

## **Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e. V. (DPR) zum Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisie- rung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)**

Der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR) erkennt an, dass die gesetzliche Krankenversicherung vor erheblichen finanziellen Herausforderungen steht und Maßnahmen zur Stabilisierung der Beitragssätze erforderlich sind. Beitragssatzstabilität ist ein wichtiges und grundsätzlich unterstützenswertes Ziel. Sie wird jedoch nicht nachhaltig erreicht, wenn kurzfristige Einsparungen oder Refinanzierungsverschiebungen zulasten zentraler versorgungsstabilisierender Strukturen erfolgen. Eine Finanzpolitik, die notwendige Investitionen in professionelle Pflege, Personalbindung, Versorgungsqualität und tragfähige Versorgungsstrukturen begrenzt, verschiebt Probleme in die Zukunft und erhöht langfristig die Risiken für Versorgungsausfälle, Qualitätsverluste und zusätzliche Folgekosten. Beitragssatzstabilität darf daher nicht zum alleinigen Steuerungsmaßstab werden, wenn dadurch bedarfsgerechte Versorgung, Patient:innensicherheit, professionelle Pflege und die Weiterentwicklung tragfähiger Versorgungsstrukturen gefährdet werden.

Aus Sicht des DPR greift der Gesetzentwurf dort zu kurz, wo er finanzpolitische Begrenzung zum leitenden Prinzip erhebt, ohne den tatsächlichen pflegerischen Versorgungsbedarf, die demografische Entwicklung, den Fachpersonalbedarf, die Arbeitsmarktsituation und die Anforderungen an eine sichere, qualitativ hochwertige Versorgung ausreichend zu berücksichtigen. Professionelle Pflege ist kein nachrangiger Kostenfaktor, sondern ein eigenständiger, qualitätsrelevanter Leistungsbereich und eine zentrale Voraussetzung für die Funktionsfähigkeit des Gesundheitswesens.

Besonders kritisch bewertet der DPR, dass der Gesetzentwurf in zentralen pflegerelevanten Bereichen auf pauschale Begrenzungsmechanismen setzt. Die Grundlohnrate ist ein Finanzindikator, aber kein Maßstab für den Pflegebedarf. Sie bildet weder Pflegebedürftigkeit, Versorgungsintensität, Personalengpässe, Qualifikationsanforderungen, Tarifentwicklung noch notwendige Personalentwicklung verlässlich ab. Wird sie gleichwohl zur maßgeblichen Obergrenze für pflegerelevante Vergütungsentwicklungen gemacht, droht eine strukturelle Unterfinanzierung professioneller Pflege.

Ausgabensteigerungen in der Pflege sind nicht automatisch Ausdruck von Fehlentwicklungen oder Ineffizienz. Sie können vielmehr bestehenden Nachholbedarf sichtbar machen, etwa bei Vergütung, Tarifbindung, Personalgewinnung und -bindung, Qualifizierung, akademischer Rollenentwicklung, Personalbemessung sowie dem Aufbau tragfähiger Versorgungsstrukturen. Gerade in einem Berufsfeld, das über viele Jahre unter erheblichem ökonomischem Druck stand, dürfen notwendige Verbesserungen nicht erneut finanzpolitisch begrenzt werden.

Dies gilt in besonderer Weise für die vorgesehene Einschränkung der vollständigen Tarifrefinanzierung. Tarifentwicklung in der professionellen Pflege ist keine Fehlsteuerung, sondern Ausdruck einer notwendigen Korrektur und Voraussetzung dafür, den Pflegeberuf attraktiv zu halten, Personal zu gewinnen und Beschäftigte im Beruf zu binden. Wer bessere

Arbeitsbedingungen, mehr Verantwortung, erweiterte pflegerische Kompetenzen und stabile Versorgungsstrukturen politisch einfordert, kann tarifliche Entwicklungen in der Pflege nicht zugleich finanzpolitisch zum Problem erklären.

Der Gesetzentwurf verzichtet zwar auf eine unmittelbare Rückführung des Pflegebudgets in das DRG-System, schwächt dessen Schutzfunktion jedoch an zentralen Stellen erheblich. Die vorgesehene Fortschreibung des Pflegebudgets auf Grundlage des vereinbarten Vorjahresbudgets und des Veränderungswertes, die Einschränkung der Tarifierfinanzierung sowie der Ausschluss des Ausgleichs tatsächlicher Pflegepersonalmehrkosten verengen die Refinanzierung notwendiger Pflegepersonalkosten deutlich. Das Pflegebudget muss als Schutzinstrument für professionelle Pflege, Versorgungsqualität und Patient:innensicherheit erhalten und bedarfsgerecht weiterentwickelt werden.

Professionelle Pflege erschöpft sich nicht in einzelnen unmittelbar patient:innennahen Tätigkeiten. Sie umfasst die eigenständige Einschätzung individueller Pflegebedarfe, Pflegeplanung, klinische Beobachtung, Durchführung und Evaluation pflegerischer Maßnahmen, Beratung und Edukation, Koordination komplexer Versorgung, Entlass- und Überleitungsmanagement, interprofessionelle Abstimmung sowie Qualitätsentwicklung. Auch akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen, Advanced Practice Nurses (APN), Community Health Nurses (CHN) und weitere erweiterte Rollenprofile sind Teil einer zukunftsfähigen Versorgung. Eine Finanzierungssystematik, die solche koordinierenden, qualitätssichernden und kompetenzerweiterten pflegerischer Aufgabenfelder nicht angemessen abbildet, steht im Widerspruch zu den Zielen der Professionalisierung, Akademisierung und Kompetenzentwicklung in der professionellen Pflege.

Zugleich muss der Gesetzentwurf stärker berücksichtigen, dass Versorgung in Versorgungsketten stattfindet. Werden stationäre Aufenthalte verkürzt, Kurzzeitfallpauschalen eingeführt, Ambulantisierungspotenziale erschlossen oder sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen aufgebaut, muss pflegerische Versorgung vor, während und nach der Behandlung gesichert sein. Andernfalls werden Versorgungsverantwortung und Folgekosten in die häusliche Pflege, außerklinische Intensivpflege, akut- und langzeitstationäre Pflegeeinrichtungen, An- und Zugehörige oder zurück in das Krankenhaus verlagert.

