

**Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e. V.
(DPR) zum Referentenentwurf des
Bundesministeriums für Gesundheit
Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der
Beitragssätze in der gesetzlichen
Krankenversicherung
(GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)**

Der Deutsche Pflegerat (DPR) bedankt sich für die Möglichkeit zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zum Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz) Stellung nehmen zu können.

Aus Sicht des DPR sind Reform- und Sparbemühungen erforderlich. Kritisch ist jedoch der grundsätzliche, systematische Ansatz des Referentenentwurfs, finanzpolitische Begrenzung zum leitenden Steuerungsprinzip zu erheben, ohne den tatsächlichen Personal- und Strukturbedarf für eine sichere, qualitativ hochwertige sowie zukunftsfähige Versorgung zum Ausgangspunkt zu machen.

Der Referentenentwurf greift dort zu kurz, wo Versorgung auf professionelle Pflege, verlässliche Strukturen und Qualität angewiesen ist. Finanzstabilisierung darf nicht gegen Versorgungssicherung ausgespielt werden. Pflege ist kein nachrangiger Kostenfaktor, sondern ein eigenständiger, qualitätsrelevanter Leistungsbereich. Der Entwurf bleibt in einer Logik stecken, die vorrangig auf kurzfristige Ausgabendämpfung zielt und vergisst, dass Versorgung in Versorgungsketten funktioniert. Werden an einer Stelle Mittel entzogen, notwendige Leistungen verengt oder Personalentwicklung ausgebremst, entstehen die Folgekosten häufig an anderer Stelle des Versorgungspfads.

Maßnahmen der vergangenen Jahre zeigen, dass durch strukturelle Entwicklungen der professionellen Pflege erste Fortschritte erreicht wurden, insbesondere durch Akademisierung, erweiterte Handlungskompetenzen, Personalbemessung, bessere Ausbildungsstrukturen und eine stärkere Professionalisierung der Pflege. Diese Entwicklungen wurden durch verschiedene Initiativen und Gesetzgebungsverfahren angestoßen und stellen ein sensibles Aufbaufeld dar, das konsequent weiterentwickelt werden muss.

Eine Abkehr von diesem Kurs würde eine Entwicklung abbrechen, die gerade beginnt, Wirkung zu entfalten, und würde zugleich zentrale gesundheitspolitische Initiativen der vergangenen Jahre konterkarieren. Damit besteht das Risiko, bereits erzielte Fortschritte zurückzuführen. Das gefährdet die Sicherstellung der bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung der Bevölkerung. Es braucht eine klare politische Trennung zwischen Beitragssatzstabilität als finanzpolitische Zielsetzung und versorgungspolitischen Zielen wie Patient:innensicherheit und pflegefachliche Qualität.

Der Entwurf setzt in zentralen pflegerelevanten Bereichen auf fiskalische Begrenzung statt auf tragfähige Steuerung. Besonders kritisch ist, dass mit der Grundlohnrate ein fiskalischer

Maßstab zum zentralen Steuerungsmaßstab erhoben wird, der den tatsächlichen Pflegebedarf nicht abbildet und so die Versorgungssicherheit gefährdet. Zudem soll die Grundlohnrate in den Jahren 2027 bis 2029 zusätzlich um einen Prozentpunkt gesenkt werden.

Mit der Grundlohnrate wird eine fiskalische Obergrenze gesetzt, die allenfalls die Entwicklung beitragspflichtiger Einnahmen abbildet, nicht aber den tatsächlichen Pflegebedarf, die Situation auf dem Arbeitsmarkt, Personalengpässe, die Tarifrealität in der Pflege oder langjährige strukturelle Fehlentwicklungen zulasten der Pflege. Als Maßstab für pflegerelevante Vergütungsentwicklungen ist sie deshalb nicht geeignet.

Ausgabensteigerungen in der Pflege sind nicht automatisch Ausdruck von Fehlentwicklungen. Sie können vielmehr bestehenden Nachholbedarf sichtbar machen – etwa bei Vergütung, Tarifentwicklung, Personalgewinnung und -bindung, Qualifizierung, Rollenentwicklung sowie dem Aufbau tragfähiger Versorgungsstrukturen. Gerade in einem Bereich, der über Jahre hinweg unter erheblichem ökonomischem Druck stand, darf ein Anstieg der Ausgaben nicht vorschnell als Ineffizienz oder Übersteuerung bewertet werden.

