

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT



Stellungnahme

zum Referentenentwurf

des Bundesministeriums für Gesundheit für ein

GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz

(Stand: 22.04.2026)

Inhaltsverzeichnis

1) Grundlegende Bewertung	1
1.1) Kürzungsmaßnahmen setzen nicht an den Ursachen der Ausgaben- und Kostenentwicklung an	1
1.2) Kürzungsmaßnahmen ignorieren den von den Krankenhäusern bereits geleisteten Beitrag zur Stabilisierung der GKV-Finzen und deren desaströse wirtschaftliche Lage.....	3
1.3) Kürzungsmaßnahmen ignorieren die Herausforderungen der umfassendsten Krankenhausstrukturreform seit der Einführung des DRG-Systems und den Reformstau in anderen Versorgungsbereichen.....	4
1.4) Umsetzung der Kürzungsmaßnahmen würde für ein massives Glaubwürdigkeitsproblem der Bundesregierung sorgen	5
2) Management Summary zu den im Referentenentwurf vorgesehenen Maßnahmen für den stationären Bereich	7
3) Bewertung zu den im Referentenentwurf vorgesehenen Maßnahmen für den stationären Bereich	12
3.1) Globale Begrenzung der Vergütungsanstiege	12
3.2) Streichung der vollständigen Tarifrefinanzierung.....	15
3.3) Reform des Pflegebudgets	17
3.4) Streichung der zusätzlichen Vergütung für pflegeentlastende Maßnahmen	21
3.5) Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen.....	22
3.6) Erhöhung der Prüfquoten sowie der Schwellenwerte	23
3.7) Prüfauftrag zur Fallzusammenführung	25
3.8) Obligatorische Zweitmeinungsverfahren bei mengensensiblen Eingriffen	27
3.9) Automatische Erweiterung des Prüfauftrags des Medizinischen Dienstes sowie Abstimmung zwischen GKV-Spitzenverband und DKG über mögliche Ausweitung des Vorverfahrens/ Falldialoges	30
3.10) Maßnahmen zur Begrenzung von unverhältnismäßigen Budgetsteigerungen im PEPP-Bereich	32
3.11) Einführung von Kurzzeitfallpauschalen.....	34
3.12) Streichung des ePA-Befüllungszuschlags – ambulant und stationär	36
3.13) Weitere Reformvorschläge der DKG im Rahmen des GKV-Beitragsstabilisierungsgesetzes	37

1) Grundlegende Bewertung

Der vorliegende Referentenentwurf sieht vor, den Krankenhäusern im Jahr 2027 Finanzmittel in Höhe von 5,1 Milliarden Euro zu entziehen. Bis zum Jahr 2030 soll sich der Mittelentzug auf eine Summe von 12,8 Milliarden Euro aufsummieren. Gleichzeitig umfasst der Entwurf für die Krankenhäuser keine kostenentlastenden Maßnahmen, obwohl die Krankenhäuser der Bundesregierung in den vergangenen Monaten (und Jahren) wiederholt umfassende Vorschläge zur Deregulierung und zum Abbau überflüssiger Dokumentations- und Nachweisverpflichtungen unterbreitet haben. Gleiches gilt für die zahlreichen konstruktiven Vorschläge der Krankenhäuser zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen, zum Beispiel zur Förderung der Ambulantisierung bislang stationär erbrachter Versorgungsleistungen. Auch diese Vorschläge blieben von der Bundesregierung bislang vollständig ungehört.

Mit einer Stellungnahmefrist bis zum 20. April 2026, 9 Uhr, und einer Einladung zur Verbändeanhörung am selben Tag hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) am 16. April 2026 um 15:25 Uhr den Referentenentwurf für ein GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz an die Verbände versandt. Dieses Vorgehen macht überdeutlich, dass seitens des BMG keinerlei ernsthaftes Interesse an einem fachlichen Austausch zu den Inhalten des Gesetzentwurfs besteht. Ebenso klar ist, dass das BMG nicht beabsichtigt, den Gesetzentwurf bis zur Beschlussfassung im Bundeskabinett am 29. April 2026 nochmals wesentlich zu überarbeiten. **Vor diesem Hintergrund fordern die Krankenhäuser die Bundesregierung, die Abgeordneten des Deutschen Bundestages und ebenso die Länder schon heute dazu auf, den Gesetzentwurf im anstehenden parlamentarischen Verfahren zurückzuweisen und einer grundlegenden Überarbeitung zuzuführen.**

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 im Referentenentwurf vorgesehenen Kürzungsmaßnahmen aus den folgenden Gründen strikt ab:

1.1) Kürzungsmaßnahmen 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 der Referentenentwurf keine Maßnahmen umfasst, die diesen Fehlentwicklungen entgegenwirken könnten, löst in den Krankenhäusern größtes Unverständnis aus. Dies gilt umso mehr, als dass die Deutsche Krankenhausgesellschaft der Bundesregierung und ihrer Finanzkommission in den vergangenen Monaten zahlreiche, kurzfristig wirksame Maßnahmen zum Abbau der Überregulierung und zur Kostentlastung der Krankenhäuser vorgeschlagen hat. Ein möglicher Verweis auf zukünftige Gesetzesvorhaben und 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. **Sämtliche Kürzungsmaßnahmen müssen zwingend schon heute und nicht erst zu einem späteren Zeitpunkt mit kurzfristig wirksamen Instrumenten zur Kostentlastung der Krankenhäuser und Deregulierung der Versorgung verknüpft werden.**

Umso schwerer wiegt, dass die Umsetzung der der im Referentenentwurf vorgesehenen Maßnahmen unweigerlich zu einem weiteren **Bürokratieaufwuchs ohne jeglichen Nutzen für die Patientenversorgung** führen würde. In besonderem Maße gilt dies für die geplante Erhöhung der MD-Prüfquoten. Wenn die Bundesregierung schon keine Kostentlastungsmaßnahmen für die Krankenhäuser vorsieht, sollte sie zumindest auf Maßnahmen, 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 muss die Bundesregierung ansetzen: Effizienz entsteht durch Gestaltungsspielräume, nicht durch deren Einschränkung.**

Absolut nicht nachvollziehbar ist, weshalb das BMG in seinem Referentenentwurf nicht endlich den unbestrittenen ordnungspolitischen Fehler der Finanzierung der GKV-Beiträge von Bürgergeldempfängern (zukünftig Grundsicherung) aus Beiträgen der GKV-Versicherten angeht. Die Finanzierung der GKV-Beiträge von Bürgergeldempfängern würde die GKV unmittelbar um jährlich 12 Milliarden Euro entlasten und deren erwartetes Defizit auf verkraftbare 3,3 Milliarden Euro verringern.

1.2) Kürzungsmaßnahmen 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 der Referentenentwurf 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 des Referentenentwurfs 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 Tarifraten), politisch gewollter Effekte (Pflegebudget) und des notwendigen Inflationsausgleiches 2022/23.

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

Darüber hinaus ignoriert der Referentenentwurf 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 im Referentenentwurf angelegten Kürzungsmaßnahmen sogar noch drastisch verschärfen.

1.3) Kürzungsmaßnahmen 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 Krankenhausreformanpassungsgesetz (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 krankenspezifischen Auswirkungen der neuen Vorhaltefinanzierung. Auch diese Tatsachen ignoriert der Referentenentwurf 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 der Referentenentwurf die beträchtlichen **Einsparpotentiale in den Verwaltungsapparaten der gesetzlichen Krankenkassen** nahezu vollständig ausblendet. 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 Interessensvertreter der Krankenkassen das BMG beim Verfassen des Referentenentwurfs maßgeblich beeinflusst haben.

1.4) Umsetzung der Kürzungsmaßnahmen 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 sieht der Referentenentwurf vor, 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.

Hinzu kommt die im Referentenentwurf angelegte Streichung der sogenannten Meistbegünstigungsklausel und deren Ersatz durch eine Finanzierungssystematik für das Pflegebudget und alle anderen Vergütungsinstrumente, die die bereits bestehende systematische Unterfinanzierung der Krankenhäuser dauerhaft zementieren 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 und drastischen Leistungskürzungen für die Patientinnen und Patienten münden.

Sollte die Bundesregierung die gesamte Krankenhausfinanzierung dauerhaft an Indikatoren koppeln, die eine auskömmliche Finanzierung der Krankenhäuser weitgehend unmöglich machen, und zudem die vollständige Tariffinanzierung streichen und die Prüfquotenerhöhen, 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 davon ab, die für die Krankenhäuser im Referentenentwurf vorgesehenen Kürzungen gesetzlich auf den Weg zu bringen**.

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 Bundesregierung weder thematisiert noch beantwortet.

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 im Referentenentwurf vorgesehenen Maßnahmen für den stationären Bereich

Globale Begrenzung der Vergütungsanstiege (Seite 12)

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 zulasten der Kliniken dar.

Streichung der vollständigen Tarifrefinanzierung (Seite 15)

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.

Reform des Pflegebudgets (Seite 17)

Die geplanten Neuregelungen zum Pflegebudget bedeuten einen grundlegenden Systemwechsel. Das bisherige Selbstkostendeckungsprinzip soll ab 2027 aufgegeben und durch ein an das Vorjahresbudget anknüpfendes, über den Veränderungswert gedeckeltes System ersetzt werden. Mehrkosten sollen künftig nicht mehr ausgeglichen werden, während Minderkosten weiterhin vollständig budgetwirksam werden. Damit entsteht ein einseitiger Anpassungsmechanismus nach unten, der die Krankenhäuser faktisch zu einer strategischen Unterschreitung ihrer Budgets zwingt. Steigende Löhne, strukturelle Veränderungen und reale Mehrbedarfe werden künftig grundsätzlich nicht mehr sachgerecht abgebildet. Die Folge ist ein erheblicher Druck zur Unterschreitung der Budgets, weil jede Überschreitung

wirtschaftlich zulasten der Krankenhäuser geht, während Unterschreitungen systematisch verfestigt werden.

Besonders problematisch ist, dass diese Deckelung unabhängig von der künftigen Leistungsstruktur und damit weitgehend losgelöst von den Zielen der Krankenhausreform ausgestaltet werden soll. Strukturelle Leistungsverlagerungen und Konzentrationsprozesse können nur sehr begrenzt nachvollzogen werden. Gerade für Krankenhäuser der flächendeckenden Versorgung droht damit ein sukzessiver Abbau der Pflegepersonalausstattung und eine erneute Schwächung der Attraktivität des Pflegeberufs.

