



# VERBAND DER UNIVERSITÄTSKLINIKA DEUTSCHLANDS

## STELLUNGNAHME

des Verbandes der  
Universitätsklinika  
Deutschlands (VUD)

zum Referentenentwurf eines  
Gesetzes zur Stabilisierung der  
Beitragssätze in der  
gesetzlichen  
Krankenversicherung  
(GKV-Beitragssatz-  
stabilisierungsgesetz)

**April 2026**

---

© Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD), 2026

### **Kontakt**

Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD)  
Jens Bussmann  
Alt-Moabit 96  
10559 Berlin  
info@uniklinika.de  
www.uniklinika.de  
Tel. +49 (0)30 3940517-0

---

**Forschen. Lehren. Heilen.**

## Präambel

Die derzeitigen gesetzlichen Rahmenbedingungen und die vorgesehenen Maßnahmen zur Begrenzung der Gesundheitsausgaben verdeutlichen in besonderer Schärfe, dass das deutsche Gesundheitswesen weiterhin von tiefgreifenden, bislang ungelösten Strukturproblemen geprägt ist. Diese wirken sich fundamental auf die wirtschaftliche Stabilität der Universitätsmedizin aus und gefährden in ihrer Gesamtheit die nachhaltige Perspektive einer qualitativ hochwertigen, leistungsfähigen und krisenfesten Gesundheitsversorgung. Insbesondere das Fehlen eines klar definierten Zielbildes einschließlich der bislang nicht vorhandenen strukturellen Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft führen zu undifferenzierten, auf kurzfristige Wirksamkeit ausgerichteten Sparansätzen, die zentrale Versorgungsstrukturen schwächen, anstatt zielgerichtet zu stärken. Diese sind erneut überproportional und dadurch unausgewogen auf die stationäre Krankenhausversorgung und insbesondere auch auf die Universitätsmedizin fokussiert.

Die Universitätsklinika sind als tragende Säule der stationären und ambulanten Versorgung, als Motor für Forschung und Innovation ein unverzichtbarer Bestandteil der Widerstandsfähigkeit der Gesundheits- und Daseinsfürsorge in Krisen-, Bündnis- und Verteidigungsfällen in besonderer Weise von diesen Strukturdefiziten betroffen. Die seit Jahren andauernde und sich jetzt nochmals drastisch verschärfende Unterfinanzierung, die unzureichende Berücksichtigung realer Kostenentwicklungen – etwa infolge demografischen Wandels, medizinisch-technischen Fortschritts und tariflicher Verpflichtungen – sowie regulatorische Eingriffe, die die besondere Rolle der Universitätsmedizin im Versorgungssystem schwächen, werden ohne Korrekturen zu weiteren erheblichen wirtschaftlichen Verwerfungen führen.

Grund hierfür sind im Wesentlichen die grundsätzlichen Einsparungen durch die Umkehr der Meistbegünstigungsklausel und die unzureichende Refinanzierung der politisch gewollten Tarifierhöhungen und Entlastungstarifverträge, die sowohl das umfassende stationäre Versorgungsangebot als auch die Hochschulambulanzen als Motor der Ambulantisierung gefährden. Die Defizite im bisherigen Finanzierungssystem, welches die Vorhaltung ihres Leistungsspektrums unzureichend abbildet und nicht auskömmlich refinanziert, haben bei den Universitätsklinika bereits in der letzten Dekade zu einem signifikanten Einbruch der Jahresergebnisse geführt. Aktuell schreiben bereits 75 Prozent der Universitätsklinika „tiefrote“ Zahlen. Mit dem geplanten Gesetz würden alle Standorte der Universitätsmedizin in Deutschland dauerhaft defizitär werden und die bisherige Unterfinanzierung von mehr als 800 Millionen Euro pro Jahr würde sich mehr als verdoppeln. Selbst wenn sämtliche Effizienz- und Einsparpotentiale ausgereizt würden, wird es strukturell nicht möglich sein, dass sich ein Universitätsklinikum durch die Erbringung seiner Leistungen dauerhaft refinanzieren kann. Dies liegt auch daran, dass die Universitätsklinika im stationären und ambulanten Bereich

häufig das letztmögliche Versorgungsangebot für Patienten<sup>1</sup> bereitstellen und eine wirtschaftliche Optimierung allein deshalb nicht möglich ist.