Der Gesetzentwurf bleibt insgesamt zu stark in einer sektorbezogenen, fragmentierenden und kleinteiligen Steuerungslogik verhaftet. Krankenhausaufgaben entstehen nicht allein im Krankenhaus. Sie werden wesentlich auch dadurch beeinflusst, ob vor- und nachstationäre Versorgungsstrukturen tragfähig sind, ob pflegerische Risiken frühzeitig erkannt werden, ob häusliche Versorgung, außerklinische Intensivpflege, Rehabilitation, Prävention, Beratung, Entlass- und Überleitungsmanagement sowie kommunale Unterstützungsstrukturen ausreichend verfügbar sind. Werden diese Strukturen nicht gestärkt, steigt das Risiko vermeidbarer Krankenhausaufnahmen, ungeplanter Wiederaufnahmen, Versorgungsbrüche und Überlastung von An- und Zugehörigen.

Aus Sicht des DPR braucht es deshalb eine stärker sektorenübergreifende Betrachtung der Finanzierungs- und Versorgungswirkungen. Eine reine Begrenzung einzelner Ausgabenbereiche löst keine strukturellen Versorgungsprobleme, sondern kann diese lediglich verlagern. Nachhaltige Beitragssatzstabilität setzt voraus, dass professionelle Pflege entlang des gesamten Versorgungspfades wirksam eingesetzt, refinanziert und in ihrer koordinierenden, beratenden, präventiven und versorgungssichernden Funktion gestärkt wird.

Der DPR warnt zudem vor langfristigen Folgen einer finanzierungsrechtlichen Schwächung professioneller Pflege. Wenn Pflegepersonalstellen nicht auskömmlich refinanziert, Tarifentwicklungen nicht verlässlich abgebildet und berufliche Entwicklungsperspektiven ausgebremst werden, drohen Pflegefachpersonen dem Berufsfeld dauerhaft verloren zu gehen. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung, steigender Versorgungsbedarfe und eines ohnehin angespannten Pflegearbeitsmarktes wäre dies versorgungspolitisch besonders riskant. Einmal verlorene Pflegefachpersonen stehen dem Versorgungssystem nicht kurzfristig wieder zur Verfügung.

Der DPR fordert daher, den Gesetzentwurf so weiterzuentwickeln, dass Beitragssatzstabilität nicht zulasten professioneller Pflege, Patient:innensicherheit und Versorgungskontinuität erreicht wird. Maßstab müssen bedarfsgerechte pflegerische Versorgung, pflegesensitive Qualität, transparente Mittelverwendung, verlässliche Tariffinanzierung und tragfähige Personalentwicklung sein.

Der DPR fordert insbesondere,

- die Schutzfunktion des Pflegebudgets in § 6a KHEntgG zu erhalten und bedarfsgerecht, anhand valider Daten, weiterzuentwickeln,
- die Grundlohnrate nicht zum pauschalen Steuerungsmaßstab für pflegerelevante Vergütungsentwicklungen zu machen,
- tarifbedingte Pflegepersonalkosten im Krankenhaus, in der häuslichen Pflege und in der außerklinischen Intensivpflege weiterhin vollständig und verlässlich zu refinanzieren,
- pflegeschonende notwendige Leistungen, koordinierende und qualitätssichernde Aufgaben sowie akademische und erweiterte Rollenprofile refinanzierungsrechtlich abzubilden,
- bei Kurzzeitfallpauschalen, Ambulantisierung und sektorenübergreifender Versorgung die pflegerische Anschlussversorgung, Entlass- und Überleitungsmanagement sowie Versorgungskontinuität verbindlich zu berücksichtigen,
- pflegespezifische Strukturziele wie Personalbemessung, Qualifikationsaufbau, neue Rollen- und Kompetenzprofile sowie pflegesensitive Qualitätsindikatoren bei der Ausgestaltung des Gesetzes zu berücksichtigen.

Eine Stabilisierung der GKV-Finzen darf nicht durch eine strukturelle Schwächung professioneller Pflege erreicht werden. Pflege ist kein Kostenproblem, sondern Voraussetzung für eine bedarfsgerechte, sichere und zukunftsfähige Gesundheitsversorgung.

Der DPR fordert daher, finanzielle Konsolidierungsmaßnahmen konsequent mit einer strukturellen Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung zu verbinden. Finanzielle Steuerungsinstrumente dürfen notwendige Strukturentwicklungen nicht ersetzen. Wer Ausgaben nachhaltig begrenzen will, muss die Voraussetzungen für effizientere, bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Versorgungsstrukturen schaffen und die professionelle Pflege als zentralen Gestaltungs- und Erfolgsfaktor dieser Reformen anerkennen.

Im Folgenden nimmt der DPR zu einzelnen Regelungen Stellung.

## Artikel 1

### Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

#### Zu Nummer 8

#### **§ 11 Absatz 6 SGB V – Leistungsarten**

Mit der Änderung des § 11 Absatz 6 SGB V wird geregelt, unter welchen Voraussetzungen Krankenkassen freiwillige zusätzliche Satzungsleistungen anbieten können. Hierzu können weiterhin auch zusätzliche Leistungen im Bereich der häuslichen Krankenpflege und der Haushaltshilfe gehören.

Der DPR begrüßt, dass Krankenkassen ergänzende Leistungen vorsehen können, die pflegerische Versorgung, Unterstützung im häuslichen Umfeld und Versorgungskontinuität stärken. Zugleich weist der DPR darauf hin, dass pflegeschonende notwendige Leistungen nicht von freiwilligen Satzungsentscheidungen einzelner Krankenkassen abhängig gemacht werden dürfen. Soweit Leistungen zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung erforderlich sind, müssen sie als verlässliche Regelleistungen den Versicherten gleichermaßen zur Verfügung stehen.

Freiwillige Satzungsleistungen können eine bedarfsgerechte Versorgung ergänzen, dürfen aber keine Lücken in der gesetzlichen Leistungsgewährung ersetzen. Dies gilt insbesondere für häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfe, pflegerische Unterstützung im Anschluss an Krankenhausbehandlungen sowie Versorgungsformen, die der Vermeidung von Versorgungslücken, Wiederaufnahmen oder Überlastung von An- und Zugehörigen dienen.