Mit der indirekten Klarstellung, dass der Nichteinbezug pflegefremder Tätigkeiten letztmalig für 2026 gelten soll, werden die Kostenträger die neue Abgrenzungslogik voraussichtlich nicht nur für 2026, sondern auch für noch nicht abschließend ausgeglichene Vorjahre heranziehen und dadurch zusätzliche Unsicherheit, rückwirkende Kürzungsforderungen und weitere massive Verzögerungen in den Budgetverhandlungen insgesamt, nicht nur der Pflegebudgets, erzeugen und damit zusätzlich die Liquidität der Krankenhäuser gefährden. Die umfassenden Regelungen zur Abgrenzung und zur Vereinbarung der Pflegebudgets basieren seit dessen Einführung auf einer Zuordnung der relevanten Berufsgruppen zu pflegebudgetrelevanten Bereichen. Ein kleinteiliger Tätigkeitsbezug wurde von allen Beteiligten als weder praktikabel, noch umsetzbar und auch nicht prüfbar abgelehnt. Die Verhandlungsparteien vor Ort stehen daher vor widersprüchlichen und inkompatiblen Regelungen, die nicht einfach auflösbar sind. Insofern sollten zumindest die Vertragsparteien auf Bundesebene im Sinne eines geregelten Ablaufs beauftragt werden die Vereinbarungen auf Bundesebene für das Anwendungsjahr 2027 anzupassen.

Zur Vermeidung der dargestellten Rückwirkungen und zur Entschärfung der aktuellen Ausgleichsproblematik ist § 6a Absatz 2 Satz 12 KHEntgG (eingefügt durch das KHAG) sowie in dem nachfolgenden, durch das Beitragssatzstabilitätsgesetz ergänzten Satz (Satz 13) der Verweis auf Satz 12 zu streichen. Nur so kann verhindert werden, dass die tätigkeitsbezogene Abgrenzungslogik bereits für das Pflegebudget 2026 und für noch nicht abschließend ausgeglichene Vorjahre Anwendung findet und dort zu unauflösbaren Problemen führt. Eine Anwendung bereits für 2026 widerspricht zudem dem im Krankenhausfinanzierungssystem verankerten Prospektivitätsgrundsatz, da die hierfür erforderlichen Abgrenzungs- und Umsetzungsgrundlagen auf Bundesebene noch nicht vorliegen. Ohne eine vorherige bundeseinheitliche Definition der betroffenen Tätigkeiten sowie eine entsprechende systemkonforme Anpassung der Daten- und Vergütungsstrukturen würde es zu systemwidrigen Eingriffen in laufende Budgetverhandlungen und zu einer sachlich nicht gerechtfertigten einseitigen Risikoverschiebung zulasten der Krankenhäuser kommen.

Die vorgesehene Ausnahmeregelung zur Erfüllung von Personalvorgaben reicht nicht aus, insbesondere wenn – wie in der Gesetzesbegründung ausgeführt – auf die für das Pflegebudget völlig ungeeigneten Pflegepersonaluntergrenze abgestellt wird. 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. Dieses Modell unterstützt zudem die Ziele der Krankenhausreform im Sinne einer versorgungsorientierten Allokation des Personals, außerdem erreicht sie eine Konvergenz hin zu bedarfsgerechteren Verteilungen und löst auch das mutmaßliche Problem von vereinzelt übermäßigen Tätigkeitsverschiebungen, da die PPR 2.0 derartige Anteile in nur geringem Maße beinhaltet.

Streichung der zusätzlichen Vergütung für pflegeentlastende Maßnahmen (Seite 21)

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. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die ursprünglich zur Entlastung der Pflege möglichen gezielten Maßnahmen auf Drängen der Kassen von 4 % auf 2,5 % des Pflegebudgets gekürzt und pauschaliert wurden. Allenfalls wäre wieder auf nachzuweisende Maßnahmen umzustellen.

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (Seite 22)

Die geplanten Anpassungen werden kritisiert, da sie die Vergütung von der tatsächlichen Kostenentwicklung entkoppeln und damit wirtschaftliche Risiken für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen erhöhen. Dadurch entsteht ein widersprüchliches Signal, das innovative Versorgungsmodelle fördern soll, zugleich aber deren finanzielle Grundlage schwächt und die Umsetzung gefährdet. Insgesamt drohen Verzögerungen, geringere Investitionsbereitschaft und Risiken für die Sicherstellung der Versorgung, insbesondere in strukturschwachen Regionen.

Erhöhung der Prüfquoten sowie der Schwellenwerte (Seite 23)

Die Erhöhung der maximal zulässigen krankenhausesindividuellen Prüfquoten sowie der diesbezüglichen Schwellenwerte, die für die Zuordnung zu einer Prüfquote entscheidend sind, wird abgelehnt. Die statistischen Daten zu den Ergebnissen auf Basis der bislang geltenden Prüfquoten belegen die überwiegend hohe Qualität der Abrechnungen der Krankenhäuser, so dass kein sachlich erforderlicher Grund für eine Anhebung der Prüfquote oder Erhöhung der Schwellenwerte gegeben ist. Es soll lediglich durch eine unverhältnismäßige Erhöhung der Prüfquoten bei gleichzeitiger Erschwerung des Zuganges zu einer niedrigen Prüfquote durch Erhöhung der Schwellenwerte das mögliche Prüfvolumen zu Gunsten der Krankenkassen erhöht werden, was letztlich zu einer wesentlich erhöhten Bürokratie und Belastung der Krankenhäuser führt.

Prüfauftrag zur Fallzusammenführung (Seite 25)

Es ist zu begrüßen, dass der Gesetzgeber die weitreichenden Vorschläge der Finanzkommission Gesundheit zur pauschalen Ausweitung der Fallzusammenführung nicht unmittelbar übernimmt, sondern die Selbstverwaltung mit einer Prüfung beauftragt. Positiv ist insbesondere, dass weder eine starre 30-Tage-Regelung noch eine krankenhauses- und MDC-übergreifende Fallzusammenführung gesetzlich vorgegeben werden. Die bestehenden Regelungen sind zudem seit Jahren etabliert, differenziert ausgestaltet und in der Praxis konfliktarm anwendbar. Eine derart undifferenzierte, medizinisch nicht nachvollziehbare Ausweitung würde neue bürokratische Belastungen, zusätzliche Abgrenzungs- und Abrechnungsstreitigkeiten sowie Risiken für medizinisch sinnvolle und etablierte Versorgungsabläufe mit sich bringen. Die Prüfung durch die Selbstverwaltung muss daher ausdrücklich ergebnisoffen erfolgen. Auch die Krankenhäuser sind an unbürokratischen, zielführenden und sachgerechten Regelungen interessiert und unterstützen eine Prüfung grundsätzlich.

Obligatorische Zweitmeinungsverfahren bei mengensensiblen Eingriffen (Seite 27)

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 sowie Abstimmung zwischen GKV-Spitzenverband und DKG über mögliche Ausweitung des Vorverfahrens/Falldialoges (Seite 30)

Die vorgeschlagene automatische Erweiterung des Prüfauftrags wird abgelehnt, da er einen Systemwechsel hin zu verdachtsunabhängigen Prüfungen darstellt, 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 32)

Die vorgeschlagenen Gesetzesänderungen werden kritisiert, da sie auf nicht belastbaren Annahmen beruhen und die Umsetzung zentraler Qualitätsvorgaben wie der PPP-RL gefährden würden. Insbesondere Zweckbindung und Rückzahlungsverpflichtungen bedeuten einen grundlegenden Systembruch, führen zu doppelten Sanktionen und entziehen den Einrichtungen Mittel, die für Personal und Versorgung benötigt werden. Insgesamt drohen mehr Bürokratie, strukturelle Unterfinanzierung und erhebliche Risiken für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung.

Einführung von Kurzzeitfallpauschalen (Seite 34)

Die geplante Einführung von Kurzzeitfallpauschalen wird grundsätzlich als sinnvoll bewertet, jedoch kritisiert, dass sie ohne ausreichende Diskussion und mit erheblichen inhaltlichen Lücken vorangetrieben wird. Insbesondere drohen Abgrenzungsprobleme, Fehlanreize und zusätzliche Komplexität durch parallele Vergütungssysteme sowie fehlende zentrale Regelungen, etwa zur Einbeziehung ambulanter Leistungen. Insgesamt besteht erheblicher Nachbesserungsbedarf, damit die Reform ihr Potenzial für eine effizientere und patientenorientierte Versorgung tatsächlich entfalten kann.

Streichung des ePA-Befüllungszuschlags – ambulant und stationär (Seite 36)

Die geplante Streichung des Zuschlags auf jeglicher Ebene (ambulant und stationär) wird kritisiert, da sie unter dem Vorwand der Beitragsstabilität erfolgt, ohne die eigentlichen Kostentreiber oder Bürokratie abzubauen, und den finanziellen Druck einseitig auf die Krankenhäuser verlagert. Dadurch werden insbesondere Digitalisierung und Innovationsfähigkeit geschwächt, obwohl gleichzeitig zusätzliche gesetzliche und technische Anforderungen bestehen. Insgesamt entsteht ein widersprüchliches Signal, das die Weiterentwicklung digitaler Prozesse eher behindert als fördert.

Unzureichendes Maßnahmenpaket mit Blick auf das Einsparpotential im Bereich der Arzneimittelkosten (Seite 37)

Die im Referentenentwurf vorgeschlagenen Maßnahmen im Arzneimittelbereich werden nicht ausreichend sein, um den exzessiven Preisanstieg vor allem der unterlagen- und patentgeschützten Arzneimittel wirkungsvoll einzudämmen. Die Krankenhäuser machen vor diesen Hintergrund ergänzende Vorschläge.

3) Bewertung zu den im Referentenentwurf vorgesehenen Maßnahmen für den stationären Bereich

3.1) Globale Begrenzung der Vergütungsanstiege

Umkehrung der sog. „Meistbegünstigungsklausel“. Als Obergrenze soll zukünftig der niedrigere Wert von Veränderungsrate und Orientierungswert als Veränderungswert gelten. Für die Veränderungsrate greift für die Jahre 2027 bis 2029 ein Abzug von 1 %. Zudem soll die Ermittlung der Veränderungsrate in den Jahren 2028 und 2029 ohne die Wirkung der außerordentlichen Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze erfolgen.

