

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT



Stellungnahme

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung

für ein

GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz

(Stand: 18.06.2026)

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.....	5
1.4) Umsetzung der Kürzungsmaßnahmen würde für ein massives Glaubwürdigkeitsproblem der Bundesregierung sorgen	6
2) Management Summary zu den im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen für den stationären Bereich.....	8
3) Bewertung zu den im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen für den stationären Bereich.....	14
3.1) Globale Begrenzung der Vergütungsanstiege	14
3.2) Abschaffung der vollständigen Tarifierfinanzierung	18
3.3) Reform des Pflegebudgets	20
3.4) Streichung der zusätzlichen Vergütung für pflegeentlastende Maßnahmen	26
3.5) Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen.....	27
3.6) Erhöhung der Prüfquoten sowie der Schwellenwerte	28
3.7) Prüfauftrag zur Fallzusammenführung	30
3.8) Obligatorische Zweitmeinungsverfahren bei mengensensiblen Eingriffen	32
3.9) Automatische Erweiterung des Prüfauftrags des Medizinischen Dienstes sowie Abstimmung zwischen GKV-Spitzenverband und DKG über mögliche Ausweitung des Vorverfahrens/ Falldialoges	33
3.10) Maßnahmen zur Begrenzung von Budgetsteigerungen und Absenkung der Budgets von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen	35
3.11) Einführung von Kurzzeitfallpauschalen.....	37
3.12) Streichung des ePA-Befüllungszuschlags – ambulant und stationär	46
3.13) Weitere Reformvorschläge der DKG im Rahmen des GKV-Beitragsstabilisierungsgesetzes	46
4) Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf	49
Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen.....	49
Transparenzverzeichnis	51
Ausnahmeregelungen von der Standortdefinition gemäß § 2a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 KHG.....	52
Anlage: Deregulierung und Kostensenkung jetzt - 25 Forderungen der Krankenhäuser	

1) Grundlegende Bewertung

Der vorliegende Gesetzentwurf sieht vor, den Krankenhäusern im Jahr 2027 Finanzmittel in Höhe von 4,6 Milliarden Euro zu entziehen. Im Jahr 2030 sollen die Kürzungen bereits 10,5 Milliarden Euro betragen. In Summe liegen die Erlöskürzungen für die Jahre 2027-2030 bei ca. 30 Milliarden Euro. 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 und auch erneut vorlegen werden. 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.

Im Vergleich zum Referentenentwurf des BMG wurde der Gesetzentwurf in den für die Krankenhäuser zentralen Punkte nicht wesentlich überarbeitet. Wenngleich der wieder eingeführte hälftige Tariflohnausgleich in die Zukunft gerichtet eine Verbesserung im Vergleich zur ersatzlosen Streichung ist, verschärft diese Regelung die aktuelle wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser nochmals, da sie bereits erstmals für das Jahr 2026 gelten soll, in dem nach aktuellem Recht noch der vollständige Tariflohnausgleich gilt. **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. Die vom Bundesrat in seiner Stellungnahme zu dem Gesetzentwurf geforderten Anpassungen an den für die Krankenhäuser besonders kritischen Neuregelungen sind ein erster wichtiger Schritt in die richtige Richtung, der sich nun allerdings auch in entsprechenden Änderungsanträgen niederschlagen muss.**

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 Gesetzentwurf 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 Gesetzentwurf 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 Kostenentlastung 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 Kostenentlastung der Krankenhäuser und Deregulierung der Versorgung verknüpft werden. Die Krankenhäuser werden der Politik diesbezüglich erneut Vorschläge für prioritäre Deregulierungs- und Kostensenkungsmaßnahmen vorlegen.**

Umso schwerer wiegt, dass die Umsetzung der der im Gesetzentwurf 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 Kostenentlastungsmaßnahmen 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 die Bundesregierung in ihrem Gesetzentwurf nicht endlich den unbestrittenen ordnungspolitischen Fehler der Finanzierung der GKV-Beiträge von Bürgergeldempfängern (zukünftig Grundsicherung) aus Beiträgen der GKV-Versicherten

ernsthaft 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. Der geplante Einstieg in die Finanzierung in Höhe von 250 Millionen Euro in 2027, 500 Millionen Euro in 2028, 1 Milliarde Euro in 2029, 1,5 Milliarden Euro in 2030 und 2 Milliarden Euro ab 2031 ist dabei nicht mehr als ein „Tropfen auf den heißen Stein“, zumal der Steuerzuschuss des Bundes an anderer Stelle um ein mehrfaches gekürzt wird.

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-Krankenhausaussgaben 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 Krankenhausaussgaben an den gesamten GKV-Leistungsausgaben von 35,6 auf 33,1 Prozent gesunken**. Diese Tatsache lässt der Gesetzentwurf 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 Gesetzentwurfes erwecken zudem den Eindruck, dass die Krankenhäuser im Zeitraum von 2022 bis 2025 Vergütungssteigerungen realisieren konnten, die über den Kostenentwicklungen lagen. Dies ist sachlich schlichtweg falsch, und muss klargestellt werden:

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

Zwischen dem vom statistischen Bundesamt errechneten Kostenorientierungswert als Maßstab für die Kostensteigerungen der Krankenhäuser und der Vergütungsentwicklung

anhand der Entwicklung der Landesbasisfallwerte – inklusive der Berücksichtigung der Tarifberichtigungsrate – klafft ein Defizit in Höhe von 3,66 %. Damit sind zwischen 2022 und 2025 die Kosten der Kliniken viel stärker gestiegen als die Vergütungen.

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

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

Darüber hinaus ignoriert der Gesetzentwurf 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 Gesetzentwurf angelegten Kürzungsmaßnahmen sogar noch drastisch verschärfen. Die Autoren des jährlich erscheinenden unabhängigen „Krankenhaus Rating Report“ haben vor diesem Hintergrund analysiert, wie sich das geplante Gesetz auf die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser auswirkt. Das Ergebnis ist niederschmetternd. Bereits im Jahr 2027 verschlechtert sich die Lage deutlich und entwickelt sich auch in den Folgejahren dramatisch. Im Jahr 2030 werden nur noch 19 Prozent der Kliniken schwarze Zahlen schreiben, die gesamte Branche gerät mit bisher noch nie dagewesenen Verlusten von durchschnittlich minus 6 Prozent in eine massive Schieflage und 49 Prozent der Krankenhausstandorte werden insolvenzgefährdet sein.

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 Krankenhaureformanpassungsgesetz (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 krankenhausespezifischen Auswirkungen der neuen Vorhaltefinanzierung. Auch diese Tatsachen ignoriert der Gesetzentwurf 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 Gesetzentwurf 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 bereits beim Verfassen des Referentenentwurfs maßgeblich beeinflusst haben. Nun hat die Bundesregierung diesen Entwurf nahezu 1:1 beschlossen.

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 Gesetzentwurf vor, die vollständige Tarifrefinanzierung in eine hälftige zu überführen und 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 Gesetzentwurf 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 Tarifrefinanzierung in eine hälftige überführen und die Prüfquoten erhöhen, 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 Gesetzentwurf 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.

Den inzwischen erfolgten kritischen Vorstoß der Länder im Rahmen ihrer am 12. Juni 2026 beschlossenen Stellungnahme zum Kürzungsgesetz begrüßen die Krankenhäuser insofern

ausdrücklich. Die Länder fordern weitreichende Korrekturen ein, die im Wesentlichen auch die Kritikpunkte und Gegenvorschläge der Krankenhäuser bekräftigen und durch zahlreiche öffentliche Protestaktionen in den vergangenen Tagen und Wochen untermauert wurden. Dies betrifft u. a. die Streichung der Umkehr der „Meistbegünstigungsklausel“, die Streichung der Erhöhung der MD-Prüfquoten und Schwellenwerte, die Beibehaltung der vollen Tarifraten, die Streichung der Erfüllung der Pflegepersonaluntergrenzen als Kriterium für die Leistungsgruppen, die Streichung der geplanten Regelungen zur Deckelung des Pflegebudgets sowie die Forderung, die tätigkeitsbezogene Abgrenzung pflegebudgetrelevanter Personalkosten erst für die Jahre ab 2027 anzuwenden.

Ergänzend dazu sind **geeignete Maßnahmen** zur Deregulierung und zum Abbau der bestehenden Überbürokratisierung dem als **Anlage** beigefügten DKG-Papier zu entnehmen.

2) Management Summary zu den im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen für den stationären Bereich

Globale Begrenzung der Vergütungsanstiege (Seite 14)

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.

Abschaffung der vollständigen Tarifrefinanzierung (Seite 18)

Die Tarifraten sind ein zentrales Instrument, um tarifbedingte Personalkostensteigerungen oberhalb des Veränderungswertes vollständig zu refinanzieren, und damit für die wirtschaftliche Stabilität der Krankenhäuser unverzichtbar. Mit einer Reduzierung dieses Instrumentes (hälftige Tarifraten) 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 20)

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.

Vor diesem Hintergrund schlägt die DKG für die Jahre 2027 und 2028 eine geordnete Übergangsregelung vor. Ausgangsgrundlage der Pflegebudgets sollen die für das Jahr 2026 testierten Pflegepersonalkosten sein. Diese Ausgangsgrundlage ist automatisch und vollständig um die Tarifentwicklung für das Pflegepersonal fortzuschreiben. Zudem müssen die bislang berücksichtigten pflegeentlastenden Maßnahmen für die Übergangsphase Bestandteil der fortzuschreibenden Ausgangsgrundlage bleiben. Für die Zeit ab 2029 ist die Finanzierung des Pflegepersonals auf Grundlage eines gesonderten Regelungsvorschlags bedarfsorientiert weiterzuentwickeln.

Besonders problematisch ist, dass die im Gesetzesentwurf vorgesehene 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.

Überaus kritisch ist zudem, dass die im Gesetzesentwurf vorgesehene Berücksichtigung von Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal tatsächlich nur als Liquiditätsregelung ausgestaltet ist. Sie erhöht nicht das Pflegebudget selbst, sondern wirkt nur auf den unterjährigen Zahlpflegeentgeltwert. Das bedeutet, die im Gesetzesentwurf vorgesehene Anwendung der hälftigen Tarifraten wirkt sich nicht auf das Pflegebudget aus. Die Entwicklung des Pflegebudgets bleibt weiterhin durch den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b KHEntgG begrenzt. Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal müssen daher auch auf der Ebene des Pflegebudgets vollständig berücksichtigt werden. Hierzu sollte § 6a Absatz 2a Satz 4 KHEntgG so ergänzt werden, dass Tarifierhöhungen für das Pflegepersonal nach § 10 Absatz 5 Satz 3 Nummer 1 KHEntgG als eigenständiger Überschreitungstatbestand gegenüber dem Veränderungswert berücksichtigt werden.

Die bisherigen Regelungen zur Abgrenzung und Vereinbarung der Pflegebudgets knüpfen seit Einführung des Pflegebudgets an Berufsgruppen, organisatorische Zuordnung und überwiegende Tätigkeit in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen und in Kreißsälen an. Eine kleinteilige Abgrenzung einzelner hauswirtschaftlicher, logistischer, administrativer oder technischer Tätigkeitsanteile ist in den bestehenden Bundesvereinbarungen nicht angelegt, praktisch kaum umsetzbar und nicht sachgerecht prüfbar. Pflegekräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung erbringen notwendigerweise auch dokumentierende, organisatorische, koordinierende und unterstützende Tätigkeiten. Diese Tätigkeiten sind Bestandteil des pflegerischen Versorgungsprozesses und dürfen nicht aus dem Pflegebudget herausgelöst werden. Diese Regelung ist zu streichen.

Zur Vermeidung von Rückwirkungen auf das Pflegebudget 2026 und noch nicht abgeschlossener Vorjahre ist § 6a Absatz 2 Satz 12 KHEntgG (eingefügt durch das KHAG) zu streichen. Nur so kann verhindert werden, dass die tätigkeitsbezogene Abgrenzungslogik bereits für das Pflegebudget 2026 und für noch nicht vereinbarte 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.

Sollte der Gesetzgeber an einer Änderung ab dem Jahr 2027 festhalten, darf diese nicht zu einer minutengenauen oder tätigkeitsbezogenen Aufteilung regulärer Pflegekräfte führen. Allenfalls organisatorisch klar erkennbare Dienste, Funktionen oder Stellen, die erkennbar nicht überwiegend der unmittelbaren pflegerischen Patientenversorgung dienen, können innerhalb der bisherigen Systematik abgegrenzt werden. Jede weitergehende Herauslösung von Pflegepersonalkosten müsste korrespondierend und gesetzlich abgesichert normierungserhöhend im aG-DRG-System berücksichtigt werden. Andernfalls entstünde keine sachgerechte Abgrenzung, sondern eine dauerhafte ungerechtfertigte Niveauabsenkung der Pflegebudgets.

Die vorgesehene Ausnahmeregelung zur Erfüllung von Personalvorgaben reicht nicht aus, insbesondere wenn – wie in der Gesetzesbegründung ausgeführt – auf die für das Pflegebudget völlig ungeeigneten Pflegepersonaluntergrenzen 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 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 26)

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 27)

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 28)

Die Erhöhung der maximal zulässigen krankenhausespezifischen 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 30)

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 mengenensiblen Eingriffen (Seite 32)

Die Krankenhäuser unterstützen das bestehende Zweitmeinungsverfahren als sinnvolles Instrument zur Stärkung von Patientensouveränität und -sicherheit, kritisch ist jedoch die geplante Regelung, wonach Krankenhäuser oder Ärzte bei bestimmten planbaren Eingriffen keine Vergütung erhalten sollen, wenn vorab keine Zweitmeinung eingeholt wurde. Hierfür sind ausreichend zugelassene Zweitmeinungsärzte, um die große Zahl betroffener Patienten

zeitnah zu versorgen, zwingend notwendig. Ansonsten könnten lange Wartezeiten entstehen und notwendige Behandlungen verzögert werden. Darüber hinaus bedarf es einer weiteren Gesetzesregelung zur sachgerechten Ausnahme für Fälle, in denen eine Zweitmeinung trotz rechtzeitiger Information und nachweisbaren Bemühens nicht rechtzeitig eingeholt werden kann. Auch sollte das verpflichtende Zweitmeinungsverfahren engmaschig evaluiert werden.

Automatische Erweiterung des Prüfauftrags des Medizinischen Dienstes sowie Abstimmung zwischen GKV-Spitzenverband und DKG über mögliche Ausweitung des Vorverfahrens/ Falldialoges (Seite 33)

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 Budgetsteigerungen und Absenkung der Budgets von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen (Seite 35)

Die vorgeschlagenen Gesetzesänderungen werden kritisiert, da sie auf nicht belastbaren Annahmen beruhen und die Umsetzung zentraler Qualitätsvorgaben wie der PPP-RL gefährden würden. Die zusätzlich zur „globalen Begrenzung der Vergütungsanstiege“ vorgesehene Zweckbindung und Rückzahlungsverpflichtung von großen Budgetanteilen bedeuten einen grundlegenden Systembruch, führen zu doppelten Sanktionen und entziehen den Einrichtungen zusätzlich Mittel aus den bisherigen Budgets. Insgesamt drohen mehr Bürokratie, strukturelle Unterfinanzierung und erhebliche Risiken für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung.

Einführung von Kurzzeitfallpauschalen (Seite 37)

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 46)

Die geplante Streichung des Zuschlags sowohl für die Erst- als auch für die Folgebefüllung 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 46)

Die im Gesetzentwurf 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 Gesetzentwurf 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 Gesetzentwurf 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. Zwischen 2016 und 2024 galt eine differenzierte Regelung, nach der für den Pflegedienst ohne unmittelbare Patientenversorgung eine vollständige Refinanzierung der Tarifsteigerungen vorgesehen war, während für die übrigen Berufsgruppen lediglich eine hälftige Berücksichtigung erfolgten. Mit der gesetzlichen Nachbesserung im Jahr 2024 hat der Gesetzgeber die zuvor bestehende nicht auskömmliche Refinanzierung ausdrücklich aufgegriffen und korrigiert, indem eine vollständige Refinanzierung der Tarifsteigerungen für alle betroffenen Berufsgruppen eingeführt wurde. Die nun vorgesehene Absenkung der Refinanzierung auf einheitlich 50 Prozent für alle drei Berufsgruppen stellt eine Abkehr von dieser erst kürzlich korrigierten Regelung dar. Sie wiederholt bekannte Fehlentwicklungen und führt zu einer Destabilisierung, da tarifliche Lohnsteigerungen vollständig zu tragen sind, jedoch nicht mehr in entsprechender Höhe refinanziert werden. Sie bedeutet außerdem eine Rücknahme der Maßnahmen der Regierung, um die Krankenhäuser in der Phase der Umsetzung der Strukturreform wirtschaftlich zu unterstützen, damit kontraproduktive und ungerichtete Austritte aus der Krankenhausversorgung vermieden werden.

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.

Darüber hinaus kommen weitere Kürzungen durch die in § 71 SGB V vorgesehenen Abschlagsregelungen im Bereich der Krankenhausambulanzen hinzu, was die finanzielle Gesamtlage weiterhin verschärft.

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 Krankensektors 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 Krankenhausreform 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) Abschaffung der vollständigen Tarifrefinanzierung

Absenkung der vollständigen Tarifrefinanzierung („Tarifrate“) auf eine hälftige Tarifrate und Einbeziehung des Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung (KHEntgG und 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 Tarifrate eingeführt. Diese dient insbesondere dem Zweck der Refinanzierung tarifbedingter Personalkostensteigerungen. Eine Reduzierung der Tarifrate 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 („Tarifrate“) werden nach entsprechenden Verhandlungen auf Bundesebene zusätzliche Personalkosten der Krankenhäuser, die über der Preisobergrenze (Veränderungswert) liegen, refinanziert. Die systematische Unterfinanzierung der Personalkosten, ohne die bestehenden abfedernden Instrumente zur Obergrenze, wird insbesondere auch in Kapitel 3.1 erläutert. Die Tarifrate und eine entsprechende vollständige Refinanzierung der Personalkosten aller Berufsgruppen ist daher absolut unverzichtbar, da ansonsten die tatsächlich entstehenden Personalkostensteigerungen des jeweiligen Jahres nicht ausreichend refinanziert wären und das bestehende Personal bei nachweislich hoher Belastung nicht bezahlt werden könnte.

Kernelement der Gesetzlichen Änderung durch das GKV-Stabilisierungsgesetz, ist die Absenkung der Refinanzierungsquote bereits ab dem Jahr 2026. Während bislang Tarifsteigerungen oberhalb des Veränderungswertes vollständig in Höhe von 100 Prozent für alle drei relevanten Berufsgruppen, berücksichtigt wurden, ist künftig nur noch eine anteilige Refinanzierung in Höhe von 50 Prozent vorgesehen. Demzufolge dürfen künftig nur noch 50 Prozent der über den Veränderungswert hinausgehenden Tarifsteigerungen im Basisfallwert berücksichtigt werden, wodurch die Finanzierung tarifbedingter Personalkostensteigerungen um die Hälfte reduziert wird. Für den BPfIV-Bereich bedeutet dies, statt vormals 75 Prozent nun 37,5 Prozent und damit ebenfalls eine hälftige Reduzierung. Somit wird die kürzlich erst geänderte vollständige Tarifrefinanzierung aus dem Jahr 2024, wieder zurückgenommen und zusätzlich noch die hälftige Kürzung auf das Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung am Bett ausgeweitet. Die Rückführung zur alten Regelung inklusive Ausweitung ist nicht nachvollziehbar, da die vollständige Tarifrate eine gezielte Nachbesserung des Gesetzgebers zur sachgerechten Tarifrefinanzierung für die Krankenhäuser, insbesondere in Zusammenhang mit der unmittelbar bevorstehenden Strukturreform, sein sollte. 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 sind und waren, hat zu einer jahrelangen Unterfinanzierung der Personalkosten geführt und erheblich zu der bestehenden defizitären Lage der Krankenhäuser beigetragen.

Zudem wird das Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen künftig in die bisherige Systematik des übrigen Pflegepersonals einbezogen. Damit unterliegt auch diese Berufsgruppe der Tarifraten und wird entsprechend in die Bewertung und Vereinbarung der Erhöhungsraten zwischen den Vertragsparteien einbezogen. Dies ist im Zuge der Änderungen zum Pflegebudget und der Refinanzierung von Pflegepersonalkosten sachgerecht.

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, die Budgets in der Psychiatrie und Psychosomatik sowie 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 lediglich hälftige Tarifierfinanzierung ist nicht sachgerecht, da die Verhandlung von Veränderungswerten bereits heute die Refinanzierung aller tarifbedingter Kostensteigerungen nicht abbildet. **Die Zusage einer vollständigen Tarifrater 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 Tarifrater 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.

Darüber hinaus soll die bisherige unterjährige vollständige Berücksichtigung von Tarifsteigerungen im Pflegebudget eingeschränkt werden. Künftig soll nur noch der krankenhausesindividuelle Pflegeentgeltwert um 50 Prozent der nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 KHEntgG vereinbarten Erhöhungsrater angepasst werden. Die vorgesehene Anpassung des krankenhausesindividuellen Pflegeentgeltwertes stellt dabei lediglich eine Liquiditätsregelung dar.

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 künftig 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 noch 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. Für den Übergang in das neue System ist sicherzustellen, dass die nach der bisherigen Rechtslage für das Vereinbarungsjahr

2026 zu berücksichtigenden Mehr- und Minderkosten sachgerecht in der Ausgangsgrundlage für das Pflegebudget 2027 abgebildet werden.

Vor diesem Hintergrund schlagen die Krankenhäuser für die Jahre 2027 und 2028 eine geordnete Übergangsregelung vor. Ausgangsgrundlage der Pflegebudgets sollen die für das Jahr 2026 testierten Pflegepersonalkosten nach § 6a Absatz 3 Satz 4 KHEntgG sein. Diese Ausgangsgrundlage ist automatisch und vollständig um die Tarifentwicklung für das Pflegepersonal nach § 10 Absatz 5 Satz 3 Nummer 1 KHEntgG fortzuschreiben. Soweit die Bestätigung der Pflegepersonalkosten für das Jahr 2026 zum Zeitpunkt der Vereinbarung des Pflegebudgets 2027 noch nicht vorliegt, ist zunächst eine vorläufige Ausgangsgrundlage heranzuziehen; Abweichungen sind im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum vollständig auszugleichen. Zudem müssen die bislang berücksichtigten pflegeentlastenden Maßnahmen für die Übergangsphase Bestandteil der fortzuschreibenden Ausgangsgrundlage bleiben. Für die Zeit ab 2029 ist die Finanzierung des Pflegepersonals bedarfsorientiert weiterzuentwickeln.

