Veränderungswertes auf den jeweils niedrigeren Wert aus Orientierungswert und Veränderungsrate sowie der zusätzliche Abschlag von einem Prozentpunkt für die Jahre 2027 bis 2029 auf die Veränderungsrate führen zu einer fortschreitenden Vergrößerung der Finanzierungslücke zwischen den tatsächlichen Kostensteigerungen der Krankenhäuser und den refinanzierten Kosten und sind daher nicht sachgerecht.

Bei der aktuellen Systematik wird entgegen der Argumentation der Finanzkommission der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 SGB V eingehalten. Die maximale Steigerung aller Vergütungen der Krankenhäuser sind immer die zwischen GKV und Krankenhäusern vereinbarten voraussichtlichen Kostensteigerungen für den Vereinbarungszeitraum. Sind diese niedriger als die im Gesetz vorgegebene Obergrenze (der sogenannte Veränderungswert), bleibt es bei den Kostensteigerungen. Liegen sie über dem Veränderungswert, werden sie gekappt. Dies ist das – unveränderte – Prinzip der Beitragssatzstabilität. Krankenkassen vergüten niemals mehr als die vereinbarte Kostenentwicklung. Krankenhäuser erhalten aber niemals automatisch die vollen Kosten erstattet.

Die Argumentation der Finanzkommission einer rein normativen und willkürlich gegriffenen Absenkung der Veränderungsrate geht hingegen vollkommen fehl. Anders als dargestellt steigt die Veränderungsrate über eine mögliche Erhöhung der Grundlohnsummenentwicklung aufgrund der retrospektiven Berücksichtigung der Daten erst mit einer zeitlichen Verzögerung

von mindestens einem halben Jahr. Die Kosten der Krankenhäuser hingegen steigen unmittelbar mit Anhebung der Tariflöhne. Aufgrund dieser Systematik werden notwendige Tariflohnfinanzierungen allein durch den zeitlichen Verzug gekürzt. Aus diesem Grund musste die Regierung in den Jahren 2009, 2012 und 2013 über eine kurzfristig gewährte Tarifraten eingreifen, damit die Löhne bezahlt werden konnten. Der unten dargelegte Periodeneffekt konnte über eine dauerhafte Tarifraten ab 2016 und durch die sogenannte Meistbegünstigungsklausel vermindert und die Finanzierung der Personalkosten damit stabilisiert werden. Die vorgeschlagene Abschaffung dieser bewährten Instrumente wiederholt die Fehler der Vergangenheit und führt lediglich zu einer Destabilisierung, da die Tariflöhne zwingend finanziert werden müssen. Der zusätzliche Abzug von 1 % ist außerdem weder begründet noch nachvollziehbar und führt kurzfristig zu massiver Unterfinanzierung, insbesondere vor dem Hintergrund der aktuell schon äußerst angespannten wirtschaftlichen Lage vieler Krankenhäuser.

Zudem verstärkt sich der Periodeneffekt durch den bestehenden Zeitversatz, da Kostenentwicklungen des zweiten Halbjahres des vorvergangenen Jahres sowie des ersten Halbjahres des laufenden Jahres erst im darauffolgenden Jahr im Veränderungswert berücksichtigt werden können. Der Veränderungswert basiert dementsprechend bereits auf retrospektiven Kostendaten und wirkt ausschließlich als Obergrenze für prospektive Verhandlungen. Ein zusätzlicher Abschlag verstärkt den bestehenden Zeitversatz noch und führt zu einer weiteren Entkopplung von tatsächlicher Kostenentwicklung und Vergütung mit vollkommen ungerechtfertigten Kürzungen, die durch kurzfristige politische Eingriffe wie in der Vergangenheit wieder korrigiert werden.

Darüber hinaus wird der Orientierungswert nach neuer Rechtslage auf einen Kalenderjahresbezug umgestellt. Künftig ist somit das vorangegangene Kalenderjahr maßgeblich, während bislang die Berechnung auf Grundlage des zweiten Halbjahres des vorangegangenen Kalenderjahres sowie des ersten Halbjahres des laufenden Kalenderjahres jeweils im Vergleich zum entsprechenden Vorjahreszeitraum erfolgte. Ein unmittelbarer Bezug zur aktuellen Kostenentwicklung des Vereinbarungsjahres besteht somit nicht. Hinzu kommt, dass aufgrund der geänderten Zeiträume künftig unterschiedliche Bezugszeiträume berücksichtigt werden: Während der Orientierungswert auf einem Kalenderjahresbezug basiert, wird die Veränderungsrate weiterhin anhand eines Halbjahresbezugs (erstes Halbjahr des laufenden Jahres und zweites Halbjahr des vorangegangenen Jahres) ermittelt.

Liegen die auf dieser Grundlage berechneten historischen Kostensteigerungen unterhalb der tatsächlichen Kostenentwicklung des künftigen Vereinbarungszeitraums, bilden diese nach der vorgesehenen Änderung dennoch die verbindliche Obergrenze für die Vergütungsentwicklung des aktuellen Jahres. Höhere tatsächliche Kostensteigerungen würden dadurch gedeckelt und nicht refinanziert. Die hierdurch entstehende

Finanzierungslücke kann in Folgejahren nicht mehr aufgeholt werden. Wenn der Zeitverzug beim Orientierungswert zur Unterfinanzierung der Kostenentwicklung im Folgejahr führt, kann diese Lücke nur bis zur Veränderungsrate aufgefüllt werden, wenn diese über dem Orientierungswert liegt, aber auch nur bis zu diesem Wert. Darüberhinausgehende Kostensteigerungen verbleiben als Verluste bei den Krankenhäusern. Der Orientierungswert führt damit systematisch zu einer Unterfinanzierung. Zusätzlich hat die Ermittlung des Orientierungswertes auch ganz grundsätzlich erhebliche Schwächen. Das Statistische Bundesamt hat schon vor Jahren den Auftrag erhalten, den Orientierungswert neu zu berechnen, da er die Sachkosten (z. B. für Medizinprodukte, Energie, Dienstleistungen) teilweise falsch oder gar nicht berücksichtigt. Der Warenkorb ist nicht hinreichend krankenhausspezifisch. Deshalb liegt der Orientierungswert häufig unter der realen Kostensteigerung der Krankenhäuser.

Maßgeblich ist zunächst der Vergleich zwischen dem Orientierungswert und der um einen Prozentpunkt reduzierten Veränderungsrate, der jeweils niedrigere Wert wird in den Jahren 2027 bis 2029 als Veränderungswert angewandt. Die Regelung der Verwendung des niedrigeren Wertes soll dauerhaft gelten. Die 1 %-Regelung greift, sofern die Veränderungsrate den Orientierungswert um bis zu 0,99 Prozentpunkte übersteigt, diesem entspricht oder unterhalb des Orientierungswertes liegt. Hierdurch erfolgt selbst bei identischer Höhe von Veränderungsrate und Orientierungswert eine zusätzliche Kürzung um einen Prozentpunkt. Liegt die Veränderungsrate unterhalb des Orientierungswertes, führt der zusätzliche Abschlag dazu, dass sich der maßgebliche Wert durch die Anwendung des jeweils niedrigsten Vergleichswertes noch weiter von der tatsächlichen Kostenentwicklung entfernt.

Sofern der niedrigere Wert dem Orientierungswert entspricht, ist darauf hinzuweisen, dass für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen im Geltungsbereich der BPfIV, anders als im somatischen Bereich des KHEntgG, kein Pflegebudget besteht. Vor diesem Hintergrund ist es weder sachgerecht noch nachvollziehbar, für diese Einrichtungen einen Orientierungswert ohne Berücksichtigung der Pflegepersonalkosten zugrunde zu legen. Für den Geltungsbereich der BPfIV sollte daher künftig der vom Statistischen Bundesamt ebenfalls veröffentlichte Orientierungswert unter Einbeziehung der Pflegekräfte herangezogen werden, um eine systematische Schlechterstellung dieser Einrichtungen zu vermeiden.

Insgesamt ist der Vorschlag der Finanzkommission eine willkürliche Vergütungskürzung als reine Sparmaßnahme für die Krankenkassen. Eine sachlich nachvollziehbare Begründung fehlt vollständig, die Argumentation wirkt konstruiert und geht fehl. Diese Kürzungen greifen insbesondere an der Finanzierung des wichtigen Personals der Krankenhäuser an, das ganz überwiegend tarifgebunden bezahlt wird. Damit wird einer tragenden Säule des Krankenhaussektors und damit der Infrastruktur des Gesundheitsbereichs die stabile Grundlage entzogen. Wer die Ausgabenentwicklung im Krankenhausbereich sachgerecht

angehen will, muss sich um die Ursachen kümmern und diese liegen insbesondere in den von Politik und GKV über Jahre hinweg gesteigerten Anforderungen an die Leistungserbringung in den Kliniken. Nur wenn dieser Aufwand sinkt, können die Erlöse daran gemessen begrenzt werden.

3.2) Streichung der vollständigen Tarifrefinanzierung

Maßnahmenvorschlag Nr. 26:

Die Kommission empfiehlt die Streichung der Tarifrefinanzierung im aDRG- und PEPP-Bereich mit einer von der Kommission prognostizierten Finanzwirkung von ca. 0,5 Mrd. € in 2027. Es seien keine Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung zu erwarten.

DKG-Stellungnahme:

Über die Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen („Tarifrate“) werden nach entsprechenden Verhandlungen auf Bundesebene zusätzliche Personalkosten der Krankenhäuser, die über der Preisobergrenze (Veränderungswert) liegen, refinanziert. Die systematische Unterfinanzierung der Personalkosten ohne die bestehenden abfedernden Instrumente zur Obergrenze wird insbesondere auch zum Maßnahmenvorschlag 1 erläutert. Die Tarifrate und eine entsprechende vollständige Refinanzierung der Personalkosten aller Berufsgruppen ist daher absolut unverzichtbar, da ansonsten die tatsächlich entstehenden Personalkostensteigerungen des jeweiligen Jahres nicht ausreichend refinanziert wären und das bestehende Personal bei nachweislich hoher Belastung nicht bezahlt werden könnte.

Die nach früherer Rechtslage (vor KHVVG) hälftige Refinanzierung für das ärztliche und sonstige nicht-ärztliche Personal und die Tatsache, dass bei diesen Berufsgruppen zudem strukturelle Tarifierhöhungen nicht berücksichtigungsfähig waren, hat zu einer jahrelangen Unterfinanzierung der Personalkosten geführt und erheblich zu der bestehenden defizitären Lage der Krankenhäuser beigetragen.

Die Argumentation, wonach zusätzliche Vergütungsinstrumente, wie der Orientierungswert und die Verhandlung von Veränderungswerten, die Refinanzierung durchschnittlicher tarifbedingter Kostensteigerungen bereits weitgehend sicherstellen und eine zusätzliche Refinanzierung daher zu einer Doppelfinanzierung führen würde, ist eine Falschdarstellung der Kommission. Die Festlegung der Obergrenze (Veränderungswert) auf Bundesebene wirkt ausschließlich begrenzend und entfaltet keinen Finanzierungsautomatismus. Auf dieser Grundlage erfolgen nachgelagerte Verhandlungen auf Landes- bzw. Ortsebene (insbesondere über den Landesbasisfallwert sowie Budgets in der Psychiatrie und bei Besonderen Einrichtungen). In diesen Verhandlungen können grundsätzlich nur tatsächlich nachgewiesene, erwartete Kostensteigerungen berücksichtigt werden. Liegen entsprechende

Nachweise nicht vor, kann die Obergrenze auch nicht ausgeschöpft werden. Die Obergrenze sollte dabei weder unterhalb der vergangenen Kostenentwicklung (Orientierungswert) noch unterhalb der finanziellen Leistungsfähigkeit der Krankenkassen (Veränderungsrate) liegen. Die geltende Gesetzeslage berücksichtigt diese beiden Aspekte in ausgewogener Weise. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund der sogenannten 2-Säulen-Theorie, wonach ausschließlich tatsächlich entstandene bzw. nachgewiesene Kostensteigerungen in die Preisbildung einfließen können. Aus diesem Grund ist auch der Begriff der „Meistbegünstigung“ maximal irreführend. Auch in dem heutigen System haben die Krankenkassen im Rahmen der jährlichen Verhandlungen inklusive einer möglichen Schiedsstellenbefassung alle Möglichkeiten den Anstieg der Landesbasisfallwerte und der Budgets in der Psychiatrie und Psychosomatik auf das objektiv notwendige Maß zu begrenzen.

Eine gesetzliche Einschränkung dieser Obergrenze erscheint auch vor dem Hintergrund nicht sachgerecht, dass der Veränderungswert auf Basis retrospektiver Daten festgelegt wird, gleichzeitig jedoch als Obergrenze für prospektive Verhandlungen auf Landes- bzw. Ortsebene dient. Die bestehende Systematik trägt dazu bei, sogenannte Periodeneffekte, insbesondere bei starken Preisschwankungen, zumindest teilweise abzufedern. Zudem wurde der Grundsatz der Beitragssatzstabilität im Krankenhausbereich bereits mit Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) im Jahr 2009 wesentlich relativiert. In diesem Zuge wurde das Bundesministerium für Gesundheit beauftragt, durch das Statistische Bundesamt einen Orientierungswert für Krankenhäuser ermitteln zu lassen. Dieser soll im Rahmen der jährlichen Vergütungsverhandlungen die krankenhausspezifischen Kostenstrukturen und -entwicklungen sachgerechter abbilden als die allgemeine Veränderungsrate nach § 71 SGB V. Eine Streichung der vollständigen Tarifrefinanzierung ist nicht sachgerecht, da die Verhandlung von Veränderungswerten bereits heute die Refinanzierung aller tarifbedingter Kostensteigerungen nicht abbildet.

3.3) Wiedereingliederung der Pflegepersonalkosten

Maßnahmenvorschlag Nr. 27:

Die Pflegepersonalkosten sollen in das DRG-System wiedereingegliedert werden, gekoppelt an einen verpflichtenden Nachweis der vollständigen, bestimmungsgemäßen Verwendung der in den DRGs enthaltenen Anteile für Pflege. Die Finanzwirkung soll ca. 0,62 Mrd. € in 2027 betragen. Es seien keine Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung zu erwarten.

DKG-Stellungnahme:

Der Vorschlag der GKV-Finanzkommission zur Wiedereingliederung der Pflegepersonalkosten in das DRG-System ist aus Sicht der DKG ein Rückschritt. Dies gilt insbesondere für die vorgesehene Koppelung an einen verpflichtenden Nachweis der vollständigen,

bestimmungsgemäßen Mittelverwendung. Statt das Pflegebudget in seiner derzeitigen Form grundlegend in Frage zu stellen, sollten die Ursachen der Kostenentwicklung im Pflegebereich differenziert analysiert werden. Eine solche Analyse würde zeigen, dass das Pflegebudget seine politischen Kernziele erreicht hat: Die Pflege wurde finanziell gestärkt, der Personalaufbau wurde ermöglicht und die pflegerische stationäre Versorgung konnte stabilisiert werden. Steigende Personalbedarfe sind vor diesem Hintergrund nicht Ausdruck ineffizienter Mittelverwendung, sondern vielfach Folge verbesserter Versorgungsstandards, demografischer Entwicklungen, tariflicher Anpassungen und zusätzlicher regulatorischer Anforderungen. Die richtige Schlussfolgerung aus den aktuellen Entwicklungen ist daher nicht die Abschaffung des Pflegebudgets, sondern seine zielgerichtete Weiterentwicklung.