Vor diesem Hintergrund wird einmal mehr als deutlich, dass ohne grundlegende strukturelle Reformen und ohne gezielte gesetzliche Maßnahmen zur Stabilisierung der Erlös- und Kostenseite der Universitätsmedizin nicht nur deren Zukunftsfähigkeit, sondern auch die Leistungsfähigkeit der Gesundheitsversorgung bundesweit nachhaltig beeinträchtigt wird. Die Länder als Träger der Universitätsklinika werden gezwungen sein, in einem nie da gewesenen Umfang ihre Universitätsklinika finanziell zu stützen.

Ein fortgesetztes Abstützen struktureller Defizite über Landeshaushalte kann aber in einem beitragsfinanzierten Gesundheitswesen keine tragfähige Perspektive darstellen. Vielmehr bedarf es eines kohärenten, langfristig ausgerichteten Reformansatzes, der im Sinne der Patienten und der Qualität zu einer Zentralisierung von spezifischen Versorgungsangeboten führt und hierbei die besonderen Aufgaben und Leistungen der Universitätsklinika angemessen berücksichtigt und dadurch die Finanzierung zukunftssicher gestaltet.

---

<sup>1</sup> Zur besseren Lesbarkeit wird auf geschlechtsspezifische Schreibweisen verzichtet. Alle personenbezogenen Bezeichnungen beziehen sich im Sinne der Gleichbehandlung auf alle Geschlechter.

## Zu den Punkten im Einzelnen:

### **1. Dauerhafte Umsetzung einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik im Krankenhausbereich (Art. 1 Nr. 25 i. V. m. Art. 3 Nr. 2 und 6, § 71 SGB V i. V. m. § 6 und § 9 Krankenhausentgeltgesetz)**

#### Sachverhalt:

Wesentlicher Baustein des Gesetzentwurfs zur Generierung von Kosteneinsparung ist die umfassende Verankerung einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik. Die Vergütungen von Leistungserbringern, insbesondere der Krankenhäuser, sollen höchstens entsprechend der sogenannten Grundlohnrate steigen. Liegt im stationären Sektor die Kostenentwicklung, abgebildet über den Orientierungswert, unterhalb der Grundlohnrate, so ist dieser geringere Wert für die Vergütungsentwicklung maßgeblich. Die bisher geltende „Meistbegünstigungsklausel“ wird damit komplett umgedreht. Hinzukommt, dass die Veränderungsrate in den Jahren 2027 bis 2029 pauschal um einen Prozentpunkt abgesenkt wird und die Refinanzierung der Tarifkostensteigerungen über die sogenannte Tarifrante komplett entfällt.

#### Bewertung:

Der Gesetzentwurf und die strikten Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung machen mehr als deutlich, dass das Gesundheitswesen umfassende Strukturreformen benötigt, um seine Effizienz, Finanzierbarkeit und Qualität auch zukünftig zu gewährleisten. Hierzu bekennen sich die Universitätsklinika einmal mehr. Sie haben daher auch die Krankenhausreform immer unterstützt und ihre konsequente Umsetzung durch die Bundesländer mit Nachdruck eingefordert. Der Gesetzentwurf macht mehr als deutlich, dass für die Maßnahmen zur Begrenzung der Gesundheitsausgaben ein klares Zielbild zwingend erforderlich ist. Ohne dieses entstehen – wie im Gesetzentwurf angelegt – undifferenzierte Sparmaßnahmen nach dem Rasenmäherprinzip. Zielführend wären hingegen klare Differenzierungen und Priorisierungen. Kurzfristige Einsparungen dürfen am Ende nicht zulasten der Strukturen gehen, die für eine qualitativ hochwertige, innovative und krisenfeste Versorgung unverzichtbar sind – auch mit Blick auf die Herausforderungen für den Bündnis- und Verteidigungsfall. Die Einnahmensituation der gesetzlichen Krankenkassen jetzt in erster Linie undifferenziert zum Maßstab zu machen, greift zu kurz und birgt zudem die Gefahr, Kostenentwicklungen, bedingt durch die Alterung der Gesellschaft, den medizinisch-technischen Fortschritt, die Absicherung kritischer Infrastrukturen (KRITIS), der dringend notwendigen Digitalisierung oder infolge von Tarifsteigerungen zu vernachlässigen. Diese treffen zwar grundsätzlich alle Krankenhäuser, aber nicht im gleichen Ausmaß.