Bei der zukünftigen Berücksichtigung von Tarifentwicklungen in der Pflege stellt die vorgesehene Anpassung des krankenhausesindividuellen Pflegeentgeltwertes gemäß § 6a Absatz 4 Satz 5 und 6 KHEntgG lediglich eine Liquiditätsregelung dar. Sie erhöht nicht das Pflegebudget selbst, sondern wirkt nur auf den unterjährigen Zahlpflegeentgeltwert. Das bedeutet, die im Gesetzentwurf vorgesehene Anwendung der hälftigen Tarifraten wirkt sich nicht auf das Pflegebudget aus. Die Entwicklung des Pflegebudgets bleibt weiterhin durch den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b KHEntgG begrenzt. Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal müssen daher auch auf der Ebene des Pflegebudgets vollständig berücksichtigt werden. Hierzu sollte § 6a Absatz 2a Satz 4 KHEntgG so ergänzt werden, dass Tarifierhöhungen für das Pflegepersonal nach § 10 Absatz 5 Satz 3 Nummer 1 KHEntgG als eigenständiger Überschreitungstatbestand gegenüber dem Veränderungswert berücksichtigt werden.

Diese Konstruktion führt zu erheblichen Fehlsteuerungen. Das Pflegebudget wird nicht mehr am tatsächlichen Pflegebedarf ausgerichtet, sondern de facto gedeckelt und verfestigt. Da tatsächliche Mehrkosten künftig nicht mehr ausgeglichen werden, Minderkosten aber weiterhin vollständig budgetwirksam 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, veränderten Pflegebedarfen und strukturellen Veränderungen infolge der Krankenhausreform ist eine punktgenaue Steuerung der Pflegepersonalkosten praktisch nicht möglich. Gerade diese fehlende Möglichkeit einer exakten Steuerung führt 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 sachgerecht abbildet. Leistungsverlagerungen, Konzentrationsprozesse und regionale Umbauten der Versorgungslandschaft erfordern ein Finanzierungssystem, das auf tatsächliche Leistungs- und Bedarfsverschiebungen reagieren kann. Die vorgesehene Fortschreibung auf Basis des Vorjahresbudgets blendet diese Dynamiken 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 Krankenhausreform 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. Die bisherigen Vereinbarungen zum Pflegebudget knüpfen im Kern an Berufsgruppen, organisatorische Zuordnung und überwiegende Tätigkeit in der unmittelbaren Patientenversorgung an. Eine Abgrenzung einzelner hauswirtschaftlicher, logistischer, administrativer oder technischer Tätigkeitsanteile ist dort nicht angelegt. Der Gesetzentwurf führt diese tätigkeitsbezogene Abgrenzung ein, ohne zu Bedenken, dass eine praktikable Umsetzung nicht möglich und in dieser Form auch nicht sinnvoll ist. Damit wird den Kostenträgern ein weiteres Kürzungsinstrument eröffnet, 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 Versorgungsrealitäten in den einzelnen Krankenhäusern sachgerecht berücksichtigt würden. Da der Gesetzentwurf nun regelt, dass die bisherigen Vorgaben des § 6a Absatz 2 KHEntgG einschließlich des neuen Satzes 12 letztmalig für die Vereinbarung des Pflegebudgets 2026 anzuwenden sind, führt dies zu zusätzlicher Rechtsunsicherheit. Damit wird zumindest indirekt nahegelegt, dass der Nichteinbezug pflegefremder Tätigkeiten bereits für 2026 gelten soll. Es ist zu erwarten, dass die Kostenträger diese Abgrenzungslogik nicht nur für 2026, sondern auch für noch nicht abschließend vereinbarte oder ausgeglichene Vorjahre fordern werden. Dies führt zu rückwirkenden Kürzungsforderungen, zusätzlichem Verhandlungsstau, einer Zunahme von Schiedsstellenverfahren und erheblichen Liquiditätsrisiken für die Krankenhäuser.

Der mit dem KHAG eingeführte § 6a Absatz 2 Satz 12 KHEntgG sollte daher ersatzlos gestrichen werden. Nur so kann verhindert werden, dass die tätigkeitsbezogene Abgrenzungslogik

bereits für das Pflegebudget 2026 und für noch nicht abschließend vereinbarte oder ausgeglichene Vorjahre Anwendung findet. 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 Berücksichtigung in den Vereinbarungen auf Bundesebene würde es zu systemwidrigen Eingriffen in laufende Budgetverhandlungen und zu einer sachlich nicht gerechtfertigten einseitigen Risikoverschiebung zulasten der Krankenhäuser kommen.

Sollte der Gesetzgeber an einer Klarstellung für die Zeit ab 2027 festhalten, darf diese nicht zu einer minutengenauen oder tätigkeitsbezogenen Aufteilung regulärer Pflegekräfte führen. Die bisherigen Regelungen zur Abgrenzung und Vereinbarung der Pflegebudgets knüpfen seit Einführung des Pflegebudgets an Berufsgruppen, organisatorische Zuordnung und überwiegende Tätigkeit in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen und in Kreißsälen an. Pflegekräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung erbringen notwendigerweise auch dokumentierende, organisatorische, koordinierende und unterstützende Tätigkeiten. Diese Tätigkeiten sind Bestandteil des pflegerischen Versorgungsprozesses und dürfen nicht aus dem Pflegebudget herausgelöst werden. Allenfalls organisatorisch klar erkennbare Dienste, Funktionen oder Stellen, die erkennbar nicht überwiegend der unmittelbaren pflegerischen Patientenversorgung dienen, können innerhalb der bisherigen Systematik abgegrenzt werden. Dazu können ergänzende Regelungen auf Bundesebene getroffen werden, die Fehlentwicklungen entgegenwirken. Jede weitergehende Herauslösung von Pflegepersonalkosten, sofern überhaupt praktikabel umsetzbar, müsste zudem korrespondierend und gesetzlich abgesichert normierungserhöhend im aG-DRG-System berücksichtigt werden. Andernfalls entstünde keine sachgerechte Abgrenzung, sondern eine dauerhafte Niveauabsenkung der Pflegebudgets.

Die vollständige Refinanzierung der Pflegepersonalkosten über das Pflegebudget war eine bewusste gesetzgeberische Entscheidung. Sie reagierte auf den jahrelangen strukturellen Personalabbau und die daraus resultierenden Versorgungsrisiken. 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. Eine bedarfsgerechte Pflegepersonalausstattung ist ein zentraler Grundpfeiler qualitativ hochwertiger Versorgung. Wird die Finanzierung der Pflege künftig durch eine Obergrenze, den Ausschluss tatsächlicher Mehrkostenausgleiche und die

eingeschränkte Berücksichtigung tariflicher Kostenentwicklungen begrenzt, entsteht ein unmittelbarer Konflikt zwischen bedarfsgerechtem Personaleinsatz und ökonomischer Steuerung. In einem solchen Modell steigt zwangsläufig der wirtschaftliche Druck, Pflegeleistungen zu rationalisieren. Dies gefährdet nicht nur die Versorgungsqualität, sondern schwächt erneut die Attraktivität der Pflegeberufe.

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 Korridorgrenze vollständig zu refinanzieren. Eine solche Obergrenze verhindert eine unbegrenzte Budgetdynamik und stellt zugleich sicher, dass Pflegekapazitäten dorthin gelenkt werden, wo der tatsächliche Versorgungsbedarf entsteht – insbesondere im Zuge der Leistungsgruppenplanung. Gleichzeitig wird eine Tätigkeitsabgrenzung entbehrlich, Bürokratie reduziert und die Krankenhausreform pflegerisch wirksam unterstützt. Der untere Korridor eröffnet darüber hinaus die Möglichkeit, bei nachgewiesener bedarfsgerechter Personalausstattung auf zusätzliche regulatorische Instrumente, wie die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung, zu verzichten. Zentrale Inhalte des Konzepts sind:

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

Für die Übergangsphase 2027 und 2028 müssen die pflegeentlastenden Maßnahmen Bestandteil der fortzuschreibenden Ausgangsgrundlage des Pflegebudgets bleiben. Andernfalls würden gerade diejenigen Maßnahmen geschwächt, die Pflegefachpersonen entlasten, eine effiziente Aufgabenverteilung ermöglichen und die Ziele einer bedarfsgerechten Pflegepersonalausstattung unterstützen.

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 krankenhausesindividuellen 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 krankenhausesindividuellen 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-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes 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 massive Ausweitung des Prüfgeschehens, was zu einer Erweiterung von Aufwand und Bürokratie im Krankenhaus führt und damit das auch vom BMG beständig postulierte Ziel, Bürokratie und Aufwand im Krankenhaus abzubauen, konterkariert. Hinzuweisen ist auch auf den Umstand, dass die vorgesehene 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 Abrechnungen 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, das 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 krankenhäuser- 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 Krankenhäuser unterstützen 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).

Die vorgesehene Neuregelung des § 27b SGB V, nach der bei bestimmten vom G-BA festgelegten planbaren Eingriffen der Vergütungsanspruch des durchführenden Arztes oder der Einrichtung entfällt, wenn vor dem Eingriff kein Nachweis über eine eingeholte Zweitmeinung vorliegt, muss in ihren praktischen Auswirkungen auf die Versorgung und die Leistungserbringer besonders sorgfältig beobachtet werden.

Die Verknüpfung von Zweitmeinung und Vergütung setzt voraus, dass Versicherte tatsächlich in zumutbarer Zeit Zugang zu geeigneten Zweitmeinern haben.

Der G-BA soll nach Inkrafttreten des Gesetzes bereits 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 Zweitmeiner 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 werden 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 nicht selbst durchführen dürfen, sollte der Zweitmeinende die Indikationsstellung zu einem operativen Eingriff wiederholen (§ 27b SGB V).

Vor diesem Hintergrund sollte das verpflichtende Zweitmeinungsverfahren engmaschig evaluiert werden. Dabei sind insbesondere die Verfügbarkeit geeigneter Zweitmeinender, regionale und fachgebietsbezogene Zugangsunterschiede, die Wartezeiten bis zur Einholung einer Zweitmeinung sowie die Auswirkungen auf die zeitgerechte Durchführung der betroffenen Eingriffe in den Blick zu nehmen. Der G-BA sollte über eine ergänzende Gesetzesregelung in § 27b SGB V beauftragt werden, hierzu in der Zweitmeinungs-Richtlinie nähere Regelungen zu Inhalt, Kriterien, Verfahren und Turnus der Evaluation zu treffen.

Darüber hinaus bedarf es einer weiteren Gesetzesregelung zur sachgerechten Ausnahme für Fälle, in denen eine Zweitmeinung trotz rechtzeitiger Information und nachweisbaren Bemühens nicht rechtzeitig eingeholt werden kann. In solchen Konstellationen darf die gesetzlich vorgesehene Vergütungsfolge nicht zulasten der durchführenden Krankenhäuser eingreifen. Andernfalls würden strukturelle Defizite in der Verfügbarkeit von Zweitmeinenden zusätzlich die Versorgung der Patienten belasten.

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 abrechnungsrelevante 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:

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].

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 Absatz 1 Satz 3 SGB V i. V. m. § 275 Absatz 1 Satz 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 Satz 1 PrüfV und definieren den Prüfgegenstand, der dem Krankenhaus mitzuteilen ist, § 4 Satz 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 Absatz 2 Satz 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 Satz 2 PrüfvV genannten Katalog hinausgehend, vgl. § 4 Satz 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 finanziellen Auswirkungen dieses Vorschlages, auf die die Begründung des Gesetzentwurfes 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 Budgetsteigerungen und Absenkung der Budgets von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen

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, dem Prüfauftrag des Medizinischen Dienstes und der elektronischen Patientenakte (ePA) auch im Geltungsbereich der BPfIV sowie die Anpassungen zur Veränderungsrate im SGB V für die psychiatrische und psychosomatische Institutsambulanz. 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, 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 Mengenbegrenzung 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 können. Das parallele Bestehen von ähnlich gelagerten Versorgungsformen ist auf ein absolutes Mindestmaß zu begrenzen, sodass es einer Übergangsphase mit dem Ziel der grundsätzlichen Überführung der Hybrid-DRG in Kurzzeitfallpauschalen bedarf. Diese Übergangsphase erfordert klare, tragfähige Regelungen um Abgrenzungsprobleme, Fehlanreize, Mehrkosten und Ineffizienzen zu vermeiden und somit eine patientenorientierte Versorgungsstruktur sicherstellen zu können.

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 medizinischer oder sozialer Erforderlichkeit 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. Grundsätzlich ist eine Mengenbegrenzung für stationäre Behandlungsfälle mit bis zu zwei Übernachtungen auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses dabei abzulehnen, da durch die Kurzzeit-Fallpauschalen ambulante Fälle adressiert werden, welche die Strukturen und Vorhaltungen eines Krankenhauses bedürfen.

Mit der Einführung der Kurzzeitfallpauschalen werden auch Vorgaben für die Berechnung der Entgelte eingebracht. Es soll eine Absenkung der Bewertungsrelationen der Kurzzeitfallpauschalen auch durch eine Absenkung der Summe der für die Kurzzeitfallpauschalen insgesamt vereinbarten Bewertungsrelationen nachvollzogen werden. Die Kostensenkung soll mit einem 2-Jahres-Verzug wirksam und an die Versichertengemeinschaft weitergegeben werden.

Die damit zu erreichenden Einspareffekte können nur dann ihre Wirkung entfalten, wenn die Umsetzung des Konzepts der Kurzzeitfallpauschalen in den Krankenhäusern gelingt

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.

Damit das Ziel der Ambulantisierung über Kurzzeitfallpauschalen und eine wünschenswerte Effizienzsteigerung in der Krankenhausversorgung auch tatsächlich erreicht werden kann sind folgende Änderungen dringend notwendig.

Die im Folgenden aufgeführten Änderungsvorschläge beziehen sich auf den Gesetzesentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)“ vom 29.04.2026 sowie auf bereits bestehende gesetzliche Regelungen des § 115f SGB V Spezielle sektorengleiche Vergütung.

1. Bestehende gesetzliche Regelungen:

1.1 § 115f SGB V (Spezielle sektorengleiche Vergütung)

- § 115f Abs. 1 Satz 7 wird wie folgt ergänzt:

*„Die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 beauftragen das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gemeinsam bis zum 15. Mai eines jeden Kalenderjahres, erstmals bis zum 15. Mai 2025 **und letztmalig bis zum***

15. Mai 2028, einen Vorschlag für die Kalkulation der Vergütung differenziert nach dem Schweregrad der Fälle zu erarbeiten.“

Begründung: Hier handelt es sich um eine Folgeänderung des neu eingeführten Absatz 1a. Da die Leistungen der Sektorengleichen Vergütung im Jahr 2030 grundsätzlich in die Kurzzeitfallpauschalen überführt sind, ist letztmalig für das Leistungsjahr 2029 eine Kalkulation der noch verbliebenen Hybrid-DRG mit maximal einer Übernachtung vorzunehmen. Die Beauftragung hat dementsprechend letztmalig bis zum 15. Mai 2028 zu erfolgen.

- § 115f Abs. 1 Satz 8 wird gestrichen:

~~„In den Vorschlägen ist eine schrittweise Anpassung der Vergütungen vorzusehen, mit dem Ziel, dass bis zum Jahr 2030 die Höhe der Vergütungen der nach § 115b vereinbarten Leistungen erreicht wird.“~~

Begründung: Hier handelt es sich um eine Folgeänderung des neu eingeführten Absatz 1a. Da die Leistungen der Sektorengleichen Vergütung im Jahr 2030 grundsätzlich in die Kurzzeitfallpauschalen überführt sind, ist eine Anpassung der Vergütung mit dem Ziel, dass bis zum Jahr 2030 die Höhe der Vergütungen der nach § 115b vereinbarten Leistungen erreicht wird, nicht mehr erforderlich.

- § 115f Abs. 1 Satz 9 wird wie folgt geändert:

*„Auf der Grundlage des Vorschlags schließen die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 die Vereinbarung nach Satz 1 Nummer 1 bis zum 15. September eines jeden Kalenderjahres, **letztmalig im Kalenderjahr 2028**, mit Wirkung ab dem 1. Januar des folgenden Kalenderjahres.“*

Begründung: Hier handelt es sich um eine Folgeänderung des neu eingeführten Absatz 1a. Da die Leistungen der Sektorengleichen Vergütung im Jahr 2030 grundsätzlich in die Kurzzeitfallpauschalen überführt sind, haben die Vertragsparteien letztmalig im Kalenderjahr 2028 für das Jahr 2029 eine Vereinbarung nach Satz 1 Nummer 1 bis zum 15. September abzuschließen.

- § 115f Abs. 1a wird gestrichen und durch folgenden Abs. 1a (neu) ersetzt:

~~„(1a) Spätestens in der bis zum 15. September 2030 zu schließenden Vereinbarung sind die nach Absatz 1 Satz 2 zu kalkulierenden Fallpauschalen auf Grundlage fallbezogener empirischer Kostendaten des ambulanten und stationären Bereichs festzulegen. Danach sind sie jährlich auf der Grundlage der jeweiligen in Satz 1 genannten Kostendaten zu überprüfen und, sofern erforderlich, anzupassen. Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 beauftragen das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut gemeinsam bis zum 30. April 2025, einen Vorschlag für ein Konzept zur Festlegung der~~

~~Fallpauschalen nach Satz 1 zu erarbeiten. Auf der Grundlage dieses Vorschlags vereinbaren die Vertragsparteien bis zum 31. Dezember 2025 das Konzept zur Festlegung der Fallpauschalen nach Satz 1 und legen dieses Konzept dem Bundesministerium für Gesundheit vor.“~~

Absatz 1a (neu): „Die Leistungen der Speziellen sektorengleichen Vergütung werden schrittweise grundsätzlich in die Kurzzeitfallpauschalen gemäß § 17b KHG bis zum 31.12.2029 überführt, sodass mit Wirkung zum 01. Januar 2030 die Spezielle sektorengleiche Vergütung beendet wird. Für das Leistungsjahr 2028 werden die Leistungen der Speziellen sektorengleichen Vergütung grundsätzlich auf Behandlungsfälle mit maximal einer Übernachtung begrenzt. Für das Leistungsjahr 2030 werden die Leistungen der Speziellen sektorengleichen Vergütung mit maximal einer Übernachtung grundsätzlich in die Kurzzeitfallpauschalen gemäß § 17b KHG überführt.“

Begründung: 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. Es bedarf allerdings einer möglichst kurzen und klar festgelegten Übergangsphase um die Versorgungssicherheit zu gewährleisten.

Da die Kurzzeitfallpauschalen ab dem Jahr 2028 eingeführt werden, ist bereits zu diesem Zeitpunkt mit der Übergangsphase bis zur vollständigen Auflösung der Speziellen sektorengleichen Vergütung zum Jahr 2030 zu beginnen. Die Übergangsphase umfasst zwei Schritte. Im ersten Schritt erfolgt die Überführung der Leistungen der speziellen sektorengleichen Vergütung mit zwei Übernachtungen in die Kurzzeitfallpauschalen gemäß § 17b KHG und im zweiten Schritt werden die Leistungen der speziellen sektorengleichen Vergütung mit maximal einer Übernachtung in die Kurzzeitfallpauschalen gemäß § 17b KHG für das Leistungsjahr 2030 überführt.

- § 115f Abs. 2 Satz 1 wird wie folgt ergänzt:

*„Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 haben die Auswahl der Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 jährlich zu überprüfen und, sofern zur Einhaltung der Vorgaben nach Satz 2 erforderlich, bis zum 31. März des jeweiligen Kalenderjahres, in dem die Überprüfung stattfindet, auf Grundlage des nach Satz 3 beauftragten Vorschlags mit Wirkung ab dem 1. Januar des folgenden Kalenderjahres, **letztmalig für das Kalenderjahr 2029**, anzupassen.“*

Begründung: Hier handelt es sich um eine Folgeänderung des neu eingeführten Absatz 1a. Da die Leistungen der Sektorengleichen Vergütung im Jahr 2030 grundsätzlich in die Kurzzeitfallpauschalen überführt sind, ist letztmalig für das Leistungsjahr 2029 eine Überprüfung und ggf. Anpassung erfolgen.

- § 115f Abs. 2 Satz 2 wird wie folgt geändert:

„Die Auswahl hat so zu erfolgen, dass bezogen auf die nach § 21 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Jahr 2023 übermittelten Daten zu vollstationären Krankenhausfällen ohne Berücksichtigung der Krankenhausfälle, in denen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden angewendet werden, ab dem Jahr 2026 jährlich mindestens eine Million Fälle erfasst werden; ~~ab dem Jahr 2028 sollen unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Evaluation nach Absatz 5 jährlich mindestens 1,5 Millionen und ab dem Jahr 2030 jährlich mindestens zwei Millionen Fälle erfasst werden.~~“

Begründung: Hier handelt es sich um eine Folgeänderung des neu eingeführten Absatz 1a und der Streichung des Absatz 5.

- § 115f Abs. 2 Satz 3 wird wie folgt ergänzt:

*„Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 beauftragen das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut gemeinsam bis zum 15. Februar eines jeden Kalenderjahres, **letztmalig im Kalenderjahr 2028**, die Auswahl der Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 zu überprüfen und einen Vorschlag zur Anpassung der Leistungsauswahl vorzulegen.“*

Begründung: Hier handelt es sich um eine Folgeänderung des neu eingeführten Absatz 1a. Da die Leistungen der Sektorengleichen Vergütung im Jahr 2030 grundsätzlich in die Kurzzeitfallpauschalen überführt sind, haben die Vertragsparteien letztmalig im Kalenderjahr 2028 die Institute zu beauftragen, die Auswahl der Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 zu überprüfen und einen Vorschlag zur Anpassung der Leistungsauswahl für das Jahr 2029 vorzulegen.

- § 115f Abs. 5 wird gestrichen:

~~„Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien beauftragen bis zum 30. April 2025 das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus mit der regelmäßigen Evaluation der Auswirkungen der speziellen sektorengleichen Vergütung auf die Versorgung der Versicherten, auf die Vergütungen der Leistungserbringer sowie auf die Ausgaben der Krankenkassen auf der Grundlage nicht personenbezogener Leistungsdaten. Die in Satz 1 genannten Institute legen ihren Evaluationsbericht im Abstand von jeweils zwölf Monaten, erstmals zum 31. Dezember 2026 unter Einbeziehung der für das Jahr 2026 vereinbarten Auswahl der Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, den Vertragsparteien und dem Bundesministerium für Gesundheit sowie auf Verlangen dem Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a Satz 2 vor.“~~

Begründung: Hier handelt es sich um eine Folgeänderung des neu eingeführten Absatz 1a. Da die Leistungen der Sektorengleichen Vergütung im Jahr 2030 grundsätzlich in die Kurzzeitfallpauschalen überführt sind, ist eine Evaluation der Auswirkungen der speziellen

sektorengleichen Vergütung auf die Versorgung der Versicherten, auf die Vergütungen der Leistungserbringer sowie auf die Ausgaben der Krankenkassen nicht mehr erforderlich.