Die vollständige Refinanzierung der Pflegepersonalkosten über das Pflegebudget ist eine bewusste gesetzgeberische Entscheidung, die auf den jahrelangen strukturellen Personalabbau und die daraus resultierenden Versorgungsrisiken reagiert. Ziel war es, die Pflege von den ökonomischen Anreizen der Fallpauschalen zu entkoppeln und sie nicht länger dem Rationalisierungsdruck des DRG-Systems auszusetzen. Pflege sollte bedarfsgerecht finanziert werden und nicht länger in Konkurrenz zu anderen Kostenbestandteilen der Krankenhausversorgung stehen. Eine Wiedereingliederung der Pflegepersonalkosten in das DRG-System kann allenfalls dann sachgerecht diskutiert werden, wenn sie in eine konsistente und bedarfsgerechte Gesamtlogik eingebettet wird. In der nun vorgeschlagenen Form würde sie jedoch vor allem neue Fehlanreize, zusätzlichen Bürokratieaufwand und wirtschaftlichen Anpassungsdruck erzeugen.

Das DRG-System ist nicht darauf ausgelegt, den sachgerechten Pflegepersonalbedarf eines Krankenhauses zu ermitteln oder dessen Finanzierung verbindlich zu steuern. Es dient der pauschalierten Vergütung von Fällen auf Grundlage durchschnittlicher Fallkosten, die sich an medizinischen Diagnose- und Behandlungskriterien orientieren, und soll gerade eine freie Mittelverwendung innerhalb des Krankenhauses ermöglichen. Die Kostenhomogenität der DRGs ist nicht auf die Pflegepersonalkosten ausgerichtet. Zwar existiert beim InEK grundsätzlich eine fallbezogene Zuordnung von Pflegepersonalkosten, daraus folgt jedoch nicht, dass sich hieraus ein belastbares Instrument zur bedarfsgerechten Steuerung und Nachweisführung für den konkreten Pflegepersonaleinsatz eines einzelnen Krankenhauses aufgrund der fehlenden Kostenhomogenität für die enthaltenen Pflegekosten ableiten ließe. Der Pflegebedarf unterscheidet sich erheblich zwischen Patientinnen und Patienten, Fachabteilungen, Häusern und regionalen Versorgungsstrukturen und lässt sich daher nur sehr eingeschränkt über pauschalierte Fallvergütungen abbilden. Das Pflegebudget ermöglicht demgegenüber eine realitätsnähere Finanzierung der tatsächlich notwendigen Pflegepersonalkosten, stärkt die Planungssicherheit der Krankenhäuser und unterstützt den nachhaltigen Personalaufbau. Gerade vor dem Hintergrund des bestehenden

Fachkräftemangels ist eine stabile und verlässliche Finanzierung entscheidend, um Pflegepersonal zu gewinnen und langfristig zu halten.

Besonders kritisch ist die von der Finanzkommission vorgeschlagene Nachweispflicht. Der verpflichtende Nachweis einer vollständigen, bestimmungsgemäßen Mittelverwendung würde ein zusätzliches Bürokratie- und Prüfreime schaffen, ohne das eigentliche Steuerungsproblem zu lösen. Die Rückkehr in das DRG-System würde nicht zu mehr Transparenz führen, sondern neue Abgrenzungs- und Prüf Streitigkeiten erzeugen. Vor allem führt die vorgesehene Logik zu erheblichen Fehlanreizen in der Steuerung des Pflegepersonaleinsatzes. Krankenhäuser müssten sich faktisch an einer „Punktlandung“ am kalkulatorischen Pflegeanteil der DRGs orientieren, da jede Überschreitung unmittelbar zu nicht refinanzierten Pflegepersonalkosten führen und damit wirtschaftliche Risiken auslösen würde. Dies birgt die Gefahr, dass Pflegeausgaben systematisch unterhalb des aus den DRGs abgeleiteten Pflegerlöses, um Rückforderungen oder Eigenfinanzierungsanteile zu vermeiden. Eine solche Konstruktion konterkariert den Anspruch einer bedarfsgerechten Pflegefinanzierung.

Nicht überzeugend ist auch die Annahme der Kommission, von der Wiedereingliederung seien keine negativen Auswirkungen auf die Versorgungsqualität zu erwarten. Es ist unstrittig, dass eine bedarfsgerechte Pflegepersonalausstattung ein zentraler Grundpfeiler qualitativ hochwertiger Versorgung ist. Wird die Finanzierung der Pflege künftig zusätzlich durch eine Obergrenze bzw. durch die strikte Bindung an kalkulatorische Pflegeanteile im DRG-System begrenzt, droht ein unmittelbarer Konflikt zwischen bedarfsgerechtem Personaleinsatz und ökonomischer Steuerung. Dies gilt umso mehr, wenn – wie in anderen Reformvorschlägen angedeutet – tarifliche Steigerungen nicht mehr in vollem Umfang refinanziert würden. In einem solchen Modell steigt zwangsläufig der wirtschaftliche Druck, Pflegeleistungen zu rationalisieren. Dies würde nicht nur die Versorgungsqualität gefährden, sondern auch die Attraktivität der Pflegeberufe schwächen.

Kritisch sind zudem die erheblichen krankenhausesindividuellen Verteilungswirkungen einer Rückgliederung der Pflegepersonalkosten. Die Pflegeentgeltwerte schwanken bundesweit erheblich. Insbesondere in großen städtischen Krankenhäusern und Universitätskliniken sind diese u. a. aufgrund von Entlastungstarifverträgen überdurchschnittlich hoch. Bei einer Rückführung in durchschnittsbasierte DRG-Vergütungen droht hier eine strukturelle Unterfinanzierung. Die Abbildung durchschnittlicher Pflegekosten je Fall würde diesen Einrichtungen die tatsächlichen Mehrbedarfe nicht mehr ausreichend refinanzieren und könnte zu erheblichen wirtschaftlichen Verwerfungen mit entsprechenden Risiken für die Versorgung führen.

Dies birgt die Gefahr, dass Pflegeausgaben systematisch unterhalb des tatsächlichen Versorgungsbedarfs gehalten werden, um Rückforderungen oder Eigenfinanzierungsanteile zu vermeiden, und damit die intendierte bedarfsgerechte Versorgung konterkariert wird.

Ein Finanzierungssystem, das nach oben deckelt und gleichzeitig die Krankenhäuser einem jährlich wiederkehrenden Rückzahlungsrisiko aussetzt, muss zwangsläufig in einer permanenten Abwärtsspirale bei der zukünftigen Beschäftigung von Pflegekräften münden. Pflege wird zum Finanzierungsrisiko für die Krankenhäuser.

Besonders problematisch ist zudem, dass die Kommission selbst an anderer Stelle¹ einräumt, dass die „Wiedereingliederung der Pflege in die Fallpauschalen faktisch einer Integration dieser Kosten in das Vorhaltebudget“ gleichkäme. Gleichzeitig wird die Vorhaltefinanzierung in anderen Vorschlägen der Kommission in ihrer derzeitigen pauschalen Form kritisch bewertet und als überarbeitungsbedürftig erklärt. Dieser innere Widerspruch verdeutlicht, dass die vorgeschlagene Wiedereingliederung auf eine Finanzierungsarchitektur trifft, deren Grundlogik gleichzeitig an anderer Stelle wieder in Frage gestellt wird. Eine Rückgliederung der Pflegekosten ohne grundlegende Anpassung der Vorhaltevergütung würde die bereits heute erkennbaren problematischen und vielfach als diffus empfundenen Wirkungen des Vorhaltesystems weiter verstärken.

Das Pflegebudget ist ein zentrales Instrument zur Stärkung der Pflege, da es Investitionen in Pflegepersonal unmittelbar ermöglicht. Pflegepersonal konnte eingestellt werden, um die pflegerische Versorgung im stationären Bereich zu sichern. Angesichts sich wandelnder Rahmenbedingungen insbesondere aufgrund des demografischen Wandels, stockender Digitalisierung und wachsender Bürokratiebelastung, gilt es nun, das Pflegebudget zukunftsfest auszugestalten und mit den strukturellen Zielen der Krankenhausreform zu verbinden. Aus Sicht der DKG ist hierfür das Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument PPR 2.0 als Maßstab für eine bedarfsgerechte Refinanzierung der Pflege heranzuziehen.

Die DKG schlägt ein Korridormodell auf Ganzhausebene vor, das auf einer weiterentwickelten und anwendungsgeprüften PPR 2.0 basiert. Die PPR 2.0 wird seit Oktober 2024 in den Krankenhäusern angewendet und bildet den krankenhausesindividuell ermittelten Pflegebedarf systematisch ab. Dieser Pflegepersonalbedarf ist innerhalb einer oberen Korridorgrenze vollständig zu refinanzieren. Eine solche Obergrenze verhindert eine unbegrenzte Budgetdynamik und stellt zugleich sicher, dass Pflegekapazitäten dorthin gelenkt werden, wo der tatsächliche Versorgungsbedarf entsteht – insbesondere im Zuge der Leistungsgruppenplanung. Gleichzeitig wird eine Tätigkeitsabgrenzung entbehrlich, Bürokratie reduziert und die Krankenhausreform pflegerisch wirksam unterstützt. Der untere

¹ Vorschlag 6.6.6: „Reformempfehlung Nr. 30: Erweiterung der Fallzusammenführung“ Fußnote 20: „Die Vorhaltefinanzierung wird von der Kommission in der derzeit geplanten pauschalen Form kritisch gesehen – Empfehlung erfolgt im zweiten Bericht Ende 2026.“

Korridor eröffnet darüber hinaus die Möglichkeit, bei nachgewiesener bedarfsgerechter Personalausstattung auf zusätzliche regulatorische Instrumente, wie die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung, zu verzichten. Zentrale Inhalte des Konzepts sind:

- **Bedarfsgerechte Basis:** Eine 100-prozentige Erfüllung der PPR 2.0 stellt die bedarfsnotwendige Personalausstattung dar und muss vollständig refinanziert werden. Die PPR 2.0 ist im Gegensatz zu den Pflegepersonaluntergrenzen und dem Pflegepersonalquotienten pflegewissenschaftlich fundiert und bildet patientenbezogene Pflegebedarfe ab.
- **Wachstums- und Missbrauchsgrenze:** Die Refinanzierung wird bei 105 % des PPR-Solls gedeckelt. Dies verhindert einen Personalaufbau über den Patientenbedarf hinaus und schließt den finanziellen Anreiz aus, pflegefremde Aufgaben in größerem Umfang auf das Pflegebudget zu verlagern. Für die Angleichung an die obere Korridorgrenze ist eine Konvergenzphase vorzusehen, um eine plan- und verantwortungsvolle Personalentwicklung zu sichern. Bei gesetzlichen und untergesetzlichen Personalvorgaben, die zu einer PPR-Ausstattung von über 105 % zwingen, ist eine vollständige Refinanzierung des benötigten Pflegepersonals sicherzustellen.
- **Innovationsbonus:** Kliniken mit einer Personalausstattung zwischen 90 % und 100 % erhalten einen pauschalen Zuschlag von 2,5 % für personalentlastende Maßnahmen (z.B. digitale Dokumentation durch mobile Endgeräte und digitale Messung von Vitalzeichen, Etablierung neuer Berufsbilder für eine effiziente Aufgabenverteilung) und digitale Prozesse (z.B. für Verblisterungsautomaten).
- **Sicherung der kritischen Versorgungsbereiche:** Da die PPR 2.0 Bereiche wie Erwachsenenintensivstationen, die bettenführenden Notaufnahmen oder den Kreißaal (Hebammen) derzeit nicht abbildet, sollten diese Bereiche – erstmal weiterhin den bisherigen Regelungen des Pflegebudgets unterliegen, um die dortige Versorgungssicherheit nicht zu gefährden.

Im Ergebnis ist die von der Finanzkommission vorgeschlagene Ausgestaltung der Wiedereingliederung der Pflegepersonalkosten in das DRG-System, insbesondere in Verbindung mit der vorgesehenen Nachweispflicht, abzulehnen. Sie würde die politisch gewollte Verbesserung der Pflegepersonalausstattung in Frage stellen, neue Fehlanreize setzen, die Pflege erneut unter ökonomischen Druck bringen und zusätzliche Bürokratie schaffen. Stattdessen bedarf es eines bürokratie- und streitarmen, pflegewissenschaftlich fundierten Instrumentes, das effizienten Personaleinsatz, bedarfsgerechte Pflegepersonalplanung und moderne Organisationsprozesse fördert. Dies kann mit einem weiterentwickelten Pflegebudget auf Grundlage der PPR 2.0 im Korridormodell erreicht werden.

Gleichwohl erkennt die DKG an, dass das Pflegebudget reformbedürftig ist. Insbesondere im Kontext der Leistungsgruppenplanung und der damit einhergehenden Konzentration von Leistungen muss das System sensibler auf Mengen- und Leistungsentwicklungen reagieren. Der Ansatz, die PPR 2.0 als zentralen Maßstab heranzuziehen, bietet hierfür eine geeignete Grundlage. Gleichzeitig lassen sich auf dieser Basis bestehende Abgrenzungsfragen – insbesondere zwischen Tätigkeiten in der unmittelbaren und nicht unmittelbaren Patientenversorgung – deutlich sachgerechter und weniger streitanfällig lösen. Die Kopplung des Budgets an die PPR 2.0 und die damit verbundene Obergrenze begrenzt das Potenzial zur Verlagerung weiterer „Servicetätigkeiten“ auf Pflegefachpersonen effektiv.

Allerdings ist die PPR 2.0 in ihrer derzeitigen Form noch nicht unmittelbar geeignet, als alleinige Grundlage für die Bemessung des Pflegebudgets herangezogen zu werden. Für eine Übergangsphase erscheint es daher sachgerecht, die Pflegebudgets zunächst – etwa über den Veränderungswert – zu begrenzen und ergänzend auf Basis der bestehenden Pflegebewertungsrelationen fortzuentwickeln. Auf diese Weise können Leistungsverschiebungen, insbesondere im Zuge der Leistungsgruppenplanung, sachgerecht abgebildet und nachvollzogen werden. Perspektivisch sollten die Pflegebewertungsrelationen schrittweise durch die PPR 2.0 ersetzt werden, um die Bemessung des Pflegebudgets konsequent an einer bedarfsgerechten und pflegewissenschaftlich fundierten Systematik auszurichten.

3.4) Streichung der zusätzlichen Vergütung für pflegeentlastende Maßnahmen

Kommissionsvorschlag Nr. 28:

Vorgeschlagen wird eine ersatzlose Streichung der zusätzlichen Vergütung pflegeentlastender Maßnahmen. Die Finanzwirkung soll ca. 0,72 Mrd. € in 2027 betragen. Es seien keine Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung zu erwarten.

DKG-Stellungnahme:

Die Finanzierung der pflegeentlastenden Maßnahmen wurde als wichtiger Bestandteil der Pflegepersonalkostenfinanzierung mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz eingeführt. Die Finanzierung pflegeentlastender Maßnahmen trägt dazu bei, dass vergleichsweise einfache Tätigkeiten von unterstützendem Personal nicht wieder zurück auf Pflegefachpersonen verlagert werden. Eine solche Verlagerung würde mittelfristig wieder zu steigenden Personalkosten und damit höheren Ausgaben der Krankenkassen führen. Außerdem würde das der Attraktivität des Pflegeberufes in Zeiten dringend benötigter Fachkräfte schaden. Durch pflegeentlastende Maßnahmen – wie z. B. den Einsatz von Service- und Hilfspersonal oder digitale Dokumentationssysteme – werden Pflegefachpersonen von nicht-pflegerischen Aufgaben befreit. Das erhöht die Berufszufriedenheit massiv, da wieder Zeit für die eigentliche

pflegerische Arbeit am Patienten bleibt. Dadurch werden ein sachgerechter Qualifikationsmix und eine möglichst effiziente Versorgung gefördert. Die Streichung der pflegeentlastenden Maßnahmen kann aufgrund der schwierigen wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser dazu führen, dass dieses Personal freigesetzt wird – mit negativen Auswirkungen für die Attraktivität des Pflegeberufes.