Der Referentenentwurf enthält keine offene Rückführung des Pflegebudgets in das DRG-System, was ausdrücklich zu begrüßen ist. Gleichwohl schwächt er dessen Schutzfunktion an zentralen Stellen. Mit der Fortschreibung des Budgets ab 2027 auf Basis des vereinbarten Vorjahresbudgets und der Begrenzung über den Veränderungswert wird die Profession Pflege erneut zu einer Kostenvariable, die dem Kalkül des Kostendrucks im Klinikbereich unterworfen ist. Hinzu kommt die Rücknahme der vollständigen Tarifrefinanzierung oberhalb der Grundlohnrate. Aus Sicht des DPR setzt dies eine problematische Abwärtsspirale in Gang: Der finanzielle Druck auf die Krankenhäuser steigt, refinanzierte Stellen geraten unter Druck, und notwendige Personalentwicklung sowie qualitative Weiterentwicklung der Pflege werden erschwert bzw. verhindert. Professionelle Pflege ist jedoch kein reiner Kostenfaktor, sondern ein zentraler Wertschöpfungsfaktor für bedarfsgerechte Versorgungsqualität, Patientensicherheit und bessere Behandlungsergebnisse. Eine angemessene Finanzierung pflegerischer Versorgung ist deshalb keine sektorale Einzelinteressenfrage, sondern eine zentrale Voraussetzung für die Funktionsfähigkeit der Gesundheitsversorgung.

Hinzu kommt, dass der Referentenentwurf pflegerische Versorgung inhaltlich zu eng abbildet. Professionelle Pflege erschöpft sich nicht in einzelnen unmittelbar patientennahen Tätigkeiten, sondern umfasst die eigenständige Einschätzung individueller Pflegebedarfe, die Planung, Durchführung und Evaluation evidenzbasierter Maßnahmen, Beratung und Edukation, Koordination komplexer Versorgung, interprofessionelle Abstimmung sowie wichtigen Leistungen zur Qualitätsentwicklung. Auch Aufgaben akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen und Rollen erweiterter Pflegeexpertise in der direkten Versorgung wie APN und CHN gehören dazu.

Eine Finanzierungssystematik, die indirekte, koordinierende, qualitätssichernde und akademisierte Pflegeleistungen strukturell nicht angemessen berücksichtigt, steht im Widerspruch zum pflegewissenschaftlichen Verständnis professioneller Pflege, zum Pflegeberufegesetz und zu den gesundheitspolitischen Zielen der Professionalisierung und Akademisierung. Sie behindert gerade jene Weiterentwicklung hin zu einer qualitäts-, evidenz- und kompetenzorientierten Versorgung, die für die Zukunft des Gesundheitswesens zwingend notwendig ist.

Positiv hervorzuheben ist, dass das Ausbildungsbudget nach § 17a KHG-E auch künftig nicht durch den Veränderungswert begrenzt werden soll. Das ändert jedoch nichts daran, dass die übrigen Regelungen die notwendige Weiterentwicklung der professionellen Pflege behindert und damit die personellen sowie strukturellen Voraussetzungen einer zukunftsfähigen Versorgung schwächen.

Bewertung des Referentenentwurfs

Der DPR fordert,

- die Schutzfunktion des Pflegebudgets in § 6a KHEntgG zu erhalten und bedarfsgerecht weiterzuentwickeln,
- die Grundlohnrate in § 71 Abs. 3 SGB V nicht zum maßgeblichen Steuerungsmaßstab für pflegerelevante Vergütungsentwicklungen zu machen,
- die Streichung der vollständigen Tarifierfinanzierung in pflegesensitiven Versorgungsbereichen zurückzunehmen und
- pflegespezifische Strukturziele, insbesondere Personalbemessung, Qualifikationsaufbau, neue Rollen- und Kompetenzprofile sowie pflegesensitive Qualitätsindikatoren, bei der Ausgestaltung des Gesetzesentwurfs verbindlich zu berücksichtigen.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nummer 15 bis 17