1.2 § 10 KHG (Entwicklungsauftrag zur Reform der Investitionsfinanzierung)

- § 10 Abs. 2 Satz 2 wird wie folgt ergänzt:

*„In den Investitionsbewertungsrelationen ist der Investitionsbedarf für die voll- und teilstationären Leistungen **sowie für die Kurzzeitfallpauschalen** pauschaliert abzubilden; der Differenzierungsgrad soll praktikabel sein.“*

Begründung: Diese Ergänzung begründet sich aus der Logik der Gesetzgebung zur Krankenhausfinanzierung, dass die Krankenhäuser für die stationäre Leistungserbringung über die Regelungen des KHG Investitionsförderung erhalten. Da es sich bei den über den § 17b Absatz 2a KHG neu eingeführten Kurzzeitfallpauschalen um Entgelte nach § 17b handelt, hat diese Klarstellung zu erfolgen.

2. Änderungsvorschläge zum vorliegenden Gesetzentwurf

2.1 Änderungsvorschlag zu Artikel 3 Nr. 5: KHEntgG § 8 (Berechnung der Entgelte):

- § 8 Abs. 5a wird gestrichen:

~~„Die Berechnung der in § 17b Absatz 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Kurzzeitfallpauschalen ist ausgeschlossen, wenn die Leistung in dem Katalog nach § 115b Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch enthalten ist. Näheres regeln die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.“~~

Begründung: 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. Laut § 115b Abs. 1 Satz 3, sind allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. Diese Regelung wurde im AOP-Vertrag umgesetzt und hat weiterhin Bestand. Hierbei handelt es sich überwiegend um Behandlungsfälle, bei denen eher von einer kurzen Verweildauer auszugehen ist. Den Krankenhäusern die Abrechnungsmöglichkeit über Kurzzeitfallpauschalen zu verwehren, widerspricht den Intentionen der Einführung von Kurzzeitfallpauschalen.

2.2 Änderungsvorschlag zu Artikel 3 Nr. 6: KHEntgG § 9 (Vereinbarung auf Bundesebene):

- § 9 Abs. Absatz 1 Nr. 11 (neu) wird gestrichen:

~~„11. erstmals bis zum 30. September 2027 nähere Einzelheiten für Kurzzeitfallpauschalen nach § 17b Absatz 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, insbesondere~~

~~a) Vorgaben, durch die sichergestellt wird, dass durch die Einführung der Kurzzeitfallpauschalen keine Fallzahlausweitung bei den stationären Behandlungsfällen mit bis zu zwei Übernachtungen auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses stattfindet und~~

~~b) die Folgen einer Überschreitung der nach Buchstabe a festgelegten Begrenzung.“~~

Begründung: 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. Eine sanktionsbewehrte Mengenbegrenzung für die im einzelnen Krankenhaus erbringbaren Kurzzeitfallpauschalen zu etablieren, würde diese Zielsetzung konterkarieren. Der laut Gesetzesbegründung befürchteten Hospitalisierung der von Krankenhäusern ambulant zu erbringenden Leistungen ist entgegen zu halten, dass laut §

115b Abs. 1 Satz 3 allgemeine Tatbestände zu bestimmen sind, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. Diese Regelung wurde im AOP-Vertrag umgesetzt und hat weiterhin Bestand, sodass eine Hospitalisierung von ambulant zu erbringenden Fällen nicht zu befürchten ist.

2.3 Änderungsvorschlag zu Artikel 4 Nr. 2: KHG § 17b (Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung):

- § 17b Abs. 2a Satz 1 wird wie folgt geändert:

„Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erarbeitet bis zum 31. März 2027 ein Konzept für geeignete Fallgruppen für eine gesonderte Kalkulation von Bewertungsrelationen für ~~stationäre~~ Behandlungsfälle mit einer Behandlungsdauer von bis zu drei Kalendertagen und maximal zwei Übernachtungen (Kurzzeitfallpauschalen).“

- § 17b Abs. 2a nach Satz 1 wird folgender Satz 2 (neu) ergänzt:

„Eine Vergütung mit einer Kurzzeitfallpauschale erfolgt unabhängig davon, ob die Leistung ambulant oder stationär erbracht wird.“

Begründung: Es handelt sich um eine zentrale ordnungspolitische Klarstellung, dass in den neuen Kurzzeitfallpauschalen auch ambulante Leistungen gemäß der Rechtsprechung des BSG enthalten sind.

- § 17b Abs. 2a nach Satz 3 (neu) wird folgender Satz 4 (neu) ergänzt:

„Das Konzept nach Absatz 2a Satz 1 und die Vereinbarung nach Absatz 2a Satz 3 haben die Vorgaben des § 115f Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Überleitung der Leistungen der speziellen sektorengleichen Vergütung in Kurzzeitfallpauschalen umzusetzen. [...]“

Begründung: Hierbei handelt es sich um eine Folgeänderung der Anpassungen in § 115f Absatz 1a SGB V. Die in § 115f Absatz 1a formulierten Regelungen zur Überleitung der Leistungen der speziellen sektorengleichen Vergütung in Kurzzeitfallpauschalen müssen im Konzept und der Vereinbarung nach Absatz 2a Satz 1 nachvollzogen werden.

- § 17b Abs. 2a nach Satz 4 (alt) wird folgender Satz 8 (neu) ergänzt:

„Eine Vergütung mit einer Kurzzeitfallpauschale erfolgt unabhängig davon, ob Patienten oder Patientinnen das Krankenhaus am gleichen Tag verlassen oder bis zu drei Kalendertage und maximal zwei Übernachtungen im Krankenhaus verbleiben.“

Begründung: Es handelt sich um eine zentrale ordnungspolitische Klarstellung, dass in den neuen Kurzzeitfallpauschalen auch ambulante Leistungen gemäß der Rechtsprechung des BSG enthalten sind.

3.12) Streichung des ePA-Befüllungszuschlags – ambulant und stationär

Die Zuschläge für die Erstbefüllung der ePA sollen ab 2027 entfallen. Überdies sollen die Zuschläge für sämtliche zukünftige Folgebefüllungen im ambulanten sowie stationären Bereich entfallen.

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 Gesetzentwurf 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-L-1) 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 Finanzkommission³ 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

³ Online abrufbar unter: [26-03-Gerlach-opg-aktuell | Presseagentur Gesundheit](#) [zuletzt abgerufen am 08.05.2026]

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.

4) Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen können gemäß § 115g Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V Leistungen des ambulanten Operierens nach § 115b SGB V erbringen. § 1 Absatz 1 Satz 1 des Vertrages gemäß § 115b Absatz 1 SGB V (AOP-Vertrag) enthält jedoch die Regelung, dass Krankenhäuser zur Durchführung von Leistungen gemäß § 115b SGB V nur in den Leistungsbereichen zugelassen sind, in denen sie auch stationäre Krankenhausbehandlung erbringen. Dadurch wird Krankenhäusern untersagt, Leistungen des ambulanten Operierens außerhalb ihres stationären Versorgungsauftrages zu erbringen. Die Verknüpfung des ambulanten Operierens mit dem stationären Versorgungsauftrag eines Krankenhauses wurde auch durch das Bundessozialgericht (BSG) höchstrichterlich bestätigt. Das BSG hat mit Urteil vom 01.07.2014 (B 1 KR 1/13 R) entschieden, dass sich die Zulassung von Krankenhäusern zur ambulanten Durchführung der im AOP-Katalog genannten Leistungen wirksam nur auf solche Leistungen erstrecken könne, die Bezug zu einem Fachgebiet haben, für das das Krankenhaus zur stationären Versorgung zugelassen ist. Der direkte Verweis auf § 115b SGB V in § 115g Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V bedeutet aber für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen, dass die Erbringbarkeit von AOP-Leistungen ebenfalls an einen kongruenten stationären Versorgungsauftrag gebunden ist.

Nach gemeinsamer Kompromissfindung von GKV-Spitzenverband und DKG im Rahmen der „süV-Leistungskatalog-Vereinbarung“ gemäß § 115g Absatz 3 SGB V beschränkt sich das stationäre Leistungsspektrum der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen auf konservative Leistungen der Allgemeinen Inneren Medizin sowie der Geriatrie. Operative Leistungen sowie stationäre Leistungen aus Fachgebieten, deren Vorhaltung Voraussetzung für die Ableitung von AOP-Leistungen ist, sind hingegen nicht vorgesehen. Damit entsteht ein struktureller Widerspruch zwischen der gesetzlichen Befugnis der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen zur Erbringung von AOP-Leistungen und den Beschränkungen, die sich aus der Kopplung an den stationären Versorgungsauftrag ergeben. Aufgrund der entgegenstehenden höchstrichterlichen Rechtsprechung bedarf es daher dringend einer gesetzlichen Grundlage, die es sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung ermöglicht, AOP-Leistungen auch unabhängig von ihrem stationären Versorgungsauftrag zu erbringen. Ohne diese Möglichkeit werden sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nicht in der Lage sein, ihre wichtige Funktion innerhalb der Krankenhausreform und den damit zusammenhängenden Umstrukturierungen wahrzunehmen. Darüber hinaus wäre der Fortbestand der „süV-Leistungskatalog-Vereinbarung“ gemäß § 115g Absatz 3 SGB V fraglich, da dieser Kompromiss auf der Grundlage einer vollumfänglichen AOP- und Hybrid-DRG-Leistungserbringungsmöglichkeit der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen geschlossen wurde.

Zudem ist zur Klarstellung, dass Leistungen des § 115f SGB V (Hybrid-DRG) in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung erbracht werden können, die Aufnahme des § 115f SGB V in die in § 115g Absatz 1 SGB V enthaltene Auflistung erforderlich. Ein alleiniger Verweis auf § 115f SGB V in der Gesetzesbegründung zu § 115g SGB V greift dafür zu kurz. Hintergrund ist, dass durch das Pflegestudiumstärkungsgesetz vom 12.12.2023 (BGBl. 2023 I Nr. 359) in § 115f Absatz 2 Satz 4 SGB V ergänzt wurde, dass bei der Überprüfung und Anpassung des § 115f-Leistungskatalogs auch Leistungen ausgewählt werden können, die nicht in dem nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 vereinbarten AOP-Katalog genannt sind. Damit wurde die ursprünglich in § 115f SGB V vorgesehene Bezugnahme auf Leistungen, die sich im AOP-Katalog nach § 115b SGB V befinden, aufgehoben. Die Leistungserbringungsmöglichkeit im Bereich des § 115f SGB V erstreckt sich daher inzwischen in weiten Teilen auch auf Leistungen außerhalb des AOP-Kataloges. Das Leistungsspektrum des § 115f SGB V kann auch nicht unter die ebenfalls in § 115g Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V enthaltene weite Leistungsbeschreibung „sonstige ambulante[n] Leistungen, die nach diesem Buch von zugelassenen Krankenhäusern erbracht werden können“, subsumiert werden, da Leistungen gemäß § 115f SGB V sowohl ambulant, als auch stationär mit Übernachtung erbracht werden. Darüber hinaus ist mit Blick auf den Fortbestand der „süV-Leistungskatalog-Vereinbarung“ gemäß § 115g Absatz 3 SGB V für den Leistungsbereich des § 115f SGB V ebenfalls eine gesetzliche Regelung erforderlich, die es sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen ermöglicht, Hybrid-DRG-Leistungen ohne Bindung an den stationären Versorgungsauftrag zu erbringen.

Änderungsvorschläge:

§ 115g Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 (neu) ist wie folgt zu fassen:

2. ambulantes Operieren nach § 115b sowie sonstige ambulante Leistungen, die nach diesem Buch von zugelassenen Krankenhäusern erbracht werden können; **sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sind zur Durchführung von Leistungen gemäß § 115b SGB V unabhängig davon berechtigt, in welchen Leistungsbereichen sie stationäre Krankenhausbehandlung erbringen,**

Am Ende von § 115g Absatz 1 Satz 2 ist folgende Ziffer 6 zu ergänzen:

6. Leistungen nach § 115f; sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen können zur Durchführung von Leistungen gemäß § 115f SGB V unabhängig davon zugelassen werden, in welchen Leistungsbereichen sie stationäre Krankenhausbehandlung erbringen.

Transparenzverzeichnis

Derzeit bestehen erhebliche Parallelstrukturen durch das Transparenzverzeichnis gemäß § 135d SGB V und die verpflichtenden gesetzlichen Qualitätsberichte der Krankenhäuser nach § 136b Absatz 1 S. 1 Nr. 3 SGB V sowie den darauf basierenden Krankenhausvergleichsportalen. Die Krankenhäuser begrüßen den mit dem KHAG vollzogenen Schritt, das Transparenzverzeichnis in die Zuständigkeit des G-BA zu überführen. Damit verknüpft ist das Ziel einer einheitlichen und übersichtlichen Informationsquelle für Patientinnen und Patienten und perspektivisch auch eine Zusammenführung und Reduktion der redundanten Datenübermittlungspflichten der Krankenhäuser. An anderer Stelle bleiben für das Transparenzverzeichnis eingeführte kleinteilige Datenübermittlungspflichten jedoch unverändert bestehen und der Bundes-Klinik-Atlas bleibt im Moment durch fehlerhafte und lückenhafte Informationen irreführend für Patientinnen und Patienten.

Die Krankenhäuser fordern daher, mit den Änderungen des KHAG angestoßene Zielrichtung durch zwei konkrete Anpassungen zu Ende zu denken:

Die in § 21 Absatz 7 KHEntgG festgelegte Pflicht für Krankenhäuser, Daten zum ärztlichen Personal zum Zweck der Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis nicht nur jährlich, sondern je Quartal an das InEK zu übermitteln, erzeugen unverhältnismäßigen bürokratischen Aufwand für die Krankenhäuser. Die Pflicht zur Datenübermittlung besteht seit 2024, entsprechende Daten werden jedoch bisher nicht im Transparenzverzeichnis veröffentlicht. Der für die Krankenhäuser entstehende Aufwand ist schon allein dadurch unangebracht. Die quartalsweisen Informationen würden ohnehin kaum Mehrgewinn für die im Transparenzverzeichnis veröffentlichten Informationen darstellen, weil fast alle anderen Datenquellen nur jährlich zur Verfügung stehen. Ein davon abweichender Turnus nur für ärztliches Personal könnte Unstimmigkeiten und Widersprüche erzeugen.

Außerdem führt der Bundes-Klinik-Atlas in seiner aktuellen Form nach wie vor zur Fehlinformation der Bevölkerung, indem er fehlerbehaftete Informationen veröffentlicht, nicht das gesamte Spektrum der Leistungserbringung im Krankenhaus abbildet und die Leistungsbereiche Psychiatrie und Psychosomatik komplett ausspart. Er wird damit derzeit dem in § 135d SGB V formulierten Anspruch, die in § 135d Absatz 3 SGB V festgelegten Informationen und Bewertungen dieser Informationen barrierefrei in leicht verständlicher, interaktiver Form und bürokratiearm zu veröffentlichen, nicht gerecht. Die Krankenhausvergleichsportale auf Basis der Qualitätsberichte der Krankenhäuser stellen derzeit eine zuverlässigere und auch stärker nachgefragte Informationsquelle für Patientinnen und Patienten ebenso wie einweisende Ärztinnen und Ärzte dar. Daher ist im Rahmen der Übernahme des Transparenzverzeichnisses durch den G-BA eine Übergangsregelung erforderlich, die eine temporäre Abschaltung des Bundes-Klinik-Atlas vorsieht, bis der G-BA über die Veröffentlichung der vorgesehenen Daten gemäß § 135d Absatz 2 Satz 8 SGB V beraten und entschieden hat, und in der gemäß § 135d Absatz 5 Satz 1 vorgesehenen Richtlinie

einheitliche Anforderungen für die Auswahl und Aufbereitung der zur Veröffentlichung erforderlichen Daten und die Kriterien für deren Bewertung erarbeitet hat.

Änderungsvorschläge:

§ 21 Absatz 7 KHEntgG wird gestrichen.

In § 135d SGB V wird folgender Absatz 7 angefügt:

(7) Bis zum Inkrafttreten der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 5 ist die Veröffentlichung des Transparenzverzeichnisses nach Absatz 1 ausgesetzt. Ein bereits veröffentlichtes Transparenzverzeichnis ist für diesen Zeitraum nicht öffentlich bereitzustellen.

Ausnahmeregelungen von der Standortdefinition gemäß § 2a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 KHG

Gemäß § 2a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 KHG können GKV-SV und DKG im Benehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde und dem Verband der Privaten Krankenversicherung vereinbaren, dass abweichend von der Standortdefinition gemäß § 2a Absatz 1 Satz 1 und 2 KHG die Gebäude oder Gebäudekomplexe eines bestimmten Krankenhauses ein Krankenhausstandort sind. Kommt eine diesbezügliche Einigung nicht zustande, entscheidet hierüber die Bundesschiedsstelle auf Antrag einer Vertragspartei. Im Verfahren beteiligt wird neben den Vertragsparteien die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde, die durch die Schiedsstelle anzuhören ist und deren im Rahmen der Anhörung abgegebene Stellungnahme angemessen zu berücksichtigen ist (§ 2a Absatz 4 Satz 3 KHG).

Ebenso ist aber von dieser Entscheidung der Bundesschiedsstelle das einzelne Krankenhaus, das die Ausnahme von der Standortdefinition begehrt, **unmittelbar betroffen**. Gemäß § 2a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 KHG geht es bei der Frage der Ausnahme von der Standortdefinition um die Gebäude oder Gebäudekomplexe **eines bestimmten Krankenhauses**, sodass die diesbezügliche Entscheidung anhand der im Einzelfall dieses bestimmten Krankenhauses vorliegenden Umstände zu treffen ist. Auch in der Gesetzesbegründung zur Einführung von § 2a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 KHG durch das KHVVG (BGBl. 2024 I Nr. 400) wird betont, dass abweichende Standortfestlegungen nur **in Einzelfällen**, d. h. nur dann möglich sein sollen, wenn dies geboten ist, um den **Besonderheiten des jeweiligen Falles** Rechnung tragen zu können (vgl. Bundestags-Drucksache 20/13407 vom 16.10.2024, Seite 305). Die Entscheidung, ob eine Ausnahme gewährt wird oder nicht, hat für dieses bestimmte Krankenhaus zur Folge, ob es künftig mit einem oder mehreren Standorten im Standortverzeichnis gemäß § 293 Absatz 6 SGB V aufgeführt sein wird. Diese Vergabe der Standortnummer und entsprechende Eintragung im Standortverzeichnis hat erhebliche Auswirkungen auf zahlreiche

Verpflichtungen des Krankenhauses in unterschiedlichsten Regelungsbereichen, die auf die Standortnummer Bezug nehmen.

Aus dieser unmittelbaren Betroffenheit von der Entscheidung über die Ausnahme von der Standortdefinition resultiert die Notwendigkeit, das jeweilige Krankenhaus sowohl am Verfahren der Vereinbarung einer Ausnahme zwischen GKV-SV und der DKG, als auch am hierzu gegebenenfalls durchzuführenden Schiedsverfahren zu beteiligen.

Darüber hinaus muss einem von einer abschlägigen Entscheidung der Bundesschiedsstelle betroffenen Krankenhaus ein unmittelbares Klagerecht gegen diese Entscheidung zustehen, da ansonsten kein effektiver Rechtsschutz erreichbar wäre. Andere vorrangig wahrzunehmende Rechtsschutzmöglichkeiten gegen die Entscheidung der Bundesschiedsstelle stehen dem betroffenen Krankenhaus nicht offen. Die Wirkung der abschlägigen Entscheidung tritt unmittelbar ohne weitere anfechtbare Vollzugsakte ein, da das betroffene Krankenhaus im Anschluss hieran weiterhin mit zwei Standortnummern im Standortverzeichnis gemäß § 293 Absatz 6 SGB V aufgeführt ist. Sollten sich im weiteren Verlauf anfechtbare Vollzugsakte noch dadurch ergeben, dass sich das Krankenhaus beispielsweise weigert, für jeden Standort einen eigenen Qualitätsbericht zu erstellen oder Datenübermittlungs- oder Nachweispflichten für beide Standorte separat nachzukommen, wären solche Vollzugsakte nur durch ein regelwidriges Verhalten des Krankenhauses erreichbar. Dies wäre dem betroffenen Krankenhaus nicht zumutbar.

Derzeit zeigen die ersten Verfahren vor der Bundesschiedsstelle zu Standortausnahmeanträgen von Krankenhäusern, dass eine Beteiligung der jeweils betroffenen Krankenhäuser am Verfahren vor der Bundesschiedsstelle abgelehnt wird unter Verweis auf fehlende gesetzliche Regelungen in § 2a Absatz 4 KHG. Diesbezügliche Regelungen seien nur in Bezug auf die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden aufgenommen worden. Es bedarf daher einer Klarstellung in § 2a Absatz 4 KHG, dass die betroffenen Krankenhäuser an den Entscheidungsprozessen zu den von ihnen jeweils begehrten Ausnahmeregelungen zu beteiligen sind und ihnen eine Klagebefugnis gegen eine etwaige diesbezügliche Entscheidung der Bundesschiedsstelle zusteht.

Änderungsvorschläge

§ 2a Absatz 4 KHG ist wie folgt zu fassen:

(4) ¹Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft können im Benehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde und dem Verband der Privaten Krankenversicherung vereinbaren, dass

1. fachliche Organisationseinheiten nach Absatz 1 Satz 3 eigenständige Krankenhausstandorte sind oder

2. **auf Antrag eines Krankenhauses** abweichend von Absatz 1 Satz 1 und 2 die Gebäude oder Gebäudekomplexe eines bestimmten Krankenhauses ein Krankenhausstandort sind.

²Das den Antrag nach Satz 1 Nummer 2 stellende Krankenhaus ist am Verfahren über eine Einigung nach Satz 1 zu beteiligen. ³Kommt eine Einigung nach Satz 1 nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 auf Antrag einer Vertragspartei. ⁴Die Schiedsstelle hat die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde anzuhören und eine von ihr im Rahmen der Anhörung abgegebene Stellungnahme angemessen zu berücksichtigen. **⁵Die Schiedsstelle hat das den Antrag nach Satz 1 Nummer 2 stellende Krankenhaus anzuhören und am Verfahren vor der Schiedsstelle zu beteiligen.** ⁶Klagen der Vertragsparteien nach Satz 1 oder des den Antrag nach Satz 1 Nummer 2 stellenden Krankenhauses gegen die Entscheidung nach Satz 3 sind gegen die Schiedsstelle zu richten.

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

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT



Deregulierung und Kostensenkung jetzt!