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 geltenden Systematik wird der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 SGB V bereits umfassend berücksichtigt. Zusätzliche Begrenzungen sind daher nicht erforderlich. Vielmehr besteht die Gefahr, dass die vorgesehenen Regelungen gegen § 70 SGB V verstoßen, wonach eine wirtschaftlich tragfähige Finanzierung einer flächendeckenden Krankenhausversorgung sicherzustellen ist. Bereits heute orientiert sich die maximale Vergütungssteigerung der Krankenhäuser an den zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern vereinbarten voraussichtlichen Kostensteigerungen des jeweiligen Vereinbarungsjahres. Liegen diese unterhalb der gesetzlichen Obergrenze des Veränderungswertes, bleibt es bei den tatsächlich vereinbarten Kostensteigerungen. Überschreiten die vereinbarten Kostensteigerungen hingegen den Veränderungswert, werden sie auf diesen begrenzt. Genau darin besteht das unveränderte Prinzip der Beitragssatzstabilität: Krankenkassen finanzieren niemals mehr als die vereinbarte Kostenentwicklung, Krankenhäuser erhalten aber auch niemals automatisch ihre tatsächlichen Kosten vollständig refinanziert. Der Referentenentwurf und die damit einhergehende gesetzliche Änderung greift in diese bewährte Zwei-Säulen-Systematik der Landesbasisfallwertverhandlungen ein. Krankenhäuser werden bereits heute niemals bessergestellt, als es den tatsächlich vereinbarten Kostensteigerungen des jeweiligen Vereinbarungsjahres entspricht. Vergütungssteigerungen werden ausschließlich bis zur Höhe der real vereinbarten Kosten refinanziert. Mit den vorgeschlagenen Maßnahmen würde die Beitragssatzstabilität jedoch zum allein dominierenden Maßstab erhoben, ohne die Auswirkungen auf die Sicherstellung einer wirtschaftlich tragfähigen Versorgung angemessen zu berücksichtigen. Dies läuft letztlich auf ein einseitiges Spardiktat zulasten der

Krankenhäuser hinaus. Die vorgesehenen Regelungen sind unverhältnismäßig, weil sie keine Ausnahme- oder Härtefallregelungen für außergewöhnliche Kostenentwicklungen vorsehen, etwa infolge von Energiekrisen, Inflation oder starken Tarifsteigerungen. Dies gilt in besonderem Maße für die vollkommen arbiträre und willkürliche 1 %-Kürzung der Veränderungsrate in den Jahren 2027 bis 2029. Da die Veränderungsrate aus retrospektiven Daten berechnet wird, gibt es keinen zeitlichen Verzug der Einnahmen zum Nachteil der Krankenkassen. Auch diese Kürzung geht weit über ein maßvolles Herangehen hinaus und ist vor dem Hintergrund des gesetzlichen Grundsatzes der auskömmlichen Finanzierung der Krankenhäuser keinesfalls zu rechtfertigen.

Die Argumentation des Gesetzgebers einer rein normativen und willkürlich gegriffenen Absenkung der Veränderungsrate geht daher 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 (hälftige) Tarifraten ab 2016 und durch die sogenannte Meistbegünstigungsklausel vermindert und die Finanzierung der Personalkosten damit stabilisiert werden. Die vorgeschlagene sogar vollständige Abschaffung dieser bewährten Instrumente wiederholt die Fehler der Vergangenheit und führt zu einer Destabilisierung, da die Tariflöhne zwingend finanziert werden müssen. Der zusätzliche Abzug von 1 % ist weder begründet noch nachvollziehbar und führt zu weiterer massiver Unterfinanzierung, insbesondere vor dem Hintergrund der aktuell schon äußerst angespannten wirtschaftlichen Lage vieler Krankenhäuser.

Zudem verstärkt sich dadurch 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. Zudem schlagen externe Preisschocks, wie etwa die Inflationssprünge der Jahre 2022 und 2023, aufgrund der zeitlichen Verzögerung nicht zeitnah auf die Erlöse durch. Die Kosten steigen unmittelbar, während Orientierungswert und Veränderungsrate erst mit erheblicher Verzögerung reagieren. Dadurch entstehen rein zufällige und massive Finanzierungslücken. Aufgrund der sich erneut in 2026 abzeichnenden Energiekrise mit nachfolgender Inflationsgefahr bereitet der Gesetzgeber damit sehenden

Auges geradezu den Boden für eine bisher nicht gekannte Unterfinanzierung der Krankenhäuser in 2027.

Darüber hinaus wird der Orientierungswert nach neuer Rechtslage (KHAG) auf einen Kalenderjahresbezug nach Inkrafttreten der nicht zustimmungspflichtigen Rechtsverordnung 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. Damit werden rein zufällige Kürzungen aufgrund der unterschiedlichen Bezugszeiträume noch wahrscheinlicher. Ein unmittelbarer Bezug zur aktuellen Kostenentwicklung des Vereinbarungsjahres besteht 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. Der Orientierungswert führt in dieser Form damit systematisch zu einer zunehmenden Unterfinanzierung. Kommt es im Jahr 2026 erneut zu einem externen Preisschock, steigen die Kosten der Krankenhäuser unmittelbar an. Für die Landesbasisfallwertverhandlungen 2027 würde jedoch einen Orientierungswert zugrunde gelegt, der auf historischen Daten aus dem Jahr 2025 basiert und die tatsächliche Kostenentwicklung des Jahres 2026 nicht abbildet. Gleichzeitig würden die Einnahmen der Krankenkassen bereits ansteigen. Die Krankenhäuser würden dennoch auf Basis eines deutlich niedrigeren Wertes gedeckelt, obwohl ihre tatsächlichen Kosten erheblich höher liegen und die Einnahmen der Kassen über dem Deckel liegen. Das verstößt ganz offensichtlich gegen eine rechtlich gebotene Abwägung der Grundsätze Beitragssatzstabilität und auskömmliche Finanzierung der Krankenhäuser.

Trotz der geplanten Änderung des Orientierungswertes künftig unter Einbeziehung des Pflegepersonals statt wie bisher ohne Pflege am Bett bleibt die grundsätzliche Ermittlung des Orientierungswertes weiterhin mit erheblichen Schwächen behaftet. 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.

Insgesamt ist die Regelung 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 Krankenhausesektors 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.

Aus diesem Grunde haben die Krankenhäuser das Ziel der Krankenhaus-Reform einer verbesserten und damit qualitativ und wirtschaftlich optimierten Krankenhausstruktur immer unterstützt. Damit die Reform gelingt und die bedarfsnotwendigen Krankenhäuser bis zur Umsetzung finanziell gestützt werden, haben sich Bund und Länder explizit darauf verständigt erstmals den vollen Orientierungswert ohne Korridorverhandlung (Abstand zur niedrigeren Veränderungsrate) und erstmals eine volle Tarifraten gesetzlich vorzusehen. Vor diesem Hintergrund sind die Krankenhäuser entsetzt, dass diese Zusagen und Voraussetzungen nun mit einem Handstrich vom Tisch gefegt werden, zu einem Zeitpunkt an welchem die Krankenhausreform endlich tatkräftig umgesetzt und die Zukunft der stationären Versorgung gestaltet werden soll.

3.2) Streichung der vollständigen Tarifierfinanzierung

Ersatzlose Streichung der Erhöhungsraten für Tarifierhöhungen („Tarifraten“) im KHEntgG und der BPfIV.

DKG-Stellungnahme:

Durch die wiederkehrende Deckelung der Vergütungsentwicklung und des damit verbundenen Aufbaus kumulativer und systematischer Unterfinanzierung der Krankenhäuser, wurde im Jahr 2016 die Tarifraten eingeführt. Diese dient insbesondere dem Zweck der Refinanzierung tarifbedingter Personalkostensteigerungen. Eine vollständige Abschaffung der Tarifraten ignoriert diese langjährigen Erfahrungen und wiederholt die Fehler der Zeit vor dem Jahr 2016. Bereits in den Jahren 2009, 2012 und 2013 mussten kurzfristige politische Notmaßnahmen ergriffen werden, um die Finanzierung tarifbedingter Mehrkosten sicherzustellen.

Über die Erhöhungsraten für Tarifierhöhungen („Tarifraten“) 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 in Kapitel 3.1 erläutert. Die Tarifraten 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. 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.

Die Zusage einer vollständigen Tarifraten war zudem Teil der Verständigung zwischen Bund und Ländern, um die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser bis zum Wirksamwerden der Krankenhausreform zu stabilisieren. Gerade die Verbesserung des Orientierungswertes und die Einführung einer vollen Tarifraten waren Bestandteile dieser Einigung. Dass diese Zusagen nun wieder aufgehoben werden sollen, sendet ein fatales Signal und gefährdet die wirtschaftliche Stabilität der Krankenhäuser in einer Phase tiefgreifender Strukturveränderungen.

3.3) Reform des Pflegebudgets

Die bisherigen Regelungen des § 6a Abs. 2 KHEntgG sollen letztmalig für das Pflegebudget 2026 gelten. Ab 2027 wird das Pflegebudget auf das jeweilige Vorjahresbudget aufgesetzt und grundsätzlich durch den Veränderungswert begrenzt; ein Ausgleich tatsächlicher Mehrkosten entfällt, während Minderkosten weiterhin vollständig budgetwirksam werden. Darüber hinaus entfallen die gesonderte Refinanzierung von Tarifsteigerungen oberhalb des Veränderungswertes (§ 6a Abs. 4 Satz 4 & 5 KHEntgG) sowie die zusätzliche Berücksichtigung pflegeentlastender Maßnahmen; die tätigkeitsbezogene Nichtberücksichtigung pflegefremder Tätigkeiten bleibt bestehen.

DKG-Stellungnahme:

Die geplanten Neuregelungen zum Pflegebudget bedeuten ab dem Jahr 2027 einen grundlegenden Systemwechsel. Das bisherige Selbstkostendeckungsprinzip soll aufgegeben werden. Ausgangspunkt für die Budgetermittlung ist dann nicht mehr die Summe der tatsächlich entstandenen pflegebudgetrelevanten Personalkosten, sondern das jeweils im Vorjahr vereinbarte Pflegebudget. Dieses Budget darf grundsätzlich nur noch in Höhe des Veränderungswertes fortgeschrieben werden. Eine Überschreitung soll nur ausnahmsweise möglich sein, soweit dies aufgrund gesetzlicher oder untergesetzlicher Personalvorgaben – etwa aus Bundesgesetzen, auf dem SGB V beruhenden Rechtsverordnungen oder G-BA-Vorgaben – erforderlich ist. Zugleich sollen tatsächliche Mehrkosten künftig nicht mehr ausgeglichen werden, während Minderkosten weiterhin vollständig in der Folgevereinbarung zu berücksichtigen sind.