#### Zu Nummer 15

##### **§ 36 SGB V – Festbeträge für Hilfsmittel**

Mit der Neufassung des § 36 SGB V wird eine eigenständige Rechtsgrundlage für die Festlegung von Festbeträgen für Hilfsmittel geschaffen. Festbeträge sollen für geeignete Hilfsmittel festgelegt werden können, soweit dadurch eine wirtschaftliche Versorgung gefördert und zugleich eine angemessene Versorgung der Versicherten gewährleistet bleibt.

Der DPR erkennt das Ziel einer wirtschaftlichen Hilfsmittelversorgung an. Zugleich weist er darauf hin, dass Hilfsmittel für pflegerische Versorgung, Selbstständigkeit, Mobilität, Sturz- und Dekubitusprophylaxe, Teilhabe sowie die Sicherung häuslicher Versorgung von zentraler Bedeutung sind. Festbeträge dürfen daher nicht zu einer Einschränkung der bedarfsgerechten und qualitätsgesicherten Hilfsmittelversorgung führen.

Der DPR fordert, dass bei der Bildung von Festbetragsgruppen, der Festsetzung der Festbeträge und deren regelmäßiger Überprüfung pflegfachliche Anforderungen ausdrücklich berücksichtigt werden. Maßgeblich müssen neben Wirtschaftlichkeitsaspekten auch Patient:innensicherheit, Versorgungsqualität, individuelle Bedarfslagen, Handhabbarkeit im Pflegealltag sowie die Vermeidung pflegebedingter Folgekosten sein. Pflegefachliche Expertise sollte bei der Bewertung versorgungsrelevanter Hilfsmittel angemessen einbezogen werden.

#### Zu Nummer 17 und 18

##### **§ 44c SGB V – Teilarbeitsunfähigkeit**

##### **§ 44d SGB V – Teilkrankengeld**

##### **§ 47 SGB V – Höhe und Berechnung des Krankengeldes**

Mit den neuen §§ 44c, 44d SGB V werden die Teilarbeitsunfähigkeit und das Teilkrankengeld eingeführt. Versicherte sollen bei länger andauernder Erkrankung eine teilweise Ausübung ihrer bisherigen Tätigkeit aufnehmen können, wenn sie sich gesundheitlich hierzu in der Lage sehen, eine ärztliche Feststellung der Teilarbeitsunfähigkeit vorlegen und der Arbeitgebende zustimmt. Ergänzend wird mit § 47 Absatz 2a SGB V geregelt, in welcher Höhe Krankengeld geleistet wird, wenn ein Beschäftigungsverhältnis während Arbeitsunfähigkeit endet.

Der DPR erkennt an, dass eine schrittweise Rückkehr in die berufliche Tätigkeit sinnvoll ist. In körperlich, psychisch und anspruchsvollen Berufen wie der professionellen Pflege muss jedoch sichergestellt werden, dass Teilarbeitsunfähigkeit nicht zu einer faktischen Erwartung oder einem ökonomischen Druck zur verfrühten Rückkehr führt. Maßgeblich muss sein, ob die konkrete Tätigkeit im jeweiligen Pflegesetting gesundheitsgerecht und ohne zusätzliche Belastung des Teams ausgeübt werden kann.

Gerade in der professionellen Pflege darf die Zustimmung des Arbeitgebenden nicht zu einer bloßen Formalie werden. Aufgrund von Schichtdienst, körperlicher und psychischer Belastung, hoher Verantwortung für Patient:innensicherheit sowie der engen Zusammenarbeit im Team muss im Einzelfall sorgfältig geprüft werden, ob und unter welchen konkreten Bedingungen eine teilweise Tätigkeit tatsächlich gesundheitsgerecht möglich ist. Dabei sind Arbeitsschutz, Dienstplangestaltung, Aufgabenzuschnitt sowie Auswirkungen auf das intra- und interprofessionelle Team ausdrücklich zu berücksichtigen.

Der DPR fordert daher, die Regelung so auszugestalten, dass Freiwilligkeit, Arbeitsschutz und nachhaltige Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit gewährleistet bleiben. Die stufenweise

Wiedereingliederung als rehabilitatives Instrument darf durch die Einführung der Teilarbeitsunfähigkeit nicht faktisch verdrängt werden.

### Zu Nummer 23

#### **§ 61 SGB V – Zuzahlungen**

Mit der Neufassung des § 61 SGB V werden Zuzahlungen unter anderem für häusliche Krankenpflege und außerklinische Intensivpflege erhöht und künftig dynamisiert. Bei häuslicher Krankenpflege und außerklinischer Intensivpflege an den in § 37c Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 SGB V genannten Orten beträgt die Zuzahlung künftig 10 Prozent der Kosten sowie 15 Euro je Verordnung. Bei stationären Maßnahmen und bestimmten Formen außerklinischer Intensivpflege werden 15 Euro je Kalendertag erhoben.

Der DPR sieht diese finanzielle Mehrbelastung sehr kritisch. Häusliche Krankenpflege und außerklinische Intensivpflege sind keine verzichtbaren Zusatzleistungen, sondern medizinisch und pflegerisch notwendige Leistungen zur Sicherung ambulanter und häuslicher Versorgung. Höhere Zuzahlungen dürfen nicht dazu führen, dass Versicherte notwendige pflegerische Versorgung verzögern, reduzieren oder nicht in Anspruch nehmen. Dies würde Versorgungslücken, vermeidbare und ungeplante Krankenhauswiederaufnahmen sowie die Belastung von Familien, An- und Zugehörigen sowie informellen Sorgearrangements erhöhen.

Der DPR fordert daher, sicherzustellen, dass Zuzahlungen nicht zu Zugangshürden für notwendige pflegerische Versorgung werden. Die bestehenden Belastungsgrenzen und Befreiungsmöglichkeiten müssen niedrighschwellig, wirksam und unbürokratisch greifen, insbesondere für Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf, chronischen Erkrankungen, außerklinischem Intensivpflegebedarf und begrenzten finanziellen Ressourcen.

### Zu Nummer 25

#### **§ 71 SGB V – Beitragssatzstabilität, besondere Aufsichtsmittel**

Der Gesetzesentwurf regelt in § 71 Absatz 3 Sätze 3 bis 5 SGB V, dass die Grundlohnrate als zentraler Referenzwert für Vergütungssteigerungen in wesentlichen Bereichen des Gesundheitswesens gestärkt wird. Zudem soll die durchschnittliche Veränderungsrate in den Jahren 2027, 2028 und 2029 jeweils um einen Prozentpunkt gemindert werden. Für die Jahre 2028 und 2029 wird klargestellt, dass die außerordentliche Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze bei der Ermittlung der Veränderungsrate unberücksichtigt bleibt.