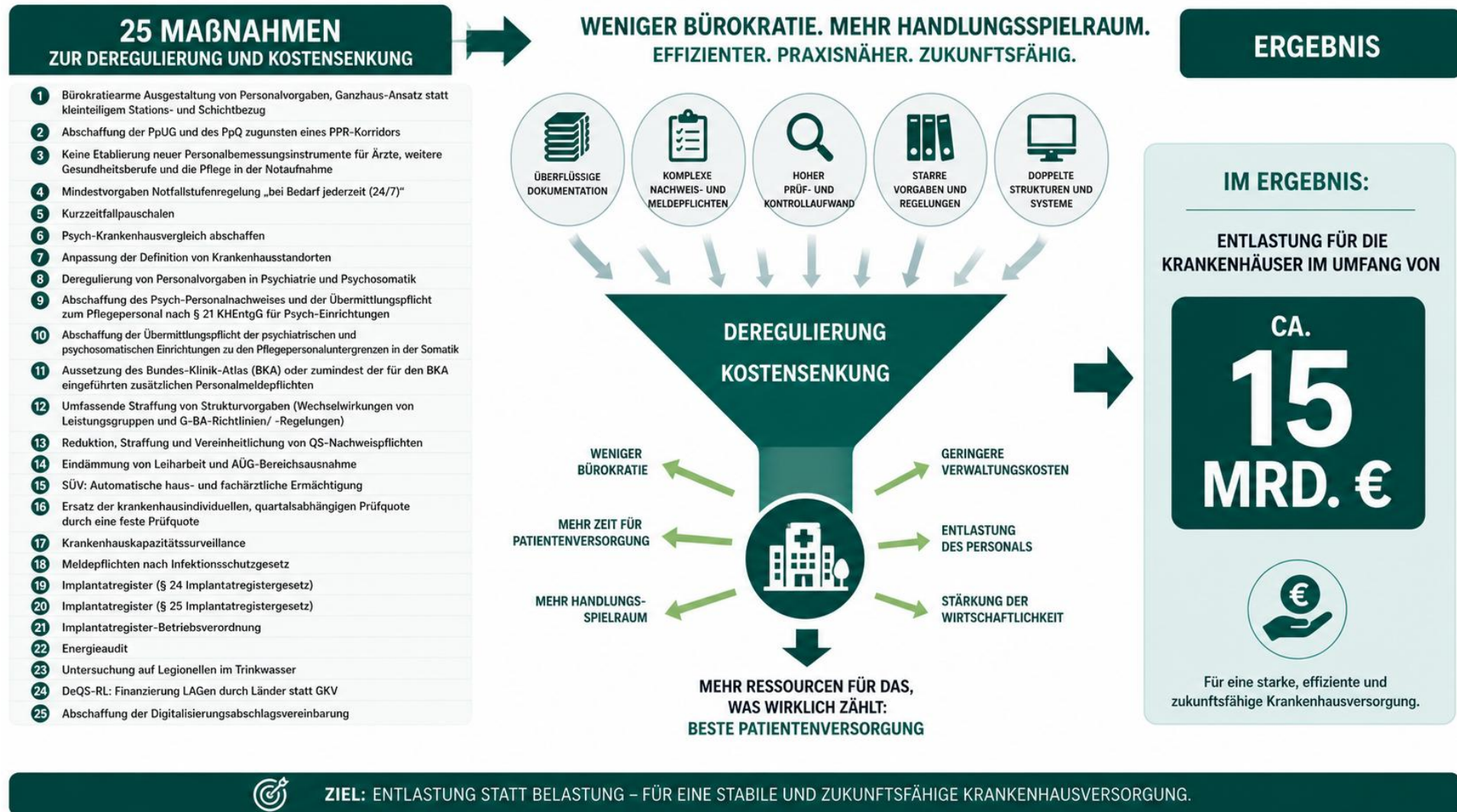
*25 Forderungen der Krankenhäuser
zur sofortigen Umsetzung*

(Stand: 08.05.2026)

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung der vorgeschlagenen Maßnahmen	1
Vorbemerkung.....	2
1) Bürokratiearme Ausgestaltung von Personalvorgaben, Ganzhaus-Ansatz statt kleinteiligem Stations- und Schichtbezug.....	3
2) Abschaffung der PpUG und des PpQ zugunsten eines PPR-Korridors	4
3) Keine Etablierung neuer Personalbemessungsinstrumente für Ärzte, weitere Gesundheitsberufe und die Pflege in der Notaufnahme.....	5
4) Mindestvorgaben Notfallstufenregelung „bei Bedarf jederzeit (24/7)“	7
5) Kurzzeitfallpauschalen.....	12
6) Psych-Krankenhausvergleich abschaffen	19
7) Anpassung der Definition von Krankenhausstandorten	19
8) Deregulierung von Personalvorgaben in Psychiatrie und Psychosomatik	20
9) Abschaffung des Psych-Personalnachweises und der Übermittlungspflicht zum Pflegepersonal nach § 21 KHEntgG für Psych-Einrichtungen	21
10) Abschaffung der Übermittlungspflicht der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen zu den Pflegepersonaluntergrenzen in der Somatik	22
11) Aussetzung des Bundes-Klinik-Atlas (BKA) oder zumindest der für den BKA eingeführten zusätzlichen Personalmeldepflichten	23
12) Umfassende Straffung von Strukturvorgaben (Wechselwirkungen von Leistungsgruppen und G-BA-Richtlinien/ -Regelungen)	24
13) Reduktion, Straffung und Vereinheitlichung von QS-Nachweispflichten	25
14) Eindämmung von Leiharbeit und AÜG-Bereichsausnahme	26
15) SÜV: Automatische haus- und fachärztliche Ermächtigung.....	28
16) Ersatz der krankenhausesindividuellen, quartalsabhängigen Prüfquote durch eine feste Prüfquote	29
17) Krankenhauskapazitätssurveillance	31
18) Meldepflichten nach Infektionsschutzgesetz.....	33
19) Implantateregister (§ 24 Implantateregistergesetz)	34
20) Implantateregister (§ 25 Implantateregistergesetz)	35
21) Implantateregister-Betriebsverordnung	36
22) Energieaudit	36
23) Untersuchung auf Legionellen im Trinkwasser	37
24) DeQS-RL: Finanzierung LAGen durch Länder statt GKV	38
25) Abschaffung der Digitalisierungsabschlagsvereinbarung	39

Zusammenfassung der vorgeschlagenen Maßnahmen



Vorbemerkung

Am 29. April 2026 hat die Bundesregierung ihren Gesetzentwurf zur GKV-Beitragssatzstabilisierung verabschiedet. Für die Krankenhäuser umfasst der Gesetzentwurf für das Jahr 2027 sofortwirksame Erlöskürzungen in Höhe von 4,6 Milliarden Euro. Im Jahr 2030 sollen die Kürzungen bereits 10,5 Milliarden Euro betragen. In Summe liegen die Erlöskürzungen für die Jahre 2027-2030 bei ca. 30 Milliarden Euro.

Bereits im Jahr 2025 schrieben nachweislich rund 75 Prozent der Krankenhäuser rote Zahlen. Rund 5 Milliarden Euro müssen die kommunalen Träger daher jährlich aus ihren Haushalten bereitstellen, um die Defizite ihrer Krankenhäuser auszugleichen. Mindestens ebenso hohe Beträge mussten auch die freigemeinnützigen Träger zum Erhalt ihrer Krankenhäuser aufbringen. Selbst diese Anstrengungen konnten nicht verhindern, dass in den Jahren 2023 bis 2025 90 Krankenhäuser mit rund 39 Tausend betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ein Insolvenzverfahren durchlaufen mussten. Dies macht überdeutlich, dass der weit überwiegende Teil der Krankenhäuser in Deutschland über keinen finanziellen Spielraum verfügt, der zum Ausgleich der von der Bundesregierung geplanten Kürzungen herangezogen werden könnte. Auch eine am 28. April 2026 veröffentlichte Analyse der Autoren des jährlich erscheinenden unabhängigen „Krankenhaus Rating Report“ zeigt, wie sich das geplante Gesetz auf die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser auswirkt. Das Ergebnis ist niederschmetternd. Bereits im Jahr 2027 verschlechtert sich die Lage deutlich und entwickelt sich auch in den Folgejahren dramatisch. Im Jahr 2030 werden nur noch 19 Prozent der Kliniken schwarze Zahlen schreiben, die gesamte Branche gerät mit bisher noch nie dagewesenen Verlusten von durchschnittlich minus 6 Prozent in eine massive Schieflage und 49 Prozent der Krankenhausstandorte weisen ein hohes Insolvenzrisiko auf.

Vor diesem Hintergrund ist es unabdingbar, dass die Fraktionen im Deutschen Bundestag gemeinsam mit den Ländern im Bundesrat die im Regierungsentwurf für die Krankenhäuser vorgesehenen Kürzungen auf ein Mindestmaß begrenzen und den Entwurf um unmittelbar wirksame Maßnahmen zum sofortigen Abbau der bestehenden Überregulierung und Überbürokratie sowie zur weiteren Kostenentlastung der Krankenhäuser ergänzen.

Die im Folgenden aufgelisteten Forderungen sind kurzfristig umsetzbar, würden die **Krankenhäuser jährlich um bis zu 15 Milliarden Euro entlasten** und könnten damit maßgeblich dazu beitragen, dass die Krankenhäuser ihre Leistungsangebote nicht zu Lasten der Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten einschränken müssen. Die Umsetzung der Forderungen hätte zudem keine negativen Auswirkungen auf die Qualität der medizinischen Versorgung in unseren Krankenhäusern. Das in den vergangenen Monaten von einzelnen Vertreterinnen und Vertretern der Koalitionsfraktion vorgetragene Argument gegen jedweden Entlastungsvorschlag, „man werde bei der Qualität keine Abstriche machen“, ist damit als haltlos zurückzuweisen. Für Rückfragen und weitere Erläuterungen steht die Deutsche Krankenhausgesellschaft selbstverständlich jederzeit gerne zur Verfügung.

1) Bürokratiearme Ausgestaltung von Personalvorgaben, Ganzhaus-Ansatz statt kleinteiligem Stations- und Schichtbezug

Maßnahmenbeschreibung:

Kleinteilige Personalvorgaben, Personalbemessungsinstrumente sowie die mit Ihnen verbundenen Dokumentations- und Meldepflichten sind in ihrer Anzahl und in ihrem Umfang deutlich zu reduzieren. Die Maßnahme entlastet, da sich die verschiedenen Regelkreise überschneiden und oft zur Doppelerfassung derselben Zielparameter führen. Da eine automatisierte Ausleitung aus Krankenhausinformationssystemen häufig fehlt, ist regelmäßig eine händische Erfassung von Daten notwendig. Eine Reduzierung der hohen und zum Teil redundanten Vorgaben verspricht deshalb insgesamt einen effizienteren Personaleinsatz und somit auch Einsparpotentiale bei den Personalkosten, die mit ca. 60 % den größten Kostenfaktor bei der Krankenhausfinanzierung darstellen.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Der Personalaufbau der letzten Jahre wurde durch bürokratische Vorgaben quasi aufgezehrt. Gleichzeitig erfordern künftige Herausforderungen (insbesondere Demografie und Resilienz) einen weiteren Personalaufbau. Dieser ist angesichts des Fachkräftemangels aber auch der damit verbundenen Kosten limitiert, weshalb zwingend Freiräume für einen flexiblen Personaleinsatz und innovative Versorgungskonzepte geschaffen werden müssen. Die skizzierten Maßnahmen könnten rechnerisch ca. 11.000 ärztliche Vollkräfte (VK), 42.000 pflegerische VK und 12.500 VK in anderen Berufen freisetzen. Das würde einen weiteren Personalaufbau bremsen und alleine im ärztlichen und pflegerischen Bereich ein jährliches Einsparpotenzial von etwa 4,8 Mrd. Euro generieren.

Die Krankenhäuser schätzen, dass die vorgeschlagenen Änderungen 15 Minuten Bürokratieaufwand pro VK und Tag einsparen. Rechnerisch würden damit ca. 30.000 VK freigesetzt (darunter 5.500 ärztliche und 12.000 pflegerische VK). Durch effizientere Personalsteuerung verdoppelt sich dieses Einsparpotenzial in patientennahen Berufsgruppen. Das monetäre Einsparpotenzial basiert auf dem Kostennachweis 2024. Personalkosten bedingen 60 % der Krankenhaus-Gesamtkosten, wobei Ärztinnen und Ärzte und die Pflegenden den größten Anteil darstellen. Basierend auf durchschnittlichen Personalkosten von 158.000 Euro pro ärztlicher VK und 76.000 Euro pro pflegerischer VK ergeben sich für das freigesetzte Personal in diesen Berufsgruppen Kosten von **rund 1,7 Mrd. Euro bzw. 3,1 Mrd. Euro**.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

- Abschaffung der Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) und des Pflegepersonalquotienten (PpQ) zugunsten eines PPR-Korridors (siehe Nr. 2)
- Bürokratiearme Ausgestaltung verbleibender Personalvorgaben, Ganzhaus-Ansatz statt kleinteiligem Stations- und Schichtbezug (Somatik und Psych, siehe Nr. 2 und 8)

- Keine Einführung neuer Personalbemessungsinstrumente für Ärztinnen und Ärzte, weitere Gesundheitsberufe und die Pflege in der Notaufnahme (siehe Nr. 3)
- Abschaffung des Psych-Personalnachweises und der Übermittlungspflicht zum Pflegepersonal nach § 21 KHEntgG für Psych-Einrichtungen (siehe Nr. 9)
- Abschaffung der für den Bundes-Klinik-Atlas eingeführten Personalmeldepflichten (siehe Nr. 11)
- Umfassende Straffung der Strukturvorgaben (Leistungsgruppen, OPS, G-BA-Richtlinien, siehe Nr. 12)

2) Abschaffung der PpUG und des PpQ zugunsten eines PPR-Korridors

Maßnahmenbeschreibung:

Die Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) und der Pflegepersonalquotient (PpQ) sind zugunsten eines PPR-2.0-Korridors abzuschaffen. Die bisherige Parallelität verschiedener Personalvorgaben führt zu erheblichem bürokratischem Aufwand, doppelter Datenerhebung und Fehlsteuerungen in der Personaleinsatzplanung. Ein einheitlicher, auf der PPR 2.0 basierender Korridor richtet die Personalbemessung am tatsächlichen Pflegebedarf aus und macht zugleich die Steuerung in den Krankenhäusern praxistauglicher.¹ Es bedarf jedoch einer Verschlinkung des Dokumentations- und Meldeprozesses: Zukünftig sollte nur eine Jahresmeldung erfolgen, die Quartalsmeldungen sollten mangels Relevanz entfallen. Gleichzeitig bedarf es einer flächendeckenden Digitalisierung der Einstufung mit einer automatischen Ausleitung. Gezielte Förderprogramme in die Digitalisierung können die PPR-Bürokratiebelastung flächendeckend spürbar reduzieren und damit nachhaltig die Gesamtlast senken.

Zwingend ist die PPR 2.0 dann als verbindlicher Maßstab für das Pflegebudget zu verankern, damit die Refinanzierung der Pflegepersonalkosten konsequent am Pflegebedarf der Patientinnen und Patienten ausgerichtet wird.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Die Maßnahme führt zu einer deutlichen Entbürokratisierung, weil mit der Abschaffung von PpUG und PpQ zugunsten eines PPR-2.0-Korridors parallele Nachweis-, Dokumentations- und Kontrollpflichten reduziert werden. Für die Pflege selbst ist darüber hinaus nach den DKG-Vorschlägen davon auszugehen, dass bereits eine Reduktion des Bürokratieaufwands um 15 Minuten pro Vollkraft und Tag rechnerisch rund 12.000 pflegerische Vollkräfte freisetzen kann; bei effizienterer Personalsteuerung im Rahmen eines Ganzhausansatzes steigt dieses Potenzial auf rund 42.000 pflegerische Vollkräfte. Auf Basis durchschnittlicher Personalkosten

¹ Das DKG-Konzept für eine bedarfsorientiert Pflegepersonalkostenfinanzierung kann der DKG-Stellungnahme zum GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz entnommen werden: [Stellungnahmen | Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.](#)

von 76.000 Euro je pflegerischer Vollkraft ergibt sich daraus im Pflegedienst ein jährliches Entlastungspotenzial von **rund 3,2 Mrd. Euro**. Gleichzeitig sollte die PPR 2.0 als verbindlicher Maßstab für das Pflegebudget gesetzlich verankert werden, damit die Refinanzierung der Pflegepersonalkosten konsequent am nachgewiesenen Pflegebedarf und nicht an zusätzlicher Bürokratie ausgerichtet wird. Sollte die PPR 2.0 bzw. deren Weiterentwicklung jedoch zukünftig keine Relevanz für das Pflegebudget haben, ist diese vor dem Hintergrund der Bürokratiebelastung für die Krankenhäuser auf den Prüfstand zu stellen. Das DKI-Krankenhausbarometer 2025 weist für die Umsetzung der PPBV einen jährlichen Aufwand von durchschnittlich 9,3 VK pro Krankenhaus aus.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

Erforderlich ist die Aufhebung der Regelungen zu PpUG und PpQ sowie die gesetzliche Verankerung eines PPR-2.0-Korridors als maßgeblicher Rahmen für die bedarfsgerechte Personalbemessung in der Krankenhauspflege. Darüber hinaus muss gesetzlich klargestellt werden, dass die PPR 2.0 der verbindliche Maßstab für die Verhandlung und Refinanzierung des Pflegebudgets ist. Entsprechend sind insbesondere die gesetzlichen Grundlagen des Pflegebudgets anzupassen, damit die Finanzierung künftig konsequent am nachgewiesenen Pflegebedarf ausgerichtet wird.

3) Keine Etablierung neuer Personalbemessungsinstrumente für Ärzte, weitere Gesundheitsberufe und die Pflege in der Notaufnahme

Maßnahmenbeschreibung:

Von der Entwicklung und Einführung zusätzlicher Personalbemessungsinstrumente für ärztliches Personal (§ 137m SGB V) und weitere Gesundheitsberufe (§ 137n SGB V) ist abzusehen.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft ist durch gesetzliche Aufträge in die Entwicklung weiterer Personalbemessungsinstrumente eingebunden. Vor dem Hintergrund der bereits existierenden hohen Regulierungsdichte, begrenzten Praxistauglichkeit neuer Instrumente und durch die finanziellen Restriktionen für die Krankenhäuser ist von weiteren Personalbemessungsinstrumenten grundsätzlich abzusehen. Personalvorgaben können von den Krankenhäusern nur erfüllt werden, wenn einerseits die entsprechenden Qualifikationen am Markt überhaupt verfügbar sind und andererseits die finanziellen Rahmenbedingungen eine vollständige Refinanzierung vorsehen. Insbesondere Letzteres ist angesichts der aktuellen Kürzungsvorschläge nicht gegeben. Personalvorgaben verhindern zudem einen effizienten und innovativen Personaleinsatz und zwingen die Krankenhäuser in eine starre Personalplanung losgelöst vom tatsächlichen Versorgungsbedarf. Den Krankenhäusern wird dadurch der Spielraum zur Kostensenkung über Innovationen und effiziente Strukturen genommen. Zudem führen neue Personalbemessungsinstrumente unweigerlich zu mehr Bürokratie.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Für die Umsetzung des § 137n SGB V sind derzeit die Berufsgruppen der Physiotherapie, Ergotherapie und Hebammen vorgesehen. Diese umfassten im Jahr 2024 in der stationären Versorgung rund 21.000, 30.000 bzw. 11.447 Beschäftigte.

Ein Verzicht auf die Einführung etwaiger Personalbemessungsinstrumente auf Basis des § 137n SGB V eröffnet erhebliche finanzielle Einsparpotenziale. Unter der Annahme einer jährlichen Arbeitszeit von 1.600 Stunden je Vollkraft, durchschnittlichen Bruttopersonalkosten von 75.000 Euro sowie einer voraussichtlichen Dokumentationsbelastung von 15 Minuten pro VK pro Tag ergibt sich für die Physiotherapie ein Einsparpotenzial von rund 47 Mio. Euro. Für die Ergotherapie beläuft sich dieses analog auf etwa 67 Mio. Euro. Für die Hebammen ergibt sich – bei angenommenen Bruttopersonalkosten von 80.000 Euro – ein Einsparpotenzial von rund 27 Mio. Euro. Auch der Verzicht auf die Einführung des § 137m SGB V führt zu erheblichen Einsparungen in Höhe von rund 864 Mio. Euro. Für die Personalbemessung in Notaufnahmen gemäß § 137l SGB V ergibt sich ein weiteres Einsparpotenzial von etwa 36 Mio. Euro. Insgesamt können durch den Verzicht auf die Umsetzung der §§ 137n, 137m und 137l SGB V **Einsparungen von über 1 Mrd. Euro** erzielt werden. Dies sind allerdings nur die eingesparten Bürokratiekosten und berücksichtigen nicht das etwaige zusätzliche Personal, welches durch die Erfüllung der Vorgaben der Personalbemessung erforderlich wird. Sofern diese zu 5 % mehr Personal in den o. g. Berufsgruppen führt, kämen **nochmals 2 Mrd. Euro** zusätzliche Personalkosten hinzu. Diese Personalkosten werden zudem perspektivisch weiter steigen, da keine Freiräume für einen innovativen und effizienten Personaleinsatz entsprechendes des Versorgungsbedarfs und des vorhandenen Skill-Mixes bestehen.

Über die rein finanziellen Effekte hinaus führt der Verzicht auf zusätzliche Personalbemessungsinstrumente zu einer spürbaren strukturellen Entlastung der Krankenhäuser. Insbesondere werden zusätzliche Dokumentations-, Nachweis- und Prüfpflichten vermieden. Bereits heute bestehen zahlreiche parallele Vorgaben zur Personalsteuerung, deren Umsetzung erhebliche personelle und administrative Ressourcen bindet. Eine weitere Ausdifferenzierung von Personalbemessungsinstrumenten würde bestehende Doppelstrukturen verstärken, zusätzliche IT-Anpassungen erforderlich machen und dazu führen, dass personelle Ressourcen verstärkt von der direkten Patientenversorgung in administrative Prozesse verlagert werden.

Vor dem Hintergrund der aktuellen Einsparmaßnahmen der Bundesregierung ist zudem davon auszugehen, dass den Krankenhäusern künftig deutlich weniger finanzielle Mittel zur Verfügung stehen. Damit steigt das Risiko, dass auch personelle Ressourcen reduziert werden müssen. Eine zusätzliche Belastung des verbleibenden Personals durch weiter steigenden Bürokratieaufwand ist unter diesen Rahmenbedingungen nicht vertretbar.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

Die Einführung immer neuer, aufwendiger und sich in Teilen überschneidender Personalbemessungsinstrumente muss aufgegeben werden. Daher ist auf die Umsetzung der §§ 137m und 137n SGB V gänzlich zu verzichten und die entsprechenden Regelungen sind ersatzlos zu streichen.

