



VERBAND DER UNIVERSITÄTSKLINIKA DEUTSCHLANDS

STELLUNGNAHME

des Verbandes der
Universitätsklinika
Deutschlands (VUD)

zum Gesetzentwurf der
Bundesregierung zur
Stabilisierung der Beitragssätze
in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Beitragssatz-
stabilisierungsgesetz)
BT-Drucksache: 21/6130

Juni 2026

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

Kontakt

Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD)
Jens Busmann
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 Patienten¹ bereitstellen und eine wirtschaftliche Optimierung allein deshalb nicht möglich ist.

Vor diesem Hintergrund wird einmal mehr 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. Die ordnungspolitisch angezeigte und kostendeckende Finanzierung der Grundsicherungsempfänger aus dem Bundeshaushalt könnte die GKV-Beitragssätze vorübergehend stabilisieren und die Belastungen insbesondere für die Universitätsklinika vorerst mindern.

Gleichzeitig 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. Diese strukturellen Veränderungen sind Aufgabe der Länder und von diesen zügig umzusetzen. Die Krankenhausreform bietet hinreichend Instrumente für eine stringente Krankenhausplanung, die sich an tatsächlicher Bedarfsnotwendigkeit, Qualität und der erforderlichen Zentralisierung spezialisierter Versorgungsangebote orientiert. Ein „Weiter so“ bei der Krankenhausplanung kann es nicht geben. Spätestens mit diesem Gesetz wird deutlich, dass die finanziellen Mittel des GKV-Systems, die Investitionsmittel der Länder und der Krankenhaustransformationsfonds langfristig nicht ausreichen. Ohne echte Strukturveränderungen in den Ländern wird es auf Dauer keine flächendeckende Krankenhausversorgung geben und auch keine wirtschaftlich stabile Universitätsmedizin.

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

Zu den Regelungen im Einzelnen:

1. Dauerhafte Umsetzung einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik im Krankenhausbereich (Artikel 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 vollständige Refinanzierung der Tarifkostensteigerungen über die sogenannte Tarifrata auf eine hälftige Refinanzierung zurückgeführt werden soll.

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 der hälftigen Refinanzierung der Tarifsteigerungen schwächt die Rolle der Universitätsklinika für das Gesamtsystem. Die Defizite im bisherigen Finanzierungssystem haben bei den Universitätsklinika bereits in der letzten Dekade zu einem signifikanten Einbruch der Jahresergebnisse geführt, sodass zuletzt bereits 75 Prozent der Universitätsklinika „tiefrote“ Zahlen schreiben. Mit den Sparmaßnahmen wird dieser Abwärtstrend deutlich verschärft – auch weil für Universitätsklinika 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 Universitätsklinika 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 einschließlich einer vollständigen Refinanzierung der Tarifsteigerungen 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 Veränderungsrate (Artikel 1 Nr. 43, § 120 SGB V)

Sachverhalt:

Die Anwendung der Veränderungsrate gemäß § 71 Abs. 3 SGB V wird für die Vergütungsverhandlungen der Hochschulambulanzen verbindlich vorgegeben.

Bewertung:

Hochschulambulanzen werden durch die strikte Bindung an die Veränderungsrate in ihrer Leistungsfähigkeit beschränkt. So werden die politisch gewollte Ambulantisierung und die Vorhaltung eines einzigartigen ambulanten universitären Versorgungsangebots ausgebremst. Die Hochschulambulanzen der Universitätsklinika 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.

Die stetig zunehmende Inanspruchnahme dieser komplexen Infrastruktur und Ressourcen in den Hochschulambulanzen trägt inzwischen in erheblichem Umfang auch zur effizienten Behandlung schwerer und komplex erkrankter Patienten bei. Zudem dienen Hochschulambulanzen der praktischen Ausbildung künftiger Ärztegenerationen und als wichtiger Baustein für universitäre Forschung. Hochschulambulanzen unterscheiden sich somit wesentlich von anderen ambulanten Versorgungsangeboten, auch weil dort einzigartige Versorgungskonzepte verortet sind. In Hochschulambulanzen werden zudem häufig neue ambulante Behandlungsmethoden entwickelt und Versorgungskonzepte aus der stationären Maximalversorgung in die ambulante Versorgung überführt. Ebenso wurden in den