Der DPR erkennt das Ziel stabiler Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung an. Die Grundlohnrate ist jedoch ein Finanzindikator und kein Maßstab für den tatsächlichen pflegerischen Versorgungsbedarf. Sie bildet weder Pflegebedarf, Tarifentwicklung, Fachpersonalgewinnung und -bindung, Qualifikationsanforderungen noch notwendige Personalentwicklung verlässlich ab. Für die professionelle Pflege bedeutet das eine deutliche Verengung der Refinanzierungsspielräume.

Aus Sicht des DPR darf die Grundlohnrate daher nicht zur pauschalen Obergrenze für die Finanzierung notwendiger pflegerischer Versorgung werden. Gesetzlich geschuldete Leistungen der Krankenbehandlung müssen bedarfsgerecht, qualitätsgesichert und patient:innenorientiert erbracht werden können. Eine rein einnahmenorientierte Begrenzungslogik wird diesem Anspruch nicht gerecht, wenn sie notwendige Personal- und Tarifkosten strukturell ausblendet.

Die vorgesehene Begrenzung der Vergütungsentwicklung steht zudem im Spannungsverhältnis zu den gleichzeitig politisch formulierten Erwartungen an den Ausbau pflegfachlicher Kompetenzen, die Umsetzung von Personalbemessungsinstrumenten wie PPR 2.0 sowie die Weiterentwicklung neuer Rollenprofile wie APN. Wer pflegerische Versorgung fachlich weiterentwickelt, muss die dafür notwendigen Personal-, Qualifikations- und Tarifkosten auch refinanzierungsrechtlich abbilden.

### Zu Nummer 37 und 38

#### **§ 92a SGB V – Innovationsfonds, Grundlagen der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss**

#### **§ 92b SGB V – Durchführung der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss**

Mit den Änderungen der §§ 92a und 92b SGB V wird der Innovationsfonds finanziell und organisatorisch neu ausgerichtet. Der DPR weist darauf hin, dass die Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung auf belastbare Versorgungsforschung, Evaluation und Transfer in die Regelversorgung angewiesen ist.

Dies gilt insbesondere für pflegebezogene Versorgungsmodelle, neue Rollenprofile wie APN, CHN, sektorenübergreifende Versorgung, digitale Pflegeprozesse sowie Maßnahmen zur Verbesserung von Patient:innensicherheit und Versorgungskontinuität. Gerade vor dem Hintergrund von Krankenhausstrukturreform, Ambulantisierung und dem Ausbau pflegfachlicher und pflegewissenschaftlicher Kompetenzen darf die Förderung entsprechender Innovations- und Evaluationsvorhaben nicht geschwächt werden.

Der DPR fordert daher, pflegebezogene Versorgungsforschung, patient:innensicherheitsbezogene Projekte zu Versorgungsformen und -strukturen, die Evaluation neuer pflegerischer Rollen und Versorgungsmodelle im Innovationsfonds weiterhin ausdrücklich sichtbar und förderfähig zu halten. Pflegebezogene Versorgungsmodelle dürfen im Innovationsfonds nicht gegenüber ärztlich-technischen Innovationen nachrangig behandelt werden. Innovation in der bedarfsgerechten und zukunftsfähigen Versorgung muss auch die professionelle Pflege systematisch einbeziehen.

### Zu Nummer 42

#### **§ 115f SGB V – Spezielle sektorengleiche Vergütung**

Die Änderungen des § 115f SGB V stehen im Zusammenhang mit der Einführung von Kurzzeitpauschalen nach § 17b Absatz 2a KHG. Fälle, die künftig mit Kurzzeitfallpauschalen vergütet werden, sollen auf die Fallzahlvorgaben der speziellen sektorengleichen Vergütung angerechnet werden.

Der DPR verweist insoweit auf seine Ausführungen zu § 17b Absatz 2a KHG. Kurzzeitfallpauschalen und sektorengleiche Vergütung dürfen nicht allein als Instrument der Verweildauerverkürzung und Ambulantisierung verstanden werden. Bei der Ausgestaltung und Anrechnung entsprechender Fälle müssen Pflegebedarf, Entlass- und Überleitungsmanagement sowie die Verfügbarkeit nachstationärer pflegerischer Anschlussversorgung berücksichtigt werden.

### Zu Nummer 52 und Nummer 53

#### **§ 132a SGB V – Versorgung mit häuslicher Krankenpflege**

#### **§ 132l SGB V – Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege, Verordnungsermächtigung**

Die vorgesehenen Änderungen in § 132a Absatz 4 SGB V und § 132l Absatz 5 SGB V betreffen die Vergütungsverhandlungen in der häuslichen Krankenpflege sowie der außerklinischen Intensivpflege. Künftig sollen Vergütungssteigerungen grundsätzlich auf die durchschnittliche Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V (Grundlohnrate) begrenzt werden. Für die Jahre 2027 bis 2029 wird diese Obergrenze zusätzlich um einen Prozentpunkt abgesenkt. Gleichzeitig entfällt die bisherige Verpflichtung zur vollständigen Refinanzierung tariflicher Lohnsteigerungen sowie die damit verbundene Nachweispflicht über die tarifliche Entlohnung der Beschäftigten.

Insgesamt führen die vorgesehenen Regelungen zu einer Schwächung der Refinanzierungsgrundlagen professioneller Pflegeleistungen. Mit der Begrenzung der Vergütungssteigerungen in der häuslichen Krankenpflege und der außerklinischen Intensivpflege auf die Höhe der Grundlohnrate sowie der zusätzlichen Absenkung um einen Prozentpunkt in den Jahren 2027 bis 2029 entfällt die bisherige Verpflichtung zur vollständigen Refinanzierung tariflicher Lohnsteigerungen. Damit werden tarifliche und tatsächliche Kostenentwicklungen nur noch eingeschränkt berücksichtigt.