4) Mindestvorgaben Notfallstufenregelung „bei Bedarf jederzeit (24/7)“

Maßnahmenbeschreibung:

Der Gesetzgeber sollte die G-BA-Strukturvorgaben systematisch auf Praxistauglichkeit, Rechtssicherheit und Wirtschaftlichkeit überprüfen und insbesondere unbestimmte personelle Verfügbarkeitsanforderungen überarbeiten. Besonders problematisch sind unbestimmte Formulierungen zur ärztlichen bzw. fachärztlichen Verfügbarkeit, insbesondere Anforderungen wie „bei Bedarf jederzeit (24/7)“. Solche Vorgaben lassen offen, in welcher Form die Verfügbarkeit konkret sicherzustellen ist und schaffen damit erhebliche Rechts- und Planungsunsicherheiten.

In der Praxis besteht die Gefahr, dass diese unbestimmten Anforderungen faktisch als Verpflichtung zu einer durchgehenden körperlichen Präsenz bestimmter Qualifikationen ausgelegt werden, insbesondere bei Verknüpfung mit konkreten zeitlichen Fristen. Daraus können erhebliche Vorhalte- und Personalkosten entstehen, ohne dass ein entsprechender Zusatznutzen für die Patientenversorgung im Einzelfall hinreichend belegt ist. Gerade im Krankenhausbereich bestehen mit Präsenzdienst, Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft arbeitsrechtlich anerkannte und praxistaugliche Dienstmodelle, mit denen eine bedarfsgerechte Versorgung differenziert und verlässlich sichergestellt werden kann.

Vor diesem Hintergrund sollten unbestimmte Verfügbarkeitsanforderungen bei Strukturvorgaben grundsätzlich nicht mehr verwendet werden. An ihre Stelle sollten klare, arbeitsrechtlich anschlussfähige Regelungen treten, die festlegen, in welcher Form ärztliche Verfügbarkeit sicherzustellen ist.

Mit dem Beschluss vom 3. März 2026 hat der Leistungsgruppen-Ausschuss (LGA) klargestellt, dass „jederzeit“ außerhalb des Regeldienstes Rufbereitschaft bedeutet, sofern die Verfügbarkeit nicht bereits durch Anwesenheitsdienste sichergestellt wird. Der LGA hebt ausdrücklich hervor, dass die jederzeitige Verfügbarkeit keine ununterbrochene körperliche Anwesenheit am Standort verlangt, sondern auch durch Rufbereitschaft erfüllt werden kann. Vor diesem Hintergrund ist außerhalb der Regelzeit grundsätzlich davon auszugehen, dass Rufbereitschaft ausreichend ist. Da der LGA mit der Definition zugleich ein einheitliches Verständnis der Anforderungen in den Leistungsgruppen herstellen will, ist es sachgerecht, denselben Maßstab auch den Notfallstufen zugrunde zu legen, um Wertungswidersprüche zwischen vergleichbaren Struktur- und Verfügbarkeitsanforderungen zu vermeiden. Eine Verpflichtung zum Präsenzdienst darf dementsprechend nur dort vorgesehen werden, wo sie

medizinisch zwingend erforderlich, durch Evidenz oder ein besonderes Patientensicherheitsinteresse gerechtfertigt und auch unter Berücksichtigung des hierfür zusätzlich erforderlichen Personal- und Ressourcenaufwands verhältnismäßig ist. Dies ist zu Zeiten außerhalb des Regeldienstes grundsätzlich nicht anzunehmen. Denn jede regulatorische Vorgabe verengt den Handlungsspielraum des Krankenhauses bei der Steuerung seines Ressourceneinsatzes und schränkt die Möglichkeit ein, Personal und Mittel optimal für die Patientenversorgung einzusetzen. Auch wenn einzelne Anforderungen für sich genommen sachlich gerechtfertigt sein können, führt ihre absolute Setzung dazu, dass personelle und finanzielle Ressourcen zunehmend zur Erfüllung formaler Vorgaben gebunden werden und für die eigentliche Patientenversorgung nicht mehr im gleichen Maße zur Verfügung stehen.

Gerade bei personellen Verfügbarkeitsanforderungen zeigt sich, dass das Anheben von Anforderungen zur Erreichung auch der letzten Optimierungsgrade mit überproportionalen Kosten verbunden sein kann (vgl. *Augurzky & Bergschneider, Folgen des GKV-Beitragsstabilisierungsgesetzes auf die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser, hcb GmbH, Essen, 28.04.2026*). Starre Vorgaben, die faktisch auf eine durchgehende körperliche Präsenz hinauslaufen, zwingen Krankenhäuser dazu, erhebliche personelle Puffer vorzuhalten. Dies bindet knappe Fachkräfte, verursacht hohe Vorhaltekosten und erschwert einen bedarfsgerechten Personaleinsatz. Unbestimmte Verfügbarkeitsvorgaben sollen durch klare und arbeitsrechtlich anschlussfähige Regelungen ersetzt werden, damit nicht faktisch Präsenzpflichten entstehen, obwohl die Versorgung je nach medizinischem Bedarf auch durch Bereitschaftsdienst oder Rufbereitschaft sichergestellt werden kann.

Die DKG schlägt vor, unbestimmte und kostenintensive Strukturvorgaben des G-BA zur personellen Verfügbarkeit gesetzlich zu präzisieren und durch klare Bezugnahmen auf die im Arbeitsrecht anerkannten Dienstmodelle zu ersetzen. Begriffe wie „jederzeitige Verfügbarkeit“ oder „bei Bedarf jederzeit (24/7)“ sollen nicht länger eigenständig oder unbestimmt verwendet werden, wenn sie faktisch als Grundlage für 24/7-Präsenzpflichten dienen können.

Stattdessen soll gesetzlich klargestellt werden, dass personelle Verfügbarkeit im Krankenhaus grundsätzlich durch die etablierten Dienstformen Präsenzdienst, Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft sichergestellt wird. Welche dieser Dienstformen erforderlich ist, muss sich am medizinischen Bedarf, an der Reaktionszeit und an dem tatsächlichen Zusatznutzen für die Versorgung orientieren. Im Einklang mit dem Vorschlag des LGA ist dabei davon auszugehen, dass außerhalb des Regeldienstes Rufbereitschaft grundsätzlich als ausreichende Form der Sicherstellung anzusehen ist.

Ziel der Maßnahme ist es damit, unbestimmte Verfügbarkeitsbegriffe durch rechtssichere, praxistaugliche und kostenangemessene Regelungen zu ersetzen. Dadurch werden Fehlanreize zu übermäßigen 24/7-Präsenzvorhaltungen vermieden, Auslegungstreitigkeiten reduziert und zugleich die notwendige Versorgungssicherheit gewährleistet.

Explizites Beispiel der Notfallstufenregelung (Fassung 2018 und 2025 im Vergleich):

Von der dargestellten Problematik sind die Anforderungen der jeweiligen Notfallstufe betroffen, die grundsätzlich jederzeit, also 24/7, am Standort erfüllt werden müssen. Betroffen sind insbesondere Zentrale Notaufnahme, Personal, CT/Bildgebung, Labordiagnostik sowie weitere technische und organisatorische Vorhaltungen. Der Beschluss vom 20. November 2025 fällt dadurch auf, dass sie die 24/7-Logik breiter ausformuliert, stärker konkretisiert und an mehreren Stellen personell sowie qualitativ auflädt, insbesondere durch:

- ausdrückliche Formulierungen wie „jederzeit (24/7) im Bedarfsfall vor Ort verfügbar“ in der ZNA,
- zusätzliche Qualifikationsanforderungen in Form der Zusatzweiterbildungen „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ und „Notfallpflege“ sowie
- eine stärker ausdifferenzierte technische und modulbezogene 24/7-Vorhaltung.

Die nachfolgenden Personalanforderungen sind in der vorliegenden Fassung „jederzeit im Bedarfsfall (24/7)“ vorzuhalten:

- Stufe der Nichtteilnahme an der stationären Notfallversorgung: eine angestellte Ärztin oder ein angestellter Arzt und eine Pflegefachperson; zusätzlich, sofern Operationen in Narkose durchgeführt werden, eine Fachärztin oder ein Facharzt für Anästhesiologie
- Basisnotfallversorgung, Erweiterte Notfallversorgung und Umfassende Notfallversorgung: eine Fachärztin oder ein Facharzt und eine Pflegefachperson; *Zusatz für die umfassende Stufe ab 1. Januar 2028: die jeweils jederzeit verfügbaren Personen müssen die vorgesehene Zusatz- bzw. Fachweiterbildung besitzen oder sich in entsprechender Weiterbildung befinden*

Die nachfolgenden Personalanforderungen sind in der vorliegenden Fassung „innerhalb von 30 Minuten am Patienten verfügbar“:

- Basisnotfallversorgung, Erweiterte Notfallversorgung und Umfassende Notfallversorgung: eine Fachärztin oder ein Facharzt aus Chirurgie oder Unfallchirurgie, eine Fachärztin oder ein Facharzt aus Innerer Medizin, eine Fachärztin oder ein Facharzt für Anästhesiologie

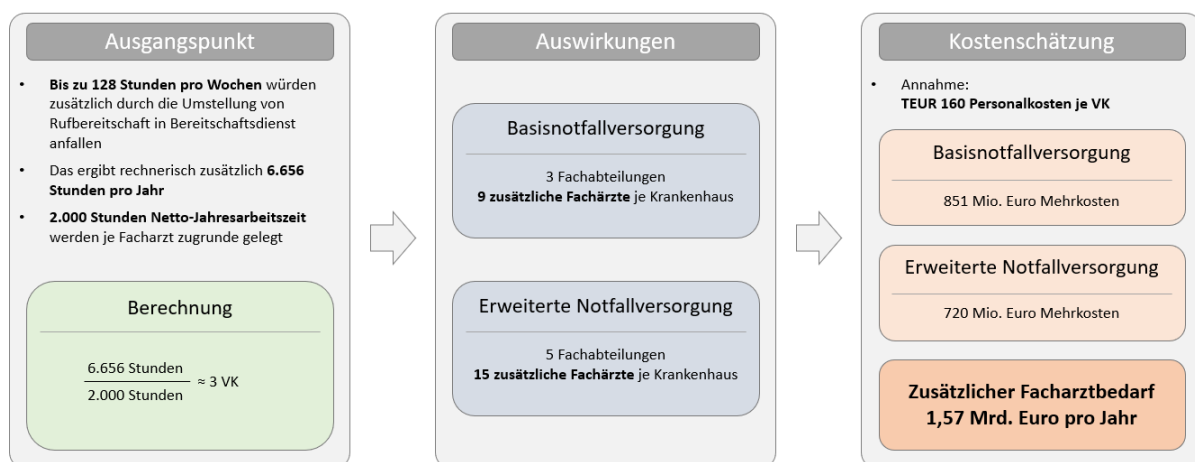
Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Die Entlastung ergibt sich insbesondere aus vier Effekten:

- Vermeidung unnötiger 24/7-Präsenzdienste und damit geringerer Personalvorhaltekosten, insbesondere bei spezialisierten Qualifikationen

- Weniger Auslegungstreitigkeiten und geringerer Prüfaufwand, wenn unbestimmte Vorgaben klar definiert werden
- Mehr Flexibilität für funktionierende regionale Versorgungsmodelle, z. B. über Kooperationen, Verbünde oder telemedizinische Unterstützung
- Vermeidung struktureller Fehlsteuerungen, wenn personelle Ressourcen nicht für formale Vorhaltevorgaben gebunden werden, sondern tatsächlich in der Versorgung eingesetzt werden können

Formale Darstellung der Berechnung und der resultierenden Mehrkosten bei der Umstellung von Rufbereitschaft in Bereitschaftsdienst anhand der 30-Minuten-Regelung



Die Berechnung basiert auf der Annahme, dass die in der G-BA-Regelung vorgesehene Anforderung, wonach Fachärztinnen und Fachärzte „jederzeit an 24 Stunden am Tag und sieben Tagen pro Woche (24/7) innerhalb von maximal 30 Minuten an der Patientin oder am Patienten verfügbar“ sein müssen, künftig nicht mehr durch Rufbereitschaft, sondern nur noch durch Bereitschaftsdienst erfüllt werden kann. Damit verdeutlicht sie die möglichen personellen und finanziellen Folgen einer entsprechenden Auslegung der Vorgaben.

Ausgangspunkt ist ein zusätzlicher Mehrbedarf von bis zu 128 Stunden pro Woche. Hochgerechnet auf das Jahr entspricht dies 6.656 Stunden. Bei einer durchschnittlichen Netto-Jahresarbeitszeit von 2.000 Stunden je Facharzt/ Fachärztin ergibt sich daraus ein zusätzlicher Bedarf von gut drei Vollkräften je betroffener Fachabteilung.

Nach der Notfallstufenregelung betrifft dies in der Basisnotfallversorgung drei Fachabteilungen, sodass sich ein zusätzlicher Bedarf von neun Fachärzten je Krankenhaus ergibt. In der erweiterten Notfallversorgung sind fünf Fachabteilungen betroffen, was zu einem zusätzlichen Bedarf von 15 Fachärzten je Krankenhaus führt.

Legt man durchschnittliche jährliche Personalkosten von 160.000 Euro pro Vollkraft zugrunde, ergeben sich daraus die in der Grafik dargestellten Gesamtkosten **i.H.v. 1,57 Mrd. Euro pro Jahr**.

Die Darstellung soll damit insbesondere veranschaulichen, welche erheblichen Mehrbelastungen für Krankenhäuser entstehen können, wenn die G-BA-Vorgabe, wonach qualifiziertes Personal „jederzeit an 24 Stunden am Tag und sieben Tagen pro Woche (24/7) innerhalb von maximal 30 Minuten an der Patientin oder am Patienten verfügbar“ sein muss, nicht mehr über Rufbereitschaft, sondern nur noch über Bereitschaftsdienst erfüllt werden kann.

Auch hier zeigt sich, dass die personelle Verfügbarkeit nicht über Minutenangaben, sondern über arbeitsrechtlich anerkannte Dienstarten geregelt werden sollte. Minutenwerte sind auslegungsanfällig und führen in der Praxis häufig dazu, dass faktisch Präsenzpfllichten unterstellt werden, obwohl dies normativ nicht eindeutig vorgegeben ist. Dagegen bieten Präsenzdienst, Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft eine rechtlich klare und praxiserprobte Systematik, mit der sich Verfügbarkeit bedarfsgerecht, wirtschaftlich und rechtssicher ausgestalten lässt.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

Es empfiehlt sich, im SGB V eine allgemeine gesetzliche Regelung für Strukturvorgaben des G-BA zu verankern. Ziel ist es, den Grundsatz festzuschreiben, dass Strukturvorgaben evidenzbasiert, verhältnismäßig und auf das für eine qualitativ gesicherte Versorgung erforderliche Maß beschränkt sein müssen. Zudem sollte klargestellt werden, dass Anforderungen an die personelle Verfügbarkeit nicht durch unbestimmte Begriffe beschrieben werden dürfen, sondern an die arbeitsrechtlich anerkannten Dienstmodelle anknüpfen müssen. Dabei sollte gesetzlich verdeutlicht werden, dass die Verfügbarkeit außerhalb des Regeldienstes grundsätzlich durch Rufbereitschaft gewährleistet werden kann, soweit sie nicht durch Anwesenheitsdienste wie Schicht- oder Bereitschaftsdienst sichergestellt wird. Die DKG würde den nachfolgenden Absatz in § 136c SGB V verorten:

„Strukturvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses müssen auf das für eine qualitativ gesicherte Versorgung erforderliche Maß beschränkt, evidenzbasiert und verhältnismäßig sein. Anforderungen an die Verfügbarkeit von Personal oder Qualifikationen sind in den Strukturvorgaben eindeutig und unter Bezugnahme auf die arbeitsrechtlich anerkannten Dienstmodelle zu regeln. Hierfür sind insbesondere Präsenzdienst, Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft zugrunde zu legen. Außerhalb des Regeldienstes ist die Verfügbarkeit durch Rufbereitschaft zu gewährleisten, soweit sie nicht durch Anwesenheitsdienste, insbesondere Schicht- oder Bereitschaftsdienst, sichergestellt wird. Eine Verpflichtung zum Präsenzdienst darf nur vorgesehen werden, soweit dieser für eine qualitativ gesicherte Versorgung medizinisch erforderlich ist.“

5) Kurzzeitfallpauschalen

Maßnahmenbeschreibung:

Im Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz) der Bundesregierung vom 29.04.2026 sollen Kurzzeitfallpauschalen für stationäre Behandlungsfälle mit einer Behandlungsdauer von bis zu drei Kalendertagen und maximal zwei Übernachtungen eingeführt werden.

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. Grundsätzlich handelt es sich 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.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Mit der Einführung der Kurzzeitfallpauschalen werden auch Vorgaben für die Berechnung der Entgelte eingebracht. 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 an die Versichertengemeinschaft weitergegeben.

Die damit zu erreichenden Einspareffekte können nur dann ihre Wirkung entfalten, wenn die Umsetzung des Konzeptes der Kurzzeitfallpauschalen in den Krankenhäusern gelingt, denn parallel zu den bereits im SGB V etablierten Bereichen des Ambulanten Operierens im Krankenhaus (AOP-Bereich) und der Speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG-Bereich) soll nun ein weiterer Bereich im KHG bzw. KHEntgG mit ähnlichen Behandlungsfällen ergänzt werden. Dadurch ergeben sich Probleme bei der Abgrenzung und Zuordnung von medizinischen Fällen, die durch eine Streichung der Hybrid-DRG vermieden werden kann. Es bedarf 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.

Hauptkritikpunkt ist allerdings, 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 eines Belegungstages (2 Kalendertage) besteht dann allerdings das Risiko der primären Fehlbelegung mit entsprechenden massiven Vergütungskürzungen. Damit würde das gesetzte

Ziel konterkariert. Daher kann der Kurzzeitfallpauschalen-Bereich nicht nur eine neue Vergütungsregelung sein, sondern muss auch eine besondere Versorgungsform definieren.

Damit das Ziel der Ambulantisierung über Kurzzeitfallpauschalen erreicht werden kann, sind folgende Änderungen notwendig.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

Die im Folgenden aufgeführten Änderungsvorschläge beziehen sich auf den Gesetzesentwurf der Bundesregierung für ein GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz vom 29.04.2026 sowie auf bereits bestehende gesetzliche Regelungen des § 115f SGB V (Spezielle sektorengleiche Vergütung).

1. Bestehende gesetzliche Regelungen:

1.1 § 115f SGB V (Spezielle sektorengleiche Vergütung)

- § 115f Abs. 1 Satz 7 wird wie folgt ergänzt:

*„Die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 beauftragen das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gemeinsam bis zum 15. Mai eines jeden Kalenderjahres, erstmals bis zum 15. Mai 2025 **und letztmalig bis zum 15. Mai 2028**, einen Vorschlag für die Kalkulation der Vergütung differenziert nach dem Schweregrad der Fälle zu erarbeiten.“*

Begründung: Hier handelt es sich um eine Folgeänderung des neu eingeführten Absatz 1a. Da die Leistungen der Sektorengleichen Vergütung im Jahr 2030 grundsätzlich in die Kurzzeitfallpauschalen überführt sind, ist letztmalig für das Leistungsjahr 2029 eine Kalkulation der noch verbliebenen Hybrid-DRG mit maximal einer Übernachtung vorzunehmen. Die Beauftragung hat dementsprechend letztmalig bis zum 15. Mai 2028 zu erfolgen.

- § 115f Abs. 1 Satz 8 wird gestrichen:

~~*„In den Vorschlägen ist eine schrittweise Anpassung der Vergütungen vorzusehen, mit dem Ziel, dass bis zum Jahr 2030 die Höhe der Vergütungen der nach § 115b vereinbarten Leistungen erreicht wird.“*~~

Begründung: Hier handelt es sich um eine Folgeänderung des neu eingeführten Absatz 1a. Da die Leistungen der Sektorengleichen Vergütung im Jahr 2030 grundsätzlich in die Kurzzeitfallpauschalen überführt sind, ist eine Anpassung der Vergütung mit dem Ziel, dass bis zum Jahr 2030 die Höhe der Vergütungen der nach § 115b vereinbarten Leistungen erreicht wird, nicht mehr erforderlich.

- § 115f Abs. 1 Satz 9 wird wie folgt geändert:

*„Auf der Grundlage des Vorschlags schließen die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 die Vereinbarung nach Satz 1 Nummer 1 bis zum 15. September eines jeden Kalenderjahres, **letztmalig im Kalenderjahr 2028**, mit Wirkung ab dem 1. Januar des folgenden Kalenderjahres.“*

Begründung: Hier handelt es sich um eine Folgeänderung des neu eingeführten Absatz 1a. Da die Leistungen der Sektorengleichen Vergütung im Jahr 2030 grundsätzlich in die Kurzzeitfallpauschalen überführt sind, haben die Vertragsparteien letztmalig im Kalenderjahr 2028 für das Jahr 2029 eine Vereinbarung nach Satz 1 Nummer 1 bis zum 15. September abzuschließen.

- § 115f Abs. 1a wird gestrichen und durch folgenden Abs. 1a (neu) ersetzt:

~~„(1a) Spätestens in der bis zum 15. September 2030 zu schließenden Vereinbarung sind die nach Absatz 1 Satz 2 zu kalkulierenden Fallpauschalen auf Grundlage fallbezogener empirischer Kostendaten des ambulanten und stationären Bereichs festzulegen. Danach sind sie jährlich auf der Grundlage der jeweiligen in Satz 1 genannten Kostendaten zu überprüfen und, sofern erforderlich, anzupassen. Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 beauftragen das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut gemeinsam bis zum 30. April 2025, einen Vorschlag für ein Konzept zur Festlegung der Fallpauschalen nach Satz 1 zu erarbeiten. Auf der Grundlage dieses Vorschlags vereinbaren die Vertragsparteien bis zum 31. Dezember 2025 das Konzept zur Festlegung der Fallpauschalen nach Satz 1 und legen dieses Konzept dem Bundesministerium für Gesundheit vor.“~~

Absatz 1a (neu): *„Die Leistungen der Speziellen sektorengleichen Vergütung werden schrittweise grundsätzlich in die Kurzzeitfallpauschalen gemäß § 17b KHG bis zum 31.12.2029 überführt, sodass mit Wirkung zum 01. Januar 2030 die Spezielle sektorengleiche Vergütung beendet wird. Für das Leistungsjahr 2028 werden die Leistungen der Speziellen sektorengleichen Vergütung grundsätzlich auf Behandlungsfälle mit maximal einer Übernachtung begrenzt. Für das Leistungsjahr 2030 werden die Leistungen der Speziellen sektorengleichen Vergütung mit maximal einer Übernachtung grundsätzlich in die Kurzzeitfallpauschalen gemäß § 17b KHG überführt.“*

Begründung: 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. KHEntG 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. Es bedarf allerdings einer möglichst kurzen und klar festgelegten Übergangsphase um die Versorgungssicherheit zu gewährleisten.