Es sei darauf hingewiesen, dass der GKV-Spitzenverband noch im Jahr 2024 darauf gedrängt hat, die pflegeentlastenden Maßnahmen pauschal mit 2,5 % in den Pflegebudgets zu berücksichtigen. Dieser Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes wurde schließlich durch den Gesetzgeber mit dem KHVVG auch umgesetzt, obwohl damit keine Möglichkeit besteht, die krankenhausesindividuellen Gegebenheiten zu berücksichtigen. Es wäre unlauter, die vom GKV-Spitzenverband selbst geforderte Pauschalierung nun wieder ersatzlos zu streichen. Es ist allenfalls eine Rückkehr zu einer krankenhausesindividuellen Verhandlung über die Höhe der pflegeentlastenden Maßnahmen denkbar, die jedoch keiner Deckelung unterliegen sollte, damit Pflegepersonal so weit wie möglich entlastet werden können.

Infolge der neuen Berufsgruppenzuordnung für das Pflegebudget ab dem Jahr 2025 wurden Personalkosten in den Rubriken „sonstige Berufe“ und „ohne Berufsabschluss“ bis in Höhe des Referenzwertes 2018 in das aG-DRG-System 2025 zurückgegliedert. Pflegeunterstützendes Personal, wie Hilfspersonal, die ab dem Jahr 2019 zusätzlich eingestellt wurden, würden bei einer Streichung der pflegeentlastenden Maßnahmen weder über das aG-DRG-System noch über das Pflegebudget refinanziert werden. Die daraus resultierende Unterfinanzierung würde den Druck auf Personaleinsparungen zu Lasten der Behandlungsqualität erhöhen.

3.5) Streichung der Prüfquoten

Kommissionsvorschlag Nr. 29:

Die Kommission empfiehlt die Abschaffung des quartalsbezogenen Prüfquotensystem gemäß § 275c SGB V. Die Finanzwirkung soll ca. 1,4 Mrd. € in 2027 betragen. Es seien keine Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung zu erwarten.

DKG-Stellungnahme:

Die Forderung der Kommission nach Streichung der Prüfquote wird von den Krankenhäusern abgelehnt. Der Vorschlag fußt auf der unzutreffenden Grundannahme, dass ein Großteil der Krankenhäuser unrichtig abrechnen würde und der Gesetzlichen Krankenversicherung infolge des durch die Prüfquoten beschränkten Prüfumfanges in einem größeren Umfang zustehende Rückzahlungsansprüche entgehen würden. Tatsächlich zeigt sich im aktuellen System eine gute Abrechnungsqualität, was sich am stabil hohen Anteil von Krankenhäusern, die in die niedrigste Prüfquotenstufe fallen, zeigt. Die Abschaffung der Prüfquoten wird daher – unter

Berücksichtigung des von der Kommission unbeachtet gebliebenen erhöhten Aufwands – nicht zu einer Entlastung der GKV-Finzen beitragen. Vielmehr würde weitergehender bürokratischer Aufwand erzeugt, der die Krankenhäuser im aktuell notwendigen Transformationsprozess unverhältnismäßig belastet.

Grundsätzlich ist verwunderlich, dass die Kommission eine Bewertung der durch das MDK-Reformgesetz eingeführten Regelungen zur Einzelfallprüfung vornimmt, obwohl eine Evaluation der Auswirkungen dieser Regelungen dem von GKV-Spitzenverband und DKG bis zum 30.06.2026 gegenüber dem BMG abzugebenden gemeinsamen Bericht nach § 17c Abs. 7 KHG obliegt. Dieser wird auch zur Frage der Auswirkungen der Neuregelungen auf die Abrechnungsqualität der Krankenhäuser Aussagen beinhalten. Bevor erneut Behauptungen über systematisch fehlerhafte Abrechnungen oder mangelnde Abrechnungsqualität im Krankenhauswesen abgegeben werden, sollte das Ergebnis des gemeinsamen Berichtes abgewartet werden.

Aber auch ohne Kenntnis dieses Berichtes wird die Aussage, dass das gestufte Prüfquotensystem keinen erkennbaren Effekt im Sinne einer verbesserten Abrechnungsqualität der Krankenhäuser bewirkt habe, durch die vom GKV-Spitzenverband zu veröffentlichenden Statistiken zum Prüfgeschehen nach § 17c Abs. 6 KHG bzw. § 275c Abs. 4 SGB V entkräftet. Die Anzahl derjenigen Krankenhäuser, die in die Gruppe der niedrigsten Prüfquote in Höhe von 5 % fallen, liegt stabil bei ca. 40 bis 45 %. Lediglich ca. 10 bis 12 % der Krankenhäuser fallen in die Gruppe der höchsten Prüfquote in Höhe von 15 %. Der anhaltend hohe Anteil von Krankenhäusern in der Gruppe der geringsten Prüfquote verdeutlicht die hohe Abrechnungsqualität der Krankenhäuser. Der von der Kommission dargestellte Rückgang der Rückzahlungsbeträge ist somit nur folgerichtig.

Damit konterkariert diese Feststellung die Annahme der Kommission, dass ein Wegfall der Prüfquote zu einer Verdoppelung des Prüfumfanges sowie der Rückzahlungsbeträge führen wird. Diese Annahme wäre nur dann richtig, wenn in dem Anteil der bislang nicht geprüften Abrechnungen vergleichbar viele Fälle vorhanden wären, die zu einer Einzelfallprüfung berechtigte Auffälligkeiten aufweisen. In der Praxis wird jedoch der Anteil derjenigen Abrechnungen, die keine Auffälligkeiten in diesem Sinne aufweisen, ungleich größer sein. Dies ist dadurch begründet, dass ausschließlich die Krankenkasse entscheidet, welche Abrechnungen geprüft werden. Krankenkassen suchen in einem ersten Schritt diejenigen „fehlerhaften“ Abrechnungen eines Krankenhauses heraus, die aus ihrer Sicht für eine MD-Prüfung erfolgversprechend sind, da Krankenkassen jede Abrechnung eines Krankenhauses zunächst intern prüfen. Die Frist zur Einleitung einer MD-Prüfung von vier Monaten (§ 275c Abs. 1 S. 1 SGB V) ermöglicht es den Krankenkassen, sämtliche Krankenhausrechnungen eines Quartals zu sichten und den Medizinischen Dienst ausschließlich mit der Prüfung einer „eindeutig fehlerhaften“ Abrechnung zu beauftragen, was in einem zweiten Schritt, bei

angenommener schlechter Abrechnungsqualität der Krankenhäuser, zu einer höheren Prüfquote führen müsste. Die Praxis zeigt jedoch, dass sich dieser Effekt nicht eingestellt hat und lediglich ca. 10 bis 12 % der Krankenhäuser in die Gruppe der höchsten Prüfquote fallen. Wegen der Prüfquotierung werden schon jetzt nur diejenigen Fälle in die MD-Prüfung gebracht, die hinreichende Auffälligkeiten für eine „fehlerhafte“ Abrechnung aufweisen. Dennoch liegt die Mehrzahl der Krankenhäuser in der Kategorie der geringsten Prüfquote. Da diejenigen Abrechnungen, die die größten Auffälligkeiten für eine „fehlerhafte“ Abrechnung aufweisen, schon identifiziert wurden, wird der Anteil der restlichen Abrechnungen, die ebenfalls Auffälligkeiten für eine „fehlerhafte“ Abrechnung aufweisen, tendenziell eher geringer sein. Damit kann das von Seiten der Kommission vermutete zusätzliche Rückforderungspotential fehlerhafter Abrechnungen (ca. 1,4 Mrd. € in 2024) nicht gerechtfertigt werden. Die simple Verdoppelung der Zahlen für die Fallprüfung sowie des zusätzlichen Rückforderungspotentials stellt somit eine kaum belastbare Annahme der Kommission dar.

In der Aussage der Kommission, dass sich die Abrechnungsqualität der Krankenhäuser nicht verbessert habe, steckt der Vorwurf, dass die Abrechnungsqualität der Krankenhäuser schlecht sei. Davon kann vor dem Hintergrund der vorliegenden statistischen Daten aber nicht ausgegangen werden. Dass viele Krankenhäuser in der niedrigsten Prüfquote liegen, ist vielmehr das Ergebnis der guten Abrechnungsqualität der Krankenhäuser, denn nur wenn der überwiegende Anteil der Abrechnung nicht beanstandet wird, kann ein Krankenhaus überhaupt in eine niedrige Prüfquote vorstoßen. Dies lässt sich mit weiteren Kennzahlen, die der GKV-Spitzenverband veröffentlicht hat, belegen. Wird im Rahmen von MD-Prüfungen eine schlechte Abrechnungsqualität eines Krankenhauses festgestellt (Anzahl der unbeanstandeten Abrechnungen ist kleiner als 20 % aller Abrechnungen), sind auch Prüfungen oberhalb der für das Krankenhaus geltenden Prüfquote zulässig (§ 275c Abs. 2 S. 6 und 7 SGB V). Ausweislich der vom GKV-Spitzenverband vorgenommenen Auswertung und Veröffentlichung nach § 17c Abs. 6 S. 1 Nrn. 4 und 6 KHG erfolgten im Jahr 2024 aber lediglich 45 Anzeigen nach § 275c Abs. 2 S. 7 SGB V. Bei 1.192.500 MD-Gutachten entspricht dies einem Anteil von lediglich 0,004 % der geprüften Fälle, in denen die MD-Prüfung eine schlechte Abrechnungsqualität des Krankenhauses vermuten lässt. Diese Zahlen führen die Annahmen der Kommission hinsichtlich der schlechten Abrechnungsqualität der Krankenhäuser sowie der zu realisierenden Rückerstattungsbeträge ad absurdum.

Vielmehr zeigt diese Entwicklung, dass das Ziel des MDK-Reformgesetzes vom 14.12.2019, durch das differenzierte Prüfquotensystem für eine regelkonforme Abrechnung zu sorgen, erreicht wurde. Die Forderung der Kommission macht deutlich, dass es hier nicht um die Verbesserung der Abrechnungsqualität geht, sondern lediglich die Möglichkeit eröffnet werden soll, durch eine u. U. vollständige Kürzung der dem Krankenhaus zustehenden Behandlungsentgelte Erlöse zu erzielen. Dies stünde in krassem Gegensatz zum

gesetzgeberischen Ziel, den Krankenkassenwettbewerb im Bereich der Abrechnungsprüfung zu reduzieren und lässt befürchten, dass in der leistungsrechtlichen Entscheidung der Krankenkasse nicht medizinische Gründe, sondern lediglich fiskalische Gründe zur Bewertung der Abrechnung als regelkonform herangezogen werden. Eine Streichung des Prüfquotensystems führt letztlich nur zu einer massiven Erhöhung der Anzahl der Krankenhausabrechnungsprüfungen und folglich zu einer Erhöhung von Aufwand und Bürokratie, was dem vom Gesetzgeber als essentiell postulierten und einhellig von Seiten der Wirtschaft geforderten Ziel des Bürokratieabbaus entgegenliefe. Daher verwundert auch die Aussage der Kommission, dass Krankenhäuser mit hoher Abrechnungsqualität durch einen Entfall der Prüfquotierung nur geringfügig zusätzlich belastet wären, denn der Aufwand für die zusätzlichen Prüfungen bleibt bestehen, unabhängig davon, ob die Prüfung letztlich zu einer Erstattung führt oder nicht.

Auch lassen weitere Ausführungen der Kommission zweifeln, ob das System der Einzelfallprüfung vollständig erfasst wurde. So ist es in sich ein Widerspruch, dass eine ungedeckelte Prüfung gleichzeitig eine gezieltere Prüfung sein kann. Gerade das Gegenteil ist der Fall, wenn, wie oben ausgeführt, die Krankenkasse gezielt diejenigen Abrechnungen identifizieren muss, die Auffälligkeiten aufweisen, die die Einleitung einer MD-Prüfung rechtfertigen können, um aus Sicht der Krankenkasse die ihr zustehende Prüfquote „optimal“ auszunutzen. Zudem erschöpft sich die Umsetzung des Entfalls der Prüfquoten nicht lediglich in der Streichung der Absätze 2 und 4 des § 275c SGB V, es wären weitere Maßnahmen erforderlich, z. B. eine Anpassung der Regelungen zu Anfall und Ausgestaltung des Aufschlages.

Darüber hinaus stellt die Kommission eine Summe eines potentiellen zusätzlichen Rückerstattungspotentials in Höhe von ca. 1,4 Mrd. € in den Raum, ohne die Ermittlung dieser Summe belastbar zu belegen.

3.6) Erweiterung der Fallzusammenführung

Kommissionsvorschlag Nr. 30:

Vorgeschlagen wird eine pauschale Fallzusammenführung von Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Ersteinweisung, unabhängig vom Krankenhausstandort sowie von der MDC-Kategorie der zusammenzuführenden Fälle mit einer angegebenen Finanzwirkung von ca. 2,1 Mrd. € in 2027. Es seien keine Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung zu erwarten.

DKG-Stellungnahme:

Die vorgeschlagene pauschale Ausweitung der Fallzusammenführung auf sämtliche Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Ersteinweisung, unabhängig vom Krankenhausstandort und unabhängig von der MDC-Kategorie, ist aus Sicht der DKG als völlig willkürliche Maßnahme abzulehnen. Es drängt sich hier der Verdacht auf, dass die Kommission die medizinischen Sachzusammenhänge der bisherigen Regelung entweder nicht verstanden hat, oder schlicht ignoriert.

Die geltenden Regelungen zur Fallzusammenführung sind seit Einführung des DRG-Systems ein wesentlicher Bestandteil der Abrechnungsbestimmungen und beruhen auf einer bewussten und differenzierten gesetzgeberischen Grundentscheidung. Bereits mit der Fallpauschalenverordnung 2004 (KFPV 2004) hat der Verordnungsgeber die Frage der Wiederaufnahmen ausdrücklich aufgegriffen und dabei gerade keine pauschale, sondern eine differenzierte Regelung gewählt. Ziel war es, Fehlanreize zu vermeiden, ohne zugleich medizinisch sinnvolle und bereits etablierte Behandlungsabläufe sachwidrig einer umfassenden Fallzusammenführung zu unterwerfen.

Die amtliche Begründung zur KFPV 2004 beschreibt dies sehr deutlich. Dort heißt es, § 2 ziele darauf, „künftige fehlsteuernde Anreize vorbeugend zu beseitigen und von vornherein ein Fallsplitting für die Krankenhäuser ökonomisch unattraktiv zu machen“. Zugleich sollte aber „eine Lösung gefunden werden, die im täglichen Abrechnungsgeschäft auch bei hohen Fallzahlen praktikabel und von Krankenhäusern und Krankenkassen mit wenig Aufwand umzusetzen ist“. Weiter wird ausdrücklich hervorgehoben, Zielsetzung sei gewesen, „maschinell überprüfbare Regeln aufzustellen, die den Vorzug haben, eine Vielzahl von Nachfragen, Rechtfertigungen und Streitfällen zu vermeiden“.

Gerade daran zeigt sich, dass der Verordnungsgeber von Anfang an nicht jede Wiederaufnahme als missbräuchliches Fallsplitting verstanden hat. Vielmehr wird in der Begründung ebenso ausdrücklich anerkannt, dass es „selbstverständlich Behandlungsabläufe gibt, die aus medizinischen Gründen oder mit Rücksicht auf den Patienten oder die Patientin zu mehreren Krankenhausaufenthalten führen“. Auch wird dort betont, dass „solche bereits bestehenden, sinnvollen Behandlungsketten grundsätzlich nicht der Zusammenfassung zu einem Gesamtfall unterworfen“ werden sollten. Genau diesem gesetzgeberischen Leitbild folgen die bis heute im Wesentlichen unveränderten Regelungen der FPV.