Der DPR bewertet diese Entwicklung sehr kritisch. Die Begrenzung der Vergütungssteigerungen folgt einer kurzfristigen Kostendämpfungslogik, die den besonderen Herausforderungen des Pflegearbeitsmarktes nicht gerecht wird. Gerade in Bereichen, die in hohem Maße auf die Gewinnung und Bindung qualifizierter Pflegefachpersonen angewiesen sind, ist eine verlässliche Refinanzierung von Lohn- und Tarifsteigerungen von zentraler Bedeutung. Andernfalls drohen wirtschaftliche Belastungen für die Leistungserbringer, die sich unmittelbar auf die Personalgewinnung, die Personalbindung und die Stabilität der Versorgungsangebote auswirken können.

Im Zusammenspiel mit parallel diskutierten Vorhaben, insbesondere dem Referentenentwurf des Pflegeneuordnungsgesetzes (PNOG), verschärft sich diese Wirkung. Das PNOG sieht eine befristete Aussetzung der Tariftreueregelungen nach § 72 Absatz 3b ff. SGB XI vor. Damit werden zwei zentrale pflegepolitische Instrumente, die in den vergangenen Jahren zur Verbesserung der Entlohnung und zur Stärkung der Attraktivität des Pflegeberufs eingeführt wurden, gleichzeitig geschwächt. Die Bundesregierung begründet die Aussetzung der Tariftreueregelungen damit, dass das Ziel einer deutlichen Verbesserung der Entlohnung inzwischen erreicht sei. Aus Sicht des DPR greift diese Schlussfolgerung jedoch deutlich zu kurz. Die Lohnsteigerungen der vergangenen Jahre waren vor allem Ausdruck einer längst überfälligen Korrektur einer über viele Jahre bestehenden Unterbezahlung von Pflegefachpersonen. Sie haben dazu beigetragen, die Attraktivität des Pflegeberufs zu stärken und die Wettbewerbsfähigkeit der Pflege im Vergleich zu anderen Gesundheitsfachberufen zu verbessern. Die positive Lohnentwicklung belegt daher nicht die Entbehrlichkeit der eingeführten Regelungen, sondern vielmehr deren Wirksamkeit.

Werden die Tariftreueregelungen ausgesetzt und zugleich die Refinanzierung tariflicher Entwicklungen begrenzt, besteht die Gefahr, dass die Lohnentwicklung in der professionellen Pflege künftig hinter der tatsächlichen Tarifentwicklung zurückbleibt. Dies erschwert die Gewinnung und Bindung von Pflegefachpersonen, erhöht den wirtschaftlichen Druck auf die Leistungserbringer und kann langfristig die Qualität und Verlässlichkeit der Versorgung pflegebedürftiger Menschen beeinträchtigen.

Der DPR lehnt daher die vorgesehene Begrenzung der Vergütungssteigerungen und den Wegfall der vollständigen Tarifrefinanzierung ausdrücklich ab. Eine nachhaltige Stabilisierung der Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung darf nicht zulasten der Arbeitsbedingungen beruflich Pflegenden und der Qualität der pflegerischen Versorgung erfolgen.

### Zu Nummer 56

#### **§ 134a SGB V – Versorgung mit Hebammenhilfe**

Mit der Änderung des § 134a SGB V wird geregelt, dass die Vorgaben des § 71 Absatz 1 bis 3 SGB V für Verträge über Hebammenhilfe uneingeschränkt gelten. Damit wird die Vergütungsentwicklung in der Hebammenhilfe stärker an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität und die Grundlohnrate gebunden.

Der DPR bewertet dies kritisch. Hebammenhilfe ist ein zentraler Bestandteil einer sicheren, familienorientierten und bedarfsgerechten Versorgung von Schwangeren, Gebärenden, Wöchnerinnen und Neugeborenen. Eine starre Begrenzung der Vergütungsentwicklung bildet weder die Versorgungslage, regionale Sicherstellungsprobleme, steigende Anforderungen,

Haftungs- und Strukturkosten noch den notwendigen Erhalt freiberuflicher und klinischer Hebammenstrukturen hinreichend ab.

Eine Begrenzung der Vertragsverhandlungen auf die Grundlohnrate, in den Jahren 2027 bis 2029 zusätzlich vermindert um einen Prozentpunkt, droht bestehende strukturelle Unterfinanzierungen zu verstetigen. Gerade in Bereichen, in denen bereits heute Sicherstellungsprobleme bestehen, kann eine solche Deckelung dazu führen, dass unwirtschaftliche Vergütungsniveaus fortgeschrieben werden und notwendige Verbesserungen nicht erreicht werden können.

Der DPR fordert daher, die vorgesehene starre Begrenzung der Vergütungsentwicklung in der Hebammenhilfe zu streichen. Vergütungsvereinbarungen nach § 134a SGB V müssen so ausgestaltet werden können, dass eine flächendeckende, qualitätsgesicherte und wirtschaftlich tragfähige Hebammenversorgung gewährleistet bleibt.

### Zu Nummer 63

#### **§ 242b – Beitragszuschlag für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner**

Der Entwurf verändert die beitragsfreie Familienversicherung für Ehegatten und Lebenspartner:innen. Für bestimmte familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner:innen wird ein Beitragszuschlag eingeführt. Zugleich sieht § 242b SGB V Ausnahmen vor, unter anderem für Personen, die nicht erwerbsmäßig einen Angehörigen mit mindestens Pflegegrad 2 wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, in häuslicher Umgebung pflegen.

Der DPR bewertet diese Ausnahme ausdrücklich positiv. Pflegende An- und Zugehörige übernehmen bereits heute erhebliche Versorgungsverantwortung und leisten einen unverzichtbaren Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements. Diese Verantwortung darf nicht zu zusätzlichen beitragsrechtlichen Belastungen führen.

Gegenüber dem Referentenentwurf wurde die Regelung durch die Absenkung des Beitragszuschlags von 3,5 auf 2,5 Prozentpunkte sowie durch zusätzliche Ausnahmetatbestände entschärft. Dies ist zu begrüßen. Entscheidend ist jedoch, dass die Ausnahmen für pflegende An- und Zugehörige praxistauglich, unbürokratisch und realitätsgerecht umgesetzt werden. Pflegeverantwortung darf nicht durch Nachweispflichten oder Verwaltungsverfahren zusätzlich erschwert werden.