Da die Kurzzeitfallpauschalen ab dem Jahr 2028 eingeführt werden, ist bereits zu diesem Zeitpunkt mit der Übergangsphase bis zur vollständigen Auflösung der Speziellen

sektorengleichen Vergütung zum Jahr 2030 zu beginnen. Die Übergangsphase umfasst zwei Schritte. Im ersten Schritt erfolgt die Überführung der Leistungen der speziellen sektorengleichen Vergütung mit zwei Übernachtungen in die Kurzzeitfallpauschalen gemäß § 17b KHG und im zweiten Schritt werden die Leistungen der speziellen sektorengleichen Vergütung mit maximal einer Übernachtung in die Kurzzeitfallpauschalen gemäß § 17b KHG für das Leistungsjahr 2030 überführt.

- § 115f Abs. 2 Satz 1 wird wie folgt ergänzt:

*„Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 haben die Auswahl der Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 jährlich zu überprüfen und, sofern zur Einhaltung der Vorgaben nach Satz 2 erforderlich, bis zum 31. März des jeweiligen Kalenderjahres, in dem die Überprüfung stattfindet, auf Grundlage des nach Satz 3 beauftragten Vorschlags mit Wirkung ab dem 1. Januar des folgenden Kalenderjahres, **letztmalig für das Kalenderjahr 2029**, anzupassen.“*

Begründung: Hier handelt es sich um eine Folgeänderung des neu eingeführten Absatz 1a. Da die Leistungen der Sektorengleichen Vergütung im Jahr 2030 grundsätzlich in die Kurzzeitfallpauschalen überführt sind, ist letztmalig für das Leistungsjahr 2029 eine Überprüfung und ggf. Anpassung erfolgen.

- § 115f Abs. 2 Satz 2 wird wie folgt geändert:

„Die Auswahl hat so zu erfolgen, dass bezogen auf die nach § 21 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Jahr 2023 übermittelten Daten zu vollstationären Krankenhaufällen ohne Berücksichtigung der Krankenhaufälle, in denen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden angewendet werden, ab dem Jahr 2026 jährlich mindestens eine Million Fälle erfasst werden; ~~ab dem Jahr 2028 sollen unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Evaluation nach Absatz 5 jährlich mindestens 1,5 Millionen und ab dem Jahr 2030 jährlich mindestens zwei Millionen Fälle erfasst werden.~~“

Begründung: Hier handelt es sich um eine Folgeänderung des neu eingeführten Absatz 1a und der Streichung des Absatz 5.

- § 115f Abs. 2 Satz 3 wird wie folgt ergänzt:

*„Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 beauftragen das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut gemeinsam bis zum 15. Februar eines jeden Kalenderjahres, **letztmalig im Kalenderjahr 2028**, die Auswahl der Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 zu überprüfen und einen Vorschlag zur Anpassung der Leistungsauswahl vorzulegen.“*

Begründung: Hier handelt es sich um eine Folgeänderung des neu eingeführten Absatz 1a. Da die Leistungen der Sektorengleichen Vergütung im Jahr 2030 grundsätzlich in die Kurzzeitfallpauschalen überführt sind, haben die Vertragsparteien letztmalig im Kalenderjahr

2028 die Institute zu beauftragen, die Auswahl der Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 zu überprüfen und einen Vorschlag zur Anpassung der Leistungsauswahl für das Jahr 2029 vorzulegen.

- § 115f Abs. 5 wird gestrichen:

~~„Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien beauftragen bis zum 30. April 2025 das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus mit der regelmäßigen Evaluation der Auswirkungen der speziellen sektorengleichen Vergütung auf die Versorgung der Versicherten, auf die Vergütungen der Leistungserbringer sowie auf die Ausgaben der Krankenkassen auf der Grundlage nicht personenbezogener Leistungsdaten. Die in Satz 1 genannten Institute legen ihren Evaluationsbericht im Abstand von jeweils zwölf Monaten, erstmals zum 31. Dezember 2026 unter Einbeziehung der für das Jahr 2026 vereinbarten Auswahl der Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, den Vertragsparteien und dem Bundesministerium für Gesundheit sowie auf Verlangen dem Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a Satz 2 vor.“~~

Begründung: Hier handelt es sich um eine Folgeänderung des neu eingeführten Absatz 1a. Da die Leistungen der Sektorengleichen Vergütung im Jahr 2030 grundsätzlich in die Kurzzeitfallpauschalen überführt sind, ist eine Evaluation der Auswirkungen der speziellen sektorengleichen Vergütung auf die Versorgung der Versicherten, auf die Vergütungen der Leistungserbringer sowie auf die Ausgaben der Krankenkassen nicht mehr erforderlich.

1.2 § 10 KHG (Entwicklungsauftrag zur Reform der Investitionsfinanzierung)

- § 10 Abs. 2 Satz 2 wird wie folgt ergänzt:

*„In den Investitionsbewertungsrelationen ist der Investitionsbedarf für die voll- und teilstationären Leistungen **sowie für die Kurzzeitfallpauschalen** pauschaliert abzubilden; der Differenzierungsgrad soll praktikabel sein.“*

Begründung: Diese Ergänzung begründet sich aus der Logik der Gesetzgebung zur Krankenhausfinanzierung, dass die Krankenhäuser für die stationäre Leistungserbringung über die Regelungen des KHG Investitionsförderung erhalten. Da es sich bei den über den § 17b Absatz 2a KHG neu eingeführten Kurzzeitfallpauschalen um Entgelte nach § 17b handelt, hat diese Klarstellung zu erfolgen.

2. Änderungsvorschläge zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vom 29.04.2026

2.1 Änderungsvorschlag zu Artikel 3 Nr. 5: KHEntgG § 8 (Berechnung der Entgelte):

- § 8 Abs. 5a wird gestrichen:

~~„Die Berechnung der in § 17b Absatz 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Kurzzeitfallpauschalen ist ausgeschlossen, wenn die Leistung in dem Katalog nach § 115b Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch enthalten ist. Näheres regeln die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.“~~

Begründung: 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. Laut § 115b Abs. 1 Satz 3, sind allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. Diese Regelung wurde im AOP-Vertrag umgesetzt und hat weiterhin Bestand. Hierbei handelt es sich überwiegend um Behandlungsfälle, bei denen eher von einer kurzen Verweildauer auszugehen ist. Den Krankenhäusern die Abrechnungsmöglichkeit über Kurzzeitfallpauschalen zu verwehren, widerspricht den Intentionen der Einführung von Kurzzeitfallpauschalen.

2.2 Änderungsvorschlag zu Artikel 3 Nr. 6: KHEntgG § 9 (Vereinbarung auf Bundesebene):

- § 9 Abs. Absatz 1 Nr. 11 (neu) wird gestrichen:

~~„11. erstmals bis zum 30. September 2027 nähere Einzelheiten für Kurzzeitfallpauschalen nach § 17b Absatz 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, insbesondere~~

~~a) Vorgaben, durch die sichergestellt wird, dass durch die Einführung der Kurzzeitfallpauschalen keine Fallzahlausweitung bei den stationären Behandlungsfällen mit bis zu zwei Übernachtungen auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses stattfindet und~~

~~b) die Folgen einer Überschreitung der nach Buchstabe a festgelegten Begrenzung.“~~

Begründung: 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. Eine sanktionsbewehrte Mengenbegrenzung für die im einzelnen Krankenhaus erbringbaren Kurzzeitfallpauschalen zu etablieren, würde diese Zielsetzung konterkarieren. Der laut Gesetzesbegründung befürchteten Hospitalisierung der von Krankenhäusern ambulant zu erbringenden Leistungen ist entgegen zu halten, dass laut §

115b Abs. 1 Satz 3 allgemeine Tatbestände zu bestimmen sind, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. Diese Regelung wurde im AOP-Vertrag umgesetzt und hat weiterhin Bestand, sodass eine Hospitalisierung von ambulant zu erbringenden Fällen nicht zu befürchten ist.

2.3 Änderungsvorschlag zu Artikel 4 Nr. 2: KHG § 17b (Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung):

- § 17b Abs. 2a Satz 1 wird wie folgt geändert:

„Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erarbeitet bis zum 31. März 2027 ein Konzept für geeignete Fallgruppen für eine gesonderte Kalkulation von Bewertungsrelationen für ~~stationäre~~ Behandlungsfälle mit einer Behandlungsdauer von bis zu drei Kalendertagen und maximal zwei Übernachtungen (Kurzzeitfallpauschalen).“

- § 17b Abs. 2a nach Satz 1 wird folgender Satz 2 (neu) ergänzt:

„Eine Vergütung mit einer Kurzzeitfallpauschale erfolgt unabhängig davon, ob die Leistung ambulant oder stationär erbracht wird.“

Begründung: Es handelt sich um eine zentrale ordnungspolitische Klarstellung, dass in den neuen Kurzzeitfallpauschalen auch ambulante Leistungen gemäß der Rechtsprechung des BSG enthalten sind.

- § 17b Abs. 2a nach Satz 3 (neu) wird folgender Satz 4 (neu) ergänzt:

„Das Konzept nach Absatz 2a Satz 1 und die Vereinbarung nach Absatz 2a Satz 3 haben die Vorgaben des § 115f Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Überleitung der Leistungen der speziellen sektorengleichen Vergütung in Kurzzeitfallpauschalen umzusetzen. [...]“

Begründung: Hierbei handelt es sich um eine Folgeänderung der Anpassungen in § 115f Absatz 1a SGB V. Die in § 115f Absatz 1a formulierten Regelungen zur Überleitung der Leistungen der speziellen sektorengleichen Vergütung in Kurzzeitfallpauschalen müssen im Konzept und der Vereinbarung nach Absatz 2a Satz 1 nachvollzogen werden.

- § 17b Abs. 2a nach Satz 4 (alt) wird folgender Satz 8 (neu) ergänzt:

„Eine Vergütung mit einer Kurzzeitfallpauschale erfolgt unabhängig davon, ob Patienten oder Patientinnen das Krankenhaus am gleichen Tag verlassen oder bis zu drei Kalendertage und maximal zwei Übernachtungen im Krankenhaus verbleiben.“

Begründung: Es handelt sich um eine zentrale ordnungspolitische Klarstellung, dass in den neuen Kurzzeitfallpauschalen auch ambulante Leistungen gemäß der Rechtsprechung des BSG enthalten sind.

6) Psych-Krankenhausvergleich abschaffen

Maßnahmenbeschreibung:

Der Psych-Krankenhausvergleich ist abzuschaffen und in Folge dessen auch § 3 BPfIV entsprechend anzupassen. Der Psych-Krankenhausvergleich (Leistungsbezogener Vergleich nach § 4 BPfIV) hat zwischenzeitlich seine Bedeutung verloren, da die Budgetfindung seit Einführung der Personalmindestanforderungen des G-BA im Jahr 2020 durch diese Personalmindestvorgaben bestimmt wird.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Die Entlastungswirkung der Maßnahme liegt insbesondere im Wegfall des mit dem Psych-Krankenhausvergleich verbundenen Erhebungs-, Aufbereitungs-, Übermittlungs- und Auswertungsaufwands auf Seiten der Krankenhäuser und des InEK. Für die Vertragsparteien auf der Ortsebene ist keine nennenswerte Entlastungswirkung zu erwarten, da der Psych-Krankenhausvergleich bereits jetzt in den Budgetverhandlungen kaum Anwendung findet.

Durch Verzicht auf den Psych-Krankenhausvergleich wären eine Entlastungswirkung für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen bundesweit **in Höhe von rd. 0,6 Millionen Euro** zu erwarten. Zusätzlich würde eine Entlastung des InEK **von rd. 0,3 Millionen Euro** den Krankenkassen zu Gute kommen.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

Streichung des § 4 BPfIV „Leistungsbezogener Vergleich“ sowie Streichung der auf § 4 BPfIV aufsetzenden Vorschriften in § 3 Absatz 3 BPfIV, § 9 Absatz 1 BPfIV und § 18 Absatz 1 BPfIV.

7) Anpassung der Definition von Krankenhausstandorten

Maßnahmenbeschreibung:

Krankenhausstandorte können per gesetzlicher Definition nur eine Fläche von maximal 2.000 Metern Radius umfassen. Die Definition eines Krankenhausstandortes über dieses rein räumliche Kriterium ist inadäquat, entbehrt einer fachlichen Grundlage und behindert moderne, effiziente Versorgungsstrukturen sowie die aktuellen Transformationsprozesse. Krankenhäuser mit mehreren Gebäuden – bspw. aus Übernahmen o. Ä. – sind so gezwungen, an den einzelnen Standorten strukturelle und organisatorische Vorhaltungen zu unterhalten, die kostspielige und ineffiziente Doppelstrukturen bilden. Die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung empfiehlt die Anpassung der Definition auf 5.000 Meter (Dritte Stellungnahme, S. 14).

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Einsparpotential ca. im **zweistelligen Millionenbereich** durch den Abbau von Doppelstrukturen, effizienteren Geräte- und Personaleinsatz, organisatorische Vereinfachung

in Krankenhäusern und bspw. bei MD-Prüfungen, Abbau verwaltungstechnischer Aufwände in zahlreichen Krankenhäusern.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

In § 2a Absatz 1 Satz 2 KHG wird „2.000 Meter“ durch „5.000 Meter“ ersetzt. Hilfsweise wird in § 2a Absatz 4 KHG ergänzt, dass die Krankenhausplanungsbehörden der Länder im Benehmen mit der DKG und dem GKV-Spitzenverband Ausnahmeregelungen treffen können.

8) Deregulierung von Personalvorgaben in Psychiatrie und Psychosomatik

Maßnahmenbeschreibung:

Der hohe Regulierungsgrad und die administrativen Kosten durch die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) sind unverhältnismäßig. Effizienter Personaleinsatz wird behindert und der therapeutische Spielraum massiv eingeschränkt. Um signifikante Kosteneinsparungen zu erreichen, mit denen die Qualität der Versorgung weiterhin gewährleistet wird, erfordert es folgende Maßnahmen:

Bezugsgröße: Mindestvorgaben müssen sich auf das gesamte Krankenhaus und das Kalenderjahr beziehen, nicht auf einzelne Quartale und Standorte.

Flexibilität: Der Berufsgruppenbezug muss aufgehoben werden, um Personal nach den individuellen Behandlungsbedarfen der Patienten einzusetzen. Qualifizierte Berufsgruppen müssen uneingeschränkt eingesetzt werden können.

Nachweise und Prüfungen: Mehrfachprüfungen müssen reduziert werden. Nachweise sind auf ein notwendiges Mindestmaß zu begrenzen.

Sanktionen: Um die Handlungsfähigkeit der Kliniken zu sichern und Effizienzen beim Personaleinsatz zu heben, müssen die Sanktionen so lange ausgesetzt werden, bis die Richtlinie den notwendigen Freiraum für eine wirtschaftliche Steuerung bietet. Eine mögliche künftige Neugestaltung der Sanktionen muss gestuft und verhältnismäßig erfolgen, wobei die Steuerungs- und Anreizwirkung im Transformationsprozess zu berücksichtigen ist. Das Leistungserbringungsverbot muss aufgrund der Versorgungsverpflichtung entfallen.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Die Maßnahmen heben systematisch Effizienzen und reduzieren überbordende Verwaltungsaufgaben und -prozesse. Neben der Verschlinkung der Nachweisführung (Entlastung um 20 % bis 40 % der PPP-RL-Verwaltungskosten) resultiert der wesentliche ökonomische Effekt aus der Erhöhung der Freiheitsgrade im Personaleinsatz.

Durch das Aussetzen der Sanktionen entfällt die Notwendigkeit einer ineffizienten Vorhalte- und Personaleinsatzlogik. Dies ermöglicht eine Steigerung der Personaleffizienz um geschätzt mindestens 5 % bis 10 %, da Ressourcen rein nach medizinischer Notwendigkeit statt nach

regulatorischen Vorgaben gesteuert werden. Zudem entfielen die Fokussierung auf das stationäre Setting und ermöglicht die Transformation in Richtung einer stärkeren Ambulantisierung.

Das resultierende Einsparpotenzial für das Gesamtsystem liegt im **zwei- bis dreistelligen Millionenbereich**. Diese Schätzung basiert auf der plausiblen Reduktion des administrativen und operativen Aufwandes sowie Effizienzsteigerungen beim Personaleinsatz durch:

- Flexiblere Personalsteuerung
- Reduktion der Frequenz (Jahresbezug statt Quartalsbezug)
- Reduktion der Granularität (u. a. Gesamteinrichtung statt Standortbezug)
- Reduktion der Prüftätigkeit.

Hinzu kommen die Verwaltungskosten bei den Krankenkassen, dem Medizinischen Dienst, der Selbstverwaltung, den Landesbehörden für Krankenhausplanung usw.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

- Anpassung des § 136a Absatz 2 SGB V: Auftrag zur Deregulation im Umfang von 50 %, Vorgabe zur Änderung der Bezugsgrößen aufnehmen.
- Anpassung des § 137 Absatz 1 SGB V: Modifikation bzw. Aussetzung des unverhältnismäßigen Vergütungswegfalls.

9) Abschaffung des Psych-Personalnachweises und der Übermittlungspflicht zum Pflegepersonal nach § 21 KHEntgG für Psych-Einrichtungen

Maßnahmenbeschreibung:

Der Psych-Personalnachweis gem. § 18 Absatz 2 BPflV sollte abgeschafft werden. Ziel ist, parallele Nachweissysteme (PPP-RL-Nachweise) und systembedingte Unstimmigkeiten (zweifache Sanktionierung von fehlendem Personal) zu beenden.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Für die Krankenhäuser entstehen Kosten für die jährliche Aufbereitung der vereinbarten und der tatsächlichen Personalstellen, die formgerechte Übermittlung an das InEK sowie für das erforderliche Testat des Wirtschaftsprüfers. Dem InEK, das mit dem Systemzuschlag von der GKV-finanziert wird, entsteht Aufwand für die kontinuierliche Annahme, Aufbereitung und Archivierung der Daten. Zudem kann der Nachweis in den jährlichen Budgetverhandlungen die Personalressourcen sowohl des Krankenhauses als auch der Krankenkassen binden.

Der durch den Psych-Personalnachweis bedingte Aufwand betrifft alle psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen. Mit dem Verzicht auf den Psych-Personalnachweis könnten die Krankenhäuser bundesweit um einen Betrag von **rd. 3 Millionen Euro** entlastet

werden. Zusätzlich würde eine Entlastung des InEK von **rd. 0,24 Millionen Euro** den Krankenkassen zu Gute kommen. Die Entlastungswirkung für die Vertragsparteien der Budgetvereinbarung dürfte jeweils **zwischen 0,1 und 0,7 Millionen Euro** betragen.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

Abschaffung des Psych-Personalnachweises durch Streichung von § 18 Absatz 2 BPfIV und § 3 Absatz 3 Sätze 8 bis 10 BPfIV.

10) Abschaffung der Übermittlungspflicht der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen zu den Pflegepersonaluntergrenzen in der Somatik

Maßnahmenbeschreibung:

Streichung der Übermittlungspflicht der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen zu den Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) in der Somatik. Auch die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen im Geltungsbereich der BPfIV müssen die zur Weiterentwicklung der PpUG, die ausschließlich den Geltungsbereich des KHEntgG betreffen, die Angaben zum Pflegepersonal gemäß § 21 KHEntgG an das InEK übermitteln. Im Geltungsbereich der BPfIV wird das Pflegepersonalausstattung jedoch nicht durch die PpUG, sondern durch die Personalmindestanforderungen der PPP-RL abgesichert (siehe Nr. 8). Zudem liegen die Informationen in der erforderlichen Tiefe und Struktur („Pflege am Bett“) in den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen nicht vor, so dass sie ausschließlich zur Erfüllung dieser sinnfreien Vorschrift ermittelt werden müssen.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Für die Ermittlung der erforderlichen Informationen müssen die konkreten Berufsbezeichnungen und Zusatzqualifikationen aller Pflegekräfte erfasst und deren Anteil der „Pflege am Bett“ abgegrenzt werden. Hierzu muss die Personalplanung ggf. alle betroffenen Pflegekräfte einbinden und somit Arbeitskraft binden. Die hierfür anfallenden Kosten der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen dürften bei einer konsequenten Umsetzung der Datenlieferpflicht bundesweit bei **rd. 1,9 Millionen Euro** liegen.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

Streichung der Ziffer „e“ in § 17d Absatz 9 KHG.

11) Aussetzung des Bundes-Klinik-Atlas (BKA) oder zumindest der für den BKA eingeführten zusätzlichen Personalmeldepflichten

Maßnahmenbeschreibung:

Das Krankenhausreformatenpassungsgesetz (KHAG) sieht mit der Neufassung des § 135d SGB V in Absatz 1 eine Übertragung der Verantwortlichkeiten für ein Transparenzverzeichnis zur Krankenhausbehandlung (aktuell bekannt als Bundes-Klinik-Atlas – BKA) vom BMG in Zusammenarbeit mit dem IQTIG auf den G-BA vor. Diese Überführung und der vorgesehene Ansatz, die bestehenden Instrumente zur Transparenz über das Leistungsgeschehen und die Qualität in den Krankenhäusern aufeinander abzustimmen und ggf. zusammenzuführen, wird grundsätzlich unterstützt.

Stärken, die der BKA durch die Nutzung grafischer Oberflächen hat, können die Schwächen des Qualitätsberichts in der Veranschaulichung für die Nutzer ausgleichen. Der Qualitätsbericht verfügt allerdings über deutlich mehr Inhalte als der BKA, die zur Transparenz über die Qualität in den Krankenhäusern beitragen. Allerdings löst die neu geregelte Verlagerung der Zuständigkeit nicht die Problematik der Parallelstrukturen, die durch die Verpflichtung der Krankenhäuser zur Qualitätsberichterstattung gem. § 136b Absatz 1 Nummer 3 SGB V entstehen.