vergangenen Jahren in den Hochschulambulanzen Strukturen aufgebaut, um gesellschaftlich notwendige Versorgungsangebote zu ermöglichen, wie z.B. der Aufbau von Long-Covid-Ambulanzen oder die Nachsorge insbesondere von Kindern bei der Anwendung neuer hochteurer Gen- und Zelltherapien. Derartige Versorgungsstrukturen drohen, durch eine strikte Bindung der Hochschulambulanzvergütung an die Veränderungsrate künftig wegzufallen. 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. Vergütungsanpassungen oberhalb der Veränderungsrate müssen auch zukünftig erfolgen können, u.a. wenn die notwendige medizinische Versorgung auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht gewährleistet werden kann: Derartige Sachverhalte können zum Beispiel vorliegen, wenn die tariflichen Personalkostensteigerungen die Veränderungsrate übersteigen oder es zu einer veränderten Zusammensetzung des Patientenspektrums kommt.

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

Sachverhalt:

Das bisherige Selbstkostendeckungsprinzip beim Pflegebudget entfällt ab dem Jahr 2027. Stattdessen wird das bisherige krankenhausindividuelle 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. Tarifkostensteigerungen werden bereits ab 2026 nur noch hälftig refinanziert. 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 krankenhausindividuellen 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. Grundsätzlich muss ein strukturbasierter Leistungsauf- oder -abbau zu einer Erhöhung beziehungsweise Absenkung des auf Grundlage des Leistungsspektrums für das Jahr 2026 eingefrorenen Pflegebudgets führen. Dabei muss eine

Steigerung auch über die Veränderungsrate hinaus möglich sein. Insofern sind ergänzend zur vorgesehenen Regelung diesbezügliche Ausnahmeregelungen zu schaffen. Solche Ausnahmetatbestände sind insbesondere Leistungsverlagerungen aufgrund von Einschränkungen des Leistungsspektrums oder Fachabteilungsschließungen benachbarter Krankenhäuser. Um eine erforderliche Versorgung in einer Region anbieten zu können, müssen Krankenhäuser mit damit einhergehenden Leistungssteigerungen ihr Pflegebudget auch über das bisherige Niveau erhöhen dürfen. Im Umkehrschluss muss ebenso gesetzlich geregelt werden, dass das Pflegebudget bei Krankenhäusern, die ihre Leistungen z. B. in Folge von Abteilungsschließungen reduzieren oder deren Versorgungsauftrag von den Landesplanungsbehörden beschränkt wird, in entsprechendem Umfang abgesenkt werden muss. Die vorgesehene Regelung, wonach das Pflegebudget nur bei reduzierten Personalkosten nach unten angepasst werden muss, geht an dieser Stelle nicht weit genug. Die jetzigen Ausnahmeregelungen, die der Gesetzentwurf vorsieht, sind daher nicht ausreichend.

Auch die Refinanzierung der Tarifsteigerungen einschließlich Mehrkosten auf Basis eines Mehrpersonalbedarfs in Folge von Entlastungstarifverträgen sowie der Qualifikationsmix müssen Berücksichtigung finden. 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, insbesondere durch die Abschaffung der PPR2.0.

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. Bereits jetzt machen Rückmeldungen aus den aktuellen Verhandlungen deutlich, dass die diesbezügliche Rechtslage vor Ort sehr unterschiedlich interpretiert wird. Trotz der gegenteiligen rechtlichen Bewertung des BMG fordern Krankenkassen von den Krankenhäusern bereits für das Budgetjahr 2026 oder Vorjahre neue Abgrenzungsnachweise.

4. Einführung von DRG-Kurzzeitfallpauschalen (Artikel 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. Das bedeutet auch, dass die bisher den Hybrid-DRGs zugeordneten Leistungen in die Regelungen für die Kurzzeitfallpauschalen überführt 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.

Künftig darf es auch keine MD-Prüfung auf sekundäre Fehlbelegung bei Kurzzeitfallpauschalen geben, da entsprechende Leistungen über verweildauerunabhängige Fallpauschalen abgerechnet werden. Dies wird zu einer höheren Akzeptanz der Kurzzeitfallpauschalen in den Kliniken beitragen.