## **Artikel 3**

### **Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes**

#### Zu Nummer 3

#### **§ 6a KHEntgG – Vereinbarung eines Pflegebudgets**

Mit Änderungen des § 6a KHEntgG wird die Systematik des Pflegebudgets ab dem Jahr 2027 wesentlich verändert. Das Pflegebudget bleibt zwar formal als eigenständiges Finanzierungsinstrument außerhalb der DRG-Fallpauschalen bestehen. Zugleich soll der Anstieg des Pflegebudgets künftig grundsätzlich an das Pflegebudget des Vorjahres und den Veränderungswert gebunden werden. Eine Überschreitung soll nur noch möglich sein, soweit dies zur Einhaltung verbindlicher gesetzlicher oder untergesetzlicher Personalvorgaben erforderlich ist.

Aus Sicht des DPR muss Ausgangspunkt jeder Weiterentwicklung des Pflegebudgets die Sicherstellung einer bedarfsgerechten, qualitätsgesicherten und patient:innenorientierten pflegerischen Versorgung sein. Das Pflegebudget wurde geschaffen, um notwendige Pflegepersonalkosten aus der pauschalen DRG-Logik herauszulösen und die professionelle Pflege im Krankenhaus verlässlicher zu refinanzieren. Diese Schutzfunktion darf nicht aufgegeben werden.

Die vorgesehene Regelung schafft das Pflegebudget zwar nicht ab, schränkt seine bisherige Schutzfunktion aber deutlich ein. Sie verschiebt das Pflegebudget von einer bedarfs- und kostenorientierten Finanzierung notwendiger Pflegepersonalkosten hin zu einer ausgabenbegrenzenden Fortschreibungslogik. Diese Logik bildet den Pflegepersonalbedarf, die Tarifentwicklung, die Arbeitsmarktsituation, notwendige Personalentwicklung und Qualifikationsanforderungen nicht hinreichend ab.

Die geplante Begrenzung steht damit in einem erheblichen Spannungsverhältnis zum Grundsatz einer bedarfs- und systemgerechten Krankenhausvergütung. Krankenhausvergütung ist nicht losgelöst von Erforderlichkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu betrachten. Wenn Krankenhäuser qualitativ hochwertige, erforderliche und wirtschaftliche Versorgung erbringen müssen, muss auch die hierfür notwendige pflegerische Personalausstattung refinanzierbar bleiben.

Der DPR erkennt an, dass das Pflegebudget weiterentwickelt werden muss, und hat hierzu bereits Forderungen zur Weiterentwicklung des Pflegebudgets ausgearbeitet (siehe Expertenpapier „Pflegebudget als ein notwendiges und lernendes System“). Fehlanreize sind zu vermeiden, pflegefremde Tätigkeiten klar abzugrenzen und die Verwendung der Mittel muss nachvollziehbar bleiben. Der hierfür gewählte Weg einer pauschalen Begrenzung notwendiger Pflegepersonalkosten ist jedoch nicht sachgerecht. Er verlagert finanzielle Risiken auf die Krankenhäuser und gefährdet damit Personalaufbau, Personalentwicklung, Personalbindung, Versorgungsqualität und Patient:innensicherheit.

Besonders problematisch ist, dass ein Anstieg oberhalb des Veränderungswertes nur noch bei verbindlichen Personalvorgaben möglich sein soll. Pflegepersonaluntergrenzen markieren die Schwelle, unterhalb derer Versorgung besonders risikobehaftet wird. Sie sind kein Maßstab für eine bedarfsgerechte Pflegepersonalausstattung. Die geplante Regelung droht daher, Mindestvorgaben faktisch zur Finanzierungsobergrenze zu machen.

Deutlich wird dies insbesondere in versorgungssensiblen Bereichen wie der Geburtshilfe. Eine bedarfsgerechte Versorgung von Schwangeren, Gebärenden, Wöchnerinnen und Neugeborenen setzt verlässliche pflegerische und hebammengeleitete Versorgungsstrukturen voraus. Modelle wie hebammengeleitete Kreißsäle, eine kontinuierliche Begleitung während der Geburt und bedarfsgerechte Betreuungsschlüssel dürfen nicht dadurch ausgebremst werden, dass notwendige Personal- und Strukturkosten im Pflegebudget nicht mehr vollständig refinanzierbar sind.

Dem steht entgegen, dass der Gesetzgeber mit § 137k SGB V und der Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV) bereits eine Grundlage für die Ermittlung bedarfsgerechter Pflegepersonalausstattung geschaffen hat. Die PPR 2.0 für Erwachsene sowie die Kinder- und Kinderintensiv-PPR 2.0 dienen der Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs. Es ist fachlich widersprüchlich, diese Instrumente einzuführen und zugleich das Pflegebudget an eine hiervon entkoppelte Deckelungslogik zu binden. Hinzu kommt, dass die Krankenhäuser zur Umsetzung der PPBV und der PPR 2.0 bereits erhebliche organisatorische, technische und personelle Strukturen aufgebaut haben. Pflegedirektionen, Pflegefachpersonen, Controlling, Qualitätsmanagement und IT haben Dokumentationsprozesse angepasst, Mitarbeitende geschult, Datenflüsse etabliert und neue Routinen zur Erfassung und Übermittlung der relevanten Daten geschaffen. Diese Aufbauleistung darf bei der Weiterentwicklung des Pflegebudgets nicht ignoriert werden. Es wäre fachlich und steuerungspolitisch widersprüchlich, zunächst Instrumente zur Ermittlung bedarfsgerechter Pflegepersonalausstattung einzuführen und umzusetzen, die hieraus entstehende Datengrundlage dann aber nicht als zentrale Grundlage der Pflegebudgetsteuerung zu nutzen.

Auch die vorgesehene asymmetrische Ausgleichslogik ist abzulehnen. Überschreiten die tatsächlichen Pflegepersonalkosten künftig die vereinbarten Pflegepersonalkosten, soll kein Ausgleich dieser Mehrkosten erfolgen. Minderkosten werden hingegen weiterhin berücksichtigt. Damit entsteht ein einseitiger finanzieller Druck zulasten notwendiger Pflegepersonalentwicklung. Pflegepersonalmehrkosten, die aus dem Pflegebedarf, einer bedarfsgerechten

Personalbemessung, Qualitätsanforderungen, Tarifentwicklung, Personalaufbau oder Qualifikationsentwicklung entstehen, müssen vollständig refinanzierbar bleiben.