Diese Konstruktion hat erhebliche Fehlsteuerungen zur Folge. Das Pflegebudget wird nicht am tatsächlichen Bedarf ausgerichtet, sondern de facto gedeckelt und verfestigt. Da Überschreitungen des vereinbarten Budgets nicht mehr ausgeglichen werden, Minderkosten aber voll wirksam werden, entsteht ein strukturell asymmetrischer Mechanismus. Krankenhäuser tragen künftig das volle Risiko tatsächlicher Kostensteigerungen, während Unterschreitungen systematisch zu einer Absenkung des künftigen Budgets führen. In

Verbindung mit steigenden Tariflöhnen, regionalen Personalengpässen und veränderten Pflegebedarfen ist eine punktgenaue Steuerung praktisch nicht möglich. Gerade diese fehlende Möglichkeit einer exakten Steuerung führt jedoch dazu, dass Krankenhäuser aus Vorsicht versuchen werden, Budgets und Personalaufbau unterhalb des tatsächlichen Bedarfs zu halten. Das System erzeugt damit einen Anreiz zur strategischen Unterschreitung und nicht zur bedarfsgerechten Pflegepersonalausstattung.

Erschwerend kommt hinzu, dass die vorgesehene Neuregelung die strukturellen Veränderungen im Zuge der Krankenhausreform nicht abbildet. Leistungsverlagerungen, Konzentrationsprozesse und regionale Umbauten der Versorgungslandschaft erfordern ein Finanzierungssystem, das auf tatsächliche Leistungs- und Bedarfsverschiebungen reagieren kann. Die nun vorgesehene Fortschreibung auf Basis des Vorjahresbudgets blendet diese Dynamiken jedoch weitgehend aus. Das Jahr 2026 erhält dadurch eine besondere Bedeutung, weil die dort vereinbarten Budgets den Ausgangspunkt für die künftig gedeckelte Entwicklung bilden. Fehlentwicklungen werden damit nicht korrigiert, sondern fortgeschrieben. Für Krankenhäuser, die im Zuge der Reform zusätzliche Leistungen übernehmen, fehlt ein sachgerechter Mechanismus, um den damit verbundenen Pflegebedarf budgetär nachzuvollziehen. Umgekehrt werden bestehende Budgets auch dort verfestigt, wo sich Leistungsmengen und Versorgungsstrukturen bereits verändert haben.

Besonders kritisch ist zudem die Fortgeltung der tätigkeitsbezogenen Abgrenzung. Bereits die mit dem KHAG eingeführte Regelung zur Nichtberücksichtigung pflegefremder Tätigkeiten hat gezeigt, dass die Umsetzung vollständig unklar ist und auf Ortsebene erhebliche Konflikte auslöst. Alle bisherigen Regelungen zum Pflegebudget waren im Kern nicht tätigkeitsbezogen vereinbart. Der nun fortgeführte Tätigkeitsbezug eröffnet den Kostenträgern ein weiteres Kürzungsinstrument, ohne dass eine sachgerechte Berücksichtigung der tatsächlichen Verhältnisse vor Ort gewährleistet wäre. Bereits jetzt zeigt sich, dass auf Ortsebene pauschale Abzüge auf Pflegebudgets gefordert werden. Entsprechende pauschale Kürzungsansätze werden zugleich auch auf Bundesebene vertreten, ohne dass die tatsächlichen Verhältnisse und Versorgungsrealitäten in den einzelnen Krankenhäusern sachgerecht berücksichtigt würden. Dass der Gesetzentwurf nun ausdrücklich regelt, dass die bisherige Rechtslage einschließlich des neuen Satzes 12 letztmalig für 2026 anzuwenden ist, führt zu widersprüchlichen Regelungen und einem weitgehenden Verhandlungs-Stop vor Ort. Mit der indirekten Klarstellung, dass der Nichteinbezug pflegefremder Tätigkeiten auch schon für 2026 gelten soll, werden die Kostenträger die neue Abgrenzungslogik nicht nur für 2026, sondern auch für noch nicht abschließend ausgeglichene Vorjahre heranziehen wollen und dadurch maximale Unsicherheiten, rückwirkende Kürzungsforderungen und zusätzlichen Stau bei den Budgetverhandlungen insgesamt erzeugen. Dies wird massive negative Auswirkungen auf die Liquidität der Krankenhäuser haben. Die Folge wären ein erheblicher Verhandlungsstau, eine Zunahme von Schiedsstellenverfahren und eine weitere erhebliche Planungsunsicherheit für die Krankenhäuser.

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. Die nun vorgesehene Deckelung des Pflegebudgets und die Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip führen demgegenüber zu neuen Fehlanreizen, zusätzlichem wirtschaftlichen Anpassungsdruck und einer strukturellen Untersteuerung des tatsächlichen Pflegebedarfs.

Nicht überzeugend ist die Annahme, dass diese Eingriffe ohne negative Auswirkungen auf die Versorgungsqualität bleiben. Es ist unstrittig, dass eine bedarfsgerechte Pflegepersonalausstattung ein zentraler Grundpfeiler qualitativ hochwertiger Versorgung ist. Wird die Finanzierung der Pflege künftig durch eine Obergrenze, die fehlende Refinanzierung tatsächlicher Mehrkosten und die eingeschränkte Berücksichtigung tariflicher Kostenentwicklungen begrenzt, droht ein unmittelbarer Konflikt zwischen bedarfsgerechtem Personaleinsatz und ökonomischer Steuerung. In einem solchen Modell steigt zwangsläufig der wirtschaftliche Druck, Pflegeleistungen zu rationalisieren. Dies würde nicht nur die Versorgungsqualität gefährden, sondern auch erneut die Attraktivität der Pflegeberufe schwächen.

Kritisch sind zudem die erheblichen krankenhausesindividuellen Verteilungswirkungen der geplanten Neuregelung. Insbesondere werden die Pflegebudgets des Jahres 2026 faktisch zur maßgeblichen Ausgangsbasis für die Folgejahre. Damit hängt die künftige Entwicklung in erheblichem Maße von historisch vereinbarten Budgetständen ab, unabhängig davon, ob diese die künftige Leistungsstruktur noch sachgerecht abbilden. Gerade in Häusern mit überdurchschnittlichen Pflegekosten – etwa in großen städtischen Krankenhäusern und Universitätskliniken – drohen dadurch erhebliche wirtschaftliche Verwerfungen mit entsprechenden Risiken für die Versorgung.

Ein Finanzierungssystem, das nach oben deckelt und zugleich Minderkosten voll budgetwirksam werden lässt, muss zwangsläufig in einer dauerhaften Abwärtsspirale bei der zukünftigen Beschäftigung von Pflegekräften münden. Pflege wird damit wieder zum Finanzierungsrisiko für die Krankenhäuser.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Ausnahmeregelung zur Überschreitung des Veränderungswertes bei Personalvorgaben durch Bundesgesetze und G-BA-Regelungen greift dagegen zu kurz. Irritierend und kontraproduktiv ist in diesem Zusammenhang der ausschließliche Verweis auf die Pflegepersonaluntergrenzen in der Gesetzesbegründung. Pflegepersonaluntergrenzen sind als absolute Mindestbesetzung („rote Linie“) zu verstehen, unter der eine Patientenversorgung nicht mehr gewährleistet werden kann. Der

Erfüllungsgrad der Pflegepersonaluntergrenzen in Bezug auf den Monatsdurchschnittswert ist in den Kliniken sehr hoch (95 %), regelhaft halten die Kliniken insofern deutlich mehr Pflegepersonal vor als durch die PpUG gefordert. Die PpUGs sind daher als Maßstab für das Pflegebudget völlig ungeeignet. Es bestünde jetzt aber die Gefahr, dass die Kostenträger mittelfristig – bei einem de facto Einfrieren des Pflegebudgets – nur noch die Erfüllung der Pflegepersonaluntergrenzen als Maßstab für die Refinanzierung des notwendigen Pflegepersonals heranziehen würden. 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 Korridorobergrenze 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 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 Korridorobergrenze 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 sind die geplanten Neuregelungen zum Pflegebudget abzulehnen. Sie stellen die politisch gewollte Verbesserung der Pflegepersonalausstattung in Frage, setzen neue Fehlanreize, bringen die Pflege erneut unter ökonomischen Druck und schaffen zusätzliche Bürokratie. 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.

3.4) Streichung der zusätzlichen Vergütung für pflegeentlastende Maßnahmen

Geregelt wird eine ersatzlose Streichung der zusätzlichen Vergütung pflegeentlastender Maßnahmen.

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 auf Pflegefachpersonen zurückverlagert werden. Eine solche Verlagerung würde mittelfristig erneut zu steigenden Personalkosten und damit zu höheren Ausgaben der Krankenkassen führen. Außerdem würde dies 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 deutlich, da wieder mehr 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 auf die Attraktivität des Pflegeberufes.

Es ist darauf hinzuweisen, 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 krankenhausindividuellen Gegebenheiten zu berücksichtigen. Es wäre widersprüchlich und unlauter, die vom GKV-Spitzenverband selbst geforderte Reduzierung und Pauschalierung von 4 % auf 2,5 % nun als Begründung dafür heranzuziehen, die Entlastung der Pflege vollständig zu streichen. Allenfalls denkbar wäre eine Rückkehr zu einer krankenhausindividuellen Verhandlung über die Höhe der pflegeentlastenden Maßnahmen. Diese sollte jedoch keiner Deckelung unterliegen, damit Pflegepersonal so weit wie möglich entlastet werden kann.

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, das ab dem Jahr 2019 zusätzlich eingestellt wurde, würde 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) Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen

Für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen werden die Änderungen nachvollzogen, die sich für andere Krankenhäuser durch Änderungen beim Pflegebudget nach § 6a und zur Begrenzung des Budgets über den neu zu ermittelnden Veränderungswert ergeben. In Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip bei der Finanzierung von Pflegepersonalkosten wird, ausgehend von den tatsächlichen Pflegepersonalkosten der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung, die in vollem Umfang in die erstmalige Vereinbarung des Gesamtvolumens eingehen, die Berücksichtigung des Anstieg der Pflegepersonalkosten in den Folgejahren auf den jeweils geltenden Veränderungswert begrenzt und der

Mehrkostenausgleich aufgehoben. Darüber hinaus entfällt auch hier ein Ausgleich für Tarifsteigerungen, wenn diese oberhalb des Veränderungswerts liegen.