Vor diesem Hintergrund verkennt die Reformempfehlung bereits im Ansatz die Funktion und die Genese der geltenden Abrechnungsbestimmungen. Die bestehenden Regelungen sind kein unvollständiges Provisorium, sondern Ausdruck einer seit 2004 tragenden Systementscheidung, medizinisch sachgerechte Mehrfachbehandlungen von ökonomisch motiviertem Fallsplitting abzugrenzen. Dass diese Differenzierung tragfähig ist, zeigt gerade ihre langjährige Anwendung in der Praxis.

Hinzu kommt, dass die geltenden Fallzusammenführungsregelungen mittlerweile etabliert und rechtssicher handhabbar sind. Mit dem Schlichtungsausschuss Bund steht seit Jahren ein Instrument zur Verfügung, um Auslegungsfragen bei den Abrechnungsbestimmungen bundeseinheitlich zu klären. Zu den bestehenden Regelungen der Fallzusammenführung wurde bisher kein (!) Antrag auf bundeseinheitliche Klärung gestellt. Dies und die langjährige Erfahrung sprechen deutlich dafür, dass die geltenden Vorgaben in der Praxis als sachgerecht anerkannt, unbürokratisch und weitgehend konfliktfrei anwendbar sind. Eine vollkommen undifferenzierte Zusammenfassung von Fällen innerhalb von 30 Tagen würde ganz offensichtlich zu medizinisch-inhaltlich unsinnigen Fallzusammenfassungen führen, wie einfache Beispiele auf nachfolgender Seite nachdrücklich zeigen. Die Konsequenz daraus sind eine inhomogene Kalkulation, tatsächliche Fehlsteuerungen und eine Beschädigung der Akzeptanz des Systems.

Auch in systematischer Hinsicht überzeugt der Vorschlag nicht. Die Kommission unterstellt ein erhebliches Einsparpotenzial durch die erweiterte Fallzusammenführung. Dabei wird jedoch übersehen, dass eine Änderung der Fallzusammenführungsregeln zugleich die Falldefinition selbst verändert. Wenn Wiederaufnahmen künftig in erheblich größerem Umfang zu Gesamtfällen zusammengeführt würden, ändert sich nicht nur die Zahl der abrechenbaren Fälle, sondern zugleich auch die Kostenbasis, auf der die DRG-Fallpauschalen kalkuliert werden. Die mit den zusammengeführten Fällen verbundenen Kosten würden künftig dem Indexfall zugerechnet und in die Kalkulation der jeweiligen DRGs einfließen. Das bedeutet: Bei sachgerechter und regulärer Kalkulation des Systems kann der behauptete Einspareffekt nicht in der von der Kommission unterstellten Weise eintreten. Die Reformempfehlung betrachtet primär die Reduktion der Fallzahl, blendet aber die ebenso systemnotwendige Anpassung der Relativgewichte aus oder behandelt sie nur nachgeordnet. Damit wird der Eindruck eines erheblichen dauerhaften Spareffekts erzeugt, obwohl es sich im Kern nur um eine Umdefinition von Fällen und deren kalkulatorischer Abbildung handelt. Im Ergebnis werden die von den Kalkulationskrankenhäusern nachgewiesenen Kosten lediglich neu verteilt. Damit ist grundsätzlich keine Reduktion der Kosten oder Erlöse der Krankenhausbehandlung verbunden. Die gewünschten Einspareffekte sind daher rein hypothetisch und allenfalls in einer vernachlässigbaren Größenordnung.

Besonders kritisch ist allerdings die vorgeschlagene krankenhausesübergreifende Fallzusammenführung. Diese würde die Abrechnungspraxis massiv verkomplizieren. Das Indexkrankenhaus müsste künftig in Erfahrung bringen, ob der Patient innerhalb von 30 Tagen nach der Erstaufnahme in einem anderen Krankenhaus erneut behandelt wurde. Dies ist weder regelhaft verlässlich noch bürokratiearm abbildbar. Die Kommission unterstellt hier eine einfache und klare Regelung, tatsächlich würde aber ein neues, hochaufwändiges Abstimmungs- und Informationsregime zwischen Krankenhäusern erforderlich sein. Es

entstünden neue Fragen nach den Informationsquellen, den Mitwirkungspflichten, den Fristen, der Datenübermittlung und der Fehlerverantwortung.

Hinzu kommt das von der Kommission selbst vorgeschlagene Verfahren zur Erlösaufteilung zwischen Indexkrankenhaus und wiederaufnehmendem Krankenhaus. Danach soll das wiederaufnehmende Krankenhaus das volle Relativgewicht der entsprechenden DRG erhalten, während das Indexkrankenhaus lediglich den Differenzbetrag aus dem neugruppierten Gesamtfall und der DRG des wiederaufnehmenden Krankenhauses abrechnen darf. Dies wäre ein hochkomplexes bürokratisches Verfahren. Das Indexkrankenhaus müsste nicht nur Kenntnis von der erneuten Aufnahme und deren Kodierung erlangen, sondern auf dieser Grundlage auch eine neue Gruppierung des Gesamtfalls vornehmen, die Bewertungsrelationen rechnerisch aufteilen und sodann die Abrechnung im Außenverhältnis zur Krankenkasse sowie gegebenenfalls im Binnenverhältnis zwischen den beteiligten Krankenhäusern nachvollziehbar abwickeln. Anstelle einer Vereinfachung würde damit ein neues, streitanfälliges Verrechnungsregime geschaffen. Und das in einem Bereich, der bisher unbürokratisch geregelt ist.

Gerade im Verhältnis mehrerer Krankenhäuser untereinander wäre mit erheblichen Konflikten zu rechnen. Wer trägt die Verantwortung für die Kodierung des Gesamtfalls? Welche Daten sind maßgeblich, wenn unterschiedliche Dokumentationsstände oder unterschiedliche Kodierauffassungen bestehen? Wie wird verfahren, wenn das wiederaufnehmende Krankenhaus seine Abrechnung bereits gestellt hat? Welche Korrekturpflichten bestehen gegenüber der Krankenkasse und welche Ausgleichsansprüche im Innenverhältnis? Die Reformempfehlung unterschätzt diese Fragen vollständig.

Ebenso abzulehnen ist die vorgeschlagene MDC-übergreifende Fallzusammenführung. Sie führt gesichert dazu, dass medizinisch nicht zusammengehörige oder jedenfalls nicht ohne Weiteres als einheitlicher Behandlungsfall zu bewertende Behandlungen sachwidrig zusammengefasst werden müssen. Schon einfache Beispiele zeigen die Unsinnigkeit einer solchen Regelung: Ein Patient wird zunächst wegen eines Schlaganfalls behandelt und wenige Wochen später wegen einer elektiven Knieoperation aufgenommen. Nach der Logik der Kommission müsste eine solche Konstellation in dieselbe 30-Tage-Regel einbezogen werden, obwohl beide Behandlungen medizinisch, organisatorisch und vergütungslogisch nichts miteinander zu tun haben. Gleiches gilt etwa für die Behandlung einer Brustoperation einerseits und einer späteren, hiervon völlig unabhängigen chirurgischen Eingriff andererseits. Auch eine frühere stationäre Diagnostik und eine spätere, von einem anderen Fachgebiet verantwortete Aufnahme würden in den Anwendungsbereich und zu absurden Ergebnissen führen. Die derzeitige Regelung vermeidet solche sachwidrigen Ergebnisse bewusst, indem sie an dieselbe Basis-DRG, dieselbe MDC oder an klar definierte Komplikationszusammenhänge anknüpft.

Auch die von der Kommission vorgeschlagene Aufteilung der Bewertungsrelation zwischen Indexkrankenhaus und wiederaufnehmendem Krankenhaus überzeugt systematisch nicht. Nach dem vorgeschlagenen Modell soll sich der Vergütungsanteil des Indexkrankenhauses (RGIK) aus der Differenz zwischen dem Relativgewicht des zusammengeführten und neu gruppierten Gesamtfalls (RGZF) und dem Relativgewicht der DRG des wiederaufnehmenden Krankenhauses (RGWA) ergeben ($RGIK = RGZF - RGWA$). Dieses Modell setzt jedoch voraus, dass das Relativgewicht des Gesamtfalls stets höher ist als das Relativgewicht des wiederaufnehmenden Krankenhauses. Dies ist gerade bei einer krankenhauses- und MDC-übergreifenden Fallzusammenführung nicht gewährleistet. Sofern das Relativgewicht des wiederaufnehmenden Krankenhauses höher ist als das Relativgewicht des neu gruppierten Gesamtfalls oder es im Nachgang zu Absenkungen durch MD-Korrekturen kommt, ergäbe sich für das Indexkrankenhaus rechnerisch ein Null- oder sogar Negativbetrag. Ein negatives Relativgewicht ist vergütungssystematisch ausgeschlossen und verdeutlicht, dass der vorgeschlagene Verteilungsmechanismus in der Praxis weder belastbar noch widerspruchsfrei handhabbar ist.

Die amtliche Begründung zur KFPV 2004 bestätigt gerade diese gesetzgeberische Zurückhaltung. Dort wird ausdrücklich ausgeführt, dass bestimmte Behandlungsstrukturen und -abläufe, die sich „weitgehend ohne fehlsteuernde Anreize von Fallpauschalen in der Vergangenheit entwickelt haben“, grundsätzlich nicht zusammengefasst werden sollen. Außerdem wurden bereits damals bestimmte Sondergruppen bewusst von der Fallzusammenführung ausgenommen, etwa die Onkologie, Schwangerschaft und Geburt, Neugeborene, HIV-Behandlungen oder Dialysen. Auch dies zeigt, dass der Verordnungsgeber gerade keine pauschale Lösung wollte, sondern eine differenzierte, medizinisch sensible und praktikable Regelung.

Nicht überzeugend ist zudem die Annahme, die Ausweitung der Fallzusammenführung werde den administrativen Aufwand reduzieren. Das Gegenteil ist zu erwarten. Die bestehenden Regelungen sind bekannt, etabliert und im Routinebetrieb maschinell sowie sachbearbeiterisch gut handhabbar. Eine grundlegende Neuregelung würde neue Prüf- und Streitfelder eröffnen, insbesondere bei der Frage, ob ein späterer Aufenthalt überhaupt dem ursprünglichen Fall zuzurechnen ist, wie die leistungsrechtliche und vergütungsrechtliche Zuordnung zu erfolgen hat und wie mit bereits abgeschlossenen Abrechnungen umzugehen ist. Gerade die bislang vermiedenen Nachfragen, Rechtfertigungen und Auseinandersetzungen würden neu ausgelöst.

Schließlich überzeugt auch die versorgungsbezogene Argumentation der Kommission nicht. Wiederaufnahmen sind nicht per se Ausdruck von Fehlversorgung oder Fehlanreizen. Sie können medizinisch notwendig, leitliniengerecht und patientenorientiert sein. Bereits der Verordnungsgeber hat 2004 darauf hingewiesen, dass in den letzten Jahren vor Einführung

des DRG-Systems gerade auch von den Krankenkassen darauf gedrängt wurde, Patientinnen und Patienten zwischenzeitlich zu entlassen, wenn etwa eine Therapie nicht unmittelbar im Anschluss an eine Diagnostik durchgeführt werden konnte. In der amtlichen Begründung wird dazu ausdrücklich festgehalten, dass dies „grundsätzlich im Sinne der Patientinnen und Patienten sowie der zahlungspflichtigen Krankenkassen“ sei. Diese Annahme gilt weiterhin. Eine pauschale 30-Tage-Fallklammer über Krankenhaus- und Fachgebietsgrenzen hinweg würde daher nicht nur Fehlanreize beseitigen, sondern ebenso medizinisch sinnvolle und patientengerechte Behandlungsabläufe behindern.

Im Ergebnis ist die Reformempfehlung daher aus mehreren Gründen abzulehnen:

Erstens widerspricht sie der seit Einführung des DRG-Systems tragenden gesetzgeberischen Grundentscheidung, Fallzusammenführungen gezielt, differenziert nach medizinischen Sachverhalten und praktikabel auszugestalten.

Zweitens ignoriert sie, dass die bestehenden Regelungen sich in der Praxis bewährt haben und derzeit kaum konflikträchtig sind.

Drittens überschätzt sie den dauerhaften Spareffekt, weil sie die notwendige Anpassung der Falldefinition und der DRG-Kalkulation nicht berücksichtigt.

Viertens würde insbesondere die krankenhausesübergreifende Fallzusammenführung ein neues, hochbürokratisches und streitanfälliges Abrechnungssystem schaffen. Dies widerspricht auch dem Grundsatz, dass jedes Krankenhaus eine eigene Fallpauschale für die durchgeführte Behandlung abrechnet.

Fünftens führt die MDC-übergreifende Zusammenführung zu sachwidrigen Ergebnissen, weil medizinisch nicht zusammenhängende Behandlungen allein aufgrund einer zeitlichen Nähe zusammengezogen würden.

Vor diesem Hintergrund sollte die Reformempfehlung aus Sicht der Krankenhäuser klar zurückgewiesen werden. Die geltenden Regelungen zur Fallzusammenführung sind langjährig etabliert, vom Gesetzgeber bewusst differenziert ausgestaltet und in der Praxis gut anwendbar. Ein Änderungsbedarf ist nicht ersichtlich. Eine grundlegende Neuregelung würde keine Vereinfachung schaffen, sondern neue Abgrenzungsfragen, zusätzlichen bürokratischen Aufwand und neue Abrechnungsstreitigkeiten erzeugen.

3.7) Maßnahmenpaket zum Umgang mit NUBs im Krankenhaus

Kommissionsvorschlag Nr. 31:

Die Leistungserbringung von NUBs soll sich ausschließlich auf Innovationszentren im Rahmen klinischer Studien konzentrieren; die Studien- und Erprobungskosten sollen durch die Hersteller/ Unternehmer gemäß § 137e Absatz 7 SGB V finanziert werden; ausschließlich der G-BA soll über das Potenzial der NUB entscheiden. Die damit verbundene Finanzwirkung soll ca. 50 Mio. € in 2027 betragen. Es seien positive Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung zu erwarten.

DKG-Stellungnahme:

Die Krankenhäuser sprechen sich gegen eine Umsetzung dieses Vorschlages der Finanzkommission aus.

Das NUB-Verfahren (Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) beim Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ist ein zentrales Element der Krankenhausvergütung stationärer Fälle. Es dient der Finanzierung medizinischer Innovationen im deutschen DRG-System (und PEPP-Entgeltsystem). Durch das NUB-Verfahren sollen medizinische Innovationen gefördert und bei Erfolg zeitnahen Eingang in die reguläre Krankenhausversorgung und -vergütung finden. Nicht zuletzt werden finanzielle Risiken in Verbindung mit Innovationen für Krankenhäuser dann reduziert, wenn sie mit den Krankenkassen krankenhaushausindividuelle Entgelte vereinbaren.

