DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT

Stellungnahme

zu den an die FinanzKommission Gesundheit gerichteten

Sparvorschlägen des GKV-Spitzenverbandes

(Stand: 07.01.2026)

DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung 2

Bewertung der Sparvorschläge des GKV-Spitzenverbandes 3

1) Dauerhafte Streichung der Meistbegünstigungsklausel 3

2) Streichung voller Korridor (Veränderungswert) 5

3) Streichung der zusätzlichen „vollen Tarifrefinanzierung“ 6

4) Effizienzreserven heben – Normierung des DRG-Systems 7

5) Vorhaltefinanzierung – Streichung der zusätzlichen Fördertöpfe 8

6) Pflegebudget – Anpassungen der unbegrenzten Selbstkostendeckung 9

7) Pflegebudget – Streichung der pauschalen Finanzierung der pflegeentlastenden Maßnahmen 11

8) Streichung der Zusatzentgelte für Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 im Krankenhaus 12

9) Abrechnungsprüfung – Streichung der Prüfquote 13

10) Fallzusammenführung 30 Tage 15

11) Begrenzung der Budgetsteigerungen in Psychiatrie und Psychosomatik 16

12) Gesamtbudget für psychiatrische Behandlung am Krankenhaus 19

13) Einführung von Kurzzeitfallpauschalen 20

14) Investitionskostenfinanzierung – Ausschluss der Querfinanzierung 21

15) Ausbildungsumlage Pflegeberufegesetz, Pflegeassistenzeinführungsgesetz, Krankenhausfinanzierungsgesetz 22

Vorbemerkung

Am 28. November 2025 hat der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) der vom Bundesministerium für Gesundheit eingerichteten „FinanzKommission Gesundheit“ zahlreiche Sparvorschläge unterbreitet und diese in Form einer Stellungnahme veröffentlicht. Das Papier des GKV-SV umfasst ausschließlich Einsparmaßnahmen im Bereich der stationären und ambulanten Versorgung sowie der Heil- und Hilfsmittelversorgung. Konkrete Vorschläge, wie die rund 100 gesetzlichen Krankenkassen und deren Interessenverbände selbst (z. B. durch eine Reduktion der dynamisch steigenden Verwaltungskosten) zur Stabilisierung der GKV-Finanzen beitragen könnten, macht der GKV-SV hingegen nicht.

In den Krankenhäusern lösen die Vorschläge des GKV-SV jedoch nicht nur deshalb größten Unmut aus. Als absolute Zumutung empfinden die Krankenhäuser vielmehr auch, dass der GKV-SV in seiner Stellungnahme behauptet, dass die Umsetzung der für den Krankenhausbereich vorgeschlagenen Einsparungen in Milliardenhöhe (!) keinerlei negative Auswirkungen auf die Versorgungsqualität hätte. Da die Krankenhäuser die resultierenden Erlösrückgänge nur durch einen massiven Personalabbau kompensieren könnten, kann diese Behauptung ganz offensichtlich nur als völlig absurd zurückgewiesen werden.

Vor diesem Hintergrund nehmen die Krankenhäuser im Folgenden dezidiert Stellung zu den Sparvorschlägen des GKV-Spitzenverbandes.

Bewertung der Sparvorschläge des GKV-Spitzenverbandes

1) Dauerhafte Streichung der Meistbegünstigungsklausel

Der GKV-Spitzenverband fordert die Streichung der Meistbegünstigungsklausel sowohl im Bereich der Somatik als auch im Psych-Bereich. Die Meistbegünstigungsklausel führe zu einer „Überfinanzierung", wenn die tatsächlichen Kosten (Orientierungswert) geringer seien als die Veränderungsrate. In den vergangenen Jahren habe dies zu nicht sachgemäßen Steigerungen der Landesbasisfallwerte und damit zu deutlichen Mehrbelastungen der GKV geführt. Die Abschaffung der Meistbegünstigungsklausel müsse zudem mit einer Abschaffung/ Veränderung der mit dem KHVVG eingeführten vollen Tarifrefinanzierung einhergehen.

DKG-Stellungnahme:

Die Streichung der Meistbegünstigungsklausel im Bereich der Somatik sowie im Psych-Bereich ist kein sachgerechter Überfinanzierungsabbau, sondern eine dauerhafte, basiswirksame Kürzung der Betriebsmittel. Damit würde nicht ein ineffizientes System verbessert, sondern einseitig bei der Versorgung gespart. Zudem ist strikt zurückzuweisen, dass die Krankenhäuser immer wieder aufgrund falscher oder unvollständiger Annahmen als „Kostentreiber" im Gesundheitswesen dargestellt werden.

Die Kostensteigerungen der Krankenhäuser würden bei Anwendung der vorgesehenen Maßnahmen dauerhaft nicht vollständig refinanziert. Der Orientierungswert spiegelt nicht die tatsächliche Kostenentwicklung des jeweiligen Vereinbarungsjahres wider, weil er auf einer retrospektiven Datengrundlage beruht. Er wird aus Kostenentwicklungen vergangener Halbjahre im Vergleich zu den jeweiligen Vorjahreszeiträumen berechnet und hat damit zwangsläufig keinen direkten Bezug zu den Kostensteigerungen, die im folgenden Vereinbarungszeitraum tatsächlich anfallen. Wenn die so ermittelten retrospektiven Kostensteigerungen unter den Kostensteigerungen des kommenden Vereinbarungszeitraums liegen, wirken sie dennoch als Obergrenze. Die tatsächlich höheren Kostensteigerungen werden dadurch gedeckelt. Die daraus entstehende Finanzierungslücke ist basiswirksam, weil sie im System nicht nachträglich ausgeglichen werden kann. Wenn der Zeitverzug beim Orientierungswert zur Unterfinanzierung der Kostenentwicklung führt, kann diese Lücke im Folgejahr nicht mehr kompensiert werden, da immer nur maximal die tatsächlich erwarteten Kosten des nächsten Jahres geltend gemacht werden können. Der Orientierungswert führt somit systematisch zu einer kumulativ wachsenden Unterfinanzierung, wenn er die einzige Bezugsgröße bleibt; der Spielraum in Richtung Veränderungsrate ist zwingend notwendig, um die technisch bedingte Systemlücke etwas ausgleichen zu können.

Die maximale Steigerung aller Vergütungen der Krankenhäuser sind immer die zwischen den Krankenkassen und den Krankenhäusern vereinbarten voraussichtlichen Kostensteigerungen für den Vereinbarungszeitraum. Sind diese niedriger als die im Gesetz vorgegebene Obergrenze (der sogenannte Veränderungswert), bleibt es bei den Kostensteigerungen.

Liegen sie über dem Veränderungswert, werden sie gekappt. Dies ist das – unveränderte – Prinzip der Beitragssatzstabilität. Auch die Meistbegünstigung ändert nichts daran, dass die Obergrenze immer nur in Richtung der Krankenkassen wirkt. Krankenkassen vergüten niemals mehr als die vereinbarte Kostenentwicklung. Krankenhäuser erhalten aber niemals automatisch die vollen Kosten erstattet.

Zum anderen hat die Ermittlung des Orientierungswertes auch ganz grundsätzlich erhebliche Schwächen. Das Statistische Bundesamt hat schon vor Jahren den Auftrag bekommen, 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 unter der realen Kostensteigerung der Krankenhäuser.

Besonders problematisch ist, die mit dem KHVVG eingeführte volle Tarifrefinanzierung abzuschaffen oder zu verändern. Damit würde ein zentraler Stabilisierungsmechanismus in Frage gestellt, der gerade deshalb notwendig ist, weil Krankenhäuser tarif- und personalkostengetriebenen Entwicklungen nicht ausweichen können. Tarifsteigerungen sind nicht frei verhandelbare Größen, sondern real entstehende Ausgaben, die sich unmittelbar auf die Versorgung und Liquidität der Krankenhäuser auswirken. Eine Schwächung von Meistbegünstigung und Tarifrefinanzierung führen folglich nicht zu „mehr Effizienz“, sondern zu dauerhafter Unterfinanzierung des Personals.

Auch im Psych-Bereich wäre eine generelle Streichung besonders sachwidrig. Für Einrichtungen im Geltungsbereich der BPflV existiert kein separates Pflegebudget wie in der Somatik. Wird hier der Orientierungswert ohne Berücksichtigung der Verdienste des Pflegepersonals zugrunde gelegt, entsteht eine systematische Schlechterstellung psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen. Eine dauerhafte Regelung, die Pflegekostenentwicklungen nicht angemessen berücksichtigt, wäre nicht nachvollziehbar und würde die Versorgungsrealität in einem ohnehin angespannten Bereich zusätzlich destabilisieren.