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

Sachverhalt:

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

Bewertung:

Die Zielsetzung einer regelkonformen Rechnungslegung wird ausdrücklich befürwortet und unterstützt. Dabei ist zu beachten, dass es bei den Grundlagen der Rechnungslegung Interpretationsspielräume gibt. Daher ist die Bewertung, ob eine Rechnung korrekt ist oder nicht, auch immer interessensgeleitet.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Erhöhung der Prüfquoten mit der Anhebung der Schwellenwerte ist abzulehnen. Die Erhöhung würde zu einem erheblichen bürokratischen Mehraufwand sowohl auf Seiten der Krankenhäuser als auch des MD und der Krankenkassen führen. Daher ist der angenommene Einspareffekt zugunsten der GKV zu relativieren.

Grundsätzlich ist hinsichtlich der MD-Prüfungen Folgendes festzustellen:

- Mehrdeutige Kriterien und Regularien führen zu Interpretationsspielräumen, was sich u.a. in sachlich nicht erklärbaren Unterschieden der MD-Prüfpraxis zwischen den Bundesländern zeigt.
- Die Ermittlung der Prüfquoten bezieht sich auf eine Ersteinschätzung, nicht auf das Ergebnis der nach dem Erörterungsverfahren tatsächlich korrigierten Rechnungen oder beklagten Rechnungen. Somit verzerrt die Ermittlung der Prüfquote auf Basis der Ersteinschätzung den Umfang der Rechnungsprüfungen zu Ungunsten der Universitätsklinika.
- Der Prüfgrund „sekundäre Fehlbelegung“ sollte nicht in die beanstandeten Rechnungen zur Ermittlung der Prüfquote einfließen. Sekundäre Fehlbelegungen, also eine längere Verweildauer als aus Sicht des MD notwendig, ergeben sich regelhaft bei komplexen oder schwer erkrankten Fällen und besonderen Fallkonstellationen. Zudem kommt es regelmäßig zu Beanstandungen durch den MD,

wenn eine Abverlegung beispielsweise in eine Pflege- oder Rehaeinrichtung aufgrund dort nicht verfügbarer Kapazitäten überbrückt werden muss. Universitätsklinika sind von diesen Konstellationen überproportional häufig betroffen.

Prinzipiell sind die momentanen Prüfverfahren insbesondere aufgrund des enormen bürokratischen Aufwands nicht zukunftstauglich. Es muss zu einem objektiven, reliablen und validen Prüfsystem übergegangen werden, das den personellen Einsatz bei allen Beteiligten deutlich verringert.

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.

Insbesondere MDC-unabhängige Fallzusammenführungen, bei der Fälle mit unterschiedlichen Behandlungsanlässen zusammengeführt würden sowie Fallzusammenführungen über Krankenhausgrenzen hinweg lehnen die Universitätsklinika ab. Solche Ansätze setzen Anreize zur Risikoselektion zu Lasten der Universitätsklinika, da diese am Ende der Versorgungskette stehen. Zudem ist fraglich, wie die Vergütung bei Fallzusammenführungen zwischen verschiedenen Krankenhäusern ohne zusätzliche Bürokratie entgeltrechtlich abgegrenzt und aufgeteilt werden soll. Derartige Regelungen dürften äußerst streitbehaftet sein und würden vermutlich vielerorts Konflikte hervorrufen.

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 ist der Gesetzentwurf praxistauglicher auszugestalten. Die im Gesetzentwurf vorgelegten Anforderungen an die zweitmeinungsgebenden Ärzte sind sehr umfangreich (vgl. auch die hohen Anforderungen der G-BA-Richtlinie). Daher überrascht es nicht, dass nach der bisherigen G-BA-Richtlinie nur sehr wenige Ärzte für eine Zweitmeinung zur Verfügung stehen. Es muss auch bedacht 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, insbesondere hinsichtlich der Anzahl der zweitmeinungsgebenden Ärzte. Der Gesetzgeber sollte zudem den G-BA beauftragen, mindestens vier mengenanfällige Verfahren jährlich zu beschließen, um ein substanzielles Einsparpotenzial realisieren zu können.