§§ 44c, 44d, § 45 Absatz 2 Satz 3 und § 47 Absatz 1 SGB V

Mit den neuen Regelungen zu Teilarbeitsunfähigkeit und Teilkrankengeld sowie mit der Absenkung des Krankengeldes sind auch beruflich Pflegende unmittelbar als Beschäftigte und Versicherte betroffen. Eine stufenweise Rückkehr in die Arbeit kann sinnvoll sein. In den verschiedenen Pflegesettings darf dieses Instrument jedoch nicht dazu führen, dass professionell Pflegende ihrer körperlich und psychisch anspruchsvollen Arbeit nachgehen, wenn sie nicht gesund sind. Zugleich erhöht die Absenkung des Krankengeldes den Druck auf Beschäftigte in einem ohnehin stark belasteten Berufsfeld. Wer soziale Absicherung schwächt, verschärft Belastungen nicht nur für Einzelne, sondern mittelbar auch für Teams und Versorgungseinrichtungen.

Zu Nummer 23

§ 61 Zuzahlungen

Gemäß der Neuregelung des § 61 werden Zuzahlungen bei häuslicher Krankenpflege und außerklinischer Intensivpflege erhöht.

Diese finanzielle Mehrbelastung trifft Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf unmittelbar und erhöht die Belastung von Versicherten, Familien und Sorgearrangements.

Zu Nummer 25

§ 71 Absatz 3 SGB V E

Der Referentenentwurf regelt in § 71 Abs. 3 Sätze 3 bis 5 SGB V-E, dass die Grundlohnrate zum zentralen Referenzwert für Vergütungssteigerungen in wesentlichen Bereichen des Gesundheitswesens wird. Zudem soll diese durchschnittliche Veränderungsrate in den Jahren 2027, 2028 und 2029 jeweils um einen Prozentpunkt gemindert werden. Weiter wird im Entwurf für 2028 und 2029 klargestellt, dass die außerordentliche Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze bei der Ermittlung der Veränderungsrate unberücksichtigt bleibt.

Mit der Grundlohnrate wird eine fiskalische Obergrenze normiert und gleichzeitig zusätzlich beschnitten, ohne dass belastbar erhoben und berücksichtigt ist, welches Personal und welche Strukturen für eine bedarfsgerechte, sichere und qualitativ angemessene Versorgung

tatsächlich erforderlich sind. Für die professionelle Pflege bedeutet das keine unmittelbare gesetzliche Lohnfestsetzung, aber eine deutliche Verengung der Refinanzierungsspielräume. Aus Sicht des DPR kann ein „Finanzindikator“ nicht als „Versorgungsindikator“ dienen. Die Grundlohnrate verengt die pflegerische Versorgung auf eine Kassenlogik. Zielführend wäre stattdessen, pflegesensitive Qualitätsindikatoren und den tatsächlichen Versorgungsbedarf als Maßstab finanzieller Steuerung zu setzen.

Zu den Auswirkungen der Rücknahme der vollständigen Tarifrefinanzierung

Die Rücknahme der vollständigen Tarifrefinanzierung ist aus Sicht des DPR falsch. Tarifentwicklung in der Profession Pflege ist keine Fehlsteuerung, sondern Ausdruck einer notwendigen Korrektur und ein zentraler Bestandteil, um den Pflegeberuf attraktiver zu machen, Personal zu halten und neue Fachpersonen zu gewinnen. Wer bessere Arbeitsbedingungen, mehr Verlässlichkeit und eine stabile Personalentwicklung politisch einfordert, kann tarifliche Entwicklung nicht zugleich finanzpolitisch zum Problem erklären.

Gerade für das pflegerische Berufsfeld, das über viele Jahre unter erheblichem ökonomischem Druck stand, ist die vollständige Refinanzierung tariflicher Entwicklungen keine Sonderbegünstigung, sondern eine Voraussetzung dafür, dass notwendige Verbesserungen bei Vergütung und Beschäftigungsbedingungen überhaupt wirksam werden können.

Wird diese Refinanzierungslogik zurückgenommen, sendet das ein falsches Signal: Einerseits soll professionelle Pflege mehr Verantwortung übernehmen und eine tragende Rolle in einer bedarfsgerechten, zielgerichteten und damit zukunftsfähigen Versorgung von Menschen aller Altersgruppen spielen. Andererseits werden ausgerechnet die finanziellen Grundlagen geschwächt, die für stabile Personalstrukturen und verlässliche Arbeitsbedingungen erforderlich sind.