Insgesamt ist die Forderung nach einer generellen Streichung der Meistbegünstigungsklausel ein Vorschlag, der die Verantwortung für die Finanzierungslage der gesetzlichen Krankenversicherung einseitig auf die Krankenhäuser auf Kosten der Patientinnen und Patienten verlagert und zugleich die strukturellen Ursachen der Kostenentwicklung ignoriert.

2) Streichung voller Korridor (Veränderungswert)

Laut GKV-Spitzenverband käme es durch die Anwendung des vollen Orientierungswertes künftig zu einer „weiteren unnötigen Ausschüttung“ von Mitteln an alle Krankenhäuser über eine Landesbasisfallwerterhöhung („Gießkanne“). Die Streichung der Ein-Drittel-Korridorlösung und die damit verbundene Einführung des vollen Orientierungswertes würden hohe finanzielle Risiken für die GKV bergen. In den kommenden Jahren könne diese Maßnahme zu Mehrbelastungen in Milliardenhöhe führen. Statt dieser Regelung solle der Veränderungswert maximal die Höhe der Veränderungsrate betragen, wenn der Orientierungswert die Veränderungsrate überschreitet.

DKG-Stellungnahme:

Eine Änderung in der Systematik der Ermittlung des Veränderungswertes ist weder notwendig noch erforderlich. Die Festlegung der Obergrenze (Veränderungswert) auf Bundesebene wirkt immer nur begrenzend und hat keinen Finanzierungsautomatismus zur Folge. Auf dieser Basis folgen Verhandlungen auf Landes- bzw. Ortsebene (Landesbasisfallwert bzw. für Psychiatrie und Besondere Einrichtungen Budgetverhandlungen). Bei diesen Verhandlungen können grundsätzlich nur tatsächlich nachgewiesene erwartete Kostensteigerungen geltend gemacht werden. Ist dies nicht der Fall, kann die Obergrenze auch nicht ausgeschöpft werden. Die Obergrenze sollte einerseits nicht niedriger sein als die vergangene Kostenentwicklung (Orientierungswert) und andererseits nicht niedriger sein als die Leistungsfähigkeit der Krankenkassen (Veränderungsrate). Die aktuelle Gesetzeslage berücksichtigt beide Aspekte in einer ausgewogenen Form. Dies gilt insbesondere aufgrund der 2-Säulen-Theorie, nach der immer nur maximal die tatsächlichen Kostensteigerungen Eingang in die Preise finden können.

Eine gesetzliche Einschränkung dieser Obergrenze ist auch nicht sachgerecht vor dem Hintergrund, dass der Veränderungswert auf Basis retrospektiver Daten festgelegt wird, jedoch gleichzeitig als Obergrenze für die prospektiven Verhandlungen auf der Landes- bzw. Ortsebene gilt. Eine Beibehaltung der aktuellen Gesetzessystematik kann diesen „Periodeneffekt“ bei starken Preisschwankungen zumindest teilweise abfedern.

Die Anpassungen durch das KHVVG, dass der Verhandlungskorridor auf Bundesebene bei der Festlegung des Veränderungswertes ab dem Jahr 2025 bis hin zum vollen Orientierungswert erweitert wurde für den Fall, dass der Orientierungswert die Veränderungsrate überschreitet, ist insofern ein richtiger und längst überfälliger Schritt, um die bestehende Unterfinanzierung der Krankenhäuser nicht noch weiter zu verstärken. In den vergangenen Jahren haben die Krankenhäuser aufgrund der nach alter Rechtslage nur anteiligen Refinanzierung der Differenz, wenn der Orientierungswert über der Veränderungsrate lag, nicht einmal die Kostensteigerungen, die durch den Orientierungswert nachweislich abgebildet werden, vollständig refinanziert bekommen.

Eine Korrektur an der aktuellen Gesetzeslage ist vielmehr in dem Sinne vorzunehmen, dass bei der Festlegung des Veränderungswertes anderweitig finanzierte Kostensteigerungen nicht absenkend zu berücksichtigen sind, da dies aufgrund des Zeitversatzes in den Daten nicht sachgerecht und zudem äußerst fraglich ist, inwiefern es hier überhaupt zu einer vermeintlichen Doppelfinanzierung kommen kann.

3) Streichung der zusätzlichen „vollen Tarifrefinanzierung“

Die zusätzliche Tarifrate führe zu einer „Doppelberücksichtigung“ der entsprechenden Kostensteigerungen. Zudem habe dies laut GKV-Spitzenverband weitreichende Folgen für die zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern stattfindenden Tarifverhandlungen. Die Arbeitgeber würden durch die Möglichkeit der vollständigen Weiterreichung der Kostensteigerungen das Interesse verlieren, angemessene Tarifabschlüsse zu vereinbaren. Hohe Tarifsteigerungen/ hohe Kostensteigerungen seien die Folge. Eine Streichung der zusätzlichen vollen Tarifrefinanzierung sei notwendig, um die „überdurchschnittlichen Ausgabensteigerungen im Krankenhausbereich“ zu dämpfen.

DKG-Stellungnahme:

Über die Erhöhungsrate für Tariferhöhungen („Tarifrate“) werden nach entsprechenden Verhandlungen auf Bundesebene zusätzliche Personalkosten der Krankenhäuser, die über der Preisobergrenze (Veränderungswert) liegen, refinanziert. Die Tarifrate und eine entsprechende vollständige Refinanzierung der Personalkosten aller Berufsgruppen ist daher absolut unverzichtbar, da ansonsten die tatsächlich entstehenden Personalkostensteigerungen des jeweiligen Jahres nicht ausreichend refinanziert wären und das bestehende Personal bei nachweislich hoher Belastung nicht bezahlt werden könnte.

Die nach früherer Rechtslage (vor KHVVG) hälftige Refinanzierung für das ärztliche und sonstige nicht-ärztliche Personal und die Tatsache, dass bei diesen Berufsgruppen zudem strukturelle Tariferhöhungen nicht berücksichtigungsfähig waren, hat zu einer jahrelangen Unterfinanzierung der Personalkosten geführt und erheblich zu der bestehenden defizitären Lage der Krankenhäuser beigetragen. Dies wird durch das KHVVG nun in Zukunft richtigerweise zumindest teilweise reduziert.

Eine Korrektur an der aktuellen Gesetzeslage ist vielmehr in dem Sinne vorzunehmen, dass auch Tarifelemente über die Erhöhungsrate für Tariferhöhungen refinanziert werden, die sich nicht auf Lohn und Gehalt beziehen, gleichzeitig aber zu Mehrkosten für die Krankenhäuser führen (z. B. zusätzliche Urlaubstage oder Freizeitausgleiche). Zudem muss die Anpassung der Landesbasisfallwerte im Falle einer unterjährigen Umsetzung der Erhöhungsrate für Tariferhöhungen per Automatismus und ohne neue Verhandlung erfolgen.

4) Effizienzreserven heben – Normierung des DRG-Systems

Aktuell gebe es keinerlei Möglichkeiten zur Hebung von Effizienzreserven mehr in der Finanzierungssystematik. Auch im Rahmen der Weiterentwicklung des DRG-Systems (Normierungsprozess) erfolge keine Weitergabe der durch effizientere Strukturen erzielten Einsparungen, da der nationale Casemix, der zur Ausschüttung kommt, jährlich konstant gehalten werde. Die entsprechenden Vorgaben seien insoweit anzupassen, dass die Einsparungen in Höhe von einer Milliarde Euro im Rahmen des Normierungsprozesses durch eine Anpassung des Casemixvolumens zu erzielen sind. Der GKV-Spitzenverband fordert daher, dass aufgrund von Effizienzsteigerungen im Entgeltkatalog für DRG-Krankenhäuser für die Jahre ab 2026 im Rahmen der Normierung Bewertungsrelationen im Wert von einer Milliarde Euro (jährlich zusätzlich) absenkend zu berücksichtigen seien.

DKG-Stellungnahme:

Der Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes, im Rahmen der Normierung ab dem Jahr 2026 Bewertungsrelationen im Umfang von jährlich 1 Mrd. Euro „abzusenken“, ist methodisch nicht sachgerecht und verkennt die Funktion der Normierung im aG-DRG-System.