DKG-Stellungnahme:

Für die vorgeschlagenen Anpassungen bei den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen gilt die gleiche Kritik wie bei anderen somatischen Krankenhäusern. Auch für diese Einrichtungen werden die möglichen Vergütungssteigerungen von der realen Kostenentwicklung entkoppelt.

Wenn tariflich vereinbarte Lohnerhöhungen und Sachkostensteigerungen nicht vollständig gegenfinanziert werden, geraten Krankenhäuser in die Situation, entweder wirtschaftliche Verluste hinzunehmen oder notwendige Personalmaßnahmen zu unterlassen. Beides ist langfristig nicht tragfähig.

Gerade für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen, die politisch gewollt eine neue, integrierte Versorgungsform darstellen, senden diese Regelungen ein widersprüchliches Signal. Einerseits sollen sie innovative Versorgungsmodelle entwickeln und Versorgungslücken schließen, andererseits werden ihre finanziellen Rahmenbedingungen deutlich verschärft. Dies gefährdet nicht nur die wirtschaftliche Stabilität dieser Einrichtungen, sondern auch die Bereitschaft von Trägern, sich auf diese neuen Strukturen einzulassen.

Die vorgesehenen gesetzlichen Anpassungen gefährden darüber hinaus den fristgerechten Abschluss der Vergütungsvereinbarung für die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen bis zum 02.06.2026, da damit unmittelbare Auswirkungen auf die Ausgestaltung der Vereinbarung verbunden sind. Eine Berücksichtigung der vorgesehenen Maßnahmen kann grundsätzlich erst nach Inkrafttreten des GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetzes erfolgen, das erst zu einem späteren Zeitpunkt zu erwarten ist.

Mit dem KHVVG wurde die Zielsetzung verfolgt, den Ausbau der sektorenübergreifenden und integrierten Gesundheitsversorgung voranzutreiben, um auch in struktur- und bevölkerungsschwachen Regionen weiterhin eine qualitätsgesicherte medizinische Grundversorgung aufrechterhalten und der regionalen Unterversorgung entgegenwirken zu können. Wenn die Politik diese Zielsetzung ernst meint, darf sie diese nicht durch kurzfristige und vergütungsmindernde gesetzliche Anpassungen gefährden.

3.6) Erhöhung der Prüfquoten sowie der Schwellenwerte

Geändert werden sowohl die Schwellenwerte als auch der Höhe der Prüfquote. Künftig gilt eine Prüfquote in Höhe von

- *5% bei Anteil unbeanstandeter Schlussrechnungen ab 80%,*
- *15% bei Anteil unbeanstandeter Schlussrechnungen zwischen 60% und 80% sowie*

- 25% bei Anteil unbeanstandeter Schlussrechnungen kleiner als 60%.

Daneben wird der Schwellenwert für eine Vollprüfung bei vermuteter systematischer Falschabrechnung angehoben, bislang war eine Quote von unterhalb von 20% unbeanstandeter Schlussrechnungen erforderlich, diese wird auf unterhalb von 40% erhöht.

DKG-Stellungnahme:

Die Erhöhung der Prüfquoten sowie der Schwellenwerte werden abgelehnt. Auch wenn die Systematik der krankenhausesindividuellen Prüfquote unangetastet bleibt, werden doch die wesentlichen Parameter zum Nachteil der Krankenhäuser erhöht. Dass die geringste Prüfquote in Höhe von 5% aufrechterhalten wird, stellt keinen Vorteil für die Krankenhäuser dar, da es wegen der Erhöhung des Schwellenwertes für die Krankenhäuser schwieriger wird, diese Quote zu erreichen. Festzustellen ist vielmehr eine massive Erhöhung der zweiten und dritten Gruppe der Prüfquote (von 10% auf 15% sowie von 15% auf 25%), ohne dass dafür ein sachlich nachvollziehbarer Grund vorliegt. Die bisherige durchschnittliche Prüfquote von ca. 8 – 8,5% kann diesen massiven Anstieg nicht begründen. 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 aktuell höchsten Prüfquote in Höhe von 15 %. Der anhaltend hohe Anteil von Krankenhäusern in der Gruppe der geringsten Prüfquote verdeutlicht die hohe Abrechnungsqualität der Krankenhäuser.

Die neben der Erhöhung der Prüfquote beabsichtigte Anhebung des Schwellenwertes zum Erreichen der jeweiligen Prüfquote führt dazu, dass die Mehrzahl der Häuser von der Gruppe 5% in die Gruppe 15% fällt. Dies bedeutet in der Praxis faktisch eine Verdoppelung (bei Annahme der durchschnittlichen Prüfquote von ca. 8%) bzw. eine Verdreifachung der Prüfungen in den Krankenhäusern, also eine massiven Ausweitung des Prüfgeschehens, was zu einer Erweiterung von Aufwand und Bürokratie im Krankenhaus steht und damit das auch vom BMG beständig postulierte Ziel, Bürokratie und Aufwand im Krankenhaus abzubauen, konterkariert. Hinzuweisen ist auch auf den Umstand, dass die vorgesehen maximale Prüfquote in Höhe von 25% schon für sich gesehen eine massive Erhöhung der Prüfmöglichkeit der Krankenkassen darstellt, da sie damit die durchschnittliche Prüfquote, die in den Hochzeiten der unregelmäßigen Prüfungen zu verzeichnen war und bei ca. 17% lag, bei weitem übertrifft. Hier stellt sich sogar die Frage, ob die Krankenkassen (sowie in Konsequenz der Medizinische Dienst) ohne Ausbau ihrer Ressourcen, was nicht ohne erhebliche Kostenbelastung zu Lasten der Versichertengemeinschaft erfolgen kann und somit die seitens des BMG erhofften zusätzlichen Erlöse wiederum schmälern wird, diese hohe Prüfquote überhaupt realisieren können. Intention dieser Regelungen ist einzig das Ziel, den Krankenkassen zu weiteren Einnahmen zu verhelfen, die Qualität der Abrechnung steht nicht im Fokus.

Anzumerken ist auch, dass die Anhebung der Prüfquoten und der Schwellenwerte der Regelung des § 17c Absatz 7 KHG entgegenläuft, wonach bis zum 30.06.2026 dem BMG vom

GKV-Spitzenverband und der DKG ein Bericht über die Auswirkungen der Neuregelungen des MDK-Reformgesetzes vom 14.12.2019 vorzulegen ist. Wesentlicher Bestandteil dieses Berichtes sind gerade auch die Wirkungen sowie die Bewertung der eingeführten Prüfquoten, auch soll der Bericht zur Frage der Auswirkungen der Neuregelungen auf die Abrechnungsqualität der Krankenhäuser Aussagen beinhalten. Dass nunmehr vor der Vorlage dieses Berichtes Änderungen an grundlegenden Regelungen des Prüfquotensystems vorgenommen werden, entwertet die Ergebnisse dieses Berichtes, der immerhin einen Auftragswert von 145.000 € zzgl. USt repräsentiert. Bevor erneut Behauptungen über systematisch fehlerhafte Abrechnungen oder mangelnde Abrechnungsqualität im Krankenhauswesen abgegeben werden, hätte das Ergebnis des gemeinsamen Berichtes abgewartet werden sollen.

In der Aussage, 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. Vielmehr bestätigen die Daten die gute 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 Absatz 2 Sätze 6 und 7 SGB V). Ausweislich der vom GKV-Spitzenverband vorgenommenen Auswertung und Veröffentlichung nach § 17c Absatz 6 Satz 1 Nrn. 4 und 6 KHG erfolgten im Jahr 2024 aber lediglich 45 Anzeigen nach § 275c Absatz 2 Satz 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 Behauptungen hinsichtlich der schlechten Abrechnungsqualität der Krankenhäuser sowie der zu realisierenden Rückerstattungsbeträge ad absurdum. Um den Krankenkassen die Möglichkeit der Vollprüfung künftig zu erleichtern, wird der Schwellenwert zur Vollprüfung daher erheblich hochgesetzt (bzw. aus Sicht der Krankenkassen abgesenkt). Dieses ausschließlich zu Lasten der Krankenhäuser und durch keinen sachlichen Grund zu rechtfertigende Vorgehen der Absenkung des Schwellenwertes der Vollprüfung, dass erkennbar ausschließlich darauf ausgerichtet ist, den Krankenkassen die bislang kaum zu nutzende Möglichkeit der Vollprüfung zugänglicher zu machen, wird abgelehnt.

3.7) Prüfauftrag zur Fallzusammenführung

Die Vertragsparteien auf Bundesebene werden beauftragt, bis 30. Juni 2027 (mit Wirkung ab 2028) eine Erweiterung der Regelungen zur Fallzusammenführung im Fallpauschalensystem zu prüfen.

DKG-Stellungnahme:

Die vorgesehene Ergänzung des § 9 Absatz 1 Nummer 3 KHEntgG-E wird insoweit begrüßt, als der Gesetzgeber von einer unmittelbaren gesetzlichen Umsetzung der weitreichenden Vorschläge der Finanzkommission Gesundheit zur pauschalen Ausweitung der Fallzusammenführung Abstand nimmt und stattdessen die Vertragsparteien auf Bundesebene mit einer Prüfung beauftragt. Positiv ist insbesondere, dass weder eine starre 30-Tage-Regelung noch eine krankenhauses- und MDC-übergreifende Fallzusammenführung unmittelbar gesetzlich vorgegeben werden.

Dies trägt dem Umstand Rechnung, dass die Regelungen zur Fallzusammenführung seit Einführung des DRG-Systems bewusst differenziert ausgestaltet wurden und bis heute im Wesentlichen unverändert einen tragfähigen Bestandteil der Abrechnungsbestimmungen bilden. Bereits der Verordnungsgeber hat mit der KFPV 2004 ausdrücklich das Ziel verfolgt, fehlsteuernde ökonomische Anreize zu vermeiden, ohne zugleich medizinisch sinnvolle und etablierte Behandlungsabläufe sachwidrig einer umfassenden Fallzusammenführung zu unterwerfen. In der amtlichen Begründung zu § 2 KFPV 2004 wird hierzu ausgeführt, Ziel sei es gewesen, „künftige fehlsteuernde Anreize vorbeugend zu beseitigen“ und zugleich „maschinell überprüfbare Regeln aufzustellen“, die eine Vielzahl von Nachfragen, Rechtfertigungen und Streitfällen vermeiden. Ebenso wird dort ausdrücklich hervorgehoben, dass bestehende, medizinisch sinnvolle Behandlungsketten grundsätzlich nicht der Zusammenfassung zu einem Gesamtfall unterworfen werden sollten.