Universitätsklinika sind ein zentraler Bestandteil für die strukturelle Neuausrichtung der Krankenhauslandschaft. Ihre Bedeutung in der Versorgung machen nicht zuletzt die Krankenhausreform sowie ihre besonderen Versorgungsangebote in den Hochschulambulanzen deutlich. Dank ihres Forschungsauftrags und ihrer Innovationskraft sind sie Vorreiter notwendiger Veränderungen. Sie werden auch für die Resilienz der

Versorgung im Bündnis- und Verteidigungsfall ähnlich wie bereits in der Corona-Pandemie in besonderer Weise gefordert sein.

Die mit dem Gesetzentwurf vorgesehene Umkehr der Meistbegünstigungsklausel einschließlich dem Entfall der Tarifraten schwächt ihre Rolle für das Gesamtsystem. Die Defizite im bisherigen Finanzierungssystem haben bei den Universitätskliniken bereits in der letzten Dekade zu einem signifikanten Einbruch der Jahresergebnisse geführt, sodass zuletzt bereits 75 Prozent der Universitätskliniken „tiefrote“ Zahlen schreiben. Mit den Sparmaßnahmen wird dieser Abwärtstrend deutlich verschärft – auch weil für Universitätskliniken Kostenentwicklungen deutlich oberhalb einer Grundlohnrate absehbar sind. Diese ergeben sich u.a. aus dem umfassenden Versorgungsauftrag (stationär und ambulant) und der dafür und aufgrund gesetzlicher Vorgaben notwendigen Vorhaltung (insbesondere Personal) sowie der Tarifbindung und den Tarifentwicklungen der letzten Jahre (einschließlich der Entlastungstarifverträge).

Die Universitätskliniken bekennen sich nicht nur zu den strukturellen Veränderungen, sie sind auch bereit, ihren umfassenden Kompetenzen und ihren Mehrwert für die Versorgung und deren zukünftigen Herausforderungen vollumfänglich einzubringen. Hierfür sind aber gesetzliche Maßnahmen zur wirtschaftlichen Stabilisierung auf der Erlös- und Kostenseite zwingend erforderlich, da eine Kompensation der negativen Jahresergebnisse über die Landeshaushalte auf Dauer nicht zielführend und auch nicht zu erwarten ist.

## **2. Hochschul- und Institutsambulanzen: Bindung an die Grundlohnrate (Art. 1 Nr. 43, § 120 SGB V)**

### Sachverhalt:

Die Anwendung der Grundlohnrate wird für die Vergütungsverhandlungen der Hochschulambulanzen verbindlich vorgegeben.

### Bewertung:

Hochschulambulanzen werden durch die strikte Bindung an die Grundlohnrate in ihrer Leistungsfähigkeit beschränkt. So werden die politisch gewollte Ambulantisierung und die Vorhaltung eines einzigartigen ambulanten universitären Versorgungsangebots ausgebremst. Die Hochschulambulanzen der Universitätskliniken sind der Motor für Innovationen in der ambulanten Medizin. Sie bieten auch im ambulanten Setting Behandlungsmöglichkeiten, die sonst im deutschen Gesundheitssystem nicht vorgehalten werden. Dort werden Patienten aufgrund der Art, Schwere und Komplexität ihrer Krankheit bestmöglich über Sektorengrenzen hinweg versorgt. Zudem dienen Hochschulambulanzen der praktischen Ausbildung künftiger Ärztesgenerationen und als wichtiger Baustein für universitäre Forschung. Sie unterscheiden sich somit wesentlich von anderen ambulanten Versorgungsangeboten. Innovative Medizin braucht diesen Bereich, um neue ambulante Behandlungsmethoden zu entwickeln bzw. Versorgungskonzepte aus der stationären Maximalversorgung in die ambulante Versorgung zu überführen. Die in den vergangenen Jahren aufgebauten und politisch gewollten Entwicklungen, wie z.B. der Aufbau von Long-Covid-Ambulanzen, die Nachsorge insbesondere von Kindern bei der Anwendung neuer hochteurer Gen- und Zelltherapien sowie deren perspektivisch mögliche und gewollte durchgehend ambulante Nutzung in der Versorgung, werden durch eine strikte Bindung der Hochschulambulanzvergütung an die Grundlohnsummenentwicklung nicht möglich sein. Der Fortschritt in der ambulanten Medizin

würde dadurch verhindert. Daher muss den Vertragsparteien bei der Vereinbarung der Vergütung auch perspektivisch mindestens der bestehende Gestaltungsspielraum eingeräumt werden.