Die Annahme, es bestünden jährlich pauschal realisierbare Effizienzreserven in Höhe von einer Milliarde Euro, ist weder empirisch belegt noch methodisch nachvollziehbar. Insbesondere verkennt der Vorschlag, dass der nationale Casemix bewusst konstant gehalten wird, um Mengeneffekte von Preisentwicklungen zu trennen und eine verursachungsgerechte Vergütung sicherzustellen. Eine Absenkung des Casemix-Volumens zur Ausgabenkürzung würde dieses Grundprinzip außer Kraft setzen. Soweit der GKV-Spitzenverband eine Weitergabe „effizienterer Strukturen“ reklamiert, ist zudem festzuhalten, dass echte Effizienzveränderungen – soweit sie in den Kosten- und Leistungsdaten sichtbar werden – bereits über Kalkulation und Katalogweiterentwicklung in die Relationen einfließen. Eine darüberhinausgehende pauschale, jährlich additive Absenkung der Bewertungsrelationen wäre eine basiswirksame Kürzung ohne Bezug zu nachgewiesenen Kostenentwicklungen und würde die ohnehin bestehende Problematik der zeitverzögerten Datenbasis weiter verschärfen. Der GKV-Spitzenverband „vergisst“ dabei zusätzliche Kosten durch teure innovative Versorgungsformen, die ebenfalls gegenläufig bei der Normierung zu berücksichtigen wären. Aus gutem Grund ist das DRG-System als Relativgewichtsystem ausgestaltet, das diese hochpolitischen Effekte datenbezogen und in Relation der Leistungen berücksichtigt. Die Berücksichtigung von Kostenentwicklungen ist daher gesetzlich auf der Landesebene bei der Verhandlung der Preise über den Landesbasisfallwert verortet.

Der Normierungsprozess im DRG-System dient ausschließlich der methodischen Weiterentwicklung des Entgeltsystems und der sachgerechten Abbildung medizinischer Leistungen. Er ist kein Instrument zur generellen Ausgabensteuerung oder zur Abschöpfung unterstellter Effizienzgewinne. Effizienzsteigerungen, die auf strukturelle Veränderungen, Prozessoptimierungen oder medizinisch-technischen Fortschritt zurückzuführen sind, werden

bereits über die jährliche Kostenkalkulation und die Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen berücksichtigt. Eine solche Konstanthaltung ist damit ein Übergangs- und Neutralisierungsmechanismus gegenüber rein technischen Effekten (Bezugsgrößen-, Stichproben-, Katalog-, Kodier- und Kalkulationseffekte) – nicht aber ein Mechanismus zur pauschalen Abschöpfung vermeintlicher Effizienzgewinne. Die vom GKV-Spitzenverband geforderte zusätzliche, politisch gesetzte Absenkung der Bewertungsrelationen würde die Normierungslogik zweckwidrig zur Budgetkürzung umfunktionieren und die kalkulatorische Neutralität des Systems unterlaufen.

Im Übrigen wurde die Konstanthaltung des nationalen Casemix im Jahr 2007 in Abstimmung der Vertragsparteien auf Bundesebene gemeinsam mit dem InEK eingeführt. Bis zu diesem Zeitpunkt erfolgte keine Konstanthaltung des nationalen Casemix, was zu verschiedenen technischen Effekten führte.

Die Normierung bzw. Justierung der Bezugsgröße wurde systemkonform gerade nicht als Instrument zur Ausgabenabsenkung etabliert, sondern zur Vermeidung eines nationalen Liquiditätseffekts beim Systemwechsel. In den Beratungen zur Bezugsgröße 2006 wurde ausdrücklich festgehalten, dass ab dem Katalog 2006 keine Normierung auf einen nationalen CMI von 1,0 mehr vorgenommen wird; stattdessen sollte der nationale Casemix in aufeinanderfolgenden Jahren konstant bleiben, um Systemwechsel ohne unbeabsichtigte bundesweite Liquiditätsverschiebungen zu gestalten.

Hinzu kommt: Die Konstanz des nationalen effektiven Casemix bezieht sich methodisch nur auf das für die Systementwicklung herangezogene Referenzjahr der § 21-Daten, das dem Anwendungsjahr typischerweise zwei Jahre nachgelagert ist. Nachfolgende Veränderungen von Fallzahlen und Leistungsstrukturen bleiben dabei unberücksichtigt.

Fazit: Die Normierung dient der Minimierung unbeabsichtigter Liquiditätseffekte bei Katalogwechseln – nicht der pauschalen Ausgabenabsenkung. Der Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes ist grob systemwidrig und daher strikt abzulehnen.

5) Vorhaltefinanzierung – Streichung der zusätzlichen Fördertöpfe

Mit dem KHVVG und der kommenden Einführung der Vorhaltefinanzierung im Krankenhausbereich würde eine Vielzahl von zusätzlichen Finanzierungstöpfen eingeführt, die einer ausgabenneutralen Umsetzung der Vorhaltefinanzierung widersprechen und zu deutlichen zusätzlichen Belastungen der GKV führen würden. Der GKV-Spitzenverband fordert insofern die ersatzlose Streichung der Zuschläge/ Fördertöpfe (Pädiatrie, Geburtshilfe, Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben, Hochschulkliniken, Stroke Units, Spezielle Traumatologie, Notfallmedizin, Intensivmedizin).

DKG-Stellungnahme:

Der GKV-Spitzenverband führt außer dem Argument, dass mit den zusätzlichen Fördertöpfen die ausgabenneutrale Umsetzung nicht gewährleistet wäre, keine inhaltlichen Begründungszusammenhänge für eine Streichung an. Die Förderbeträge der Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin sind explizit als leistungsunabhängige zusätzliche Mittel eingeführt worden, um die Versorgung in diesen Bereichen noch stärker von dem Fallpauschalensystem unabhängig zu machen. Die Förderbeträge sollen dabei gezielt bestimmten Leistungsgruppen zugeordnet werden. Die zusätzlichen finanziellen Mittel für die Notfallversorgung werden auf Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung eingeführt, die eine Förderung der Notfallversorgung als notwendig erachtet hat. Hintergrund der Zuweisung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben ist, dass es sich um darüberhinausgehende Tätigkeiten handeln muss, die jenseits der dem Versorgungsauftrag regelmäßig zugrundeliegenden Aufgaben übernommen werden.

Die Argumentation des GKV-Spitzenverbandes basiert auf der Fehlannahme der sog. „Ausgabenneutralität“, für die weder das KHG noch das KHVVG einen Anspruch festlegen.

Fazit: Die genannten Zuschläge sind keine „Doppelstruktur“. Sie sind zweckgebunden, geben qualitative oder strukturelle Voraussetzungen vor und knüpfen an spezielle Versorgungsaufträge an. Sie finanzieren nicht allgemeine Vorhaltung, sondern besondere Leistungsdimensionen, die gerade nicht pauschalisiert finanziert werden dürfen.

6) Pflegebudget – Anpassungen der unbegrenzten Selbstkostendeckung

Durch die vollständige Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen (DRG-System) und deren separate Refinanzierung über das Pflegebudget seien die finanziellen Belastungen für die Kostenträger erheblich angewachsen. Sollte die Pflegepersonalbemessung einen weiter ansteigenden Personalbedarf aufzeigen, gehe dies mit erheblichen Kostensteigerungen einher. Dies werfe die Frage nach der langfristigen Finanzierbarkeit auf. Das Pflegebudget sei daher grundsätzlich in seiner Entwicklung durch den Veränderungswert zu begrenzen.

DKG-Stellungnahme:

Die Forderung, das Pflegebudget künftig durch den Veränderungswert zu begrenzen, wird von den Krankenhäusern entschieden abgelehnt.

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, den

Aufbau und Erhalt einer bedarfsgerechten Pflegepersonalausstattung unabhängig von Fallzahl- und Mengeneffekten sicherzustellen.

Eine Begrenzung des Pflegebudgets durch den Veränderungswert würde dieses Ziel konterkarieren. Steigende Personalbedarfe sind daher Ausdruck verbesserter Versorgungsqualität und nicht ineffizienter Mittelverwendung.

Pflegebudget und pflegeentlastende Maßnahmen sind die zentralen Hebel, um die Patientenversorgung zu verbessern, den Pflegeberuf aus der „Überlastungsfalle“ zu holen und wieder attraktiv zu machen. Sie verändern die Logik der Krankenhausfinanzierung grundlegend: Weg vom Spardruck, hin zur Investition in Personal. Seit Einführung des Pflegebudgets im Jahr 2020 beschäftigen die Kliniken 60.000 zusätzliche Pflegekräfte (in VK), nachdem in den Nuller-Jahren mit Einführung des DRG-Systems teilweise massiv Pflegepersonal abgebaut wurde.