Die Einschränkung der Tarifrefinanzierung ist ebenfalls nicht sachgerecht. Tarifsteigerungen in der professionellen Pflege sind keine Fehlentwicklung, sondern Voraussetzung für Personalbindung, Fachpersonalgewinnung und stabile Versorgungsstrukturen. Werden tarifliche Entwicklungen nur anteilig refinanziert, entsteht ein struktureller Druck, notwendige Personalkosten anderweitig zu kompensieren. Das gefährdet die Versorgungssicherheit.

Kritisch ist zudem der Wegfall der gesonderten Berücksichtigung pflegeentlastender Maßnahmen im Pflegebudget. Pflegeentlastende Maßnahmen sind kein nachrangiger Organisationsposten, sondern Voraussetzung dafür, dass Pflegefachpersonen ihre pflegerischen Kernaufgaben wahrnehmen können. Ein Verweis auf die Kalkulation der Fallpauschalen ersetzt keine krankenhausespezifische, zweckgerichtete, nachweisbare und bedarfsgerechte Finanzierung.

Zugleich darf die Abgrenzung pflegebudgetfähiger Personalkosten nicht an einem verkürzten Verständnis „unmittelbarer Patientenversorgung“ ansetzen. Professionelle Pflege lässt sich nicht auf körpernahe, sichtbare Tätigkeiten „am Bett“ reduzieren. Sie umfasst den gesamten Pflegeprozess, insbesondere Pflegebedarfserhebung, Pflegeprozesssteuerung, Pflegeplanung, klinische Beobachtung, Risikoeinschätzung, Beratung, Edukation, An- und Zugehörigenarbeit, Koordination, Entlassungsplanung, Evaluation und Qualitätssicherung. Diese mittelbaren patient:innennahen Aufgaben sind für eine sichere Versorgung und eine angemessene Gestaltung des Versorgungsprozesses unverzichtbar und müssen deshalb im Pflegebudget berücksichtigungsfähig bleiben.

Eine sachgerechte Abgrenzung darf daher nicht tätigkeitsmechanisch erfolgen. Sie muss daran anknüpfen, ob eine Tätigkeit aus individuellem Pflegebedarf, Pflegeprozessverantwortung, Patient:innensicherheit oder pflegesensitiven Qualitätsanforderungen begründet ist. Pflegefremde Tätigkeiten sind demgegenüber solche Tätigkeiten, die primär dem allgemeinen Krankenhausbetrieb, der Infrastruktur, Logistik, Material-, Raum-, Geräte-, Verpflegungs-, Transport-, Dokumenten-, Abrechnungs- oder Serviceorganisation dienen und nicht aus Pflegebedarf oder Pflegeprozessverantwortung folgen.

Hinzu kommt, dass die laufende Krankenhausstrukturreform den pflegerischen Versorgungsbedarf zusätzlich verändern wird. Mit Leistungsgruppen, Qualitätskriterien, Vorhaltevergütung und sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturen werden Versorgungsaufträge, Leistungsprofile und Kooperationsstrukturen neu geordnet. Daraus können veränderte Fallprofile, neue Qualifikationsanforderungen, Spezialisierung, Konzentration oder regionale Sicherstellungsentscheidungen folgen. Eine Fortschreibung des Pflegebudgets auf Grundlage des Vorjahresbudgets bildet diese Veränderungen nicht sachgerecht ab, weil der Vorjahreswert ausschließlich die bisherige Struktur widerspiegelt, nicht aber zwingend den künftigen Pflegepersonalbedarf.

Der DPR fordert daher, die Begrenzung des Pflegebudgets auf den Veränderungswert, die nur anteilige Refinanzierung tariflicher Entwicklungen sowie den Ausschluss des Ausgleichs tatsächlicher Pflegepersonalmehrkosten zu streichen. Das Pflegebudget muss als Schutzinstrument für professionelle Pflege, Versorgungsqualität und Patient:innensicherheit erhalten und als lernendes System weiterentwickelt werden.

Eine sachgerechte Weiterentwicklung muss an bedarfsgerechter Pflegepersonalbemessung, transparenter Mittelverwendung und pflegefachlicher Qualität ansetzen. Pflegepersonalmehrkosten, die aus Pflegebedarf, bedarfsgerechter Personalbemessung, Qualitätsanforderungen, Tarifentwicklung, Personalaufbau, Qualifikationsentwicklung oder veränderten Versorgungsaufträgen entstehen, müssen refinanzierungsfähig bleiben.

#### Nummer 4

#### **§ 6c KHEntgG – Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen**

Mit der Änderung des § 6c KHEntgG wird die für § 6a KHEntgG vorgesehene Begrenzungslogik auf sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen übertragen. Pflegepersonalkosten sollen bei der erstmaligen Vereinbarung des Gesamtvolumens zwar vollständig berücksichtigt werden. In den Folgejahren soll der Anstieg der Pflegepersonalkosten jedoch grundsätzlich an den Veränderungswert gebunden werden. Überschreiten die tatsächlichen Pflegepersonalkosten die vereinbarten Pflegepersonalkosten, soll auch hier künftig kein Ausgleich dieser Mehrkosten erfolgen.

Aus Sicht des DPR ist dies kritisch zu bewerten. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sollen dazu beitragen, wohnortnahe Versorgung zu gestalten und zukünftig zu sichern, Versorgungsbrüche zu vermeiden und stationäre, ambulante und pflegerische Leistungen stärker miteinander zu verbinden. Dafür ist eine bedarfsgerechte, qualitätsgesicherte und patient:innenorientierte pflegerische Versorgung zwingende Voraussetzung.

Eine Finanzierungssystematik, die Pflegepersonalkosten in diesen Einrichtungen in den Folgejahren im Wesentlichen an Vorjahreswerte und den Veränderungswert bindet, bildet diesen Versorgungsauftrag nicht sachgerecht ab. Gerade in der Aufbau- und Transformationsphase können neue pflegerische Aufgaben, Koordinationsanforderungen, Schnittstellenfunktionen und qualifikationsgebundene Rollen erforderlich werden, die bislang nicht in verbindlichen Personalvorgaben abgebildet sind.

Der DPR lehnt daher die pauschale Übertragung der Deckelungslogik auf sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen ab. Wenn diese Einrichtungen wohnortnahe, sektorenübergreifende, geriatrische, ambulante, pflegerische und präventionsorientierte Versorgung weiterentwickeln sollen, müssen die dafür notwendigen Pflegepersonalkosten bedarfsgerecht refinanzierbar sein.