Der Referentenentwurf bremst Entwicklungen auch in der Gewinnung der für die Gesundheitsversorgung dringend benötigten Nachwuchs in der professionellen Pflege ab, die in den vergangenen Jahren mühsam aufgebaut wurden. Dass der Pflegeberuf an Attraktivität gewonnen hat, zeigt sich auch in den Ausbildungszahlen: Die Zahl der Neuverträge stieg von 53.600 im Jahr 2020 auf 64.300 im Jahr 2025. Die Einführung der Grundlohnrate ist ein potenzieller Gefährdungsfaktor für diese positive Entwicklung.

Zu Nummer 52 und Nummer 53

§ 132a und § 132l SGB V

Für die häusliche Krankenpflege und die außerklinische Intensivpflege werden die Vergütungssteigerungen auf maximal die Höhe der Grundlohnrate begrenzt. Gleichzeitig entfällt die Verpflichtung zur vollständigen Tarifrefinanzierung in den Vergütungsverhandlungen.

Beide Begrenzungen sind aus Sicht des DPR hoch problematisch. Gerade in der häuslichen Krankenpflege und in der außerklinischen Intensivpflege kann fehlende vollständige Tarifrefinanzierung die wirtschaftliche Grundlage tarifgebundener Versorgung schwächen – insbesondere auch in Bereichen, in denen die Tariftreue-Regelung der Langzeitpflege gilt. Das gefährdet Personalbindung, erschwert Fachpersonalgewinnung und kann Versorgungsrisiken bis hin zu Leistungseinschränkungen erzeugen.

Die vorgesehenen Regelungen im Bereich der häuslichen Krankenpflege (HKP) berücksichtigen nicht die tatsächlichen Versorgungsrealitäten in der ambulanten Pflege. Ambulante Pflegeleistungen nach dem SGB V (häusliche Krankenpflege) und dem SGB XI werden in der Praxis überwiegend durch identisches Personal in eng verzahnten Versorgungsarrangements erbracht. Dies ist dann der Fall, sofern SGB V und SGB XI-Leistungen erbracht werden. Bei SGB V-Leistungen kommen Pflegefachpersonen zum Einsatz. Eine regulatorische Begrenzung im SGB V entfaltet daher zwangsläufig

Auswirkungen auf das gesamte Versorgungssystem und beeinflusst unmittelbar die wirtschaftliche Tragfähigkeit ambulanter Pflegeeinrichtungen und deren Angebote.

Insgesamt entsteht ein grundlegender Zielkonflikt. Während im § 72 SGB XI eine tarifgebundene Vergütung als Voraussetzung für den Abschluss eines Versorgungsvertrages gesetzlich festgelegt ist, sollen die entsprechenden Kostensteigerungen im SGB V nunmehr systematisch gedeckelt werden.

Da Pflegefachpersonen sektorenübergreifend eingesetzt werden und sich Lohnentwicklungen einheitlich am Arbeitsmarkt durchsetzen, führt diese Divergenz zu einer einseitigen Belastung der ambulanten Pflegedienste, bei gleichzeitiger Gefährdung des notwendigen Tariffriedens.

Wirtschaftliche Risiken werden verlagert, ohne dass entsprechende Refinanzierungsmechanismen bestehen. Die Annahme, Ausgabenentwicklungen könnten innerhalb des SGB V gesteuert werden, ohne Wechselwirkungen in anderen Sozialgesetzbüchern auszulösen, ist nicht tragfähig.

Werden Tarifsteigerungen nicht mehr refinanziert, ist absehbar, dass es zu Verschiebungen in den Leistungsbereich des SGB XI kommt. Mittelfristig ist mit einer steigenden Inanspruchnahme von Leistungen der Hilfe zur Pflege (SGB XII) zu rechnen. Damit werden finanzielle Lasten aus der gesetzlichen Krankenversicherung indirekt in die kommunale Ebene verschoben. Es entsteht ein sektorenübergreifender Verschiebungseffekt zwischen gesetzlicher Krankenversicherung (SGB V), Pflegeversicherung (SGB XI) und Sozialhilfe (SGB XII) ohne dass ein tatsächlicher Effizienzgewinn für das Gesamtsystem erkennbar ist.