- Pflege ist kein „Kostenfaktor“ mehr: Durch das Pflegebudget werden die Personalkosten für die Pflege am Bett vollständig refinanziert. Das nimmt Kliniken den finanziellen Anreiz, an Pflegepersonal zu sparen und ermöglicht stattdessen den Aufbau stabilerer Teams und eine bedarfsorientierte Pflege. Eine Deckelung des Pflegebudgets – wie vom GKV-Spitzenverband vorgeschlagen unterhalb der Tarifsteigerungen – führt zu erneutem Spardruck in der Pflege. Die bisherigen Errungenschaften wären damit akut gefährdet. Dies würde auch die im Jahr 2024 gesetzlich eingeführte Pflegepersonalbedarfsbemessung konterkarieren und in Frage stellen. Der Pflegebedarf insbesondere einer alternden Bevölkerung orientiert sich zudem nicht am Orientierungswert, sondern am Bedarf der Patientinnen und Patienten.

- Pflegeentlastende Maßnahmen: Siehe nächster Punkt.

- Auswirkungen auf die Versorgungsqualität: Es ist unstrittig, dass eine bedarfsgerechte (Pflege-)Personalausstattung zentraler Grundpfeiler einer qualitativ hochwertigen Versorgung ist. Werden die dafür notwendigen finanziellen Rahmenbedingungen für die Pflege nun aufgeweicht, hat dies zwangsläufig Auswirkungen auf die Versorgung. Die vorgeschlagene Absenkung im Landesbasisfallwert bei Überschreitung der Obergrenze im Pflegebudget setzt alle anderen Berufsgruppen und die Krankenhäuser insgesamt unter großen wirtschaftlichen Druck mit entsprechenden negativen Auswirkungen auf die Versorgung. Die gesetzlichen Krankenkassen sollten nicht nur für die Beitragsstabilität ihrer Versicherten einstehen, sondern sich auch für deren Versorgung einsetzen. Dazu gehören zwingend sachgerechte Rahmenbedingungen und das setzen kluger Versorgungsanreize. Beides wird in den Vorschlägen des GKV-Spitzenverbandes vermisst.

Fazit: Die vorgeschlagene Begrenzung würde letztlich dazu führen, dass die politisch gewollte Verbesserung der Personalausstattung ins Leere läuft oder nur durch Einsparungen an anderer Stelle kompensiert werden könnte. Dies würde die Versorgungsqualität und die Attraktivität der Pflegeberufe wieder deutlich verschlechtern.

7) Pflegebudget – Streichung der pauschalen Finanzierung der pflegeentlastenden Maßnahmen

Bei den pflegeentlastenden Maßnahmen handele es sich um schwer abgrenzbare Kosten, die regelhaft bereits über die DRG-Fallpauschalenerlöse finanziert seien. Zudem würden mit der Rückführung des „Sonstigen Personals" in das DRG-System seit dem Jahr 2025 die diese Beschäftigten betreffenden pflegeentlastenden Tätigkeiten einkalkuliert. Mit Blick auf eine Beseitigung von „Doppelfinanzierungen" sollten aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes die zusätzlichen Finanzierungsmöglichkeiten von pflegeentlastenden Maßnahmen im Pflegebudget gestrichen werden.

DKG-Stellungnahme:

Die Finanzierung der pflegeentlastenden Maßnahmen wurde als wichtiger Bestandteil der Pflegepersonalkostenfinanzierung mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz eingeführt. Die Finanzierung pflegeentlastender Maßnahmen trägt dazu bei, dass vergleichsweise einfache Tätigkeiten von unterstützendem Personal nicht wieder zurück auf voll ausgebildete Pflegefachkräfte verlagert werden. Eine solche Verlagerung würde mittelfristig wieder zu steigenden Personalkosten und damit höheren Ausgaben der Krankenkassen führen. Außerdem würde das der Attraktivität des Pflegeberufes in Zeiten dringend benötigter Fachkräfte schaden. Durch pflegeentlastende Maßnahmen – wie z. B. den Einsatz von Service- und Hilfskräften oder digitale Dokumentationssysteme – werden Pflegefachkräfte von nicht-pflegerischen Aufgaben befreit. Das erhöht die Berufszufriedenheit massiv, da wieder Zeit für die eigentliche pflegerische Arbeit am Patienten bleibt. Dadurch werden ein sachgerechter Qualifikationsmix und eine möglichst effiziente Versorgung sichergestellt. Die Streichung der pflegeentlastenden Maßnahmen kann aufgrund der schwierigen wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser dazu führen, dass dieses Personal freigesetzt wird – mit negativen Auswirkungen für die Attraktivität des Pflegeberufes. Hier gilt es, kluge Anreize für eine möglichst effiziente Versorgung und einen bedarfsorientierten Qualifikationsmix zu setzen.

Es sei darauf hingewiesen, dass der GKV-Spitzenverband noch im Jahr 2024 darauf gedrängt hat, die pflegeentlastenden Maßnahmen pauschal mit 2,5 % in den Pflegebudgets zu berücksichtigen. Dieser Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes wurde schließlich durch den Gesetzgeber mit dem KHVVG auch umgesetzt, obwohl damit keine Möglichkeit besteht, die krankenhausindividuellen Gegebenheiten zu berücksichtigen. Es wäre unlauter, die vom GKV-Spitzenverband selbst geforderte Pauschalierung nun wieder ersatzlos zu streichen. Es ist

allenfalls eine Rückkehr zu einer krankenhausindividuellen Verhandlung über die Höhe der pflegeentlastenden Maßnahmen denkbar, die jedoch keiner Deckelung unterliegen sollte, damit Pflegekräfte so weit wie möglich entlastet werden können.

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

8) Streichung der Zusatzentgelte für Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 im Krankenhaus

Laut GKV-Spitzenverband seien die Zusatzentgelte für Corona-Testungen nach dem Ende der COVID-19-Pandemie nicht mehr erforderlich.

DKG-Stellungnahme:

Der GKV-Spitzenverband behauptet, diese Regelung sei wie andere pandemiebedingte Sonderregelungen nach dem Ende der COVID-19-Pandemie nicht mehr erforderlich. Dieser Behauptung ist zu widersprechen.

Für die Feststellung einer Infektion mit SARS-CoV-2 ist eine Testung entweder auf Vorhandensein bestimmter Virusantigene (wie beim Schnelltest) oder auf das Vorhandensein des Erregererbguts (PCR-Test) notwendig. Da COVID-19 als akute Atemwegserkrankung anhand der Symptomatik alleine kaum von Erkrankungen durch andere Atemwegserreger zu unterscheiden ist, kann eine sichere Diagnose nicht allein aufgrund des klinischen Bildes, sondern nur mit Hilfe diagnostischer Tests zum Virusnachweis erfolgen. Denn insbesondere bei Risikogruppen (ältere Personen und Menschen mit bestimmten Vorerkrankungen, wie z. B. des Immunsystems, der Atmungsorgane und des Herz-/ Kreislaufsystems) kann eine SARS-CoV-2-Infektion zu sehr schwerer Symptomatik bis hin zu Lungenentzündung, Multiorganversagen oder Embolien führen. Eine erregerspezifische Diagnostik wird seitens des RKI auch zur Unterstützung von Therapieentscheidungen empfohlen.

Da sich bei SARS-CoV-2 bislang (noch) kein klarer saisonaler Rhythmus entwickelt hat, ist eine Testung im Krankenhaus grundsätzlich das ganze Jahr sinnvoll. Infizierte können bereits ein bis zwei Tage vor Symptombeginn ansteckend sein, insofern ist auch zum Schutz anderer Patienten eine Testung bei Aufnahme sinnvoll. Laut RKI soll eine Surveillance von Atemwegserkrankungen erfolgen und im Erkrankungsfall auf SARS-CoV-2 (und je nach Saison auf Influenza und evtl. das RSV-Virus) getestet werden, um die Gefahr einer nosokomialen

Übertragung zu verringern. Für Patientinnen und Patienten mit bestätigtem SARS-CoV-2-Nachweis empfiehlt die KRINKO dementsprechend auch eine Einzelzimmerisolierung.