### **3. Begrenzung der Zuwächse beim Pflegebudget inklusive Entfall der zusätzlichen Finanzierung pflegeentlastender Maßnahmen (Art. 3 Nr. 3, § 6a Krankenhausentgeltgesetz)**

#### Sachverhalt:

Das bisherige Selbstkostendeckungsprinzip beim Pflegebudget entfällt ab dem Jahr 2027. Stattdessen wird das bisherige krankenhausesindividuelle Pflegebudget „eingefroren“ und um den Veränderungswert fortgeschrieben. Ausnahmen sind allenfalls zur Einhaltung gesetzlicher Vorgaben möglich. Überschreiten die tatsächlichen Pflegepersonalkosten das vereinbarte Pflegebudget, findet infolgedessen kein Ausgleich der Mehrkosten mehr statt. Im umgekehrten Fall muss das Krankenhaus die Minderkosten vollständig zurückzahlen. Gleichzeitig entfällt die bisherige pauschale Vergütung pflegeentlastender Maßnahmen.

#### Bewertung:

Die Abkehr vom bisherigen Selbstkostendeckungsprinzip bei der Pflegefinanzierung ist grundsätzlich nachvollziehbar. Der politisch gewollte Stellenaufbau in der Pflege ist erfolgt. Mit der Krankenhausreform sind Strukturveränderungen im Krankenhausbereich gewollt und dringend notwendig. Daher sich in einem ersten Schritt an den bisherigen krankenhausesindividuellen Pflegebudgets zu orientieren, ist kurzfristig ein pragmatischer Ansatz. Dabei darf es aber perspektivisch nicht bleiben, da die Fortschreibung der bisherigen Pflegebudgets tendenziell strukturkonservierend wirkt und nicht „Hand in Hand“ mit den gewollten Strukturveränderungen funktionieren wird. Mit der Krankenhausreform sind Leistungskonzentrationen gewollt. Der zukünftige Finanzierungsansatz muss insbesondere sicherstellen, dass für Krankenhäuser mit entsprechendem Leistungszuwachs auch eine auskömmliche Finanzierung der Pflegepersonalkosten sichergestellt wird. Ziel muss sein, den tatsächlichen Pflegeaufwand bezogen auf den Versorgungsauftrag und -umfang sachgerecht bei der Finanzierung abzubilden. Dazu gehört auch die Refinanzierung der Tarifsteigerungen und insbesondere eine flexiblere Berücksichtigung des Qualifikationsmix. Die sehr rigiden Vorgaben für die Fachkräftequote im Pflegebudget haben die nicht immer ressourceneffiziente Übernahme von Hilfs- und Unterstützungstätigkeiten durch hochqualifizierte Pflegefachkräfte in den letzten Jahren begünstigt. Gleichzeitig sind auch bürokratische Aufwendungen deutlich zu reduzieren, kurzfristig insbesondere durch den Entfall der obligatorischen PPR2.0-Dokumentationsverpflichtung.

Darüber hinaus muss die durch das KHAG aufgenommene Vorgabe zur Abgrenzung der Pflegepersonalkosten für „Tätigkeiten, die nicht der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen und in Kreißsälen dienen“, entfallen. Sie ist nicht praktikabel und wird daher die Vereinbarungspraxis auf Ortsebene behindern.

#### **4. Einführung von DRG-Kurzzeitfallpauschalen (Art. 4 Nr. 2, § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz)**

##### Sachverhalt:

Mit der Einführung von Kurzzeitfallpauschalen soll ein Vergütungsinstrument geschaffen werden, das eine Übervergütung von Hybrid-DRG-Fällen vermeidet und für Krankenhäuser Anreize zur Verweildauerverkürzung und zur Ambulantisierung setzt. Dieses bezieht sich auf Fälle mit einem Aufenthalt von bis zu drei Kalendertagen (= zwei Übernachtungen). Die Kurzzeitfallpauschalen basieren auf einem Konzept der Selbstverwaltung, sollen kostenbasiert kalkuliert und im DRG-Katalog ausgewiesen werden.