Es besteht die Gefahr, dass ambulante Pflegedienste ihr Angebot in der häuslichen Krankenpflege begrenzen oder aufgeben, mit der Folge der Einschränkung der Versorgungssicherheit. Auch mit Blick auf die geplante zunehmende Ambulantisierung in den Kliniken ist dies eine Entwicklung, die so nicht gewollt sein kann. Die Streichung der Refinanzierung gefährdet Personalbindung, erschwert Fachpersonalgewinnung und konterkariert das bis dato politisch angestrebte Ziel, die Attraktivität der Pflegeberufe durch eine verbesserte Vergütung zu erhöhen.

Zu Nummer 62

§ 242b Beitragszuschlag für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner

Der Entwurf verändert die beitragsfreie Familienversicherung für Ehegatten und Lebenspartner. Zugleich bleibt die Beitragsfreiheit in bestimmten Konstellationen erhalten, ausdrücklich auch bei zu pflegenden Angehörigen, mit mindestens Pflegegrad 2 in der häuslichen Umgebung. Das ist aus Sicht des DPR richtig. Pflegenden Angehörigen übernehmen bereits heute erhebliche Versorgungsverantwortung. Sie brauchen keine zusätzliche Beitragsbelastung in der Familienversicherung. Diese Ausnahme muss bestehen bleiben.

Artikel 3

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Zu Nummer 3

§ 6a KHEntgG-E (Gesetzestext S. 43–44)

Die Änderungen des § 6a KHEntgG sind zentrale pflegepolitische Punkte des Referentenentwurfs. Anders als der Vorschlag der Finanzkommission Gesundheit führt der Entwurf das Pflegebudget nicht wieder in die DRG-Fallpauschalen zurück. Dies wird seitens des DPR ausdrücklich begrüßt. Gleichwohl wird durch die geplanten Regelungen die notwendige Schutzfunktion des Pflegebudgets für eine gesicherte Versorgung ausgehebelt.

Das Reformvorhaben stützt sich dabei argumentativ hauptsächlich auf die Empfehlungen der Finanzkommission vom 30. März 2026. Die dort enthaltene Analyse zur Kostenentwicklung im

Bereich des Pflegebudgets zeigt eine Abweichung zwischen Ausgabenentwicklung, Personalentwicklung und abrechnungsbasierten Vergleichsgrößen auf. Der DPR weist ausdrücklich darauf hin, dass diese Analyse jedoch keinen belastbaren Nachweis dafür darstellt, dass der beobachtete Personal- und Kostenanstieg pflegfachlich nicht erforderlich ist oder Effizienzreserven in dem unterstellten Umfang bestehen. Die zugrunde liegenden Kennzahlen bilden primär Veränderungen im dokumentierten und vergüteten Leistungsgeschehen ab. Dabei handelt es sich um Näherungswerte, die der Komplexität der Pflegebedarfe von Patient:innen der verschiedenen Altersgruppen sowie ihren An- und Zugehörigen nicht gerecht werden. Insbesondere bleiben strukturelle Veränderungen unberücksichtigt, etwa eine veränderte Morbidität und Komplexität der behandelten Fälle, gestiegene Qualitätsanforderungen, regulatorische Vorgaben oder auch Korrekturen personeller Unterbesetzung. Die Angaben der Finanzkommission sind für eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung des Pflegebudgets daher ungeeignet. Sie berücksichtigen Kosten, nicht aber hinreichend den Nutzen einer bedarfsgerechten pflegerischen Personalausstattung für Patient:innensicherheit, Versorgungsstabilität und die Vermeidung von Folgeschäden und damit einhergehenden Folgekosten.