Gerade dieses gesetzgeberische Leitbild hat sich in der Praxis bewährt. Die geltenden Regelungen sind langjährig etabliert, rechtssicher handhabbar und im Abrechnungsvollzug gut anwendbar. Hinzu kommt, dass mit dem Schlichtungsausschuss Bund ein Instrument für bundeseinheitliche Klärungen von Auslegungsfragen zur Verfügung steht. Dass zu den bestehenden Regelungen der Fallzusammenführung bislang kein Antrag auf Klärung gestellt wurde, spricht deutlich dafür, dass die derzeitigen Abrechnungsbestimmungen in der Praxis sachgerecht und konfliktarm anwendbar sind.

Auch in der Sache bestehen erhebliche Bedenken gegen zu weitgehende Änderungen. Eine Ausweitung der Fallzusammenführung verändert nicht nur die Zahl der abrechenbaren Fälle, sondern zugleich die Falldefinition und damit die Kalkulationsgrundlage der DRG-Fallpauschalen. Werden Wiederaufnahmen in größerem Umfang zusammengeführt, werden die damit verbundenen Kosten künftig dem neu definierten Gesamtfall zugerechnet und gehen entsprechend in die Kalkulation der DRGs ein. Ein nachhaltiger Einspareffekt lässt sich daraus systematisch gerade nicht ohne Weiteres ableiten. Vielmehr würden Fälle und Kosten rechnerisch neu zugeordnet. Die Annahme eines erheblichen dauerhaften Spareffekts greift daher zu kurz.

Besonders kritisch wären aus Sicht der DKG krankenhausesübergreifende oder gar MDC-übergreifende Erweiterungen. Solche Ansätze würden neue, hochkomplexe Abgrenzungs-

Informations- und Abrechnungsfragen aufwerfen. Bereits die Ermittlung, ob und in welchem anderen Krankenhaus innerhalb einer Frist eine Wiederaufnahme stattgefunden hat, wäre mit erheblichem zusätzlichem Aufwand verbunden. Hinzu kämen schwierige Fragen der Kodierung, der Datenverfügbarkeit, der Verantwortlichkeit und der Erlösverteilung zwischen den beteiligten Krankenhäusern. Dies gilt umso mehr, wenn unterschiedliche Fachgebiete oder medizinisch nicht zusammenhängende Behandlungen betroffen wären. In solchen Konstellationen würden neue Auslegungs- und Abrechnungsstreitigkeiten geradezu provoziert.

Soweit in der Begründung auf die Kriterien der Wirtschaftlichkeit, medizinischen Vertretbarkeit und Bürokratie abgestellt wird, ist dies ausdrücklich zu begrüßen. Aus Sicht der DKG muss eine Prüfung untersuchen, ob die bestehenden Regelungen bereits einen sachgerechten Ausgleich zwischen Missbrauchsvermeidung, Praktikabilität und medizinischer Angemessenheit herstellen. Dies gilt insbesondere mit Blick auf chronisch kranke Patientinnen und Patienten sowie medizinisch etablierte Versorgungsregime, bei denen wiederholte Krankenhausaufenthalte innerhalb eines begrenzten Zeitraums nicht Ausdruck von Fehlsteuerung, sondern Teil einer sachgerechten Versorgung sein können.

Vor diesem Hintergrund regt die DKG an, in der Gesetzesbegründung noch klarer zum Ausdruck zu bringen, dass der Prüfauftrag ergebnisoffen und zielgerichtet zu gestalten ist.

3.8) Obligatorische Zweitmeinungsverfahren bei mengensensiblen Eingriffen

Der G-BA soll zur schrittweisen Einführung verbindlicher Zweitmeinungsverfahren für mengenanfällige Eingriffe beauftragt werden. Die Vergütung dieser spezifischen Leistungen wird an einen verpflichtenden Zweitmeinungs-Nachweis geknüpft.

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. Ein obligatorisches Zweitmeinungsverfahren als Grundlage der Leistungserbringung führt für Patienten zu erheblich erhöhten Wartezeiten und zu Verzögerungen der Behandlung. Zusätzlich entstehen massive neue administrative Aufwände – von der Prüfung der Abrechnungsvoraussetzungen, über das Terminmanagement bis hin zur Dokumentation – bei den Leistungserbringern, die mit nicht unerheblich hohem Personalaufwand einhergehen werden. 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 vorgelegte Entwurf zur Gesetzesänderung erscheint darüber hinaus in weiteren konkreten Punkten unrealistisch:

- Innerhalb von drei Monaten soll der G-BA ab dem 1. Januar 2027 bis zum 31. März 2027 einen bestimmten Eingriff zur obligatorischen Zweitmeinung bestimmen. Es ist unmöglich, bis dahin 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 Zweitmeinungen¹ für etwa 221.000 Eingriffe² 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, das 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 Finanzkommission hatte die Annahme vertreten, dass bei Einführung der obligatorischen Zweitmeinung mindestens 20 % der bisher durchgeführten Eingriffe nicht mehr durchgeführt werden würden. Diese Annahme basierte auf einem Vergleich von Eingriffszahlen und einer Orientierung am Median innerhalb in etwa vergleichbarer Gesundheitssysteme in Europa und der OECD und der dabei gewonnenen Erkenntnis, dass in Deutschland bestimmte Eingriffe häufiger durchgeführt werden. Es wurde 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

¹ 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].

² IQTIG (2025): „Qualitätsreport Auswertungsjahr 2025“ (S. 138), online verfügbar unter: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/qualitaetsreport/> [zuletzt abgerufen am 13.04.2026].

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. Im Gesetzesvorschlag wird diese Annahme nun auf 10 % reduziert, ohne auch hier eine schlüssige Herleitung dieses Wertes darzulegen. Hierdurch entsteht der Eindruck, dass ein Vorschlag für eine Gesetzesregelung nach Baugefühl vorgelegt wurde.

Die Idee der Finanzkommission, der potentiellen Mengenanfälligkeit bei bestimmten Eingriffen durch eine verpflichtende Zweitmeinung zu begegnen, setzte 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. Weiterhin sollte das bestehende Zweitmeinungsverfahren vereinfacht und gefördert werden, um eine breitere Wahrnehmung und Akzeptanz zu erreichen. Die Zm-RL stellt in § 7 aktuell sehr hohe Anforderungen an Zweitmeiner. Die Anzahl bisher genehmigter Zweitmeiner fällt aufgrund dieser hohen Anforderungen über alle Eingriffe hinweg sehr gering aus. Dies stellt eine Hürde für einen flächendeckenden funktionierenden Ansatz dar, dem nur durch Änderungen der Anforderungen begegnet werden kann. Auch die momentan geringe Vergütung von Zweitmeinungen ist wenig attraktiv und sollte dringend angepasst werden.

3.9) Automatische Erweiterung des Prüfauftrags des Medizinischen Dienstes sowie Abstimmung zwischen GKV-Spitzenverband und DKG über mögliche Ausweitung des Vorverfahrens/ Falldialoges

Der Medizinische Dienst hat alle abrechnungsrelevanten Auffälligkeiten, die er im Rahmen seiner Prüfung feststellt, in seine Prüfung einzubeziehen, auch wenn sie nicht Gegenstand des ursprünglichen Prüfauftrages gewesen sind. Dazu sollen GKV-Spitzenverband und DKG bis zum 30.06.2027 prüfen, ob das Vorverfahren/der Falldialog künftig umfassender genutzt werden kann.

DKG-Stellungnahme:

Zur automatischen Erweiterung des Prüfauftrages:

Die vorgesehene Berücksichtigung sämtlicher, im Rahmen einer Fallprüfung festgestellter abrechnungsrelevanter Auffälligkeiten durch den Medizinischen Dienst, auch wenn sie nicht Gegenstand des ursprünglichen Prüfauftrages gewesen sind, ist abzulehnen, da dies eine automatische Erweiterung des Prüfauftrages darstellt und somit künftig eine Ausforschungsprüfung zulässig wäre. Für einen solchen 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. 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, da auf die Beantragung und Genehmigung der Erweiterung künftig verzichtet werden und der Medizinische Dienst automatisch die Prüfung auf alle abrechnungsrelevanten Voraussetzungen ausdehnen können soll.

Für einen solchen Systemwechsel müssten gewichtige Gründe 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 PrüfV und definieren den Prüfgegenstand, der dem Krankenhaus mitzuteilen ist, § 4 S. 2 PrüfV. Diese Konkretisierungspflicht des Prüfauftrages leitet sich aus der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ab, 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. Die automatische Ausweitung des Prüfauftrages verletzt zudem insbesondere im schriftlichen Verfahren 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. 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.

Zudem sind die von der GKV-Finanzkommission vorgetragene(n) finanziellen Auswirkungen dieses Vorschlages, auf die die Begründung des Referentenentwurfes ausdrücklich Bezug nimmt, 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. Auch fehlen Nachweise, ob Erweiterungen der Prüfaufträge in der Praxis tatsächlich in solch einem Umfang zu erwarten sind, um das behauptete Rückforderungspotential zu begründen.

Zur Prüfung der Ausweitung des Vorverfahrens / des Falldialoges:

Eine Ausdehnung des Vorverfahrens bzw. des Falldialoges ist allerdings grundsätzlich kritisch zu sehen, da zu befürchten ist, dass Krankenkassen durch eine Ausdehnung des Vorverfahrens bzw. des Falldialoges die Einschaltung des Medizinischen Dienstes und damit die Begrenzung durch die Prüfquoten umgehen können und somit ein paralleles Prüfverfahren implementieren werden.