Kern des Verfahrens ist die Möglichkeit für Krankenhäuser, zu innovativen Leistungen eine Information beim InEK, stellvertretend für die Selbstverwaltung nach § 9 KHEntgG, einzuholen, bei denen sie davon ausgehen, dass sie noch nicht sachgerecht über das DRG-System vergütet werden. Diese Annahme liegt u. a. darin begründet, dass die jeweils aktuell gültigen Entgelte (DRGs, Zusatzentgelte) auf der Basis älterer Kostendaten ermittelt werden und insofern Innovationen erst mit zeitlichem Verzug im Vergütungssystem berücksichtigt werden können. Das InEK prüft die krankenhaushausindividuellen Anfragen und stellt fest, ob eine Leistung mit NUB-Status 1 zu bewerten ist, d. h. die Leistung erfüllt die Kriterien der NUB-Vereinbarung und sie wurde nicht gemäß § 137c SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen. In diesem Fall kann das Krankenhaus ein zeitlich befristetes (für ein Jahr), fallbezogenes Entgelt oder Zusatzentgelt, welches sachgerecht zu kalkulieren ist, mit den Krankenkassen vereinbaren. Die NUB-Entgelte dienen als Übergangslösung und können bestenfalls nach einer bestimmten Zeit in das DRG-System überführt werden.

Die zuständige Selbstverwaltung nach § 9 KHEntgG kann zu den angefragten Leistungen jederzeit eine Methodenbewertung nach § 137c SGB V veranlassen. D. h. bestehen beispielsweise Zweifel an dem Nutzen des Verfahrens, kann es zur Prüfung im G-BA vorgesehen werden. Außerdem besteht seit vielen Jahren das Verfahren der Bewertung nach § 137h SGB V (Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse), welches bereits zu solchen Schnellbewertungen im

Kontext von NUB-Anfragen zu bestimmten Methoden beim G-BA führt, wie sie nun offenbar der Finanzkommission für sämtliche im NUB-Verfahren angefragten Methoden vorschwebt. Es bleibt anhand der Ausführungen der Finanzkommission allerdings unklar, ob die Regelungen des § 137h SGB V von dieser bei ihren Überlegungen überhaupt berücksichtigt wurden, da sie mit keiner Silbe Erwähnung finden. Es erscheint also denkbar, dass diese schlichtweg von ihr übersehen wurden.

Das NUB-Verfahren dient u. a. deshalb nicht der Methodenbewertung, sondern ausschließlich Vergütungszwecken. Die Mehrheit der Anfragen bezieht sich im Übrigen auf zugelassene Arzneimittel. Letzteres wird bei dem Vorschlag komplett übersehen und hätte bei einer Erbringbarkeit Arzneimittel-bezogener NUBs ausschließlich in Innovationszentren fatale Folgen für die flächendeckende medizinische Versorgung. Denn mit dem NUB-System können auch Arzneimittel von Krankenhäusern frühzeitig eingesetzt werden, die nicht zwingend hochinnovativ und hochpreisig sein müssen, sondern alle Arzneimittel, die nicht über das DRG-System refinanziert werden. Es kann sich also auch um niedrig- oder mittelpreisige Arzneimittel handeln, die nicht nur für seltene Erkrankungen gelten und einer besonderen Expertise bedürfen, für die dennoch ein hoher medizinischer Bedarf bestehen kann. Die vorliegende Evidenz wird im Rahmen des Zulassungsverfahrens bereits auf EU-Ebene geprüft, der Zusatznutzen als Preisbildungsmechanismus bereits über den G-BA. Weiterer Qualitätsanforderungen für die Leistungserbringung bedarf es nicht.

Trotz grundsätzlich positiver Bewertung des NUB-Verfahrens ist gleichwohl anzumerken, dass das NUB-Verfahren den Krankenhäusern die Vereinbarung entsprechender NUB-Entgelte mit den Krankenkassen nicht garantiert. Insofern verwundert die Aussage der Finanzkommission, dass NUBs derzeit von jedem Krankenhaus erbracht werden können.

Die Vorschläge der Finanzkommission erscheinen insgesamt wenig zielführend. Eine Ausdehnung schneller G-BA-Bewertungen auf alle als NUB angefragten Methoden wirkt unter Berücksichtigung der gesammelten Erfahrungen mit der Methodenbewertung im G-BA in den letzten 20 Jahren unrealistisch. Es würde die Kapazitäten des G-BA schlichtweg übersteigen. Bereits das Verfahren nach § 137h SGB V hat sich in dieser Hinsicht als sehr herausfordernd für den G-BA herausgestellt. Es überzeugt auch nicht, den Krankenkassen die Kompetenz abzusprechen, eigenständig zu entscheiden, zu welchen Methoden sie NUB-Vereinbarungen mit einzelnen Krankenhäusern abschließen möchten.

Der Vorschlag, NUBs mit Potenzial nur noch an sogenannten „Innovationszentren“, womit offenbar vornehmlich Unikliniken gemeint sind, erbringen zu lassen, geht an der Versorgungsrealität schlicht vorbei. Wenngleich besondere strukturelle Voraussetzungen in manchen Fällen nicht außer Acht gelassen werden können, kommt es in diesem Kontext sehr wesentlich auch darauf an, wo die jeweils versierten und an Studien interessierten

Klinikerinnen und Kliniker tätig sind. Die im Zuge der Erprobungsstudien des G-BA gesammelten Erfahrungen zeigen, dass ein relevanter Anteil der an den Studien teilnehmenden Leistungserbringer keine Unikliniken sind. Das „Innovationszentren“-Konzept der Finanzkommission hätte beispielweise die viel beachtete „LIPLEG“-Studie des G-BA zur Liposuktion verhindert, da diese maßgeblich abseits von Unikliniken durchgeführt wurde.

Der Vorschlag der Finanzkommission führt letztlich zu einer weiteren Aushöhlung des durch die Bedingungen der §§ 137c und 137h SGB V sowie ergangener BSG-Rechtsprechung bereits eingegrenzten „Verbotsvorbehaltes“ und damit zu einer weiteren Abkopplung der Teilhabe nicht selten schwer erkrankter gesetzlich Krankenversicherter am medizinischen Fortschritt.

Schließlich ist auch ein Blick auf das von der Finanzkommission postulierte Einsparvolumen von 50 Mio. € in 2027 zu werfen. Abgesehen von der geringen Höhe im Verhältnis zu anderen Maßnahmen darf bezweifelt werden, dass dies überhaupt erreicht werden würde. Die weitere Erschwernis der Teilhabe gesetzlich Versicherter am medizinischen Fortschritt dürfte neben der Terminmisere bei Fachärzten und den drohenden Einschränkungen bei Arztzugang und -wahl im Kontext möglicher Primärversorgungsregelungen ganz unweigerlich dazu führen, dass sich viele Besserverdienende nicht mehr für eine freiwillige gesetzliche Krankenversicherung sondern für eine private Krankenversicherung entscheiden werden. Es ist nicht anzunehmen, dass diese Einnahmeausfälle der gesetzlichen Krankenkassen in der Berechnung berücksichtigt wurden.

3.8) Obligatorische Zweitmeinungsverfahren bei mengensensiblen Eingriffen

Kommissionsvorschlag Nr. 32:

Der G-BA soll zur schrittweisen Einführung verbindlicher Zweitmeinungsverfahren für mengenanfällige Eingriffe beauftragt werden. Die Finanzwirkung soll ca. 0,15 Mrd. € in 2027 betragen. Es seien positive Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung zu erwarten.

DKG-Stellungnahme:

Die DKG unterstützt Maßnahmen zur Stärkung der Patientensouveränität, Erhöhung der Patientensicherheit und zur Förderung einer partizipativen Entscheidungsfindung ausdrücklich. Die Sinnhaftigkeit einer ärztlichen Zweitmeinung ist wissenschaftlich belegt und das bestehende Zweitmeinungsverfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) leistet hierfür einen wichtigen Beitrag. Mittlerweile deckt die Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL) 13 verschiedene Leistungsbereiche ab. Es erfolgt zudem eine stetige Ergänzung um weitere Eingriffe nach eingängiger wissenschaftlicher Prüfung potentieller Mengenanfälligkeit durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).

Indikationsstellende Ärztinnen und Ärzte sind schon heute über die Richtlinie bei den umfassten Leistungsbereichen verpflichtet, Patientinnen und Patienten über das Recht, eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung einholen zu können, aufzuklären. Im Rahmen der Aufklärung werden ausführliche Informationen zum Zweitmeinungsverfahren gegeben. Unter <https://www.gesundheitsinformation.de/zweitmeinung-vor-operationen.html> können sich Patientinnen und Patienten zudem selbständig mit den möglichen individuellen Therapieoptionen auseinandersetzen. Ob das Zweitmeinungsverfahren letztendlich in Anspruch genommen wird, sollte mündigen Patienten wie bisher selbst überlassen bleiben. Eine obligatorische Vorgabe für weitere Arztbesuche, bei womöglich eindeutiger Indikationsstellung, erscheint in der heutigen Zeit, in der wir die paternalistisch geprägte medizinische Versorgung längst hinter uns gelassen haben, schwer vermittelbar. Es suggeriert auch, dass jede durch einen Arzt gestellte Indikation erst einmal grundsätzlich zweifelhaft ist, was unter Umständen das Vertrauensverhältnis Arzt-Patient beeinträchtigen kann. Zudem ist zu befürchten, dass ein obligatorisches Verfahren für Patienten zu erheblich erhöhten Wartezeiten und zu Verzögerungen der Behandlung führen wird. Zusätzlich entstehen neue administrative Aufwände – von der Prüfung der Abrechnungsvoraussetzungen, über das Terminmanagement bis hin zur Dokumentation – bei Leistungserbringern und Krankenkassen. Bei Patienten und Patientinnen entstehen Herausforderungen durch den zeitlichen Verzug, einhergehend mit möglicherweise längeren Krankschreibungen, Schmerztherapien sowie zusätzlichen und längeren Anfahrtswegen. Gerade in ländlichen Regionen mit bereits begrenzten ärztlichen Kapazitäten wird sich die Umsetzung der Empfehlung gravierend auswirken. Ein erheblicher Teil der Einsparungen wird somit durch neue Kosten sofort wieder aufgezehrt. Stattdessen braucht es eine grundsätzliche Reform der Finanzierung – hier hat die Politik im Rahmen der Krankenhausreform allerdings eine Chance vertan. Eine echte Vorhaltefinanzierung würde den wirtschaftlichen Druck von Fallzahlen entkoppeln.

Weiterhin ist zu beachten, dass ohnehin schon bei jeglichen elektiven Eingriffen ein faktisches Zweitmeinungsverfahren existiert: Ein/e niedergelassene/r Fachärztin/Facharzt diagnostiziert eine Erkrankung und weist den Patienten mit einer Indikation zu einem operativen Eingriff daraufhin bewusst in ein Krankenhaus ein, wo noch einmal Anamnese und Beurteilung des gesundheitlichen Zustands des Patienten stattfinden und eine OP-Indikation sorgfältig geprüft wird. Somit finden dann auch im Krankenhaus – ggf. auch in Kooperation mit anderen Kliniken – faktisch Zweitmeinungsverfahren in unterschiedlicher Ausprägung und zumeist zusätzlich interdisziplinär – statt.

Der Vorschlag der Finanzkommission erscheint darüber hinaus in weiteren konkreten Punkten unrealistisch:

- Bereits zum 01.07.2026 soll ein Verfahren zur obligatorischen Zweitmeinung eingeführt werden. Das wäre in zwei bis drei Monaten. Es ist unmöglich, in diesem

Zeitraum die normativen Grundlagen zu gestalten und darüber hinaus ein funktionierendes Netzwerk von Zweitmeinern aufzubauen. Die Anzahl aktuell gemäß Zm-RL berechtigter Zweitmeinern wäre den Anforderungen des schlagartig steigenden Patientenvolumens nicht gewachsen. Beispielsweise stehen in dem von der Finanzkommission vorgeschlagenen Eingriff der Knieendoprothesen-Erstimplantation aktuell 551 berechnete Zweitmeinern² für etwa 221.000 Eingriffe³ im Jahr zur Verfügung. Bei Bearbeitung dieser Vielzahl an zusätzlichen Fällen würden unverhältnismäßig lange Wartezeiten entstehen, und dies nicht nur für die Patienten, die eine Zweitmeinung einholen müssen, sondern für alle Patienten, die in der jeweiligen Praxis behandelt werden. Zudem ist für die generelle Verfügbarkeit und optionale anschließende Behandlungsmöglichkeiten insbesondere in Anbetracht des laufenden Transformationsprozesses zu berücksichtigen, dass nach den aktuellen Regelungen die Zweitmeinenden einen potenziellen Eingriff nach erfolgter Zweitmeinung bei dem/ der jeweiligen Patienten/-in nicht mehr selbst durchführen dürfen, sollte der Zweitmeinende die Indikationsstellung zu einem operativen Eingriff wiederholen (§ 27b SGB V).

- Aufgrund fehlender Evidenz zu den Effekten eines obligatorischen Zweitmeinungsverfahrens in Deutschland soll die Einführung anhand eines ausgewählten Eingriffs evaluiert werden. Hierfür wäre zunächst ein Evaluationsplan **vor Implementierung der Intervention** mit Nullpunktmessung zu erstellen. Auch dies erscheint vor dem Hintergrund der zeitlichen Umsetzungsempfehlung unrealistisch.
- Der zeitlich vorgesehene Horizont verkennt die technischen Realitäten. Eine effiziente und patientenschonende Zweitmeinung setzt den digitalen Austausch von bildgebender Diagnostik und Befunden voraus. Dazu gehört auch die Dokumentation der Zweitmeinung, die als Abrechnungsvoraussetzung etabliert werden soll. Aktuell sind die systemübergreifenden Standards für den Datenaustausch, – insbesondere im Rahmen der ePA (elektronische Patientenakte) – noch nicht flächendeckend ausgereift und so stabil, dass ein reibungsloser, sektorenübergreifender Datentransfer zwischen Erst- und Zweitmeinenden ohne massiven zeitlichen Verzug garantiert werden kann. Ein obligatorisches Verfahren würde somit zwangsläufig zu einem analogen Bürokratie-Rückfall führen.
- Die Annahme der Finanzkommission, dass bei Einführung der obligatorischen Zweitmeinung mindestens 20 % der bisher durchgeführten Eingriffe nicht mehr

² Gemeinsamer Bundesausschuss (2026): „Zweitmeinungsverfahren: Zahl der Zweitmeinenden steigt weiter“, online verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/service/fachnews/239/> [zuletzt abgerufen am 13.04.2026].

³ IQTIG (2025): „Qualitätsreport Auswertungsjahr 2025“ (S. 138), online verfügbar unter: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/qualitaetsreport/> [zuletzt abgerufen am 13.04.2026].

durchgeführt werden würden, basiert auf einem Vergleich von Eingriffszahlen und einer Orientierung am Median innerhalb in etwa vergleichbarer Gesundheitssysteme in Europa und der OECD und der dabei gewonnen Erkenntnis, dass in Deutschland bestimmte Eingriffe häufiger durchgeführt werden. Es wird ein kausaler Schluss interpretiert, der andere Einflussfaktoren völlig außer Acht lässt. Diese Interpretation verkennt spezifische deutsche Versorgungsrealitäten, wie die hohe Morbiditätslast einer alternden Gesellschaft sowie die im internationalen Vergleich hohe Dichte an spezialisierten Leistungserbringern. Eine Reduktion der Fallzahlen um pauschal 20 % liefe somit Gefahr, eine medizinisch indizierte Versorgung zu unterlassen. Der Bezug zum Zweitmeinungsverfahren selbst und deren Anwendung im internationalen Kontext findet in den Ausführungen keinerlei Berücksichtigung.

Die Idee der Finanzkommission, der potentiellen Mengenanfälligkeit bei bestimmten Eingriffen durch eine verpflichtende Zweitmeinung zu begegnen, setzt an der falschen Stelle im Versorgungspfad an und kann die möglichen Steuerungsdefizite bei einem strukturellen Problem nicht beheben. Der richtige Zeitpunkt für eine sinnvolle Intervention kann mit der Indikationsstellung zur Operation im ambulanten Bereich bereits überschritten sein. Daher müssten vor allem Überlegungen angestellt werden, wie vorbeugende präventive Maßnahmen, aber auch konservative Therapieoptionen stärker gefördert werden können, damit Operationen schon im Vorfeld vermieden oder zeitlich verzögert werden können.