Bis die neuen Vorgaben aus § 135d Absatz 5 SGB V durch den Erlass einer neuen Richtlinie des G-BA zur Umsetzung gelangen können, bleiben für die Krankenhäuser die bürokratischen Aufwände zur Qualitätsberichterstellung und die erheblich erweiterten Datenlieferverpflichtungen nach § 21 KHEntgG für den BKA (detaillierte Meldepflichten für ärztliches Personal) mit dem enormen bürokratischen Aufwand bestehen. Darüber hinaus müssen die Aufwände (Personal, Dienstleister, technische Infrastruktur), die zur Erstellung und Veröffentlichung der Qualitätsberichte sowie des BKA notwendig sind, bis zur Umsetzung von § 135d Absatz 5 SGB V finanziert werden. Die quartalsweisen Datenlieferverpflichtungen der Krankenhäuser zum ärztlichen Personal führen aktuell nicht zu einer Abbildung im BKA. Auch die Leistungsgruppen für die Krankenhäuser sind noch nicht zugeteilt, weshalb die vorgesehene Abbildung im BKA noch nicht umgesetzt werden kann. Der BKA bietet derzeit im Vergleich zu den bestehenden Vergleichsportalen keine transparente und verlässliche Quelle für Patientinnen und Patienten und andere Zielgruppen, da er nur ein begrenztes Spektrum der somatischen Leistungserbringung im Krankenhaus abbildet und psychiatrische und psychosomatische Leistungserbringung vollständig ausschließt.

Die Aufrechterhaltung sinnloser Doppelstrukturen muss unverzüglich beendet werden. Der BKA muss zur inhaltlichen Überarbeitung und sinnvollen Zusammenführung der Datenquellen solange ausgesetzt werden, bis ein Relaunch eines vollwertigen Verzeichnisses auf Basis der neuen Richtlinie des G-BA gemäß § 135d Absatz 5 SGB V vollzogen werden kann.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Die Kosten des BKA betragen **jährlich etwa 1,5 Millionen Euro**. Eine Aussetzung des BKA bis zur Umsetzung einer G-BA Richtlinie zur Weiterentwicklung der Berichterstattung würde diese jährlichen Kosten für etwa **die nächsten 2 Jahre** einsparen. Die Aussetzung der zusätzlichen Datenlieferungsverpflichtungen (insb. quartalsweise Meldungen zum ärztlichen Personal nach § 21 Absatz 7 KHEntgG) führt zu einer sofortigen administrativen Entlastung der Krankenhäuser. Da diese Datenpflege und -aufbereitung pro Klinik geschätzt ca. 3 bis 5 Personaltage pro Quartal bindet, ergibt sich ein Einsparpotenzial an Bürokratiekosten von **jährlich etwa 20 bis 35 Millionen Euro**.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

Festlegung über die Aussetzung des BKA, bis der G-BA eine Richtlinie nach § 135d Absatz 5 SGB V erlassen hat. Mindestens die Aussetzung der quartalsweisen Datenlieferung nach § 21 Absatz 7 KHEntgG.

12) Umfassende Straffung von Strukturvorgaben (Wechselwirkungen von Leistungsgruppen und G-BA-Richtlinien/ -Regelungen)

Maßnahmenbeschreibung:

Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) verfolgt der Gesetzgeber ausdrücklich das Ziel, die Regulierung der Krankenhausversorgung zu vereinfachen, Doppelregelungen abzubauen und Krankenhäuser von unnötigem bürokratischem sowie finanziellem Aufwand zu entlasten. Zentrales Element ist die systematische Verknüpfung der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen nach § 135e SGB V mit den Strukturqualitätsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 und Absatz 4 SGB V. Damit sollte klargestellt werden, dass strukturelle Voraussetzungen primär über die Leistungsgruppen geregelt werden und der G-BA lediglich ergänzend tätig wird.

Diese gesetzgeberische Grundentscheidung wird in der aktuellen Umsetzung jedoch nicht erreicht. Vielmehr bestehen weiterhin erhebliche Unklarheiten hinsichtlich der Zuordnung verbindlicher Qualitätsanforderungen. Die parallele Anwendung zweier Regelungssysteme führt zu Überschneidungen, Überregulierung, Rechtsunsicherheit und vermeidbaren Kostenbelastungen. Treffen faktische Leistungsausschlüsse auf formal sanktionsbewehrte Strukturvorgaben des G-BA, entsteht eine doppelte Eingriffsintensität ohne klar abgegrenzte Zuständigkeiten.

Der Gesetzgeber hat mit der Neufassung des § 136 SGB V klargestellt, dass der G-BA Mindestanforderungen an Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nur festlegen darf, soweit diese nicht bereits in den Qualitätskriterien der Leistungsgruppen nach § 135e SGB V enthalten sind, diese Anforderungen erforderlich ergänzen darf, ihnen nicht widersprechen darf und sie aufzuheben sind, sobald vergleichbare Regelungen in den Leistungsgruppen

bestehen. Dies gilt gleichermaßen für Strukturqualitätsrichtlinien wie auch für Mindestmengenregelungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V. Diese gesetzgeberische Vorgabe ist bislang jedoch nicht durchgängig berücksichtigt worden. Erforderlich ist vielmehr die Herstellung einer klaren normativen Rangfolge, wonach die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen nach § 135e SGB V vorrangig gelten und Regelungen des G-BA lediglich ergänzend und subsidiär zur Anwendung kommen dürfen.

Vor diesem Hintergrund ist zwingend Rechtsklarheit herzustellen. Die maßgeblichen Normen müssen widerspruchsfrei und für die Rechtsanwender eindeutig sein. Änderungen von Strukturqualitätsrichtlinien oder Mindestmengenregelungen vor Abschluss der Arbeiten des Leistungsgruppenausschusses und vor Erlass der zustimmungspflichtigen Rechtsverordnung nach § 135e SGB V kommen faktisch einer Vorwegnahme gesetzgeberischer Entscheidungen gleich und unterlaufen die intendierte Systematik.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Die Entlastungswirkung ergibt sich insbesondere aus der Vermeidung von Rechtsunsicherheiten und daraus folgenden Rechtsstreitigkeiten sowie aus einem geringeren Bedarf an externer rechtlicher und organisatorischer Beratung. Klare und widerspruchsfreie Vorgaben reduzieren Abstimmungsaufwände mit Kostenträgern und Aufsichtsbehörden und senken damit unmittelbar die damit verbundenen Kosten.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

Zur Klarstellung des gesetzgeberisch intendierten Vorrangs der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen sollte § 136 Absatz 4 SGB V wie folgt ergänzt werden, dass der Gemeinsame Bundesausschuss Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nur festlegen darf, soweit diese die nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Qualitätskriterien in erforderlicher Weise ergänzen, nicht im Widerspruch zu ihnen stehen und nicht bereits abschließend durch diese geregelt sind. Dies gilt entsprechend auch für Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V, soweit diese strukturellen Anforderungen mit vergleichbarer Steuerungswirkung enthalten. Den Qualitätskriterien nach § 135e kommt insoweit ein Vorrang zu; Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses haben lediglich ergänzenden und subsidiären Charakter.

13) Reduktion, Straffung und Vereinheitlichung von QS-Nachweispflichten

Maßnahmenbeschreibung:

Die verschiedenen Qualitätssicherungsrichtlinien des G-BA nach § 136 Absatz 1 S. 1 Nr. 2 SGB V, insbesondere QFR-RL und QSFFx-RL (zur PPP-RL siehe zu Nr. 8), enthalten im Rahmen von Nachweisverfahren, Strukturabfragen und weiteren Regelungen zahlreiche nicht harmonisierte und insgesamt übermäßig bürokratische Meldepflichten: kleinteilige, teilweise tagesgenaue und unverzüglich wahrzunehmende Nachweis- und Meldepflichten in verschiedenen Formaten, Bezugszeiträumen und Meldewegen. Der Nutzen dieser Meldungen

ist oft unklar oder gering. Redundante Meldungen müssen zusammengeführt und kleinteilige Meldepflichten vereinfacht werden, um überbordende und unverhältnismäßige bürokratische Aufwände der Krankenhäuser und der Meldungsempfänger (Krankenkassen, IQTIG, G-BA) abzubauen.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Einsparpotential ca. **im einstelligen Millionenbereich** durch den Abbau bürokratischer Verpflichtungen und effizienteren Personal- und Ressourceneinsatz in Krankenhäusern und bei Meldungsempfängern.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

Schaffung einer Rahmenregelung zu harmonisierten, bürokratiearmen und anwenderfreundlichen Nachweispflichten für Krankenhäuser unter Beachtung der Qualitätssicherung und auch anderer Bereiche mit vergleichbaren Meldepflichten. Umsetzung und Anpassung insbesondere der Qualitätssicherungsrichtlinie Früh- und Reifgeborene sowie der Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur durch den G-BA.

14) Eindämmung von Leiharbeit und AÜG-Bereichsausnahme

Maßnahmenbeschreibung:

Leiharbeit im Krankenhaus hat in den letzten Jahren untragbare Ausmaße angenommen. Leiharbeitsfirmen bestimmen Konditionen und vermitteln Personal zum Vielfachen der tariflichen Kosten an Kliniken. Es bedarf daher wirksamer Einschränkungen der Leiharbeit im Krankenhaus. Krankenhäuser werden aber vielfach selbst ungewollt zu Verleihern, wenn sie im Rahmen der Vorgaben der ärztlichen und pflegerischen Weiterbildung ihre Mitarbeiter an externe Weiterbildungsstellen entsenden. Dies führt für die Krankenhäuser zu hohem bürokratischem Aufwand bei der Beantragung einer Arbeitnehmerüberlassungserlaubnis und auch bei Umgehungsstrategien. Insofern ist hier eine AÜG-Bereichsausnahme im Rahmen der Aus- und Weiterbildung notwendig.

Die Eindämmung der Leiharbeit im Krankenhaus hat darüber hinaus positive Effekte auf die Patientenversorgung. Studien belegen, dass der Einsatz von Leiharbeit im Krankenhaus negative Effekte auf die Patientenversorgung hat. Zudem führt dies zu mehr Zufriedenheit der Krankenhausbeschäftigten, da etwaige Ungerechtigkeit (insbesondere vermeintlich höhere Vergütung, selektive Schichtauswahl) vermieden werden.

Auch die AÜG-Bereichsausnahme der Aus- und Weiterbildung hat positive Effekte auf die Patientenversorgung. Sie erleichtert angehenden Fachärzten, ihre Weiterbildung möglichst schnell und effizient zu absolvieren. Damit stehen Fachärztinnen und -ärzte sowie Pflegefachpersonen schneller der Patientenversorgung zur Verfügung. Es ist zudem ein Beitrag zur Absicherung der Aus- und Weiterbildungskapazitäten, was dem Fachkräftemangel entgegenwirkt und damit vielfache positive Auswirkungen auf die Patientenversorgung hat.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Die Begrenzung der Vergütungssätze der Leiharbeit auf das 1,5-fache kann **450 Mio. Euro pro Jahr in der Pflege** einsparen. Im **ärztlichen Dienst können 200 Mio. Euro pro Jahr** eingespart werden. Wenn sich der **Umfang** der Leiharbeit aufgrund der Maßnahmen **halbiert**, würde der Einspareffekt **insgesamt ca. 1 Mrd. Euro** betragen. Bei Bürokratiekosten der AÜG-Pflicht von ca. 3.000 Euro pro **Arzt** (Kosten Beantragung, Erlaubnis, personeller Aufwand) können knapp **100 Mio. Euro pro Jahr** eingespart werden, in der **pflegerischen Weiterbildung mind. 10 Mio. Euro pro Jahr**.

Die Berechnungen basieren auf den Grunddaten sowie dem Kostennachweis der Krankenhäuser, die das Statistische Bundesamt veröffentlicht. Die Kosten für Leiharbeit entstammen der Blitzumfrage des DKI zur Leiharbeit aus November 2022². Die Bürokratiekosten für die AÜG-Pflicht von Aus- bzw. Weiterbildungen stellt u. a. auf die Kosten für die Beantragung der Erlaubnis bei der Bundesagentur für Arbeit ab. Zudem fallen weitere Kosten an (z. B. Personalaufwände bei den Krankenhäusern). Auch Umgehungsmaßnahmen (wie z. B. die Kündigung und Wiedereinstellung; ggf. neue Personalakquise) sind mit vergleichbaren Kosten verbunden.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

Anpassung AÜG zur Eindämmung der Leiharbeit:

- Begrenzung der Vergütungssätze von Leiharbeitsfirmen auf das 1,5-fache der tariflichen Vergütung
- Besondere Anforderungen für die Verleihung von Gesundheitspersonal (Qualifikationsnachweis, Fortbildungsverpflichtungen), andernfalls Erlaubnisentziehung

Anpassung AÜG für Bereichsausnahme Aus- und Weiterbildung:

- Entsendungen von Personal im Rahmen einer Aus- oder Weiterbildung fallen nicht unter die Erlaubnispflicht
- Anknüpfungspunkt: Absolvierung einer Aus- bzw. Weiterbildung im Rahmen von landes- oder bundesrechtlichen Regelungen (ärztliche Weiterbildung nach WBO bzw. pflegerische Weiterbildung nach Landesrecht/ DKG-Empfehlung)

² Online abrufbar unter: [DKI Blitzumfrage: Leiharbeit im Krankenhaus | DKI](#) [zuletzt abgerufen am 05.05.2026]

15) SÜV: Automatische haus- und fachärztliche Ermächtigung

Maßnahmenbeschreibung:

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nach § 115g SGB V (SÜV) sollen automatisch eine haus- und fachärztliche Ermächtigung erhalten.

Bislang können SÜV nach § 116a SGB V nur auf Antrag und unter bestimmten Bedingungen eine Ermächtigung für die vertragsärztliche Versorgung erhalten. Fachärztliche Ermächtigungen sind zudem befristet, was die wirtschaftliche und organisatorische Planungssicherheit erheblich erschwert. Um der Intention einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung wirklich gerecht zu werden, Effizienzen zu heben und bürokratische Aufwände abzubauen, ist in § 116a SGB V gesetzlich festzulegen, dass grundsätzlich jede SÜV eine institutionelle Ermächtigung zur hausärztlichen und – je nach Planungsentscheidung des Landes – fachärztlichen Versorgung erhält. Dies beseitigt die hohen administrativen Hürden langwieriger Einzelermittlungsverfahren durch die Zulassungsausschüsse. Die automatische Ermächtigung verhindert Verzögerungen bei der Aufnahme ambulanter Tätigkeiten und schließt Versorgungslücken (insbesondere in ländlichen Gebieten) rascher. Die Belastung für Patienten sinkt, da Sektorenbrüche und unnötige Transporte vermieden werden.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Die Maßnahme führt zu einem nahezu vollständigen Wegfall aufwendiger Prüf-, Genehmigungs- und Einspruchsverfahren. Davon profitieren nicht nur die Kliniken, sondern auch die Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen, die als Akteure in den Zulassungsausschüssen erhebliche personelle und zeitliche Ressourcen für diese bürokratischen Prozesse binden. Das Einsparvolumen ist plausibel im **zwei- bis dreistelligen Millionenbereich** anzusiedeln:

- Administrative Ersparnis: Wegfall hunderter komplexer Einzelverfahren (Personal- und Rechtskosten bei Kassen, KVen und Kliniken).
- Vermeidung teurer stationärer Behandlungen: Durch die sofortige ambulante Handlungsfähigkeit der SÜV werden teure Fehlbelegungen (stationäre Aufnahme mangels ambulanter Kapazität) konsequent vermieden.
- Effizienzrendite: Die Bündelung von Leistungen an einem Ort reduziert Transportkosten und Mehrfachdiagnostik.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

- Anpassung des § 116a Absatz 2 und 3 SGB V: Automatische Ermächtigung einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung für die hausärztliche Versorgung sowie die im Versorgungsauftrag festgelegten Fachgebiete.
- Folgewirkungen in Bezug auf die Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA sind zu prüfen.

16) Ersatz der krankenhausesindividuellen, quartalsabhängigen Prüfquote durch eine feste Prüfquote

Maßnahmenbeschreibung:

Gemäß § 275c Absatz 2 Satz 2 ff. SGB V wird für jedes Krankenhaus für jedes Quartal eine hausindividuelle Prüfquote ermittelt. Deren Höhe ist Abhängig vom Anteil derjenigen Abrechnungen des jeweiligen Krankenhauses, die vom Medizinischen Dienst im Rahmen einer Prüfung unbeanstandet geblieben sind und beträgt bis zu 5 %, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen bei 60 % oder mehr liegt, bis zu 10 %, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen zwischen 40 % und 60 % liegt und bis zu 15 %, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 40 % liegt. Das GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz sieht vor, dieses System weiterzuführen, allerdings unter Anhebung der Prüfquoten und der diesbezüglichen Schwellenwerte. Künftig soll die Höhe der zulässigen Prüfquote bis zu 5 %, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen bei 80 % oder mehr liegt, bis zu 15 %, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen zwischen 60 % und 80 % liegt sowie bis zu 25 %, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 60 % liegt, betragen. Zudem soll der Schwellenwert für eine Vollprüfung bei vermuteter systematischer Falschabrechnung von unterhalb von 20 % unbeanstandeter Schlussrechnungen auf unterhalb von 40 % unbeanstandeter Schlussrechnungen angehoben werden.

Statt der Fortführung dieses aufwändigen und fehleranfälligen Systems unter Anhebung der Schwellenwerte und der zulässigen Prüfquoten in der zweiten und dritten Kategorie sollte eine für alle Krankenhäuser geltende, feste Prüfquote in Höhe von maximal 10 % festgelegt werden.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Auswirkungen hat diese Maßnahme für alle Krankenhäuser, die mit Prüfungen des Medizinischen Dienstes für vollstationäre Krankenhausbehandlungen konfrontiert werden. Die Ermittlung der jeweiligen krankenhausesindividuellen Prüfquote erfordert die Verarbeitung und Übermittlung einer Vielzahl von Daten. Dies birgt die Gefahr einer erheblichen Fehleranfälligkeit in sich. Auf dieser Basis ermittelte, objektiv falsche Prüfquoten führen zu unnötigen Prüfungen und wirken sich auf ggfs. zu zahlende Aufschläge nach § 275c Absatz 3 SGB V aus, was zu teilweise langwierigen (Rechts-)Streitigkeiten im Nachgang einer MD-Prüfung führt. Letztlich besteht auch vielfach Unsicherheit, welchem Quartal welche Prüfung zuzuordnen ist. Diesen Unsicherheiten wird entgegengewirkt, wenn die aufwändige und fehleranfällige Prüfquotenermittlung durch eine feste Prüfquote ersetzt wird. Mit dieser Maßnahme würde ein wesentlicher Aspekt des intendierten Bürokratieabbaus umgesetzt und eine Vielzahl von Streitigkeiten vermieden.

Die Festsetzung der Höhe der festen Prüfquote ist vor dem Hintergrund der beabsichtigten Erhöhung der Prüfquoten sowie der Schwellenwerte durch das GKV-

Beitragssatzstabilisierungsgesetz zu sehen. Eine feste Prüfquote in Höhe von bis zu 10 % stellt zwar eine Verschlechterung gegenüber dem geltenden System dar, aber nur, wenn man allein den Fortbestand der geringsten Prüfquote in Höhe von 5 % berücksichtigt, in der aktuell die Mehrzahl der Krankenhäuser eingeordnet ist. Durch die beabsichtigten Änderungen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes im Hinblick auf die wesentlichen Parameter der Prüfquotenzuordnung zum Nachteil der Krankenhäuser wird es hingegen für sie schwieriger, die niedrigste Quote zu erreichen. Die Anhebung der Schwellenwerte wird dazu führen, dass die Mehrzahl der Krankenhäuser mindestens in die zweite Gruppe der Prüfquote, die dann bis zu 15 % beträgt, fallen wird. Auch wird sich der Anteil der Krankenhäuser, die in die dritte Gruppe fallen, wegen der Anhebung der Schwellenwerte erhöhen und es drohen Prüfquoten, die noch nicht einmal zu Zeiten der unbegrenzt zulässigen Prüfungen realisiert wurden. In der Praxis ist faktisch eine Verdoppelung bzw. Verdreifachung der Prüfungen in den Krankenhäusern zu erwarten, also eine massive Ausweitung des Prüfgeschehens, was zu einer Erweiterung von Aufwand und Bürokratie im Krankenhaus führt.

Demgegenüber begrenzt eine feste Prüfquote in Höhe von maximal 10 % den Aufwand für die Krankenhäuser, aber auch für die Krankenkassen und die Medizinischen Dienste, gewährleistet gleichzeitig aber auch den Krankenkassen die Möglichkeit, Abrechnungen der Krankenhäuser in ausreichendem Umfang auf deren Korrektheit hin zu überprüfen, denn die bislang realisierte, durchschnittliche Prüfquote liegt bei ca. 8 – 8,5%. Vor dem Hintergrund dieser Feststellungen erscheint eine Begrenzung der Prüfquote auf 10 % geboten zu sein, für eine Ausdehnung auf 15 % oder gar 25 % bestehen aufgrund der nachgewiesenen hohen Abrechnungsqualität der Krankenhäuser keine sachlich nachvollziehbaren Gründe.

Dabei ist die Verringerung des Aufwandes, den eine Begrenzung der Prüfquote auf 10 % mit sich bringt, gegenüber dem Aufwand, der eine durchschnittliche Prüfquote von 15 % verursacht, enorm. Ausgehend von den Ermittlungen des Bundesrechnungshofes in seinem Bericht zur Abrechnungsprüfung³ betragen die Verwaltungsaufwände der Krankenkasse im Rahmen der Einzelfallprüfung 17 € je Krankenhausabrechnung. Geht man davon aus, dass den Krankenhäusern Verwaltungsaufwände in vergleichbarer Höhe entstehen, ergeben sich bei der aktuellen durchschnittlichen **Prüfquote von 8 %** bei 17,5 Mio. Behandlungsfällen Verwaltungsaufwände für die Krankenhäuser in Höhe von **ca. 23,8 Mio. €**. Bei einer Erhöhung der **Prüfquote auf 10 %** ergäbe sich ein Verwaltungsaufwand in Höhe von **ca. 29,75 Mio. €**, bei einer Erhöhung auf **15 %** beträgt der Verwaltungsaufwand bereits **ca. 44,63 Mio. €**. Ein Verzicht auf die angestrebte massive Erhöhung der Schwellenwerte und Prüfquoten und stattdessen eine Festlegung der Prüfquote auf maximal **10 %** verringert die drohende zusätzliche Belastung der Krankenhäuser mit Verwaltungsaufwand **um ca. 14,88 Mio. €**.

³ Online abrufbar unter:

www.bundesrechnungshof.de/SharedDocs/Downloads/DE/Berichte/2019/krankenhausberechnungen-volltext.pdf?__blob=publicationFile&v=1 [zuletzt abgerufen am 05.05.2026]

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

Die krankenhausesindividuelle, quartalsbezogene Prüfquote wird durch eine feste Prüfquote in Höhe von maximal 10 % ersetzt.

§ 275c Absatz 2 SGB V wird durch folgenden Absatz 2 ersetzt:

„Eine Krankenkasse darf in jedem Quartal bis zu 10% der von den nach Absatz 1 Satz 1 prüfbar Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen.“

§ 275c Absätze 4 und 5 SGB V werden ersatzlos gestrichen.