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

Mit den vorgeschlagenen Anpassungen in § 3 Absatz 3 BPfIV sollen die Einrichtung ab dem Jahr 2027 zu einer Rückzahlung von vereinbarten aber nicht besetzten Personalstellen sowie von nicht zweckentsprechend verwendeten Budgetanteilen für Personal verpflichtet werden. Zudem soll der leistungsbezogene Krankenhausvergleich nach § 4 BPfIV (Psych-Krankenhausvergleich) „zur Verbesserung der Praxistauglichkeit“ um Kostendaten ergänzt werden. Auch gelten die vorgesehenen Anpassungen zum Veränderungswert, der Tarifraten und der elektronischen Patientenakte (ePA) auch für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen im Geltungsbereich der BPfIV. Die diesbezügliche Stellungnahme gilt auch für die entsprechenden Anpassungen der BPfIV.

DKG-Stellungnahme:

Mit diesen Gesetzesänderungen werden die Empfehlungen der Finanzkommission aufgegriffen, die wiederum auf fehlerhaften Annahmen und einseitigen Interpretationen basieren. Die von der Finanzkommission aufgegriffenen Zahlen und die daraus gezogenen

Schlussfolgerungen sind nicht belastbar, um einen politischen Handlungsbedarf zu rechtfertigen. Eine Umsetzung der Vorschläge würde die Umsetzung der hohen Qualitätsanforderungen des G-BA (PPP-RL) unmöglich machen und somit die psychiatrische und psychosomatische Versorgung massiv gefährden.

Bisher haben die Vertragsparteien vor Ort zu vereinbaren, inwieweit der Gesamtbetrag des folgenden Jahres abzusenken ist, wenn eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht vorgenommen wurde. Eine Rückzahlungsverpflichtung für nicht besetzte Stellen, eine Zweckbindung von Budgetanteilen und auch eine automatische Absenkung des Budgets des Folgejahres gibt es bisher richtigerweise nicht.

Mit der vorgesehenen Zweckbindung wird der elementare Grundsatz der Krankenhausfinanzierung, wonach das vereinbarte Gesamtbudget (Gesamtbetrag) maßgeblich ist und die sinnvolle und wirtschaftliche Verwendung der Mittel in der Eigenverantwortung der Einrichtungen liegt, aufgekündigt. Auch wenn die Finanzkommission dies als „konsequente Budgetkontrolle“ bagatellisiert, würde eine Zweckbindung von rund 65 % des Budgets einen Paradigmenwechsel in der Krankenhausfinanzierung bedeuten. Wenn eine Rückzahlungsverpflichtung gewollt ist, muss im Gegenzug auch die Vereinbarung der Personalkosten in tatsächlicher Höhe im Gesetz verankert werden.

Besonders schwerwiegend ist, dass dieser Gesetzesvorschlag wie 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. Daher müssen bei einer Rückzahlungsverpflichtung die Sanktionen des G-BA ausgesetzt werden.

Sofern die Politik auf Grund der Sparzwänge im Gesundheitssystem den Vorschlag einer Rückzahlungsverpflichtung aufgreifen sollte, müssen 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 müssen die Einrichtungen aus Kostengründen Personal abbauen und zugleich zur Einhaltung der Personalmindestanforderungen die Versorgung massiv einschränken.

Mit der Ausweitung des Psych-Krankenhausvergleichs um „Kostendaten“ wird die ursprüngliche Intention des Gesetzgebers, zu einer Angleichung der individuellen Preise beizutragen, verlassen. Nunmehr wird der Psych-Krankenhausvergleich offensichtlich nur noch als Instrument für einseitige Kostensenkungen verstanden. Dabei bleibt weiterhin offen, wie der Psych-Krankenhausvergleich mit den Personalmindestanforderungen des G-BA in Einklang zu bringen ist. Die Erweiterung um die Kostendaten zielt darauf ab, die einzelnen

Budgetpositionen jenseits des therapeutischen Personals herauszugreifen und abzusenken, ohne dass dies durch andere Budgetpositionen kompensiert werden kann. Daher muss von den Einrichtungen zukünftig für jede einzelne Budgetposition eine kostendeckende Vergütung erkämpft werden. Die Budgetverhandlungen werden nicht nur durch die bereits streitbehaftete Umsetzung der PPP-RL sondern durch extrem kleinteilig und streitbehaftete Diskussionen in allen Bereichen der Budgetvereinbarung belastet werden. Im Ergebnis wird hierdurch massiv neue Bürokratie auf- anstatt abgebaut, ohne dass ein nennenswerter Nutzen zu erwarten ist. Als Zeichen des ernsthaften politischen Willens zum Bürokratieabbau sollte der Psych-Krankenhausvergleich besser ersatzlos gestrichen werden.

3.11) Einführung von Kurzzeitfallpauschalen

Mit den neuen Kurzzeitfallpauschalen soll das DRG-Vergütungssystem weiterentwickelt werden - erstmalig für das Leistungsjahr 2028 - verbunden mit dem Ziel, die Verweildauerverkürzung und die Ambulantisierung bei stationären Krankenhausbehandlungen zu fördern. Es sollen stationäre Behandlungsfälle der Krankenhäuser unabhängig von der tatsächlichen Behandlungsdauer vergütet werden, die maximal zwei Übernachtungen (drei Kalendertage) umfassen. Im Sinne einer Ergänzung der vom Gesetzgeber bereits implementierten Instrumente AOP und Hybrid-DRG sind auf die Fallzahlvorgaben gemäß § 115f SGB V die Fälle der Kurzzeitfallpauschalen anzurechnen. Es sind keine Kurzzeitfallpauschalen für AOP-Leistungen zu etablieren. Es hat zudem eine jährliche Überprüfung zu erfolgen, wie viele und welche der mit Kurzzeitfallpauschalen vergüteten Fälle ambulant erbracht werden und ob für diese eine Überführung in den AOP-Katalog sachgerecht ist. Da davon auszugehen ist, dass es Schnittmengen mit dem Bereich Hybrid-DRG geben wird, ist zu prüfen, ob und inwieweit weiterhin eine Abrechnung gemäß § 115f SGB V für die Krankenhäuser weiterhin möglich ist. Es sind Vorgaben festzulegen, damit keine Fallzahlausweitung bei den stationären Behandlungsfällen mit bis zu zwei Übernachtungen auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses stattfindet und welche „Sanktionen“ bei Überschreitung dieser Mengengrenzung gelten sollen. Es soll eine Absenkung der Bewertungsrelationen der Kurzzeitfallpauschalen sowie im Ergebnis auch eine Absenkung der Summe der für die Kurzzeitfallpauschalen insgesamt vereinbarten Bewertungsrelationen vorgenommen werden. Die dadurch erzeugte Kostensenkung wird mit einem 2-Jahres-Verzug wirksam und wird an die Versichertengemeinschaft weitergegeben.

DKG-Stellungnahme:

Erneut soll eine tiefgreifende Reform des Vergütungssystems erfolgen, deren Einführung analog zu den Hybrid-DRG gänzlich ohne ausreichende Diskussion und Möglichkeit zur Prüfung der formulierten gesetzlichen Vorgaben vorgenommen werden soll. Voraussetzung für das Gelingen derartig komplexer Reformvorhaben ist es jedoch, diese intensiv zu diskutieren. Sonst ist mit hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Chancen dieser Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems durch Ergänzung von Kurzzeitfallpauschalen

erneut nicht genutzt werden. Grundsätzlich handelt es um einen richtigen Ansatz, eine Möglichkeit zu schaffen, geeignete stationäre Fälle sehr kurz zu behandeln und im DRG-System unabhängig von der tatsächlichen Behandlungsdauer zu vergüten.

Elemente des DKG-Konzepts für die Einführung eines Kurzlieger-DRG-Bereiches werden zwar aufgegriffen, jedoch sind zwingend noch Ergänzungen und Korrekturen des Gesetzesentwurfes vorzunehmen.

Parallel zu den bereits im SGB V etablierten Bereichen des Ambulanten Operierens im Krankenhaus (AOP-Bereich) und der Speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG-Bereich) wird nun ein weiterer Bereich im KHG bzw. KHEntgG mit ähnlichen Behandlungsfällen ergänzt. Dadurch ergeben sich Probleme bei der Abgrenzung und Zuordnung von medizinischen Fällen, die durch eine Streichung der Hybrid-DRG vermieden werden kann. Zumindest ist das parallele Bestehen von ähnlich gelagerten Versorgungsformen auf ein absolutes Mindestmaß zu begrenzen. Es bedarf mindestens einer möglichst kurzen und klar festgelegten Übergangsphase. Diese Parallelität bedarf in dieser Übergangsphase allerdings sehr klarer, tragfähiger Regelungen um Abgrenzungsprobleme, Fehlanreize, Mehrkosten und Ineffizienzen zu vermeiden und somit eine patientenorientierte Versorgungsstruktur sicherstellen zu können. In diesem Zusammenhang ist die Vorgabe, dass zu prüfen ist, ob und inwieweit mit der Einführung von Kurzzeitfallpauschalen weiterhin eine parallele Abrechnung gemäß § 115f SGB V für identische Behandlungsfälle für die Krankenhäuser weiterhin möglich ist, deutlich zu hinterfragen.

Positiv ist die Anrechenbarkeit der Fallzahlen aus dem neuen Kurzlieger-Bereich auf die viel zu hohen gesetzlichen Fallzahlvorgaben für die Etablierung weiterer Hybrid-DRG bis 2030. Das Ambulantisierungspotential liegt vielmehr bei dem Versorgungsbereich der Kurzzeit-Fallpauschalen.

Hauptkritikpunkt ist, dass die zentrale ordnungspolitische Weichenstellung nicht vorgenommen wurde. Es fehlt eine Regelung, wonach im Kurzlieger-Bereich auch ambulante Leistungen gemäß der Rechtsprechung des BSG enthalten sein können. Damit können die Verweildauern zwar reduziert werden, im Bereich der Behandlungen innerhalb 1 Belegungstags (2 Kalendertage) besteht dann allerdings das Risiko der primären Fehlbelegung mit entsprechenden massiven Vergütungskürzungen. Die grundsätzliche Möglichkeit der stationären Erbringung von bestimmten AOP- Leistungen bei Vorliegen von Kontextfaktoren muss dabei unbedingt unberührt bleiben, ansonsten wären diese Leistungen trotz Notwendigkeit nicht mehr stationär erbringbar. Es fehlt für die Kurzzeit-Fallpauschalen in diesem Zusammenhang auch eine entsprechende Ausnahmeregelung von MD-Prüfungen, damit sehr kurzliegende Fälle in diesem neuen Leistungsbereich auch tatsächlich ermöglicht werden. Mit der fehlenden Öffnung für ambulante Fälle im Sinne der BSG-Rechtsprechung fehlt eine für dieses Konzept unverzichtbare und zentrale Grundvoraussetzung, so dass die gesetzlichen Vorgaben zwingend noch zu ergänzen sind. Nur wenn diese Grundvoraussetzung erfüllt wird, ist überhaupt eine mengenbegrenzende Regelung für den Kurzzeit-Bereich

hilfsweise im Sinne einer Übergangsregelung denkbar. Diese sollte zudem nur moderat begrenzend ausgestaltet sein und auch Ausnahmeregelungen beinhalten, um der Situation vor Ort Rechnung zu tragen. Dies können krankenhauplanerische Maßnahmen, Reformprozesse oder andere Änderungen in der regionalen Versorgung sein. Grundsätzlich ist eine Mengenbegrenzung für stationäre Behandlungsfälle mit bis zu zwei Übernachtungen auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses jedoch abzulehnen.