3.9) Automatische Erweiterung des Prüfauftrags des Medizinischen Dienstes

Kommissionsvorschlag Nr. 33:

Der MD-Prüfauftrag soll automatisch auf alle abrechnungsrelevanten Sachverhalte eines Prüffalles erweitert werden. Damit verbunden sei eine Finanzwirkung von ca. 0,46 Mrd. € in 2027. Es seien positive Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung zu erwarten.

DKG-Stellungnahme:

Der Vorschlag der Kommission für eine automatische Erweiterung des Prüfauftrages ist abzulehnen, da unklar ist, was die Kommission eigentlich beabsichtigt. Für einen Systemwechsel weg von einer auffälligkeitsbasierten Einzelfallprüfung hin zu einer verdachtsunabhängigen (Ausforschungs-)Prüfung fehlen tragfähige gewichtige Gründe. In Anbetracht der Rechtsprechung des BSG zur Konkretisierungspflicht des Prüfauftrages mit Blick auf den Sozialdatenschutz ist eine unbegrenzte Ausforschungsprüfung, die Krankenhäuser verpflichten würde, sämtliche Sozialdaten zur Verfügung zu stellen, unverhältnismäßig und damit rechtswidrig. Gleiches gilt, sofern mit dem Vorschlag eine Ausdehnung des Prüfauftrages unter Beibehaltung der auffälligkeitsbasierten Einzelfallprüfung intendiert ist. Eine automatische, autarke Erweiterung des Prüfauftrages

durch den Medizinischen Dienst ohne Information des Krankenhauses beeinträchtigt den Sozialdatenschutz und beschneidet die Reaktionsmöglichkeiten des Krankenhauses in unzulässigem Umfang.

Zunächst führt die Kommission aus, dass eine Erweiterung des Prüfauftrages im schriftlichen Prüfverfahren nur mit einem erheblichen Aufwand von Medizinischem Dienst und beauftragender Krankenkasse erfolgen könne und daher oftmals von einer Erweiterung abgesehen werde, was potentiell Rückforderungspotential ungenutzt lasse. Daher solle auf die Beantragung und Genehmigung der Erweiterung verzichtet werden und der Medizinische Dienst automatisch die Prüfung auf alle abrechnungsrelevanten Voraussetzungen ausdehnen können. Auf Seite 252 wird hingegen als Umsetzungsmaßnahme vorgeschlagen, dass eine gesetzliche Regelung implementiert werden soll, wonach der Medizinische Dienst alle abrechnungsrelevanten Voraussetzungen der betreffenden Abrechnungsposition im Rahmen einer Fallprüfung prüfen darf. Dies klingt eher nach einem Systemwechsel weg von einer auffälligkeitsbasierten Einzelfallprüfung hin zu einer verdachtsunabhängigen (Ausforschungs-)Prüfung sämtlicher abrechnungsrelevanter Positionen. Ob die Kommission also lediglich eine automatische Ausdehnung des Prüfauftrages unter Beibehaltung der auffälligkeitsbasierten Einzelfallprüfung beabsichtigt oder ein Systemwechsel der Prüfung intendiert ist, bleibt unklar.

Grundsätzlich ist ein solcher Systemwechsel denkbar, es müssten jedoch gewichtige Gründe für einen Systemwechsel sprechen. Diese sind hier nicht erkennbar. Das existierende System der auffälligkeitsbezogenen Einzelfallprüfung fußt auf § 275c Abs. 1 S. 3 SGB V i. V. m. § 275 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB V. Danach wird der Medizinische Dienst eingeschaltet, um bei Vorliegen von Auffälligkeiten zu prüfen, ob eine Krankenhausabrechnung ordnungsgemäß erfolgt ist. Diese Auffälligkeiten sind wiederum Grundlage der Beauftragung des Medizinischen Dienstes nach § 4 S. 1 PrüfvV und definieren den Prüfgegenstand, der dem Krankenhaus mitzuteilen ist, § 4 S. 2 PrüfvV. Diese Konkretisierungspflicht des Prüfauftrages entspringt der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, welches mit Urteil vom 22.04.2009 (Az.: B 3 KR 24/07 R) festgelegt hat, dass aus der Mitteilung des Prüfauftrages und der Mitteilung des Prüfgrundes für das Krankenhaus klar erkennbar sein muss, welchen Sachverhalt der Medizinische Dienst zu prüfen hat, um daraus ableiten zu können, welche Unterlagen in die Prüfung mit einzubeziehen sind, da Sozialdaten vom Medizinischen Dienst gemäß § 276 Abs. 2 S. 1 SGB V nur insoweit erhoben (und vom Krankenhaus übermittelt) werden dürfen, soweit diese für die Begutachtung nach § 275 bis § 275c SGB V erforderlich sind. Soll künftig die an einer oder mehreren konkreten Auffälligkeiten orientierte Prüfung durch eine verdachtsunabhängige Prüfung sämtlicher abrechnungsrelevanter Voraussetzungen ersetzt werden, die ohne Vorliegen konkreter Anhaltspunkte beauftragt werden kann, wird im Ergebnis eine Ausforschungsprüfung eingeführt, die das Ziel hat, irgendetwas in der Abrechnung zu finden, das eine Beanstandung und somit eine Rechnungskürzung rechtfertigen kann. Solche

Ausforschungsprüfungen sind abzulehnen, da sie dem Grundsatz des effektiven Prüfverfahrens widersprechen. Für einen solch fundamentalen Wechsel der Grundlagen der Einzelfallprüfung ist kein belastbarer Grund erkennbar. Die von der Kommission vorgetragenen finanziellen Auswirkungen ihres Vorschlages sind wenig überzeugend. Sie beruhen auf einer Datengrundlage ausschließlich des MD Nord mit der „vereinfachenden“ Annahme, dass diese Daten repräsentativ für das Bundesgebiet sind. Die Darstellung der finanziellen Auswirkungen ist nur schwer nachzuvollziehen und zudem mit den finanziellen Auswirkungen anderer Änderungsvorschläge der Kommission verquickt, insbesondere mit der Streichung der Prüfquote, was vermuten lässt, dass die aufgezeigten Effekte so gering sind, dass sie schöngerechnet werden müssen. Weitere Argumente für einen Systemwechsel finden sich nicht.

Aber auch die Idee der „Vereinfachung“ der Erweiterung des Prüfauftrages im schriftlichen Verfahren kann nicht überzeugen. Für das in § 7 Abs. 4 PrüfvV dargestellte Verfahren gibt es nicht lediglich historische Gründe, sondern vielmehr rechtsstaatliche Notwendigkeiten. Wie oben ausgeführt ist die Mitteilung des Prüfauftrages notwendig, damit das Krankenhaus erkennen kann, was geprüft wird und welche Unterlagen erforderlich und an den Medizinischen Dienst zu übermitteln sind, damit der Prüfauftrag durchgeführt werden kann. Im Gegensatz zur Prüfung vor Ort erfolgt die Prüfung im schriftlichen Verfahren ohne Beteiligung des Krankenhauses. Erkennt der Medizinische Dienst das Erfordernis einer Prüferweiterung, kann das Krankenhaus nur dann reagieren (z. B. durch eine Übermittlung zusätzlicher Unterlagen), wenn es über diese Erweiterung in Kenntnis gesetzt wird. Eine automatische, autarke Erweiterung des Prüfauftrages durch den Medizinischen Dienst ohne Information des Krankenhauses beschneidet die Reaktionsmöglichkeiten des Krankenhauses erheblich. Dass die Erweiterung des Prüfauftrages bei der Prüfung vor Ort einfacher möglich ist, ist kein strukturelles Defizit, sondern vielmehr der Tatsache geschuldet, dass in dieser Form der Prüfung das Krankenhaus an der Prüfung beteiligt ist und auf Entwicklungen im Prüfverfahren sofort reagieren und beispielsweise weitere Unterlagen vorlegen kann. Dass aktuell in der Praxis kaum noch Prüfungen vor Ort durchgeführt werden, wird von der Kommission lediglich behauptet und nicht mit belastbarem Zahlenmaterial unterfüttert. Auch fehlen Nachweise, ob Erweiterungen der Prüfaufträge in der Praxis tatsächlich in solch einem Umfang zu erwarten sind, um das von der Kommission behauptete Rückforderungspotential zu begründen. Seitens der Krankenkassen ist eine vergleichbare Forderung bislang nie erhoben worden. Zudem darf nicht unberücksichtigt bleiben, dass die Krankenkassen es schon jetzt in der Hand haben, alle relevanten Auffälligkeiten bezüglich des Abrechnungsfalles zu benennen, auch über den in § 4 S. 2 PrüfvV genannten Katalog hinausgehend, vgl. § 4 S. 3 PrüfvV. Dass der Medizinische Dienst im Rahmen einer Prüfung darüberhinausgehende Auffälligkeiten entdeckt, dürfte i. d. R. die Ausnahme sein, die keine Gesetzesänderung rechtfertigt.

3.10) Maßnahmen zur Begrenzung von unverhältnismäßigen Budgetsteigerungen im PEPP-Bereich

Kommissionsvorschlag Nr. 34:

Mittel für vereinbarte, aber in der Folge nicht besetzte Personalstellen sollen an die Kostenträger im nächstmöglichen Budgetzeitraum zurückgezahlt und der erhöhte Gesamtbetrag nach § 3 BPflV soll im Folgejahr entsprechend abgesenkt werden. Budgetsteigerungen aufgrund nicht nachgewiesenen Personalmehrbedarfs sowie Entgelterhöhungen durch Krankenhausvergleiche sollen ausgeschlossen werden. Die Finanzwirkung soll ca. 0,4 Mrd. € in 2027 betragen. Es seien keine Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung zu erwarten.

DKG-Stellungnahme:

Eine Umsetzung des Vorschlages Nr. 1 würde die Umsetzung der hohen Qualitätsanforderungen des G-BA (PPP-RL) unmöglich machen und somit die psychiatrische und psychosomatische Versorgung massiv gefährden.

Der Vorschlag der Finanzkommission geht von falschen Annahmen aus und zeigt auch hier mangelnde Systemkenntnisse. Die von der Finanzkommission aufgegriffenen Zahlen und die daraus gezogenen Schlussfolgerungen sind nicht belastbar und somit nicht geeignet, um einen politischen Handlungsbedarf zu begründen.

Die in den vergangenen fünf Jahren außergewöhnlichen Kostensteigerungen der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen sind bekanntermaßen insbesondere durch Tarifsteigerungen, die Inflation, die Fallzahlsteigerungen und durch die Personalmindestanforderungen des G-BA bedingt. Die „überproportionalen Budgetsteigerungen“ sind nicht wie von der Finanzkommission angenommen, auf „fehlende Nachweis- oder Rückzahlungsverpflichtungen“ zurückzuführen. Da Tarifsteigerungen und Inflation von den Krankenhäusern nicht beeinflusst werden können, bieten lediglich die Personalmindestanforderungen einen Ansatz für die Begrenzung weiterer Kostensteigerungen.

Eine Zweckbindung von rund 65 % des Budgets mit einer Rückzahlungsverpflichtung für „nicht zweckentsprechend“ eingesetzte Mittel würde zudem einen Paradigmenwechsel in der Krankenhausfinanzierung bedeuten. Die Finanzkommission bezeichnet dies bagatellierend als „konsequente Budgetkontrolle“. Bisher basiert das Budgetsystem auf dem Grundsatz, dass vom Krankenhaus und den Krankenkassen ein Gesamtbetrag vereinbart wird und die sinnvolle und wirtschaftliche Verwendung der Mittel in der Eigenverantwortung der Krankenhäuser liegt. Dabei haben die Krankenhäuser keinen Rechtsanspruch auf die Refinanzierung der

tatsächlichen Kosten, so dass die mit der Budgetvereinbarung unterfinanzierten Bereiche durch andere Positionen kompensiert werden müssen. Wenn dieses Prinzip aufgekündigt wird, müssen im Gegenzug die bislang unterfinanzierten Bereiche zukünftig kostendeckend im Budget berücksichtigt werden, was auf eine Entwicklung hin zu einem Selbstkostendeckungsprinzip hinauslaufen würde.

Besonders schwerwiegend ist, dass die Finanzkommission die Sanktionen des G-BA vollkommen ausblendet. Mit der PPR-RL sind ab dem Jahr 2026 bei Nichterfüllung der Personalmindestanforderungen hohe Sanktionen in Kraft gesetzt worden. Eine zusätzliche Rückzahlungsverpflichtung würde eine zweifache Sanktionierung desselben Tatbestands, nämlich zu wenig Personal, bedeuten. Vor allem aber würden den betroffenen Einrichtungen durch die beiden parallel angelegten Mechanismen unverhältnismäßig hohe Mittel entzogen werden, die dann für die Einstellung des fehlenden Personals fehlen.

Sofern die Politik auf Grund der Sparzwänge im Gesundheitssystem den Vorschlag einer Rückzahlungsverpflichtung aufgreifen sollte, müssten zeitgleich und zwingend auch die Refinanzierung der tatsächlichen Personalkosten gesetzlich verankert und die Sanktionen des G-BA ausgesetzt werden, um zumindest die derzeitige Personalausstattung und Qualität der Versorgung zu erhalten. Ohne diese beiden begleitenden Maßnahmen müssten die Einrichtungen aus Kostengründen Personal abbauen und zur Einhaltung der Personalmindestanforderungen die Versorgung massiv einschränken.

Mit dem Vorschlag Nr. 2 der Finanzkommission zur vollständigen Streichung der Möglichkeit, über das für die Umsetzung der Mindestanforderungen zusätzlich erforderliche Personal zu verhandeln, würde die vom Gesetzgeber bewusst geschaffene und für die Umsetzung der Personalmindestanforderungen entscheidende Vorschrift zurückgenommen. Wenn dieser Vorschlag von der Politik aufgegriffen werden sollte, müssten daher zwingend auch die Personalmindestanforderungen des G-BA ausgesetzt werden.

Der Vorschlag Nr. 3 der Finanzkommission zum Psych-Krankenhausvergleich widerspricht dem ursprünglichen Ziel des Gesetzgebers, zu einer leistungsorientierten Angleichung der krankenhausindividuellen Budgets beizutragen. Zudem ist der Psych-Krankenhausvergleich in der Praxis nach Einführung der Personalmindestanforderungen des G-BA kaum noch relevant. Daher sollte der Psych-Krankenhausvergleich als Zeichen des ernsthaften politischen Willens zum Bürokratieabbau ersatzlos gestrichen werden. Dann wäre auf der Krankenkassenseite auch keine budgetsteigernde Wirkung mehr zu befürchten.

Die Kritik an der einseitigen und unvollständigen Darstellung der Finanzkommission und den auf dieser Grundlage ausgesprochenen Empfehlungen wird im Folgenden ausführlich begründet.

Politisch nicht belastbare Begründung des Handlungsbedarfs

Zum Hintergrund wird von der Finanzkommission zutreffend erläutert, dass mit der Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) mit Wirkung ab dem Jahr 2020 Mindestanforderungen an das therapeutische Personal eingeführt wurden. Diese Mindestanforderungen als „angemessene personelle Ausstattung im PEPP-Bereich“ zu bewerten, ist allerdings befremdlich und vermutlich auf die rechtswidrige Auffassung mancher Krankenkassen zurückzuführen, dass die Mindestanforderungen zugleich als Obergrenze für die Budgetverhandlungen zu verstehen seien.