##### Bewertung:

Die Intention der Kurzzeitfallpauschalen ist richtig. Für den Krankenhausbereich ist eine gezielte Förderung der Verweildauerverkürzung in Richtung Ambulantisierung weiterhin notwendig. Daher ist es auch richtig, einen kostenorientierten Kalkulationsansatz zu wählen und auf den Kurzliegerabschlag zu verzichten. Damit dieses Instrument aber seine Wirkung bestmöglich entfalten kann und nicht gleichzeitig Überschneidungs-/Abgrenzungsprobleme mit den Hybrid-DRGs erzeugt, sollte zusätzlich auf das bestehende Instrument der Hybrid-DRGs komplett verzichtet werden. Dies würde auch eine Komplexitätsreduktion für alle Beteiligten bedeuten sowie zu Einsparungen durch Vermeidung weiterer Fallzahl- und Ausgabensteigerungen in diesem Leistungssegment, insbesondere auch im vertragsärztlichen Bereich, führen.

#### **5. Anpassung der Prüfquoten und Schwellenwerte bei Krankenhausabrechnungen, Erweiterung des MD-Prüfauftrags und Stärkung des Falldialogverfahrens (Artikel 1 Nr. 66, § 275c SGB V)**

##### Sachverhalt:

Der Gesetzentwurf sieht eine Erhöhung der Schwellenwerte für die Prüfquote selbst und zugleich eine Anhebung der Prüfquote vor.

##### Bewertung:

Die mit dem Gesetzentwurf intendierte Zielsetzung einer regelkonformen Rechnungslegung wird ausdrücklich befürwortet und unterstützt. Mit dem vorliegenden Entwurf wird dies allerdings nicht erreicht, zumal dieser den Aufwand der Prüfungen und damit die Bürokratie erheblich steigert. Insbesondere bei Krankenhäusern der Maximalversorgung ist die Abrechnung komplex. Daher darf und kann nicht die Erstprüfung/Ersteinschätzung des MD für die Prüfquote maßgeblich sein, ob regelkonform abgerechnet wurde. Die Prüfpraxis des MD ist sehr heterogen und insbesondere zwischen den Bundesländern zeigen sich sachlich nicht erklärbare Unterschiede. Nicht die Anzahl der vom MD (im ersten Schritt) beanstandeten Rechnungen kann daher maßgeblich sein, sondern die nach dem Erörterungsverfahren festgestellte Anzahl von angepassten Abrechnungen. Das im Gesetz festgelegte Verfahren verstärkt die systematische Benachteiligung von Krankenhäusern, die aufgrund ihres Versorgungsauftrages überproportional viele komplexe Behandlungen durchführen. Eine Anhebung der Prüfquoten ist daher abzulehnen. Gleichzeitig muss die Ermittlung der Prüfquoten auf der tatsächlichen Anzahl der Rechnungskorrekturen beruhen.

Zudem sollte die aktuelle Regelung für prüfquotenabhängige Sanktionszahlungen der Krankenhäuser überprüft werden. Ein Großteil der aktuellen Rechnerkorrekturen des MD erfolgt aufgrund einer festgestellten primären oder sekundären Fehlbelegung, nicht aufgrund von falscher oder fehlerhafter Kodierung von Diagnosen oder Prozeduren. Sekundäre Fehlbelegungen, also eine längere Verweildauer als aus Sicht des MD notwendig, ergeben sich regelhaft aus schwer steuerbaren Notfällen und besonderen Fallkonstellationen, die zudem bei Maximalversorgern gehäuft auftreten. Sanktionszahlungen sind in diesen Fällen der Fehlbelegung unangemessen und entfalten aus den genannten Gründen auch keinerlei Steuerungswirkung, wie die kaum veränderten Beanstandungs- und Prüfquoten der Krankenhäuser in den letzten Jahren zeigen.