Fazit:

Es besteht noch dringender Anpassungsbedarf für die ordnungspolitische Ausgestaltung der Kurzzeitfallpauschalen. Die gesetzliche Grundlage dieser sehr weitgehenden Vergütungsreform sollte daher sorgfältig und unter Einbeziehung der betroffenen Leistungsträger formuliert werden, damit die bestehenden Chancen in den nachfolgenden Prozessen innerhalb der Selbstverwaltung auch genutzt und in eine optimierte Versorgung umgesetzt werden können.

3.12) Streichung des ePA-Befüllungszuschlags – ambulant und stationär

Die Zuschläge für die Erstbefüllung der ePA sollen ab 2027 entfallen. Auch die Regelungen zu gesonderten Zuschlägen für Folgebefüllungen der ePA sind zu streichen.

DKG-Stellungnahme:

Die geplante Streichung des Zuschlags auf jeglicher Ebene (ambulant wie stationär) wird unter dem Deckmantel der GKV-Beitragsstabilität betrieben, ohne zugleich die strukturellen Ursachen steigender Aufwände anzugehen. Statt echter Entbürokratisierung wird der finanzielle Druck einseitig auf die Krankenhäuser verlagert – mit fatalen Folgen für die Digitalisierung und Innovationsfähigkeit.

Es entsteht der Eindruck, dass Kosten gesenkt werden sollen, ohne Bürokratie abzubauen, und dass Einsparungen gerade dort erfolgen, wo zusätzlicher gesetzlicher und technischer Aufwand politisch gewollt eingeführt wurde. Die elektronische Patientenakte verursacht derzeit nachweislich erhebliche personelle, sächliche, technische usw. Aufwände. Dessen ungeachtet soll ausgerechnet der Ausgleich für diesen Mehraufwand entfallen. Alleine im vollstationären Bereich bedeutet dies ein Minus für die Krankenhäuser von ca. 80 Mio. € pro Jahr, abgesehen von den teilstationären sowie ambulanten Fällen, die ebenfalls erheblich ins Gewicht fallen. Krankenhäuser sollen zusätzliche Dokumentationen leisten und komplexe Widerspruchs- und Spezialregelungen (z. B. GenDG, ePA-Widerspruch im Aufenthalt) handhaben – ohne Anerkennung des Aufwands. Das bremst nicht nur die Akzeptanz, sondern auch jede ernsthafte Weiterentwicklung digitaler Prozesse.

Die Streichung des Zuschlags sendet das klare Signal, dass Digitalisierung politisch gewünscht ist, aber möglichst nichts kosten soll – und vor allem nichts vereinfacht. Das ist weder nachhaltig noch ehrlich und konterkariert die eigenen Digitalisierungsziele des Systems.

3.13) Weitere Reformvorschläge der DKG im Rahmen des GKV-Beitragsstabilisierungsgesetzes

Die Krankenhäuser verweisen diesbezüglich auf die eingereichten Vorschläge zur GKV-Finanzstabilisierung an die Finanzkommission Gesundheit vom 28.11.2025 und machen nachfolgend ergänzende Ausführungen zum Bereich Arzneimittel.

Unzureichendes Maßnahmenpaket mit Blick auf das Einsparpotential im Bereich der Arzneimittelkosten

Die im Referentenentwurf vorgeschlagenen Maßnahmen im Arzneimittelbereich werden nicht ausreichend sein, um den exzessiven Preisanstieg vor allem der unterlagen- und patentgeschützten Arzneimittel wirkungsvoll einzudämmen.

Die Abschaffung des Kombinationsabschlags (§ 130e SGB V alt und § 35a Absatz 3 Satz 4 SGB V) sowie der Leitplanken (§ 130b Absatz 3 Satz 2 und 5 SGB V) führt zunächst zu einer Entlastung der pharmazeutischen Industrie. Alleinig über den Herstellerabschlag nach § 130a Absatz 1b SGB V und die Verlängerung des Preismoratoriums bis 2030 werden wirkungsvolle Maßnahmen ergriffen, die allerdings den durch die Entscheidung des BVerfG vom 7. Mai 2025 zu den Az.: 1 BvR 1507/23 und 1 BvR 2197/23 dem Gesetzgeber eröffneten Handlungsspielraum, bei weitem nicht ausschöpfen.

Die vorgeschlagene Neuregelung in § 130e SGBV bzgl. der Rabattverträge für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung wird allein deshalb eine verminderte Wirkung haben, da der Anwendungsbereich nur auf bestimmte Wirkstoffgruppen (u.a. JAK-Inhibitoren, CRP-Antagonisten, PARP-Inhibitoren, PCSK9-Inhibitoren und PD-1/PD-L1) beschränkt ist. Zudem ist die Beschränkung der Regelung auf patentgeschützte Arzneimittel nicht nachvollziehbar.

Absenkung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel von 19 % auf 7 %

Die allermeisten europäischen Länder erheben für Arzneimittel einen ermäßigten Mehrwertsteuersatz, manche verzichten gänzlich darauf. In Deutschland wird hingegen eine Mehrwertsteuer von 19 % auf Arzneimittel erhoben, die ansonsten für „Luxusartikel“ gilt. „Artikel des Grundbedarfs“ werden hingegen nur mit 7 % versteuert. Warum Arzneimittel als „Luxusartikel“ gelten und mit dem erhöhten Steuersatz versehen werden erschließt sich nicht.

In einem begleitenden Interview zum Bericht der Finanzkommission ([26-03-Gerlach-opp-aktuell | Presseagentur Gesundheit](#)) wurde von einem der Autoren erläutert, dass auf eine Absenkung der Mehrwertsteuer verzichtet worden ist, weil es sich um eine Steuer handele, die nicht nur an den Bund fließt, sondern auch an die Länder und die Kommunen. Man müsste mit den Ländern und Kommunen eine Vereinbarung treffen, um das Geld dem Gesundheitsfonds zuzuführen. Außerdem sei völlig ungewiss, ob die Hersteller diese Ermäßigung weitergeben.

Die Rechnung ist hingegen eigentlich ganz einfach. Bei Arzneimittelausgaben in Höhe von rund 58 Mrd. Euro nimmt der Staat etwa 11 Mrd. Euro Steuern über das GKV-System ein. Beim ermäßigten Mehrwertsteuersatz von 7 % würde das GKV-System leichterhand um 7 Mrd. entlastet werden können. Es geht also nicht um eine Rückführung an den Gesundheitsfonds, sondern um eine a priori Entlastung. Warum die Kommission diesen auf der Hand liegenden Vorschlag nicht aufgenommen hat, und dieser steuerlichen „Quersubvention“ durch das angeschlagene GKV-System nicht entgegenwirkt, ist nicht nachzuvollziehen.

Abschaffung der 6-monatigen AM-Preisfreiheit bei Marktzugang

Derzeit können Hersteller bei Marktzugang von unterlagen- und patentgeschützten Arzneimitteln sechs Monate lang den Preis für ihr Arzneimittel frei festsetzen. Aufgrund der Regelung in § 130b Absatz 3a Satz 2 ff. SGB V greift das AMNOG-Preisregulierungssystem erst ab dem 7. Monat. Ohne jeglichen Kosten- und Zusatznutzennachweis und geschützt durch Unterlagen- und Patentschutz, werden von Herstellern Preise frei festgelegt, die seitens der Kassen in den ersten sechs Monaten nach Inverkehrbringen der Arzneimittel in vollem Umfang zu zahlen sind. Warum nicht an diesem Hebel angesetzt wird, bleibt unklar. Dies ist umso unverständlicher, als dass die unterlagen- und patentgeschützten Arzneimittel nach den zutreffenden Darstellungen der GKV-Finanzkommission bei einer Gesamtverordnungsmenge von 2,9 % mit 45 % fast die Hälfte des gesamten Ausgabenvolumens in Höhe von 58 Mrd. Euro für Arzneimittel ausmachen. Eine Abschaffung dieser unverhältnismäßigen Preisbildung würde auch keinesfalls einer Vierten Hürde gleichkommen. Denn die Arzneimittel bleiben weiterhin kraft ihrer Zulassung zulasten der GKV erstattungsfähig, nur nicht zu einem völlig beliebig festgesetzten Preis.

Im Hinblick auf die Zumutbarkeit der Abschaffung der Preisfreiheit bestehen seit der Entscheidung des BVerfG vom 07.05.2025 zu den Az.: 1 BvR 1507/23 und 1 BvR 2197/23 zur Nichtannahme der Verfassungsbeschwerden gegen das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz auch keine Bedenken. Das BVerfG hat in dieser Entscheidung zutreffend herausgearbeitet, dass ist in diesem Kontext eine bereits bestehende erhebliche Privilegierung pharmazeutischer Unternehmer im Bereich unterlagen- und patentgeschützter Arzneimittel durch die der Einwirkung von Marktkräften entzogene Abnahmegarantie ihrer Produkte auf Kassenseite zu berücksichtigen ist. Zudem genießen die für die Kostensteigerungen im Arzneimittelbereich maßgeblich Verantwortlichen pharmazeutischen Hersteller unterlagen- und patentgeschützter Arzneimittel lediglich einen verminderten Vertrauensschutz, der gegenüber der staatlichen Stabilisierungsverantwortung zurückstehen muss.

Mit Blick auf die Krankenhäuser ist der kontinuierliche Preisanstieg im Bereich der Arzneimittelausgaben auch insofern belastend, als die steigenden Arzneimittelkosten dem Krankenhaussektor zugeordnet werden und damit den Blick auf die durch eigenes Zutun der Krankenhäuser ausgelöste Kostenentwicklung verfälschen.

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