Zu den Ausführungen der Finanzkommission zur Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) ist zunächst zu korrigieren, dass die Psych-PV bereits ab 1991 und nicht erst ab 2016 gegolten hat. Dieser lange Zeitraum, in dem sich die Budgets „historisch“ entwickelt haben, ist für das Verständnis des Budgetsystems und die sehr heterogenen Ausgangssituationen in den psychiatrischen Einrichtungen zum Zeitpunkt der Umstellung auf die Personalmindestanforderungen im Jahr 2020 von großer Bedeutung.

Zutreffend wird von der Finanzkommission zum Psych-Personalnachweis gemäß § 18 Absatz 2 ausgeführt, dass die Einrichtungen für die Jahre 2016 bis 2019 die Umsetzung der Psych-PV und die Mittelverwendung nachzuweisen hatten. In diesem Zusammenhang wird aus einer Publikation des GKV-Spitzenverbands herausgegriffen, „dass im Jahr 2019 lediglich rund 42 % der PEPP-Kliniken die erforderlichen Stellen vollständig besetzt hatten und darüber hinaus etwa 20 % keine zweckentsprechende Verwendung der Mittel nachweisen konnten“. Es ist bedauerlich, dass die Finanzkommission die Darstellungen des GKV-Spitzenverbands nicht näher betrachtet und weitere Publikationen nicht berücksichtigt hat. Selbst der GKV-Spitzenverband weist in seiner Publikation auf die Limitationen der Auswertungen hin. Zudem werden dort ausschließlich die Einrichtungen mit „Untererfüllung“ der Psych-PV dargestellt. Die vollständige Verteilung der Einrichtungen wird dagegen im „Gemeinsamer Bericht zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17d Absatz 4 Satz 8 KHG des GKV-Spitzenverbandes, des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. und der Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.“ vom 28.06.2019 für das Jahr 2017 dargestellt. In diesem gemeinsamen Bericht ist erkennbar, dass der Umsetzungsgrad der Psych-PV über alle Einrichtungen bei 98,8 % gelegen hat (Seite 31). Die Auswertung zur zweckentsprechenden Mittelverwendung zeigt zudem, dass die vereinbarten Finanzmittel zu 101,7 % für therapeutisches Personal verwendet wurden (Seite 37).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die von der Finanzkommission zielorientiert herausgegriffenen Zahlen und die daraus gezogenen Schlussfolgerungen nicht belastbar und somit auch nicht geeignet sind, um einen politischen Handlungsbedarf zu begründen.

Mangelndes Systemverständnis

Die Finanzkommission führt aus, dass seit 2020 eine vergleichbare Nachweispflicht (wie zur Psych-PV) im Rahmen der PPP-RL gelte: „PEPP-Einrichtungen müssen nachweisen, dass die Mindestvorgaben zur Personalausstattung eingehalten werden und die hierfür vorgesehenen Mittel tatsächlich für therapeutisches Personal eingesetzt werden. Diese Nachweise sind durch eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers abzusichern. Eine detaillierte Auswertung der Nachweisdaten ab 2020 ist bislang nicht öffentlich verfügbar.“

Es trifft zu, dass der Psych-Personalnachweis ab dem Jahr 2020 nach dem Wortlaut den Nachweis der Einhaltung der vom G-BA festgelegten Personalmindestanforderungen umfasst. Nachdem jedoch der G-BA diese Nachweise umfassend geregelt hat, haben sich die Vertragsparteien nach § 17 KHG auf der Bundesebene mit der „Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nr. 8 BPfIV“ darauf verständigt, diese Nachweise des G-BA nachrichtlich auch für den Psych-Personalnachweis nach § 18 Absatz 2 BPfIV zu verwenden, um dem Gesetzwortlaut Rechnung zu tragen. Die zentralen Inhalte des Psych-Personalnachweises sind weiterhin die vereinbarte und die tatsächliche Stellenbesetzung sowie die tatsächlichen Personalkosten. Dieses Nebeneinander der G-BA-Nachweise zur Umsetzung der PPP-RL und des Psych-Personalnachweises nach § 18 Absatz 2 BPfIV ist von grundlegender Bedeutung für das Systemverständnis.

Es trifft nicht wie von der Finanzkommission dargestellt zu, dass die Regelungen in § 3 Absatz 3 Sätze 8 bis 10 BPfIV zu den Finanzwirkungen des Psych-Personalnachweises gelten, wenn die Vorgaben der PPP-RL nicht eingehalten werden. Wenn die Vorgaben der PPP-RL nicht eingehalten werden, greifen die vom G-BA festgelegten Sanktionen. § 3 Absatz 3 Satz 8 BPfIV stellt dagegen darauf ab, dass eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht in die tatsächliche Personalausstattung umgesetzt wurde. Dabei sind die Vorschriften zu den Finanzwirkungen des Psych-Personalnachweises in der BPfIV unmissverständlich formuliert. Es trifft nicht zu, dass die derzeitige Formulierung erheblichen Interpretationsspielraum lassen würde. Zudem wird von der Finanzkommission ausschließlich die Sichtweise der Krankenkassen aufgegriffen, wonach durch die Vorschriften „eine konsequente Budgetanpassung“ (gemeint ist ein Automatismus zur Budgetabsenkung) erschwert sei, da die Krankenhäuser häufig mit vorübergehend unbesetzten Stellen argumentieren und die Vorgaben zur Budgetabsenkung als nicht verpflichtend werten würden (GKV-Spitzenverband 2025). Zu ersterem wird verschwiegen, dass das Krankenhaus gemäß der Vorschriften nachweisen muss, dass nur eine vorübergehende und keine dauerhafte Unterschreitung der vereinbarten Stellenzahl vorliegt. Die Aussage, dass die Krankenhäuser die gesetzlichen Vorschriften als nicht verpflichtend werten würden, kann nur als haltlose Behauptung der Kassenseite verstanden werden. Es ist bedauerlich aber gleichzeitig auch entlarvend, dass sich die Finanzkommission alleine auf

verbandspolitisch motivierte Publikationen und Behauptungen der Krankenkassenseite verlässt.

Befremdlich ist die Argumentation der Finanzkommission, dass die vereinbarten Stellen wegen des Fehlens einer eindeutigen gesetzlichen Grundlage für Rückforderungen nicht besetzt und die Mittel daher zweckfremd eingesetzt würden. Zudem wird bei dem Verweis auf „entgangene Rückzahlungen dieser Mittel“ und „vermeidbare Mehrausgaben“ verkannt, dass die Krankenkassen als Vertragsparteien stets die Möglichkeit hatten und haben, unrechtmäßige oder unbegründete Mehrausgaben zu vermeiden.

1. Vorschlag der Finanzkommission: Rückzahlungsverpflichtung bei fehlender Besetzung von Personalstellen

Die Kommission empfiehlt eine Regelung, wonach Mittel für vereinbarte, jedoch nicht besetzte Personalstellen im Rahmen der vereinbarten Budgets als nicht zweckentsprechend verwendet gelten und an die Kostenträger zurückzuzahlen sind. Gleichzeitig ist der erhöhte Gesamtbetrag entsprechend abzusenken. Die Reformempfehlung wurde zudem im Rahmen eines Änderungsantrags im parlamentarischen Verfahren zum KHAG eingebracht, hat jedoch keinen Eingang in die beschlossene Fassung des Gesetzes gefunden. Die Kommission empfiehlt daher erneut, eine entsprechende gesetzliche Regelung zu schaffen, da der Solidargemeinschaft ansonsten Mittel vorenthalten werden, die für therapeutisches Personal vorgesehen waren, tatsächlich jedoch nicht für diesen Zweck eingesetzt werden.

Bereits mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) vom 19. Dezember 2016 wurden die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen mit § 18 Absatz 2 BPfIV verpflichtet, für die Budgetverhandlungen das tatsächlich beschäftigte Personal sowie die Mittelverwendung nachzuweisen. Somit wurde eine umfassende Transparenz für die Verhandlungsparteien auf der Ortsebene geschaffen. Zudem wurden die Konsequenzen so geregelt, dass bei einer Nicht-Beschäftigung des vereinbarten Personals für den folgenden Vereinbarungszeitraum über eine Absenkung des Personalbudgets zu verhandeln ist. Mit diesen systemkonformen Vorschriften hat der Gesetzgeber den Grundprinzipien der prospektiven Budgetvereinbarungen Rechnung getragen.

Die Finanzkommission bleibt belastbare Argumente zum politischen Handlungsbedarf schuldig. Zudem blendet die Finanzkommission mit dem Vorschlag, rund 65 % des Budgets nur noch zweckgebunden für Personal einsetzen zu können, einen wesentlichen Grundsatz des Budgetsystems aus. Auch beachtet die Finanzkommission nicht die PPP-RL-Sanktionen und zeigt wenig Verständnis für die komplexen Wechselwirkungen der PPP-RL und den Budgetvorschriften nach BPfIV.

Bei einer gesetzlich verankerten Rückzahlungsverpflichtung würde das „Personalrisiko“ ausschließlich auf die Krankenhäuser verlagert, ohne dass die Refinanzierung des tatsächlich beschäftigten Personals gesichert ist. Zudem ist die aktuelle Rechtslage konform zu den Grundprinzipien des Budgetsystems, wonach das vereinbarte Gesamtbudget (Gesamtbetrag) maßgeblich ist und die sinnvolle und wirtschaftliche Verwendung der Mittel in der Eigenverantwortung der Einrichtungen liegt. Hinzu kommt, dass bei Nichterfüllung der PPR-RL ab dem Jahr 2026 hohe Sanktionen greifen und eine zusätzliche Rückzahlungsverpflichtung eine zweifache Bestrafung desselben Tatbestands, nämlich zu wenig Personal, bedeuten würde.

Sofern die Politik auf Grund der Sparzwänge im Gesundheitssystem den Vorschlag einer Rückzahlungsverpflichtung aufgreifen sollte, müssten zeitgleich und zwingend auch die Refinanzierung der tatsächlichen Personalkosten gesetzlich verankert und die Sanktionen des G-BA ausgesetzt werden, um die derzeitige Personalausstattung und Qualität der Versorgung zumindest zu erhalten. Ohne diese beiden begleitenden Maßnahmen müssten die Einrichtungen aus Kostengründen Personal abbauen und zur Einhaltung der Personalmindestanforderungen die Versorgung massiv einschränken.

2. Vorschlag der Finanzkommission: Begrenzung von Mehrkosten für zusätzliche Personalausstattung

Die Kommission empfiehlt, eine Vergütung zusätzlicher therapeutischer Personalstellen über die angemessene personelle Ausstattung gemäß PPP-RL hinaus künftig nur noch bei nachgewiesenem Personalmehrbedarf zu ermöglichen. Andernfalls würden unverhältnismäßige Budgetsteigerungen ermöglicht und die Solidargemeinschaft zusätzlich belastet.

Dieser Vorschlag wird in der „Reformempfehlung Nr. 34“ leider nicht näher erläutert. Lediglich unter dem Punkt „Umsetzbarkeit“ wird eine Streichung des § 3 Absatz 3 Satz 4 Nummern 4 und 5 BPfIV vorgeschlagen. Dort ist in § 3 Absatz 3 Satz 4 Nummer 5 BPfIV „die Umsetzung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Anforderungen zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal sowie eine darüber hinausgehende erforderliche Ausstattung mit therapeutischem Personal“ geregelt. Mit der Formulierung „darüber hinausgehende erforderliche Ausstattung mit therapeutischem Personal“ soll auch eine leitlinienkonforme Personalausstattung, die ggf. über die Mindestanforderungen hinausgeht, verhandelbar sein.

Der Vorschlag der Finanzkommission zur vollständigen Streichung der Nummer 5 geht jedoch weit darüber hinaus. Mit Streichung der Nummer 5 wäre es grundsätzlich nicht mehr möglich, dass für die Umsetzung der Mindestanforderungen zusätzlich erforderliche Personal zu

vereinbaren. Damit würde die vom Gesetzgeber eingeführte und für die Umsetzung der Personalmindestanforderungen entscheidende Vorschrift zurückgenommen. Wenn der Vorschlag der Finanzkommission von der Politik aufgegriffen werden sollte, müssten daher zwingend zumindest auch die Personalmindestanforderungen des G-BA ausgesetzt werden.

3. Verzicht auf pauschale Entgelterhöhungen im Krankenhausvergleich

Die Kommission empfiehlt, die Möglichkeit von Entgelterhöhungen aufgrund des Krankenhausvergleiches nach § 4 BPfIV zu streichen.

Die Finanzkommission führt aus, dass die Regelungen in § 3 Absatz 3 Satz 4 Nummern 4 und 5 BPfIV auch die Möglichkeit zu Budgetsteigerungen aufgrund des Krankenhausvergleiches eröffnen.

Es trifft zu, dass der Psych-Krankenhausvergleich grundsätzlich die Möglichkeit bietet, die krankenhausesindividuellen Basisentgeltwerte nicht nur absenkend, sondern auch erhöhend weiterzuentwickeln. Ebenfalls trifft zu, dass für den Krankenhausvergleich ausschließlich die Vergleichswerte und nicht der Personalbedarf oder die tatsächliche Personalausstattung maßgeblich sind. Dies ist als Grundprinzip eines leistungsorientierten Krankenhausvergleiches und Historie der Gesetzgebung zu erklären.

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) vom 19. Dezember 2016 hat der Gesetzgeber das Ziel eines landeseinheitlichen Preissystems verlassen und die Anwendung des Psych-Entgeltsystems auf der Grundlage eines Budgetsystems geregelt. Allerdings wurde zugleich an der Leistungsorientierung des Entgeltsystems in Form von leistungsorientierten Budgetverhandlungen auf der Grundlage des leistungsbezogenen Vergleiches nach § 4 BPfIV (Psych-Krankenhausvergleich) festgehalten. Durch den Psych-Krankenhausvergleich sollten sich die krankenhausesindividuellen Entgeltwerte auf dem Weg der Budgetverhandlungen leistungsorientiert angleichen.

Seit Einführung der PPP-RL im Jahr 2020 wird die Budgetfindung jedoch nicht mehr durch das PEPP-System, sondern von den Personalmindestforderungen des G-BA bestimmt. Da der Krankenhausvergleich nach § 4 BPfIV in dieser Systematik keinen Sinn mehr ergibt, wird er in der Praxis auch nicht angewendet. Die Befürchtung der Krankenkassen, dass der Krankenhausvergleich zu Budgetsteigerungen führen könnte, ist zwar theoretisch möglich, aber in der Praxis eher unwahrscheinlich.

Eine nach dem Vorschlag der Finanzkommission einseitig absenkende Wirkung des Krankenhausvergleiches würde zudem die ursprüngliche Intention des Gesetzgebers ad absurdum führen. Da der Aufwand für die Aufbereitung der Daten und die Bereitstellung der

Auswertungen nicht mehr zu rechtfertigen ist, sollte der Psych-Krankenhausvergleich als Zeichen des ernsthaften politischen Willens zum Bürokratieabbau ersatzlos gestrichen werden. Dann wäre auf der Krankenkassenseite auch keine budgetsteigernde Wirkung mehr zu befürchten.

3.11) Aufnahme der Vorhaltebudgets in den zulässigen Prüfumfang

Kommissionsvorschlag Nr. 35:

Die Herausnahme der Vorhaltebudgets aus dem zulässigen Prüfumfang soll herausgenommen werden. Damit sei eine Finanzwirkung von ca. 0,63 Mrd. € in 2028 verbunden. Es seien keine Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung zu erwarten.