## **6. Erweiterung der Regelung zur Fallzusammenführung (Prüfauftrag) (Artikel 3 Nr. 6, § 9 Abs. 1 Krankenhausentgeltgesetz)**

### Sachverhalt:

Die Vertragsparteien auf Bundesebene werden beauftragt, ihre bestehenden Abrechnungsbestimmungen in der Fallpauschalenvereinbarung daraufhin zu überprüfen, inwieweit eine Erweiterung zur Fallzusammenführung wirtschaftlich geboten und medizinisch vertretbar ist.

### Bewertung:

Die bisherigen Regelungen der Selbstverwaltungspartner zur Fallzusammenführung haben sich seit Einführung des DRG-Systems grundsätzlich bewährt. Ein Änderungsbedarf erscheint daher nicht zwingend erforderlich. Auch wenn der Gesetzgeber die Selbstverwaltungspartner dennoch zu Änderungen auffordert, sollte dabei beachtet werden, dass es im Rahmen der Krankenhausreform zu einer stärkeren Patientensteuerung und in Folge zu vermehrten Verlegungen von Patienten kommt. Dies dient einer effizienteren Versorgung der Patienten in den jeweils erforderlichen Versorgungsstrukturen und darf nicht zu einer pauschalen Fallzusammenführung führen.

## **7. Schrittweise Einführung eines verpflichtenden Zweitmeinungsverfahrens bei mengensensiblen Eingriffen (Artikel 1 Nr. 8, § 27b SGB V)**

### Sachverhalt:

Der Gesetzentwurf sieht vor, bei mengenanfälligen planbaren Leistungen, die der G-BA vorgibt, zwingend eine Zweitmeinung einzuholen. Ansonsten entfällt für den Leistungserbringer der Vergütungsanspruch.

### Bewertung:

Diese Regelung wird grundsätzlich befürwortet. Allerdings erscheinen die Regelungen bislang wenig praxistauglich. So gibt es aktuell nur sehr wenige Ärzte, die eine Zweitmeinung vor einem geplanten Eingriff erbringen, auch weil die bisherige entsprechende G-BA-Richtlinie sehr bürokratisch ausgestaltet ist. Gleichzeitig muss bei der G-BA-Richtlinien-Ausgestaltung auch mitbedacht werden, dass der Patient den entsprechenden Arzt, der zur Erstellung einer Zweitmeinung berechtigt ist, sowohl räumlich als auch zeitlich erreichen kann. Daher ist hier

ein kurzfristiges Monitoring und eine Evaluation zwingend in das Gesetz mitaufzunehmen. Zudem hat der G-BA bei den mengenanfälligen planbaren Leistungen auch diejenigen zu priorisieren, die nur zu diagnostischen Zwecken (ohne gleichzeitig eine therapeutische Intervention durchzuführen) erfolgen.

#### **8. Rückzahlungsverpflichtung bei fehlender Besetzung von Personalstellen im Psych-Bereich und Erweiterung des leistungsbezogenen Vergleichs (Art. 5 Nr. 1, § 3 Abs. 3 Bundespflegegesetzverordnung)**

##### Sachverhalt:

Bisher haben die Vertragsparteien vor Ort zu vereinbaren, inwieweit der Gesamtbetrag abzusenken ist, wenn eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht vorgenommen wurde. Diese Regelung wird auf die Jahre bis einschließlich 2026 befristet. Ab dem Vereinbarungsjahr 2027 sind Mittel für vereinbarte, aber nicht besetzte Personalstellen in Psych-Krankenhäusern im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum an die Kostenträger zurückzuzahlen und eine entsprechende Absenkung des Gesamtbetrags vorzunehmen. Dies gilt auch für nicht zweckentsprechend eingesetzte Mittel.

##### Bewertung:

Die vorgesehene Regelung führt zu einer strukturellen und wachsenden Finanzierungslücke, da tatsächliche Kostensteigerungen der Krankenhäuser nicht ausreichend refinanziert werden. Mit der zwingenden Rückzahlung von vereinbarten oder nicht zweckentsprechend verwendeten Mitteln 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, eingeschränkt. Zudem wird der vom G-BA geregelte Vergütungswegfall bei Nichteinhaltung der Personalanforderungen ignoriert (vgl. Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)). Daher müssen bei einer Rückzahlungsverpflichtung auch ein Rechtsanspruch auf die Vereinbarung der Personalkosten in tatsächlicher Höhe eingeführt werden und die Sanktionen der PPP-RL des G-BA entfallen.