8. Rückzahlungsverpflichtung bei fehlender Besetzung von Personalstellen im Psych-Bereich (Artikel 5 Nr. 1, § 3 Abs. 3 Bundespflegesatzverordnung)

Sachverhalt:

Bislang haben die Vertragsparteien vor Ort zu vereinbaren, inwieweit der Gesamtbetrag abzusenken ist, wenn im Psych-Bereich eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht vorgenommen wurde. Der Gesetzentwurf sieht eine Befristung bis einschließlich 2026 für diese Regelung vor. Für die Jahre ab 2027 sind Mittel für vereinbarte, aber nicht besetzte Personalstellen oder nicht zweckentsprechend verwendete Mittel im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum auszugleichen und der Gesamtbetrag in der nächsten Vereinbarung entsprechend abzusenken. Von einer nicht zweckentsprechenden Verwendung der Mittel wird auch dann ausgegangen, wenn die vereinbarte Stellenbesetzung zwar vorgenommen, aber die dafür vereinbarten Mittel nicht vollständig ausgeschöpft worden sind. Die Differenz zwischen den vereinbarten und tatsächlich eingesetzten Mitteln ist demnach ebenfalls auszugleichen.

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. Bei Einführung einer Rückzahlungsverpflichtung muss im Gegenzug auch ein Rechtsanspruch auf die Vereinbarung der Personalkosten in tatsächlicher Höhe im Gesetz verankert werden.

Zudem wird der vom G-BA geregelte Vergütungswegfall bei Nichteinhaltung der Personalanforderungen ignoriert (vgl. Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)). Mit der PPP-RL sind zukünftig bei Nichterfüllung der Personalmindestanforderungen hohe Sanktionen vorgesehen. Den betroffenen Einrichtungen würden durch die beiden parallelen Regelungen unverhältnismäßig hohe Mittel entzogen

werden, die für die Finanzierung des bestehenden Personals sowie die Einstellung von neuem Personal wiederum fehlen. Daher muss diese doppelte Sanktionierung desselben Tatbestandes – fehlendes Personal im Psych-Bereich – beendet werden und die Sanktionen der PPP-RL des G-BA entsprechend entfallen. Ansonsten müssten die psychiatrischen Einrichtungen zur Einhaltung der Personalmindestanforderungen ihre Versorgung einschränken.

9. Weiterer Regelungsbedarf

Mit dem Krankenhausreformenpassungsgesetz ist die Formulierung, inwiefern die Pflegepersonaluntergrenzen als Qualitätskriterium für die Leistungsgruppen gelten, verschärft worden. Durch die Neuformulierung bedeutet ein Unterschreiten der Pflegepersonaluntergrenze im Monatsdurchschnitt in einem pflegesensitiven Bereich in einer Leistungsgruppe, dass am jeweiligen Krankenhausstandort keine einzige Leistungsgruppe zugewiesen werden darf. Dies wird potenziell negative Auswirkungen auf die reguläre Leistungsgruppenzuweisung haben. Die Gesetzesbegründung zu dieser Änderung betont, dass eine Zuweisung von Leistungsgruppen auf Grundlage der Ausnahmeregelungen erfolgen kann. Damit ist aber davon auszugehen, dass sämtliche Leistungsgruppen nahezu aller Krankenhäuser nur noch über Ausnahmetatbestände zugewiesen werden können. Die Steuerungswirkung der Leistungsgruppenkriterien laufen damit komplett ins Leere. Die im vorliegenden Gesetzentwurf vorgesehenen Einsparmaßnahmen, insbesondere die lediglich hälftige Tarifierfinanzierung, werden Universitätskliniken und anderen Krankenhäusern das Einhalten der Pflegepersonaluntergrenzen zusätzlich erschweren und damit die Nutzung von Ausnahmetatbeständen durch die Länder noch weiter befeuern. Daher sollte, wie bereits im Referentenentwurf des Krankenhausreformenpassungsgesetzes vorgesehen, die Erfüllung der Pflegepersonaluntergrenzen als Qualitätskriterium in den Leistungsgruppen entfallen.