DKG-Stellungnahme:

Der Vorschlag der Finanzkommission stellt vordergründig auf die „Herausnahme der Vorhaltebudgets aus dem zulässigen Prüfumfang“ des Medizinischen Dienstes ab. Da die Umsetzung der Vorhaltebudgets gesetzlich detailliert geregelt ist, könnte eine Finanzwirkung jedoch nur durch eine Anpassung der gesetzlichen Vorschriften zum Vorhaltebudget erreicht werden.

Dabei ist zu beachten, dass die Ermittlung und Wirkung der Vorhaltebudgets per Gesetz durch ein komplexes Regelwerk geregelt sind. Die Ermittlung der Vorhaltevolumina erfolgt durch das InEK auf Grundlage der Abrechnungsdaten des Vorjahres. Somit werden die Ergebnisse von Rechnungsprüfungen mit Zeitverzug auch in den Vorhaltebudgets berücksichtigt. Der Vorschlag der Finanzkommission könnte daher höchstens die im laufenden Jahr als fehlerhaft geprüften Abrechnungen betreffen. Zudem hat das InEK den Krankenhäusern die Vorhaltevolumina per Bescheid mitzuteilen. Die Abrechnung der Vorhaltepauschalen erfolgt im Sinne von Abschlagszahlungen. Erst nach Abschluss des Jahres ist das Vorhaltebudget zu ermitteln und sind die Minder- und Mehrerlöse vollständig über das Budget des Folgejahres auszugleichen.

Die Finanzkommission lässt die konkrete Umsetzung der Finanzwirkung ihres Vorschlages offen. Es wäre allerdings nicht gerechtfertigt, die auf Grundlage des vorangegangenen Datenjahres ermittelten Vorhaltebudgets um die ggf. im laufenden Jahr beanstandeten Abrechnungen zu kürzen. Ansonsten würde sich hier eine weitere Unstimmigkeit der derzeitigen Vorhaltevergütung manifestieren. In Hinblick auf die Akzeptanz der Reform wäre es sinnvoller, die Vorhaltevergütung in Form einer Finanzierung der bedarfsnotwendigen Vorhaltung neu aufzusetzen.

3.12) Streichung einer nicht kriteriengestützten Förderung ausgewählter Versorgungsstrukturen

Kommissionsvorschlag Nr. 36:

Die zusätzlichen Fördertöpfe in den Bereichen Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Units, spezielle Traumatologie und Intensivmedizin sowie für Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und Hochschulkliniken sollen gestrichen werden; die Erhöhungen von Zuschlägen für die Teilnahme an der Notfallversorgung und für ländliche Krankenhäuser sollen aufgehoben werden. Die damit verbundene Finanzwirkung soll ca. 0,43 Mrd. € in 2027 betragen. Es seien keine Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung zu erwarten.

DKG-Stellungnahme:

Der Finanzkommission führt das Argument an, dass es mit den zusätzlichen Fördertöpfen in einzelnen Versorgungsbereichen zu einer „Überkompensation und Doppelvergütung“ führen würde. Andererseits führt die Finanzkommission ebenfalls aus, dass die Streichung der zusätzlichen Fördertöpfe insbesondere für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Units und die Hochschulmedizin insbesondere Bereiche betreffen würde, „die im Rahmen eines ausschließlich mengenbasierten Fallpauschalsystems, unter anderem infolge einer unterdurchschnittlich planbaren Kapazitätsauslastung, tendenziell unterfinanziert waren.“

Die Förderbeträge der Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin sind durch das KHVVG explizit als leistungsunabhängige zusätzliche Mittel eingeführt worden, um die Versorgung in diesen Bereichen noch stärker von dem Fallpauschalensystem unabhängig zu machen. Die Förderbeträge sollen dabei gezielt bestimmten Leistungsgruppen zugeordnet werden. Diese Bereiche zeichnen sich aus durch hohe Vorhaltekosten bei geringer Planbarkeit, eine begrenzte Auslastungssteuerung, einen hohen Personaleinsatz und besondere Anforderungen an Qualifikation und Infrastruktur.

Diese Leistungsbereiche waren bereits im DRG-System dauerhaft defizitär. Die zusätzlichen Fördertöpfe stellen eine Kompensation systemischer Unterfinanzierung dar. Im gleichen Maße gilt dies für die Förderbeträge für bedarfsnotwendige Krankenhäuser, die in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 aufgenommen wurden. Hier wurde auch durch das KHVVG eine moderate Erhöhung der Förderbeträge eingeführt, die nunmehr ohne sachliche Begründung gestrichen werden sollen.

Die zusätzlichen finanziellen Mittel für die Notfallversorgung werden auf Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung eingeführt, die eine Förderung der Notfallversorgung als notwendig erachtet hat. Hintergrund der Zuweisung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben ist, dass es sich um

darüberhinausgehende Tätigkeiten handeln muss, die jenseits der dem Versorgungsauftrag regelmäßig zugrundeliegenden Aufgaben übernommen werden.

Fazit: Die genannten Zuschläge sind keine „Doppelstruktur“ und stellen keine Doppelvergütung dar. Sie sind zweckgebunden, geben qualitative oder strukturelle Voraussetzungen vor und knüpfen an spezielle Versorgungsaufträge an. Sie finanzieren nicht allgemeine Vorhaltung, sondern besondere Leistungsdimensionen, die gerade nicht pauschalisiert finanziert werden dürfen. Diese Leistungsbereiche waren bereits im DRG-System dauerhaft defizitär. Die zusätzlichen Fördertöpfe stellen daher keine Überförderung, sondern eine Kompensation systemischer Unterfinanzierung dar.

3.13) Selektivverträge für therapeutisch gleichwertige Arzneimittel unter Patent

Kommissionsvorschlag Nr. 39:

Um den Wettbewerb auch für patentgeschützte Arzneimittel zu fördern, soll auf Basis des Zusatznutzens gemäß § 35a SGB V der G-BA beauftragt werden, eine Liste mit therapeutisch vergleichbaren Therapieoptionen ohne generische Konkurrenz bereitzustellen. Für diese Medikamente können dann Selektivverträge innerhalb der Gruppe geschlossen werden, um eines oder mehrere Arzneimittel dieser Gruppe als bevorzugt ordnungsfähig erklären zu können. Der Effekt einer solchen Regelung könne ein Einsparpotenzial von 200 Mio. € in 2028, 400 Mio. € in 2029 und 600 Mio. € in 2030 entfalten. Es seien keine Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung zu erwarten.

DKG-Stellungnahme:

Diese Regelung ist aus medizinischen Gründen abzulehnen. Während bei der bereits etablierten Substitution bei Generika und der kürzlich eingeführten Substitution bei Biologika wirkstoffgleiche Arzneimittel in der Apotheke ausgetauscht werden können, um das wirtschaftlichere Arzneimittel abzugeben, soll hier lediglich auf Basis des Zusatznutzens nach § 35a SGB V eine Austauschbarkeit erfolgen können. Dies ist aus medizinischer Sicht abzulehnen, da die vom G-BA als Vergleichsmaßstab im Rahmen des retrospektiv angelegten AMNOG-Verfahrens anhand abstrakt-genereller Kriterien herangezogene zweckmäßige Vergleichstherapie nicht identisch mit dem in der einzelnen Therapiesituation patientenindividuell zu verordnenden Arzneimittel ist. Insofern wäre es ein fataler medizinischer Fehler, den im Vergleich gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie (zVT) auf maßgeblich methodischen und nicht in erster Linie klinischen Kriterien fußenden Zusatznutzen bei therapeutischen Entscheidungen in den Vordergrund zu rücken. Das AMNOG-Verfahren kann die seitens der Finanzkommission unterstellte Funktion an dieser Stelle schlicht nicht erfüllen. So kann das eine Arzneimittel andere Nebenwirkungen und Gegenanzeigen aufzeigen als das andere und dennoch kann der Zusatznutzen nach Ausmaß

und Wahrscheinlichkeit für beide identisch beschlossen werden. Diese dann in der Verordnungsfähigkeit durch ärztliches Personal oder bei der Abgabe durch Apotheken als austauschbar zu deklarieren, würde die medizinisch-therapeutische Freiheit einschränken und sogar mit einer Patientengefährdung einhergehen. Auch ist die zVT nicht geeignet, um wie vorgeschlagen als „Leitsubstanz“ zu gelten, da sie aufgrund der ständigen Fortentwicklung der medizinischen Wissenschaft und somit der therapeutischen Leitlinien regelmäßig angepasst werden muss. Dies würde die Kontinuität der Behandlung und somit potenziell den Behandlungserfolg kompromittieren.

Die Kommission zitiert für die geschätzten Einsparpotenziale den DAK-AMNOG-Kurzreport 2026. Dieser ist insofern keine geeignete Grundlage für den Kommissions-Vorschlag, als dass dort die therapeutische Gleichwertigkeit nicht über den Zusatznutzen des G-BA definiert wird, sondern über den Cluster „medizinisch und versorgungspraktisch plausible Vergleichbarkeit innerhalb einer Therapielinie“. Von einer G-BA-Zusatznutzen-Vergleichbarkeits-Liste ist folgerichtig dort nicht die Rede, da im Vordergrund eine primär klinische Bewertung stehen muss. Nur dadurch kann die Zweckmäßigkeit der medikamentösen Behandlung und auch die Patientensicherheit sichergestellt werden.

Der Kommissionsvorschlag ist also aus fachlich-medizinischen Gründen abzulehnen. Der G-BA ist nicht mit der Erstellung der Listen zu beauftragen. Die Wirtschaftlichkeit von neuen Arzneimitteln ohne generische Konkurrenz muss vielmehr über die Vereinbarungen nach § 130b SGB V zwischen dem GKV-Spitzenverband und pharmazeutischen Unternehmen über Erstattungsbeträge für Arzneimittel sichergestellt werden. Sollten darüber hinaus Diskussionen zu Fokus-Listen notwendig werden, sollten diese dem Pharma- und MT-Dialog vorbehalten sein, da dort die entsprechende fachliche Expertise vorliegt.

3.14) Abschaffung des Orphan Drug Privilegs

Kommissionsvorschlag Nr. 40:

Das Orphan Drug Privileg im AMNOG-Verfahren soll abgeschafft werden und besondere Bedingungen in den Preisverhandlungen nur noch dann möglich werden, wenn Krankheiten eine zu geringe Fallzahl aufweisen. Damit sei eine Finanzwirkung von ca. 30 Mio. € in 2027 verbunden. Es seien unsichere oder potenziell negative Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung zu erwarten.

DKG-Stellungnahme:

Der Vorschlag ist nachvollziehbar, als dass orphan drugs im Rahmen des dem AMNOG-Verfahren nach § 35a SGB V vorgeschalteten EU-HTA-Verfahren nach VO (EU) 2021/2282 nicht per se von einer vollständigen Zusatznutzenbewertung ausgeschlossen sind und insofern die

nationalen Regelungen mit den europäischen Vorgaben harmonisiert werden sollten. Die Aufhebung des Orphan-Privilegs muss aber differenziert betrachtet werden. Zwar ist es richtig, die Privilegierung nicht mehr nur an Umsatzschwellen festzumachen, das Kriterium „zu geringe Fallzahlen“ greift aber auch zu kurz. Vielmehr muss die Möglichkeit gefunden werden, die Privilegierung an der tatsächlichen medizinischen Versorgungslücke (unmet medical need) auszurichten, um Patientinnen und Patienten mit bisher als unheilbar geltenden oder schweren Erkrankungen erfolgversprechende Therapien aufgrund fehlender vollwertiger Evidenz nicht vorenthalten zu müssen. Hierfür ist eine differenzierte Weiterentwicklung des AMNOG-Systems notwendig, die nur unter fachlicher Expertise erfolgen kann. Die Finanzkommission ist hierfür nicht das richtige Gremium. Die Diskussionen sollten dem Pharma- und MT-Dialog vorbehalten bleiben, die auch schon aktuell in einer Arbeitsgruppe mit den richtigen Stakeholdern und Fachexperten die Grundlagen für ein AMONG 2.0 schafft.

3.15) Beendigung der vollständigen Finanzierung von Erprobungsstudien

Kommissionsvorschlag Nr. 13:

Die vollständige Finanzierung von Erprobungsstudien nach § 137e SGB V zulasten der GKV soll beendet werden. Die Finanzwirkung soll ca. 10 Mio. € in 2027 betragen. Es seien unsichere oder potenziell negative Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung zu erwarten.

DKG-Stellungnahme:

Die von der Finanzkommission aufgestellte Forderung adressiert an dieser Stelle bei näherer Betrachtung nur diejenigen Erprobungsstudien, welche in Folge von Anträgen nach § 137e Absatz 7 SGB V, also durch Anträge von Hersteller-Seite, letztlich aufgesetzt wurden. Die Forderung der Finanzkommission entspricht zudem den Regelungen der Erprobungen nach § 137e Absatz 7 SGB V, wie sie durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz 2011 ursprünglich gegolten haben. Dieser Ansatz hatte seinerzeit jedoch aus einer Reihe von nachvollziehbaren Gründen nicht funktioniert und die Politik bekanntermaßen zu gesetzlichen Anpassungen (Terminservice- und Versorgungsgesetz 2019) bewogen. Es ist nicht zu erwarten, dass die von der Finanzkommission quasi geforderte Rückkehr zur alten Regelung nunmehr funktionieren würde. Insofern stellt der Vorschlag der Finanzkommission keine tragfähige Neuerung dar.

Unklar ist außerdem, wie die Finanzkommission in diesem Zusammenhang auf eine Zahl von 38 laufenden Verfahren kommt. Die Anzahl der auf Grundlage von Anträgen nach § 137e Absatz 7 SGB V herrührenden Erprobungsstudien, welche entweder laufen oder in Vorbereitung (Vergabeverfahren zur Ermittlung einer UWI) sind, beläuft sich nach unserer Kenntnis derzeit auf lediglich 11, bei 6 weiteren Verfahren sind die Beratungen zu einer Erprobungs-Richtlinie noch nicht abgeschlossen. Es muss auch erwähnt werden, dass längst nicht jeder Antrag auf Erprobung nach § 137e Absatz 7 SGB V am Ende in einer

Erprobungsstudie mündet. So wurde beispielweise in 3 Fällen keine Erprobungsstudie veranlasst, da der G-BA bereits laufende Studien identifiziert hat, die die fehlenden Erkenntnisse beibringen könnten. In immerhin 6 Fällen war ebenfalls keine Erprobungsstudie erforderlich, da der G-BA aufgrund der vorhandenen Evidenz direkt in eine Methodenbewertung beginnen konnte (§ 137e Absatz 7 Satz 7 SGB V).

Das Beispiel der Erprobungsstudie „Transkorneale Elektrostimulation bei Retinopathia Pigmentosa“ hat zudem gezeigt, dass im Rahmen einer Erprobung schwerwiegende seltene Erkrankungen zum Zuge kommen können, welche sonst wenig Chancen auf eine Evidenzgenerierung im Rahmen einer hochwertigen klinischen Studie haben. Das im § 137e SGB V gewählte Konstrukt der „unabhängigen wissenschaftlichen Institution“ stärkt zudem den Bereich klinischer Studien im nicht-medikamentösen Bereich in Deutschland.

Das angesprochene erwartete Sparvolumen (10 Mio. €) ist nicht nachvollziehbar und erscheint zudem im Vergleich zu anderen Maßnahmen geradezu gering und faktisch nicht beitragsatzrelevant. Zusammenfassend betrachtet erscheint die Forderung der Finanzkommission nach der Rückkehr zu einer gesetzlichen Regelung, die in der Vergangenheit nachweislich nicht funktioniert hat, wenig zielführend.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Bundesverband der Krankenhausträger
in der Bundesrepublik Deutschland

Wegelystraße 3
10623 Berlin

Tel. (030) 3 98 01-0

Fax (030) 3 98 01-3000

E-Mail dkg@mail.dkgev.de