Es ist auch falsch anzunehmen, dass für den Fall einer Berücksichtigung der Kosten für Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 bei der DRG-Kostenkalkulation eine angemessene Vergütung dieser Kosten erfolgen würde. Das InEK ermittelt im Rahmen der Kalkulation für sämtliche DRG-Fallpauschalen lediglich dimensionslose Bewertungsrelationen und keine Euro-Beträge. Die Entgelthöhe für die DRG-Fallpauschalen in Euro wird erst dadurch ermittelt, indem diese nach den Vorgaben des Entgeltkatalogs und den Abrechnungsbestimmungen mit den effektiven Bewertungsrelationen und dem Landesbasisfallwert bewertet werden (vgl. § 4 Abs. 2 Satz 2 KHEntgG).

Ausgehend von der Annahme einer Gleichverteilung der Testungen über alle stationären Leistungen wäre es vollkommen unerheblich, ob die Kosten für Testungen Eingang in die Kalkulation finden oder nicht. Die Bewertungsrelationen der DRG-Fallpauschalen würden sich durch die Einbeziehung in die Kalkulation nicht verändern und damit würde auch die Höhe der Vergütung durch die Kalkulation nicht beeinflusst. Und selbst wenn die Testungen bei bestimmten DRG-Fallpauschalen häufiger auftreten sollten, ist angesichts der dahinter stehenden Kosten im Verhältnis zu den Gesamtkosten kaum zu erwarten, dass die Höhe der Bewertungsrelationen der Fallpauschalen dadurch spürbar beeinflusst wird.

Fazit: Für eine sachgerechte Vergütung von Testungen auf das Corona-Virus SARS-CoV-2 ist das Zusatzentgelt daher beizubehalten.

9) Abrechnungsprüfung – Streichung der Prüfquote

Die Quotierung der MD-Prüfung verhindere laut GKV-Spitzenverband das Aufgreifen „fehlerhafter Abrechnungen“ von Krankenhäusern. Die Streichung der Prüfquote würde die Krankenkassen in die Lage versetzen, mehr fehlerhafte Abrechnungen aufzugreifen und deutlich höhere Rückerstattungsbeträge aus „überhöhten Krankenhausabrechnungen“ zu erzielen. Ausweislich der bundesweiten Auswertungen des GKV-Spitzenverbandes habe das gestufte Prüfquotensystem keinen erkennbaren Effekt im Sinne einer insgesamt verbesserten Abrechnungsqualität der Krankenhäuser bewirkt. Der Schutz fehlerhafter Abrechnungen durch begrenzte MD-Prüfungen dürfe nicht länger zu Lasten der Versicherten fortbestehen.

DKG-Stellungnahme:

Die Forderung des GKV-Spitzenverbandes nach Streichung der Prüfquote ist abzulehnen.

Die Aussage, dass das gestufte Prüfquotensystem keinen erkennbaren Effekt im Sinne einer verbesserten Abrechnungsqualität der Krankenhäuser bewirkt habe, wird bereits durch die vom GKV-Spitzenverband zu veröffentlichenden Statistiken zum Prüfgeschehen nach § 17c

Abs. 6 KHG bzw. § 275c Abs. 4 SGB V entkräftet. Die Anzahl derjenigen Krankenhäuser, die in die Gruppe der niedrigsten Prüfquote in Höhe von 5 % fallen, liegt stabil bei ca. 40 bis 45 %, im dritten Quartal 2025 sind es ca. 41 % der Krankenhäuser. Lediglich ca. 10 bis 12 % der Krankenhäuser fallen in die Gruppe der höchsten Prüfquote in Höhe von 15 %. Der anhaltend hohe Anteil von Krankenhäusern in der Gruppe der geringsten Prüfquote verdeutlicht die hohe Abrechnungsqualität der Krankenhäuser.

Schon diese Feststellung konterkariert die zweite Aussage des GKV-Spitzenverbandes, dass das Prüfquotensystem fehlerhafte Abrechnungen schütze. Dass viele Krankenhäuser in der niedrigsten Prüfquote liegen, ist vielmehr das Ergebnis der guten Abrechnungsqualität der Krankenhäuser, denn nur wenn der überwiegende Anteil der Abrechnung nicht beanstandet wird, kann ein Krankenhaus überhaupt in eine niedrige Prüfquote vorstoßen. Welche Fälle geprüft werden, hat ausschließlich die Krankenkasse in der Hand. Wäre die Abrechnungsqualität der Krankenhäuser, wie vom GKV-Spitzenverband unterstellt, tatsächlich so schlecht, könnten die Krankenkassen in einem ersten Schritt diejenigen „fehlerhaften“ Abrechnungen eines Krankenhauses heraussuchen, die aus ihrer Sicht erfolgversprechend sind, da Krankenkassen jede Abrechnung eines Krankenhauses intern prüfen. Die Frist zur Einleitung einer MD-Prüfung von vier Monaten (§ 275c Abs. 1 S. 1 SGB V) ermöglicht es den Krankenkassen, sämtliche Krankenhausrechnungen eines Quartals zu sichten und den Medizinischen Dienst ausschließlich mit der Prüfung der „eindeutig fehlerhaften“ Abrechnungen zu beauftragen, was in einem zweiten Schritt zu einer höheren Prüfquote führen würde. Die Praxis zeigt jedoch, dass sich dieser Effekt nicht eingestellt hat und lediglich ca. 10 bis 12 % der Krankenhäuser in die Gruppe der höchsten Prüfquote fallen. Dies liegt nicht daran, dass die Prüfquotierung „falsche“ Abrechnungen der Krankenhäuser schützt, sondern dass die von Seiten des GKV-Spitzenverbandes behaupteten „Falschabrechnungen“ schlichtweg nicht vorliegen, zumindest nicht in einer Anzahl, die die behauptete Summe von Rückforderungen (ca. 1 Mrd. €) rechtfertigen könnte. Dies lässt sich mit weiteren Kennzahlen, die der GKV-Spitzenverband veröffentlicht hat, belegen. Wird im Rahmen von MD-Prüfungen eine schlechte Abrechnungsqualität eines Krankenhauses festgestellt (Anzahl der unbeanstandeten Abrechnungen ist kleiner als 20 % aller Abrechnungen), sind auch Prüfungen oberhalb der für das Krankenhaus geltenden Prüfquote zulässig (§ 275c Abs. 2 S. 6 und 7 SGB V). Ausweislich der vom GKV-Spitzenverband vorgenommenen Auswertung und Veröffentlichung nach § 17c Abs. 6 S. 1 Nrn. 4 und 6 KHG erfolgten im Jahr 2024 aber lediglich 45 Anzeigen nach § 275c Abs. 2 S. 7 SGB V. Bei 1.192.500 MD-Gutachten entspricht dies einem Anteil von lediglich 0,004 % der geprüften Fälle, in denen die MD-Prüfung eine schlechte Abrechnungsqualität des Krankenhauses vermuten lässt. Diese Zahlen führen die Behauptungen des GKV-Spitzenverbandes hinsichtlich der schlechten Abrechnungsqualität der Krankenhäuser sowie der zu realisierenden Rückerstattungsbeträge ad absurdum.

Vielmehr zeigt diese Entwicklung, dass das Ziel des MDK-Reformgesetzes vom 14.12.2019, durch das differenzierte Prüfquotensystem für eine regelkonforme Abrechnung zu sorgen, erreicht wurde. Die Forderung des GKV-Spitzenverbandes macht deutlich, dass es den Krankenkassen letztlich nicht um die Verbesserung der Abrechnungsqualität geht, sondern lediglich die Möglichkeit eröffnet werden soll, durch eine u. U. vollständige Kürzung der dem Krankenhaus zustehenden Behandlungsentgelte Erlöse zu erzielen. Dies stünde im krassen Gegensatz zum gesetzgeberischen Ziel, den Krankenkassenwettbewerb im Bereich der Abrechnungsprüfung zu reduzieren und lässt befürchten, dass in der leistungsrechtlichen Entscheidung der Krankenkasse nicht medizinische Gründe, sondern lediglich fiskalische Gründe zur Bewertung der Abrechnung als regelkonform herangezogen werden. Eine Streichung des Prüfquotensystems führt letztlich nur zu einer massiven Erhöhung der Anzahl der Krankenhausabrechnungsprüfungen und folglich zu einer Erhöhung von Aufwand und Bürokratie, was dem vom Gesetzgeber als essentiell postulierten und einhellig von Seiten der Wirtschaft geforderten Ziel des Bürokratieabbaus entgegenliefe.