17) Krankenhauskapazitätssurveillance

Maßnahmenbeschreibung:

Gemäß Verordnung zur Krankenhauskapazitätssurveillance (KHKapSurV) hat die DEMIS-Meldung täglich bis 11 Uhr mit Stand Vortag 12 Uhr an das Robert Koch-Institut zu erfolgen. Hierbei handelt es sich um eine Meldung über die Anzahl der durch die vollstationäre nicht intensivmedizinische somatische Versorgung belegten Betten, differenziert nach mit Erwachsenen und Kindern belegten Betten.

Die Meldung an das DIVI-Intensivregister muss täglich bis 12 Uhr erfolgen. Hierbei handelt es sich um die Meldung der belegten und der belegbaren Intensivbetten, jeweils differenziert nach Erwachsenen und Kindern und ICU low care, ICU high care und ECMO, die Anzahl der Patientinnen und Patienten mit Sars-CoV-2 (weiter differenziert), die Anzahl der Kinder mit RSV-/ Influenzavirus-Infektion sowie die Schätzung der maximalen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten für Neuaufnahmen innerhalb von sieben Tagen.

Zudem bestehen teilweise weitere Meldepflichten über landesrechtliche Register (z. B. IG NRW und IVENA).

Die Meldungen müssen unter großem Aufwand des Krankenhauspersonals täglich erfolgen und binden Personal, das für andere Aufgaben dringend benötigt wird. Während der Pandemie war die Kenntnis der Bettenauslastung der Krankenhäuser sinnvoll und notwendig. Nach dem Ende der Pandemie ist eine ständige epidemiologische Überwachung der Krankenhauskapazitäten nicht mehr notwendig, insbesondere nicht an Wochenenden, an denen der Empfänger der Meldungen diese auch nicht auswertet oder sichtet.

Den Krankenhäusern drohen Sanktionen im Fall von nicht, nicht richtig, nicht vollständig, nicht in der vorgeschriebenen Weise oder nicht rechtzeitig übermittelten Meldungen.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Die Meldungen müssen unter großem Aufwand des Krankenhauspersonals täglich erfolgen und binden Personal.

Da nach dem Ende der Pandemie eine ständige epidemiologische Überwachung der Krankenhauskapazitäten nicht mehr notwendig ist, können die vorgeschlagenen Maßnahmen den täglichen Aufwand des Krankenhauspersonals deutlich senken, das dann wieder für andere Aufgaben zur Verfügung steht.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

- **Vollständige Aussetzung der KHKapSurV** bis zum erneuten Eintreten einer der Pandemie vergleichbaren kritischen Gesundheitslage.

Alternativ Reduzierung der Meldehäufigkeiten auf 3 Tage pro Woche:

Änderungsvorschlag 1:

§ 1 Absatz 2 KHKapSurV wird wie folgt geändert:

*„Die Übermittlung der Angabe nach Absatz 1 hat ab dem 20. September 2022 **täglich Montag, Mittwoch und Freitag** bis 11 Uhr mit Stand des Vortages um 12 Uhr zu erfolgen.“*

Änderungsvorschlag 2:

§ 2 Absatz 2 KHKapSurV wird wie folgt geändert:

*„Die Übermittlung der Angaben nach Absatz 1 hat ab dem 26. November 2022 **täglich Montag, Mittwoch und Freitag** bis 12 Uhr zu erfolgen.“*

- Außerdem besteht teilweise eine doppelte Meldeverpflichtung auf Landesebene (IVENA) – hier sollten entsprechende Schnittstellen geschaffen und Doppelstrukturen abgebaut werden.
- Zudem sollten die Meldewege vereinfacht und am Bedarf der Meldeverpflichteten ausgerichtet werden (insbesondere ins DIVI-Register).
- Zusätzlicher Software- und Personalaufwand muss in der Finanzierung langfristig endlich berücksichtigt werden, denn obwohl der Prozess digital betrieben wird, verursacht er weiterhin Kosten. Alternativ sollten automatisiert übermittelbare Routinedaten aus bewährten Übermittlungsstandards der Abrechnung zur Ermittlung von Inzidenzen und Fallzahlen herangezogen werden.
- Sanktionen gegen die Meldeverpflichtung sind zu streichen.

Änderungsvorschlag:

§ 73 Absatz 1a Nr. 2a IfSG wird wie folgt geändert:

„2a. entgegen § 13 Absatz 5 Satz 1, auch in Verbindung mit einer Rechtsverordnung nach Satz 3 Nummer 1, ~~oder entgegen § 13 Absatz 7 Satz 1 in Verbindung mit einer Rechtsverordnung nach Satz 4 Nummer 1 bis 3 oder 4~~ eine dort genannte Angabe

nicht, nicht richtig, nicht vollständig, nicht in der vorgeschriebenen Weise oder nicht rechtzeitig übermittelt, ...“

18) Meldepflichten nach Infektionsschutzgesetz

Maßnahmenbeschreibung:

§ 6 IfSG regelt die namentliche Meldung einer Erkrankung durch die feststellende Ärztin bzw. durch den feststellenden Arzt (in Krankenhäusern ist für die Einhaltung der Meldepflicht neben der feststellenden Ärztin bzw. dem feststellenden Arzt auch die leitende Ärztin bzw. der leitende Arzt, in Krankenhäusern mit mehreren selbstständigen Abteilungen die leitende Abteilungsärztin bzw. der leitende Abteilungsarzt, in Einrichtungen ohne leitende Ärztin bzw. leitenden Arzt die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt verantwortlich). Gemäß § 9 IfSG sind folgende Angaben zur betroffenen Person zu melden: Name, Anschrift und weitere Kontaktdaten der Untersuchungsstelle, die mit der Erregerdiagnostik beauftragt ist, Name, Anschrift und weitere Kontaktdaten des Meldenden.

§ 7 IfSG regelt die namentliche Meldung von Krankheitserregern durch die Leiter von Medizinaluntersuchungsämtern und sonstigen privaten oder öffentlichen Untersuchungsstellen einschließlich Arztpraxen mit Infektionserregerdiagnostik und Krankenhauslaboratorien. Gemäß § 9 IfSG sind folgende Angaben erforderlich: Angaben zur betroffenen Person, Name, Anschrift und weitere Kontaktdaten des Einsenders und Name, Anschrift und weitere Kontaktdaten des Meldenden.

Teilweise gleichlautende Meldungen müssen sowohl durch den behandelnden Krankenhausarzt oder die behandelnde Krankenhausärztin als auch durch das feststellende Labor erfolgen.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Eine Verschlinkung des Meldeprozesses und insbesondere die Streichung gleichlautender Meldungen durch den behandelnden Arzt und das feststellende Labor würden sowohl das Krankenhauspersonal als auch das die Meldungen verarbeitenden Gesundheitsamt entlasten.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

- Verschlinkung des Meldeprozesses und Streichung der gleichlautenden Meldungen durch den behandelnden Arzt und das feststellende Labor.

Alternativ: Solange keine pandemische Lage o. ä. besteht, besteht kein zwingender Bedarf für einen unnötig aufwendigen, hohen Detailierungsgrad fallbezogener Meldungen.

- Wichtig ist ein möglichst aktueller Datenstand, um bei Häufungen von Infektionen schnell reagieren zu können. Dies kann durch Nutzung bereits vorhandener Routinedatenströme (insbesondere Aufnahmediagnosen) aus der elektronischen Datenübermittlung zu Abrechnungszwecken ohne Eingabe-Mehraufwand zur nahezu tagesaktuellen

Inzidenzmeldung in reduziertem Datenkranz umgesetzt werden. Ein mit der Softwareindustrie abgestimmtes Konzept der DKG aus der Pandemiephase hierzu liegt dem BMG zu Corona bereits vor und kann auf andere Infektionserreger erweitert werden. Durch geeignete technische Anpassungen können derartige automatisierte Nachrichtenübermittlungen für ausnahmslos alle stationären Fälle des Krankenhauses angewandt werden.

19) Implantateregister (§ 24 Implantateregistergesetz)

Maßnahmenbeschreibung:

Gemäß § 24 Absatz 1 Nr. 2 IRegG muss der Patientin oder dem Patienten eine schriftliche oder elektronische Kopie der personenbezogenen Daten, die die verantwortliche Gesundheitseinrichtung an die Vertrauensstelle und an die Registerstelle des Implantateregisters übermittelt hat, ausgehändigt werden. Derartige zusätzliche, unaufgefordert herauszugebende Informationen stehen im Widerspruch zu Artikel 15 DS-GVO (Recht auf Auskunft). Nach der DS-GVO muss die datenverarbeitende Stelle nicht von sich aus aktiv werden, sondern es ist ausreichend, dass Patientinnen und Patienten die Unterlagen verlangen. Die Sinnhaftigkeit einer unaufgefordert herauszugebenden (und zudem „doppelten“) Information erschließt sich nicht. Ferner steht eine nicht erfragte Information im Widerspruch zu dem Grundsatz der Datenminimierung gemäß Artikel 5 Absatz 1 c) DS-GVO.

Durch die „doppelte“ Information (Ausdruck und Übergabe bzw. Hinterherschicken von Unterlagen) bei allen Patientinnen und Patienten, die sich implantatbezogenen Maßnahmen unterziehen, entsteht vermeidbarer zusätzlicher Verwaltungsaufwand.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Die Maßnahme würde den durch die „doppelte“ Information entstehenden zusätzlichen Verwaltungsaufwand (Ausdruck und Übergabe/ Schicken von Unterlagen) minimieren.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

Verzicht auf ein weiteres, zusätzliches Einzeldokument, das jeder Patientin bzw. jedem Patienten grundsätzlich und unaufgefordert nach einer implantatbezogenen Maßnahme ausgehändigt werden muss, weil die Information über das Medizinprodukt der Patientin bzw. dem Patienten bereits in allgemeiner Form über die Aushändigung der Information nach Artikel 14 DS-GVO, die die Geschäftsstelle nach § 7 Absatz 4 IRegG erstellt hat, über den Implantatepass und ggf. über den Entlassbrief vorliegt. Zudem stehen derartige zusätzliche, unaufgefordert herauszugebende Informationen im Widerspruch zu Artikel 15 DS-GVO (Recht auf Auskunft) sowie dem Grundsatz der Datenminimierung gemäß Artikel 5 Abs. 1c) DS-GVO.

Änderungsvorschlag: In § 24 Absatz 1 IRegG wird Nr. 2 ersatzlos gestrichen.

20) Implantateregister (§ 25 Implantateregistergesetz)

Maßnahmenbeschreibung:

Gemäß § 25 IRegG muss eine Information über implantatbezogene Maßnahmen an die gesetzliche Krankenkasse, das private Krankenversicherungsunternehmen oder den sonstigen Kostenträger über die Durchführung einer implantatbezogenen Maßnahme erfolgen. Wird direkt mit diesem Kostenträger abgerechnet, so gilt die Informationspflicht nach § 25 IRegG bereits mit der Abrechnung der implantatbezogenen Maßnahme als abgegolten. Sofern die Leistung eines bei einer gesetzlichen Krankenkasse, einem privaten Krankenversicherungsunternehmen oder einem sonstigen Kostenträger Versicherten als Selbstzahlerleistung oder mit einer Unfallkasse oder Berufsgenossenschaft abgerechnet wird, muss nach § 25 IRegG der gesetzlichen Krankenkasse, dem privaten Krankenversicherungsunternehmen oder dem sonstigen Kostenträger gemeldet werden, dass eine meldepflichtige implantatbezogene Maßnahme durchgeführt wurde. Dies erfolgt durch Übermittlung der Krankenversichertennummer (KVNR).

Die Meldung nach § 25 IRegG betrifft also Selbstzahler und BG-Fälle mit Versicherung im Inland: Es geht um die Übermittlung der KVNR an diese Versicherungen, damit diese später den Vitalstatus der Patientin bzw. des Patienten an das Register übermitteln können. Da die Meldung nach § 25 IRegG über ein Papierformular erfolgt, ist dies mit hohen Aufwänden für die Krankenhäuser verbunden. Die Situation wird aktuell dadurch erschwert, dass die KVNR für privat versicherte Patientinnen und Patienten freiwillig ist und noch nicht von allen Versicherungsträgern ausgerollt wurde. Aus diesem Grund legen nicht alle PKV-Patienten ihre KVNR vor der Maßnahme vor, auch wenn sie gesetzlich zur Mitwirkung verpflichtet sind.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Da die Meldung nach § 25 IRegG derzeit auf Papier erfolgt, und das Formular entweder per Post oder Fax an die zuständige Krankenkasse geschickt werden muss, entstehen hohe Aufwände.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

Schaffung eines elektronischen Verfahrens zur Umsetzung der Nachweispflicht. Es wäre wünschenswert, wenn die Meldung direkt durch den Patienten oder Träger der gesetzlichen Unfallversicherung erfolgt. Im letzteren Fall ist eine Anpassung der regulativen Rahmenbedingungen erforderlich, da die Unfallversicherungsträger die KVNR derzeit nicht erhalten. → Schaffung eines elektronischen Meldeverfahrens und ggf. Finanzierung der Softwarekosten, wenn dieses nicht kostenfrei genutzt werden kann.

21) Implantateregister-Betriebsverordnung

Maßnahmenbeschreibung:

Sofern Patientinnen und Patienten Auskunft über ihre im IRD gespeicherten Daten verlangen, muss (irgend-)ein Krankenhaus, das an das IRD angeschlossen ist, sämtliche Daten der Patientin bzw. des Patienten, die über sie oder ihn im Register gespeichert und ggf. von anderen Krankenhäusern oder Krankenkassen gemeldet worden sind, der Patientin bzw. dem Patienten zur Verfügung stellen, obwohl der Patientin bzw. dem Patienten diese Informationen bereits vorliegen (gemäß Implantatepass und § 24 IRegG). Dies bedeutet einen enormen Aufwand für die von der Patientin bzw. dem Patienten angefragten Krankenhäuser, da die Übermittlungswege höchst komplex sind und Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erforderlich werden.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Durch die vorgeschlagene Maßnahme wird der Aufwand für die von der Patientin bzw. dem Patienten angefragten Daten auf die Krankenhäuser beschränkt, die die implantatbezogene Maßnahme durchgeführt haben.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

Änderungsvorschlag:

§ 22 Absatz 2 IRegBV wird wie folgt geändert:

„(2) Das Verlangen nach Absatz 1 kann ~~über jede~~ **nur über die** Gesundheitseinrichtung, die **die** implantatbezogene Maßnahmen ~~in Bezug auf die nach Abschnitt 1 vom Wirkbetrieb umfassten Implantattypen~~ durchführt **hat**, eingereicht werden.“

22) Energieaudit

Maßnahmenbeschreibung:

Gemäß § 8 Absatz 3 des Gesetzes über Energiedienstleistungen und andere Energieeffizienzmaßnahmen (EDL-G) sind Unternehmen von der Pflicht, ein Energieaudit durchzuführen, befreit, wenn sie ein Umweltmanagementsystem bzw. Energiemanagementsystem eingerichtet haben oder mit dessen Einrichtung begonnen haben.

Im Gesetz zur Steigerung der Energieeffizienz in Deutschland (Energieeffizienzgesetz – EnEfG) wird die Pflicht zur Durchführung eines Energieaudits nur für einen befristeten Zeitraum (20 Monate) ausgesetzt, wenn während dieser Zeit ein Umweltmanagementsystem (UMS) oder ein Energiemanagementsystem (EMS) eingerichtet wird (§ 8 Absatz 2). Wenn die Errichtung des UMS/ EMS während dieser 20 Monate nicht vollendet sein sollte, muss zusätzlich ein Energieaudit durchgeführt werden.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Die vorgeschlagene Änderung würde die Krankenhäuser, die gerade dabei sind, ein UMS/ EMS einzurichten, entlasten.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

Streichung der 20-monatigen Befristung, während die betroffenen Unternehmen von der Pflicht zum Energieaudit befreit sind, weil sie ein UMS/ EMS einrichten.

Änderungsvorschlag:

§ 8 Absatz 2 EnEFG wird wie folgt geändert:

„(2) Unternehmen, die bis zum Ablauf des 17. November 2023 den Status eines Unternehmens nach Absatz 1 erlangt haben, müssen ein Energie- oder Umweltmanagementsystem bis zum Ablauf des 18. Juli 2025 eingerichtet haben. Unternehmen, die ab dem 18. November 2023 den Status eines Unternehmens nach Absatz 1 erlangen, müssen ein Energie- oder Umweltmanagementsystem spätestens 20 Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem sie diesen Status erlangt haben, eingerichtet haben. Unternehmen im Sinne von Satz 1 und 2 sind bis zum Nachweis der Einrichtung eines Energie- oder Umweltmanagementsystems von der Verpflichtung zur Durchführung von Energieaudits nach § 8 Absatz 1 des Gesetzes über Energiedienstleistungen und andere Effizienzmaßnahmen befreit, ~~längstens jedoch bis zum Ablauf der in Satz 1 oder 2 genannten Fristen.~~“

23) Untersuchung auf Legionellen im Trinkwasser

Maßnahmenbeschreibung:

Krankenhäuser sind verpflichtet, das Trinkwasser regelmäßig auf Legionellen zu untersuchen. Wird gemäß § 51 TrinkwV der festgelegte technische Maßnahmenwert erreicht, hat das Krankenhaus Maßnahmen zu ergreifen (bis hin zu baulichen Maßnahmen).

Die im Krankenhaus auftretenden Infektionen sind fast immer durch Legionella pneumophila Serotyp 1 bedingt (in 99 % der Fälle laut RKI-Jahrbuch für 2020, Seite 135-137). Andere Legionellenspezies bereiten demgegenüber nur selten Probleme für die Gesundheit der Patientinnen und Patienten, wie z. B. Legionella anisa.

Insofern sollten aufwendige, zum Teil auch bauliche Sanierungsmaßnahmen erst dann gefordert werden, wenn auch tatsächlich eine Gesundheitsgefährdung der Patientinnen und Patienten durch die vorliegende Legionellenspezies zu befürchten ist, d. h. erst dann, wenn auch tatsächlich der gesundheitsgefährdende Serotyp 1 nachgewiesen worden ist.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Die vorgeschlagene Änderung verhindert die Durchführung aufwändiger Maßnahmen, die – ausgehend vom Ausmaß der Gesundheitsgefährdung – nicht notwendig sind. Dadurch können insbesondere auch Kosten für umfangreiche bauliche Maßnahmen eingespart werden.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

Änderung des § 51 Absatz 1 TrinkwV dahingehend, dass die einzuleitenden Maßnahmen nur dann erforderlich werden, wenn Legionella pneumophila Serotyp 1 nachgewiesen wurde.

Änderungsvorschlag:

§ 51 Absatz 1 TrinkwV wird wie folgt ergänzt:

*„(1) Wird in einer Trinkwasserinstallation **Legionella pneumophila Serotyp 1 nachgewiesen und** der in Anlage 3 Teil II festgelegte technische Maßnahmenwert für den Parameter Legionella spec. erreicht, so hat der Betreiber der Wasserversorgungsanlage, in der sich die Trinkwasserinstallation befindet, unverzüglich ...“*

24) DeQS-RL: Finanzierung LAGen durch Länder statt GKV

Maßnahmenbeschreibung:

Derzeit werden die Haushaltskosten der Geschäftsstellen der Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) für Qualitätssicherung gemäß § 22 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen bezahlt. Durch die zukünftig enge Verzahnung von Landeskrankenhausplanung und Qualitätskriterien wäre eine komplette oder auch anteilige Übernahme der Kosten durch das jeweilige Bundesland gerechtfertigt. Inhaltlich wäre hierdurch auch eine engere Verzahnung/ bessere Abstimmung von Anforderungen aus der Landeskrankenhausplanung und Qualitätsvorgaben des G-BA zu erwarten.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Gemäß § 22 Absatz 3 DeQS-RL sind der Haushalt sowie ein jährlicher Geschäftsbericht, welche mindestens eine für die Aufgaben nach § 6 differenzierte Übersicht der entstandenen Kosten umfassen, durch die LAG bis spätestens zum 30. Juni des Folgejahres an den G-BA zu übermitteln und zu veröffentlichen. Das Einsparpotenzial kann somit leicht recherchiert oder beim G-BA erfragt werden. Die Kosten unterscheiden sich landesspezifisch aufgrund des unterschiedlichen Umfangs an Leistungserbringen, die über die DeQS-RL adressiert werden. Die Kosten liegen **zwischen mehreren Zehntausend bis in den Millionenbereich**.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

Schaffung einer entsprechenden Vorgabe im SGB V, damit der G-BA in Folge eine entsprechende Anpassung der DeQS-RL vornehmen kann.

25) Abschaffung der Digitalisierungsabschlagsvereinbarung

Maßnahmenbeschreibung:

Gemäß § 5 Absatz 3h KHEntgG wird ein Krankenhaus ab dem 1. Januar 2025 mit einem Abschlag in Höhe von bis zu 2 % des Rechnungsbetrags für jeden voll- und teilstationären Fall sanktioniert, wenn es nicht sämtliche in § 19 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 bis 6 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung genannten digitalen Dienste zur Nutzung bereitstellt. Näheres wurde in der zum 1. August 2023 in Kraft getretenen Digitalisierungsabschlagsvereinbarung bestimmt.

Die Abschlagsregelungen sind mit einem erheblichen bürokratischen Aufwand verbunden. Einerseits muss der Umsetzungsstand von ca. 100 Kriterien jährlich pro Krankenhausstandort dokumentiert werden. Andererseits fordern die Krankenkassen in unsachgemäßem Umfang Nachweise, insbesondere Vertragsunterlagen zu unterschiedlichsten digitalen Diensten. Diese müssen aufwändig aufbereitet, übermittelt und von den Verhandlungspartnern geprüft werden. Dem Aufwand steht keinerlei Mehrwert in der Versorgung gegenüber.

Zudem zeigen die Zahlen der Fördermittelbewilligungen und die Ergebnisse des DigitalRadar deutlich, dass die Krankenhäuser der vom Gesetzgeber geförderten und geforderten Digitalisierungsoffensive in den stationären Versorgungsprozessen in vollem Umfang nachkommen. Insofern läuft die Sanktionierung als Anreizsystem ins Leere, erzeugt aber fortlaufend bürokratischen Aufwand auf Seiten der Krankenhäuser und auf Seiten der Krankenkassen, der nicht mehr zu rechtfertigen ist.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Der Abschlag wird standortbezogen berechnet. Erfahrungsgemäß gehen wir davon aus, dass ein jährlicher Aufwand von etwa 10 Personentagen pro Standort bei den Krankenhäusern und den Krankenkassen entsteht.

Bei ca. 2.900 Krankenhausstandorten und durchschnittlichen Personalvollkosten von etwa 380 € pro Tag ergibt sich daraus ein Einsparpotential von **etwa 11 Mio. € pro Jahr**.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

Ersatzlose Streichung von § 5 Absatz 3h KHEntgG

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 dkgmailto@dkgev.de