Dennoch soll ausgehend von derartigen Analysen mit der normierten Regelung in § 6a KHEntgG künftig der Anstieg des Pflegebudgets durch den Veränderungswert begrenzt werden. Eine Überschreitung ist nur möglich, soweit Personalvorgaben aus Gesetzen, Verordnungen oder Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses dies erfordern. Pflegepersonaluntergrenzen regeln aber ausschließlich Mindestbesetzungen. Sie markieren keine bedarfsgerechte Versorgung entsprechend den Patient:innenzuständen, sondern die Schwelle, unterhalb der die Versorgung riskant wird. Auch die QFR-Richtlinie betrifft spezielle Anforderungen an Geburtskliniken und Perinatalzentren, ist also kein allgemeiner Maßstab für den gesamten pflegerischen Bedarf angemessener Versorgung.

Bei einer Überschreitung der vereinbarten Pflegepersonalkosten durch die tatsächlichen Pflegepersonalkosten erfolgt kein Ausgleich dieser Mehrkosten. Minderkosten sind hingegen vollständig zurückzuzahlen. Die Möglichkeit, Kosten für pflegeentlastende Maßnahmen zusätzlich zu den Pflegepersonalkosten im Pflegebudget zu berücksichtigen, entfällt ersatzlos. Tarifsteigerungen oberhalb der Grundlohnrate werden nicht mehr refinanziert. Darüber hinaus werden übertarifliche Leiharbeitskosten und Vermittlungsentgelte ebenso wenig berücksichtigt wie Pflegepersonalkosten für Tätigkeiten außerhalb der unmittelbaren Patient:innenversorgung auf bettenführenden Stationen und in Kreißsälen.

Der DPR lehnt die geplanten Regelungen zu einer vom Leistungsbedarf entkoppelten Begrenzung des Pflegebudgets ab. Das Pflegebudget ist kein statisches Finanzierungsinstrument, sondern ein notwendiges und lernendes System. Es schützt die professionelle Pflege in der unmittelbaren Patient:innenversorgung vor einem erneuten Rückfall in ökonomische Kürzungslogiken und korrigiert eine historisch gewachsene Unterfinanzierung des Pflegedienstes. Gerade deshalb ist die geplante Begrenzung der Zuwächse ohne Beachtung von möglichen Steuerungsmechanismen auf struktureller, prozessualer und/oder qualitativer Ebene enorm problematisch. Das Instrument bleibt zwar formal bestehen, seine Schutzfunktion wird aber materiell ausgehebelt. Auch der Verweis auf die vollständige Refinanzierung der Pflegepersonaluntergrenzen kann diesen Umstand nicht heilen. Pflegepersonaluntergrenzen sind Mindestvorgaben. Sie sind kein Instrument zur qualitätsgesicherten, bedarfsgerechten Personalbemessung.

Hinzu kommt: Der Pflegebedarf von Patient:innen lässt sich nicht sachgerecht aus pauschalen Kostenrelationen oder isolierten Personalentwicklungen ableiten. Maßgeblich ist eine belastbare, pflegewissenschaftlich und pflegfachlich fundierte und kontextbezogene Datengrundlage. Solange eine solche Datengrundlage nicht vollständig ausgewertet und professionsorientiert weiterentwickelt ist, ist eine Steuerung über pauschale Budgetbegrenzungen aus wissenschaftlicher und fachlicher Sicht abzulehnen.

Der DPR spricht sich daher für eine konsequente Weiterentwicklung des Pflegebudgets aus. Diese muss datenbasiert, bedarfsgerecht und professionsorientiert erfolgen. Dazu gehören

eine klare Zweckbindung der Mittel, transparente und bürokratiearme Nachweise, die Orientierung am tatsächlichen Pflegebedarf, die Berücksichtigung pflegesensitiver Qualitätsindikatoren, der Einbezug professionsentwickelnder Gesetzgebung sowie die Berücksichtigung bestehender Personalbemessungsinstrumente inklusive eines qualifikationsdifferenzierten Personaleinsatzes.

Nummer 4

§ 6c KHEntgG-E – sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen

Mit dieser Regelung wird die neue Deckelungslogik nicht nur im klassischen Krankenhausbereich, sondern auch in sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturen verankert. Auch dort wird der Anstieg der Pflegepersonalkosten in den Folgejahren auf den Veränderungswert begrenzt; bei Überschreitung der vereinbarten Pflegepersonalkosten erfolgt kein Ausgleich der Mehrkosten.