Darüber hinaus stellt der GKV-Spitzenverband eine Summe potentieller Rückerstattungsforderungen in Höhe von ca. 1 Mrd. € in den Raum, ohne die Ermittlung dieser Summe belastbar zu belegen. Auch steht zu befürchten, dass der durch eine Abschaffung des Prüfquotensystems entstehende zusätzliche Aufwand, auch für die Krankenkassen sowie für die die Abrechnungsprüfung durchführenden Medizinischen Dienste, bei der Ermittlung der Summe potentieller Rückerstattungsforderungen durch den GKV-Spitzenverband nicht berücksichtigt wurde.

10) Fallzusammenführung 30 Tage

Es wird eine pauschale Fallzusammenführungsregelung vorgeschlagen, die vorsieht, dass alle Fälle zusammengefasst werden, die innerhalb einer Frist von 30 Tage wieder im selben Krankenhaus aufgenommen werden. Dadurch käme es, so vermutet der GKV-Spitzenverband, durch die Zusammenfassung von zwei Fällen zu einem Fall zu einer deutlichen Reduktion der Kosten von Wiederaufnahmefällen. Die aktuelle FPV-Regelung sähe komplexe medizinische Kriterien und unterschiedliche Prüffristen vor. Die pauschale 30-Tage-Regel würde diese ersetzen und damit die Prüfaufwände für Krankenhäuser und Kostenträger deutlich reduzieren.

DKG-Stellungnahme:

Die vom GKV-Spitzenverband vorgeschlagene pauschale Fallzusammenführung aller Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen wird abgelehnt.

Die bestehende Regelung zur Fallzusammenführung in der Fallpauschalenvereinbarung (FPV), die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Rahmen der Verordnung zum

Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (KFPV) in 2002 festgelegt wurden, hat sich bewährt, basiert auf differenzierten medizinischen Kriterien und berücksichtigt die Ursache der Wiederaufnahme, den zeitlichen Zusammenhang sowie die medizinische Eigenständigkeit der Behandlungsfälle. Diese Differenzierung ist zwingend erforderlich, um medizinisch sachgerechte und leistungsgerechte Abrechnungen zu ermöglichen. Die Güte der aktuellen Regelung zeigt sich unter anderem auch dadurch, dass bisher kein einziger strittiger Fall an den dafür auch grundsätzlich zuständigen Schlichtungsausschuss auf Bundesebene herangetragen wurde.

Eine starre 30-Tage-Regel würde medizinisch höchst unterschiedliche Sachverhalte und Krankheitsverläufe pauschal gleichbehandeln. Chronische Erkrankungen wie Diabetes, onkologische Behandlungen, kardiologische Ereignisse oder multimorbide Krankheitsbilder sind häufig durch planbare oder medizinisch notwendige Wiederaufnahmen gekennzeichnet, die keinen Behandlungsfehler oder eine ineffiziente Versorgung darstellen.

Hinzu kommt, dass die DRG-Kalkulation auf Kostendaten mit einem erheblichen zeitlichen Verzug von bis zu zwei Jahren basiert. Eine kurzfristige Änderung der Abrechnungslogik würde daher auf Kostenstrukturen treffen, die unter völlig anderen Rahmenbedingungen entstanden sind und zu systematischen Erlösverwerfungen führen.

Die behauptete Reduzierung von Prüfaufwänden rechtfertigt keine pauschale Abkehr von medizinisch begründeten Abrechnungsregeln. Verwaltungsvereinfachung darf nicht zu Lasten der sachgerechten Vergütung notwendiger Krankenhausleistungen gehen.

11) Begrenzung der Budgetsteigerungen in Psychiatrie und Psychosomatik

Der GKV-Spitzenverband fordert zur Steuerung und Kontrolle der Budgetmittel in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung im Krankenhaus die Rückforderung nicht zweckentsprechend verwendeter Mittel, die Begrenzung von Mehrkosten für zusätzliche Personalausstattung auf medizinisch notwendige, wirtschaftliche und nicht bereits abgebildete Bedarfe, die Streichung „verzichtbarer“ Sonderfinanzierungen wie NUB und strukturelle Besonderheiten, den Verzicht auf pauschale Entgelterhöhungen im Krankenhausvergleich sowie den Ausschluss der Finanzierung „überhöhter“ Leiharbeitskosten.

DKG-Stellungnahme:

Die vom GKV-Spitzenverband vorgeschlagenen Maßnahmen zur „Begrenzung von Budgetsteigerungen“ für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen sind sachlich nicht zu rechtfertigen und würden die Umsetzung der gesetzlich verankerten Personalmindestanforderungen für viele Einrichtungen unmöglich machen. Dabei ist zu beachten, dass eine Nichteinhaltung der Personalmindestanforderungen seit dem 01.01.2026 zu hohen Sanktionszahlungen führt und die Finanzierung des Bestandspersonals nach wie vor

nicht gesichert ist. Zudem sind die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen im Vergleich zur Somatik bereits finanziell schlechter gestellt. Ein kostendeckendes „Pflegebudget“ wie in der Somatik, das hier zudem alle therapeutischen Berufsgruppen umfassen müsste, existiert nicht. Zudem gilt auch für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen fälschlicherweise der ohne Pflege niedrigere Orientierungswert als Veränderungswert. Unabhängig davon ist zu berücksichtigen, dass der Gesetzgeber von den leistungsbezogenen Pauschalen mit landeseinheitlichen Preisen Abstand genommen hat und weiterhin die Verhandlung und Vereinbarung von krankenhausindividuellen Budgets auf der Ortsebene vorgesehen sind.

Zum GKV-Vorschlag 1: Neue Formulierung zu Rückzahlung/ Absenkung bei Nichtbesetzung/ Zweckentfremdung von Personalmitteln (§ 3 Absatz 3 BPflV)

Bereits mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) vom 19. Dezember 2016 wurden die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen mit § 18 Abs. 2 BPflV verpflichtet, für die Budgetverhandlungen das tatsächlich beschäftigte Personal sowie die Mittelverwendung nachzuweisen. Somit wurde eine umfassende Transparenz für die Verhandlungsparteien geschaffen. Zudem wurden die Konsequenzen für die Budgetentwicklung so geregelt, dass bei einer Nicht-Beschäftigung des vereinbarten Personals für den folgenden Vereinbarungszeitraum über eine Absenkung des Personalbudgets zu verhandeln ist. Bei einer gesetzlich verankerten Rückzahlungsverpflichtung würde das „Personalrisiko“ ausschließlich auf die Krankenhäuser verlagert, ohne dass die Refinanzierung des tatsächlich beschäftigten Personals gesichert ist. Zudem ist die aktuelle Rechtslage konform zu den Grundprinzipien des Budgetsystems, wonach das vereinbarte Gesamtbudget (Gesamtbetrag) maßgeblich ist und die sinnvolle und wirtschaftliche Verwendung der Mittel in der Eigenverantwortung der Einrichtungen liegt. Eine Zweckbindung des hohen „Personalanteils“ des vereinbarten Gesamtbetrags wäre mit diesem Grundprinzip nicht vereinbar. Zudem würden die Verhandlungen auf der Ortsebene aufgrund der dann erforderlichen Kleinteiligkeit massiv erschwert und zahlreiche Schiedsverfahren wären zu erwarten. Hinzu kommt, dass bei Nichterfüllung der PPR-RL ab dem Jahr 2026 hohe Sanktionen greifen und eine zusätzliche Rückzahlungsverpflichtung eine zweifache Bestrafung desselben Tatbestands, nämlich zu wenig Personal, bedeutet.

Zum GKV-Vorschlag 2: Streichung des Passus zu einer zusätzlichen Ausstattung mit therapeutischem Personal (§ 3 Absatz 3 Satz 4 Nummer 5 BPflV)

Mit § 3 Absatz 3 Satz 4 Nummer 5 BPflV hat der Gesetzgeber die Möglichkeit geschaffen, das zur Umsetzung der Personalmindestanforderungen zusätzlich erforderliche Personal auch über die Obergrenze hinaus zu vereinbaren. Der Gesetzgeber hat damit anerkannt, dass die Einführung der Personalmindestanforderungen auch mit zusätzlichen Kosten verbunden ist. Sofern diese Möglichkeit nunmehr gestrichen würde, müssten konsequenterweise auch die

sanktionsbehafteten Personalmindestanforderungen gestrichen oder zumindest ausgesetzt werden.

Zum GKV-Vorschlag 3: Streichung der Entgelterhöhung durch Krankenhausvergleich (§ 3 Absatz 3 Satz 5 BPflV)

Mit § 3 Absatz 3 Satz 5 BPflV wird die Möglichkeit eröffnet, im Rahmen einer Anpassungsvereinbarung den Gesamtbetrag auch in Folge des Psych-Krankenhausvergleichs nach § 4 BPflV über den Veränderungswert hinaus zu erhöhen. Nach dem Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes soll der Psych-Krankenhausvergleich nur noch einseitig zur Absenkung des Gesamtbetrages wirksam werden. Da der Psych-Krankenhausvergleich in der Praxis so gut wie nicht genutzt wird, sind keine nennenswerten Einsparungen für die Krankenkassen zu erwarten. Besser wäre, den Psych-Krankenhausvergleich nach § 4 BPflV als Maßnahme zur Bürokratiereduktion zu streichen.

Zum GKV-Vorschlag 4: Ergänzung zur Begrenzung der Finanzierung von Leiharbeit auf tarifvertragliches Entgelt (§ 3 BPflV)

Analog zum Pflegebudget in der Somatik wäre eine Begrenzung der Finanzierung von Leiharbeit auf die tarifvertraglichen Entgelte nur nachvollziehbar, wenn wie im Pflegebudget auch die Refinanzierung des Personals in Höhe der tarifvertraglichen Entgelte, hier allerdings für alle therapeutischen Berufsgruppen, geregelt wird.

Zum GKV-Vorschlag 5: Streichung der Regelungen zu NUB und regionalen/strukturellen Besonderheiten in §§ 3 Absatz 3, 6 Absatz 4, 7 und 9 Absatz 1 BPflV (mit Übergangsfrist)

Mit den Entgelten für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB, § 6 Absatz 4 BPflV) werden insbesondere hochteure und unverzichtbare Arzneimittel, die nicht mit den pauschalierenden Entgelten sachgerecht abgebildet werden können, zielgenau vergütet. Eine Streichung dieser Entgelte wirft daher die Frage auf, ob nicht besser das gesamte pauschalierende Entgeltsystem (PEPP-System) gestrichen oder zumindest grundlegend neu ausgerichtet werden sollte. Zudem müssten bei einer Streichung dieser Entgelte die Budgets bzw. Entgeltwerte entsprechend erhöht werden, so dass für die Krankenkassen keine Einsparungen realisiert würden. Die NUB-Entgelte als „verzichtbare Sonderfinanzierungen“ zu bezeichnen, lässt mangelnde Systemkenntnisse vermuten, da ein Ausschluss der betroffenen Patientinnen und Patienten von einer psychiatrischen Behandlung sicherlich nicht beabsichtigt ist. Die Möglichkeit zur Vereinbarung von Entgelten oder Zuschlägen für strukturelle Besonderheiten (§ 6 Absatz 2 BPflV) wurde eingeführt, um insbesondere den Mehraufwand der psychiatrischen Einrichtungen mit regionaler Pflichtversorgung zu vergüten. Da diese Vergütungsform in der Praxis allerdings mit den Krankenkassen nicht vereinbart werden konnte, sind auch durch eine Streichung keine Einsparungen für die Krankenkassen zu erwarten.

12) Gesamtbudget für psychiatrische Behandlung am Krankenhaus

Der Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes sieht die Einführung eines Gesamtbudgets für psychiatrische Krankenhäuser vor, das vollstationäre, teilstationäre und ambulante Leistungen umfasse. Ziel sei eine flexiblere Versorgung mit sektorenübergreifenden Behandlungskonzepten. Durch die Entkopplung der Finanzierung vom belegten Bett werde die Ambulantisierung gefördert, die Hospitalisierungsrate gesenkt und die Versorgung transparenter gestaltet. Die positiven Evaluationen der Modellvorhaben (§ 64b SGB V) würden zeigen, dass die Maßnahme die Versorgungsqualität steigere, Fehlanreize beseitige und Ressourcen effizienter nutze.

DKG-Stellungnahme:

Die Einführung eines Gesamtbudgets (Globalbudget) für vollstationäre, teilstationäre und ambulante Leistungen nach dem Vorbild der Modellvorhaben nach § 64b SGB V ist ein nachvollziehbarer Ansatz, um den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen eine flexiblere Versorgung und settingübergreifende Behandlungskonzepte zu ermöglichen. Dies wird im Rahmen der Modellvorhaben nach § 64b SGB V bereits seit Jahren erprobt.

Allerdings sind die Modellvorhaben nach § 64b SGB V mit großen Hürden, wie z. B. der Gewinnung jeder einzelnen Krankenkasse (fehlender Kontrahierungszwang), einem hohen organisatorischen Umstellungsaufwand und wirtschaftlichen Risiken, verbunden. Auch nach Auffassung der Krankenhäuser sollten die Modellvorhaben nach § 64b SGB V, jedoch ausschließlich als „Optionsmodell“, in die Regelversorgung und Regelfinanzierung gemäß der BPflV überführt werden. Hierzu müssen unter Einbeziehung aller Beteiligten faire Rahmenbedingungen für die Budgetverhandlungen entwickelt und in der BPflV verankert werden. Hierbei muss insbesondere ein Rechtsanspruch der Einrichtungen auf die Refinanzierung der Personalkosten in tarifvertraglicher Höhe verankert werden. Eine strikte Begrenzung der Kosten- bzw. Budgetentwicklung auf die Grundlohnrate und die Abrechnung von ambulanten Behandlungen der Institutsambulanzen gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen sind für die Umsetzung von settingübergreifenden Behandlungskonzepten nicht geeignet. Zudem wäre die hierzu erforderliche Abgrenzung von „akutambulanten Komplexleistungen“ und „Ärztlichen Kurzkontakten ohne stationären Bezug“ in den Institutsambulanzen weder praxistauglich noch mit dem Prinzip eines Gesamtbudgets vereinbar.

13) Einführung von Kurzzeitfallpauschalen

Laut GKV-Spitzenverband erschließen Hybrid-DRGs nur einen Teil des Ambulantisierungspotenzials. Aktuell zeige sich der hybride Charakter der Hybrid-DRGs in der sektorengleichen Leistungserbringung durch Krankenhäuser und Vertragsärzte. Fälle in Krankenhäusern, die nur wenige Tage umfassen, unspezifische Leistungen umfassen können und häufig über die Notfallaufnahme den Weg ins Krankenhaus finden, ließen sich mit den Hybrid-DRGs nicht abbilden. Daher sollte der hybride Charakter einer ambulantisierbaren Leistung dem GKV-Spitzenverband zufolge darin liegen, wie die Leistung erbracht werden darf – ambulant oder stationär. Kurzzeit-Fallpauschalen sollten für Fälle mit einer Verweildauer von bis zu drei Tagen eingeführt und separat im DRG-Katalog ausgewiesen werden. Die Leistungen würden unabhängig von der Art der Leistungserbringung und Verweildauer mit den kalkulierten Kurzzeit-Fallpauschalen vergütet. Die Abrechnung werde auf das bisherige kurzstationäre Leistungsvolumen des jeweiligen Krankenhauses begrenzt, um eine unkontrollierte Mengenausweitung zu verhindern.

DKG-Stellungnahme:

Die DKG stimmt mit den Kassen überein, dass sich Aufenthaltsdauern von bestimmten stationären Krankenhausfällen verkürzen lassen, wenn die Rahmenbedingungen für eine flexible Gestaltung der Behandlung je nach Erfordernissen des konkreten Falles und für eine adäquate Finanzierung auch bei sehr kurzen Verweildauern geschaffen werden. Dazu eignet sich grundsätzlich die vorgeschlagene Finanzierung von stationären Kurzliegern über sogenannte Kurzlieger-Fallpauschalen. Die Krankenhäuser unterstützen auch den Ansatz, dass die Behandlung der Fälle mit Potential für eine sehr kurze Verweildauer weiterhin an den Krankenhäusern stattfinden soll, damit an der Qualität der Behandlung dieser Fälle keine Abstriche gemacht werden und keine unnötigen Risiken in Kauf genommen werden müssen. Nur über eine Verortung der erwünschten Ambulantisierung von bisher stationären Fällen (im Sinne der Erfordernisse eines Krankenhauses) an den Krankenhäusern können international übliche Quoten erreicht werden. Nur ein kleiner Teil der bisher stationären Fälle kann in gleichem Maße durch die Vertragsärzte versorgt werden. Für aufwändigere Fälle ist dies auch nicht sinnvoll. Hier würden lediglich Doppelstrukturen aufgebaut mit fragwürdigem Nutzen für die Qualität der Versorgung und mit zu erwartenden Fehlallokationen von Ressourcen und Finanzmitteln.