Aus Sicht des DPR ist das problematisch, weil damit auch solche Versorgungsstrukturen primär unter fiskalischen Begrenzungsvorbehalt gestellt werden, die für eine bedarfsorientierte und zukunftsfähige Weiterentwicklung zur Versorgung der Bevölkerung sowie Prävention und Gesundheitsförderung besonderen Gestaltungsspielraum benötigen. Gerade die sektorenübergreifende Versorgung braucht Entwicklungsräume für neue, qualifikationsgebundene Rollen und Versorgungsmodelle. Dazu können auch neue Berufsbilder wie Community Health Nurses und School Health Nurses beitragen. Eine Finanzierungslogik, die solche Strukturen von vornherein primär unter Deckelungsvorbehalt stellt, verhindert ihre Weiterentwicklung.

Zu Nummer 6

§ 9 Abs. 1b KHEntgG-E

Mit der Neuregelung werden die Vertragsparteien auf Bundesebene beauftragt, bis zum 30. Juni 2027 zu prüfen, inwieweit die in der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) enthaltenen Regelungen zur Fallzusammenführung erweitert werden können.

Die Fachkommission Gesundheit regt in ihren Empfehlungen unter der Position 30 hierzu an, eine pauschale Fallzusammenführung von Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Ersteinweisung zu etablieren, welche unabhängig vom Krankenhausstandort sowie von der MDC-Kategorie gelten soll. Hierfür wird empfohlen, in der FPV insbesondere die Regelungen zu Wiederaufnahmen neu zu fassen sowie angrenzende Regelungen zur Beurlaubung und Rückverlegungen anzupassen.

Der DPR weist ausdrücklich darauf hin, dass die Empfehlungen der Kommission im Rahmen der Rückverlegungen einen Formfehler aufweisen. Dieser hätte bei praktischer Umsetzung massive Folgen für die Versorgungspraxis und würde die Umsetzung der mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz eingeführten Regelungen der Zentralisierung behindern. Seitens der Kommission wird ausdrücklich empfohlen, die angrenzenden Regelungen zur Rückverlegung anzupassen. Diese sind in § 3 Absatz 3 FPV geregelt. Fälschlicherweise verweist die Kommission in diesem Zusammenhang jedoch auf § 3 Absatz 1 FPV, welcher allgemeine Abschlüsse bei Verlegung zur Weiterbehandlung vor dem Erreichen der mittleren Verweildauer regelt. Aufgrund des bestehenden Formfehlers in den Empfehlungen der Kommission ist eine gesetzgeberische Klarstellung an dieser Stelle daher dringend geboten.

Zu Nummer 7

§ 10 KHEntgG-E

In Artikel 3 Nr. 7 wird § 10 KHEntgG geändert. Besonders relevant ist der neue Absatz 6: Der Orientierungswert wird als Wert definiert, der die tatsächlichen Kostenentwicklungen der Krankenhäuser wiedergibt; er ist jährlich durch das Statistische Bundesamt zu ermitteln.

Der Entwurf zieht die Pflegekosten damit systematisch wieder in die allgemeine Deckelungslogik der Krankenhausfinanzierung hinein. Der Maßstab verschiebt sich von der Frage, welches Personal für gute Versorgung erforderlich ist, hin zu der Frage, welche Kostensteigerungen noch refinanzierbar sind.

Artikel 4

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Zu Nummer 1

§ 17a KHG-E – positiver Punkt

In Artikel 4 Nr. 1 wird § 17a Abs. 3 Satz 4 KHG redaktionell angepasst.

Dies ist ausdrücklich positiv hervorzuheben. Es ist sachgerecht, dass das Ausbildungsbudget nicht derselben Deckelungslogik unterworfen wird wie andere Vergütungsbestandteile. Der Aufbau und die Sicherung des pflegerischen Nachwuchses sind eine Grundvoraussetzung für die zukünftige Versorgungsfähigkeit des Gesundheitswesens. Eine Begrenzung des Ausbildungsbudgets durch den Veränderungswert würde diese Aufgabe strukturell schwächen.

Berlin, 20.04.2026

Kontakt:

Deutscher Pflegerat e.V. (DPR)

Tel.: + 49 30 / 398 77 303

Alt-Moabit 91

10559 Berlin

E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de

www.deutscher-pflegerat.de