Für Leistungen, die gleichermaßen von Krankenhäusern und Vertragsärzten durchgeführt werden können, gibt es als geeignete Versorgungsform den AOP-Katalog (Katalog ambulant erbringbarer Leistungen). Dessen vertragliche Ausgestaltung ist bisher nur halbherzig erfolgt und sollte mit Unterstützung des Gesetzgebers attraktiver gestaltet und ausgebaut werden. Neben dem AOP-Katalog und den Kurzlieger-Fallpauschalen ist ein weiterer dritter Bereich, wie die derzeitigen Hybrid-DRG, daher auf Dauer nicht sinnvoll und zielführend. Die derzeitige Ausgestaltung der Hybrid-DRG führt insgesamt hauptsächlich dazu, dass einfache Fälle

übervergütet werden und komplexere Fälle nach wie vor ausschließlich an den Krankenhäusern behandelt, aber nun untervergütet werden. Aufgrund der Marktdynamik ist daher mit einer teilweisen Überversorgung von selektierten, finanziell attraktiven Leistungen und mit Versorgungsengpässen bei komplexeren Leistungen zu rechnen.

14) Investitionskostenfinanzierung – Ausschluss der Querfinanzierung

Die von den Ländern jährlich bereitgestellten Investitionsmittel seien im Verhältnis zu den GKV-Ausgaben und auch zu den Gesamtkosten in den vergangenen Jahren gesunken und völlig unzureichend. Jährlich würden bundesweit über 4 Mrd. Euro an Ländermitteln fehlen. Folgen seien „Querfinanzierungen" aus Betriebsmitteln bzw. über Fallpauschalenerlöse zu Lasten der GKV. Der Investitionsbedarf der Krankenhäuser in Deutschland bleibe wie in den Vorjahren gleichbleibend hoch und werde nur zur Hälfte durch die Investitionsmittel der Länder gedeckt. Über eine gesetzlich festgeschriebene Investitionsquote sei sicherzustellen, dass die Länder die notwendigen Investitionsmittel zur Verfügung stellen. Zudem müsse die anhaltende Querfinanzierung aus Betriebsmittelerlösen unterbunden werden. Vor diesem Hintergrund seien die Landesbasisfallwerte um den entsprechend zusätzlich von den Ländern zur Verfügung gestellten Betrag einmalig abzusenken.

DKG-Stellungnahme:

Grundsätzlich sind die Erlöse aus dem Fallpauschalensystem nicht zweckgebunden. Krankenhäuser, die durch effiziente Organisation und wirtschaftliches Handeln Überschüsse erwirtschaften und diese für dringend erforderliche Krankenhausinvestitionen einsetzen, dürfen dadurch nicht benachteiligt oder sanktioniert werden. Vielmehr setzt das bestehende System Anreize, die zur Verfügung gestellten Mittel wirtschaftlich einzusetzen, und bewertet es positiv, wenn Krankenhäuser die durch effizientes Arbeiten erwirtschafteten Mittel wieder in das Krankenhaus und damit in die Versorgung der Patientinnen und Patienten reinvestieren. Ein solches refinanzierendes Verhalten ist ausdrücklich zu unterstützen und darf keinesfalls durch Regelungen im Rahmen des Landesbasisfallwerts konterkariert oder sogar bestraft werden. In den Landesbasisfallwerten sind keine Investitionsmittel berücksichtigt. Vor diesem Hintergrund ist eine Absenkung der Landesbasisfallwerte um Beträge, die zusätzlich von den Ländern für Investitionen bereitgestellt werden, sachlich nicht gerechtfertigt und auch systematisch nicht nachvollziehbar. Die Ermittlung der Landesbasisfallwerte hat sich vielmehr ausschließlich an den allgemeinen Kostenentwicklungen zu orientieren. Zudem würde mit diesem Vorschlag der bereits bestehende und nachgewiesene Investitionsstau weder gelöst noch verbessert werden.

15) Ausbildungsumlage Pflegeberufegesetz, Pflegeassistenzeinführungsgesetz, Krankenhausfinanzierungsgesetz

Die Kosten der Schulen für Gesundheitsberufe (Pflegeberufe und weitere Berufe nach § 2 Absatz 1a KHG, wie z. B. Hebammen) seien aus Steuermitteln und nicht von den Beitragszahlenden der GKV zu finanzieren. Der Konstruktionsfehler der Finanzierungsystematik, der darin bestehe, dass sich weder die Länder entsprechend ihrer Aufgaben- und Finanzierungsverantwortung noch der Bund aufgabenadäquat und angemessen an den Kosten beteiligen, wäre zuletzt mit dem Pflegefachassistenzeinführungsgesetz weiter fortgeschrieben worden. Nominell würden die Länder bei der Ausbildungsfinanzierung der Pflegeberufe entsprechend der normierten Kostenträgerschaft und des Kostenanteils lediglich an den Kosten beteiligt; durch die Aufteilung der Gesamtkosten auf mehrere Kostenträger würden sie jedoch eine erhebliche Entlastung erfahren. Die Entlastungswirkung resultiere dabei aus der Kostenverlagerung auf die Sozialversicherungssysteme. Die aktuell bestehende, einseitige und sozial unausgewogene Belastung der Beitragszahlenden sei vor dem Hintergrund der schwierigen Finanzsituation der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung nicht vertretbar. Die Ausbildungskosten würden grundlegend als versicherungsfremd charakterisiert, weshalb eine unsachgerechte Belastung der Beitragszahlenden erfolgt sei.

DKG-Stellungnahme:

Der GKV-Spitzenverband bezeichnet die Kosten der Schulen für Gesundheitsberufe (z. B. Pflege, Hebammen) als versicherungsfremde Leistungen, weil er sie nicht dem originären Sicherungsauftrag der gesetzlichen Krankenversicherung zurechnet, sondern der staatlichen Daseinsvorsorge und Bildungsfinanzierung. Folglich sieht der GKV-Spitzenverband die Berufsausbildung grundsätzlich als Aufgabe des Staates und nicht der Sozialversicherung an.

Die Ausbildungsstätten sind traditionell Teil der Krankenhausfinanzierung und das KHG erkennt Ausbildungsstätten als integralen Bestandteil der Versorgung an. Gesetzlich wird in § 2 Abs. 1a KHG und konkret in § 17a KHG sowie im Pflegeberufegesetz geregelt, dass diese Kosten, bei entsprechenden Voraussetzungen, als Teil der Krankenhausleistungen zu finanzieren sind. Konkret findet in der generalistischen Pflegeausbildung auch eine klare Trennung der Finanzierung zwischen den Sektoren statt, sodass der GKV-Spitzenverband neben den Ländern, dem Bund, dem PKV-Verband und der Pflegeversicherung auch nur seine sektoralen Kosten trägt.

Ausbildung ist demnach Teil der Krankenhausleistung und kann daher nicht zugleich „versicherungsfremd“ sein. Es sind bisher auch keine konkreten Entscheidungen bekannt, in denen Gerichte ausdrücklich geklärt hätten, dass die Ausbildungskosten der Schulen für Gesundheitsberufe (z. B. Pflege, Hebammen) „versicherungsfremde Leistungen“ im sozialversicherungsrechtlichen Sinn seien.

Die Ausbildung von Gesundheitsfachberufen ist ein wesentliches Element zur Fachkräftesicherung und damit zur Sicherstellung der Patientenversorgung. Die bestehende Ausbildungsfinanzierung inklusive der Ausbildungsstätten trägt maßgeblich dazu bei, dass Krankenhäuser in ausreichendem Umfang ausbilden können, insbesondere in der Pflege. Inwiefern die Länder die auskömmliche Refinanzierung von Ausbildungsstätten überhaupt sicherstellen könnten, ist aufgrund der Haushaltslage der Länder zudem äußerst fraglich. Vor diesem Hintergrund sind Vorschläge wie der des GKV-Spitzenverbandes zu vermeiden, die die bewährte Finanzierungsgrundlage – und damit eine bedarfsgerechte Ausbildung in den Gesundheitsberufen – in Frage stellt.

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 dkgmail@dkgev.de

FAIR

DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT DKG