Dazu gehören insbesondere pflegerische Koordination, Beratung, Prävention, Gesundheitsförderung, Case- und Care-Management, APN, CHN sowie Pflegefachpersonen mit erweiterten Kompetenzen. Eine Finanzierung, die Mehrbedarfe nur bei bereits bestehenden gesetzlichen oder untergesetzlichen Personalvorgaben berücksichtigt, würde diese Entwicklung strukturell ausbremsen.

Der DPR fordert daher, § 6c KHEntgG transformationssensibel auszugestalten. Pflegepersonalkosten in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen müssen sich am jeweiligen Versorgungsauftrag, am regionalen Bedarf, an den pflegerischen Aufgabenprofilen und an der Aufbauphase der Einrichtung orientieren. Die Refinanzierung darf nicht allein an Vorjahreswerte und den Veränderungswert geknüpft werden.

#### Zu Nummer 6 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb)

#### **§ 9 Absatz 1 Nummer 7 KHEntgG – Vereinbarung auf Bundesebene**

Mit der Änderung des § 9 Absatz 1 Nummer 7 KHEntgG wird die Regelung zur Vereinbarung der Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen und einer anteiligen Erhöhungsrates durch die Vertragsparteien auf Bundesebene neu gefasst. Anders als noch im Referentenentwurf vorgesehen, wird die Vorschrift nicht gestrichen, sondern an die neue Systematik der Tarifrefinanzierung angepasst.

Diese Änderung ist im Zusammenhang mit den vorgesehenen Neuregelungen zum Pflegebudget zu bewerten. Nach der Gesetzesbegründung soll infolge der Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip künftig auch das Pflegepersonal in der unmittelbaren Patient:innenversorgung auf bettenführenden Stationen in die anteilige Tarifrefinanzierung einbezogen werden. Damit würde die bisherige gesonderte vollständige Berücksichtigung tariflicher Entwicklungen für Pflegepersonal entfallen. Die Tarifrefinanzierung wird damit nicht mehr konsequent an den tatsächlich entstehenden tarifbedingten Pflegepersonalkosten ausgerichtet, sondern in die allgemeine Begrenzungslogik der Krankenhausfinanzierung überführt.

Der DPR lehnt diese Einbeziehung des Pflegepersonals in eine nur anteilige Tarifierfinanzierung ab. Tarifsteigerungen in der professionellen Pflege sind 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 stabile Personalentwicklung politisch einfordert, kann tarifliche Entwicklungen 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. Sie ist Voraussetzung dafür, dass notwendige Verbesserungen bei Vergütung und Beschäftigungsbedingungen wirksam werden können. Eine nur anteilige Refinanzierung tariflicher Entwicklungen erzeugt wirtschaftlichen Druck, notwendige Pflegepersonalkosten an anderer Stelle zu kompensieren. Dies gefährdet Personalentwicklung, Personalbindung, Versorgungsqualität und Patient:innensicherheit.

Der DPR fordert daher, die vollständige Refinanzierung tarifbedingter Pflegepersonalkosten im Rahmen des Pflegebudgets sicherzustellen. Die Neufassung des § 9 Absatz 1 Nummer 7 KHEntgG darf nicht dazu führen, dass Pflegepersonal in eine lediglich anteilige Tarifierfinanzierung überführt wird. Das Pflegebudget muss als eigenständiges Schutzinstrument erhalten bleiben. Tarifliche Entwicklungen des Pflegepersonals müssen innerhalb dieser Systematik vollständig abgebildet werden.

Dies gilt für alle im Pflegebudget berücksichtigungsfähigen Pflegepersonalkosten, insbesondere für Pflegepersonal in der unmittelbaren Patient:innenversorgung sowie für Pflegepersonalkosten im Zusammenhang mit bedarfsgerechter Personalbemessung, Qualifikationsanforderungen, Personalaufbau, Praxisanleitung, akademisierter Pflege und professionsentwickelnden Rollenprofilen. Die in § 6a KHEntgG vorgesehene Begrenzungslogik darf nicht zusätzlich über die Tarifmechanik des § 9 Absatz 1 Nummer 7 KHEntgG abgesichert werden.

Eine Stabilisierung der GKV-Finzen darf nicht dadurch erreicht werden, dass tariflich gebotene Pflegepersonalkosten nur noch anteilig refinanziert und damit von der tatsächlichen Tarifentwicklung entkoppelt werden.

### Zu Nummer 7

#### **§ 10 KHEntgG – Vereinbarung auf Landesebene, Verordnungsermächtigung**

Mit der Änderung des § 10 KHEntgG wird die Berücksichtigung tariflicher Entwicklungen im Rahmen der Krankenhausvergütung rechnerisch umgesetzt. Tarifsteigerungen oberhalb des Veränderungswertes sollen künftig nur noch anteilig berücksichtigt werden. Gegenüber dem Referentenentwurf stellt dies zwar eine begrenzte Entschärfung dar, weil tarifliche Entwicklungen oberhalb des Veränderungswertes nicht vollständig unberücksichtigt bleiben. Die grundsätzliche Abkehr von der vollständigen Refinanzierung tariflicher Entwicklungen wird dadurch jedoch nicht aufgehoben.

Soweit reale Kostenentwicklungen durch die neue Systematik nicht mehr angemessen abgebildet werden, verstärkt dies die Risiken, die bereits durch die geplanten Eingriffe in Pflegebudget und Tarifierfinanzierung entstehen. Aus pflegfachlicher Sicht ist dabei entscheidend, dass allgemeine Begrenzungen der Krankenhausvergütung nicht zusätzlich Druck auf Pflegepersonalentwicklung, Qualifikationsaufbau und Versorgungsqualität erzeugen dürfen.

Der DPR bewertet dies kritisch, soweit dadurch tarifbedingte Pflegepersonalkosten nur noch teilweise refinanziert werden. Auch eine anteilige Berücksichtigung bleibt hinter dem Erfordernis zurück, tarifliche Entwicklungen in der professionellen Pflege vollständig abzubilden und verlässlich zu finanzieren. Wird diese Refinanzierungslogik zurückgenommen, sendet dies ein falsches Signal: Einerseits soll professionelle Pflege mehr Verantwortung übernehmen und eine tragende Rolle in einer bedarfsgerechten und zukunftsfähigen Versorgung einnehmen. Andererseits werden ausgerechnet die finanziellen Grundlagen geschwächt, die für stabile Personalstrukturen und verlässliche Arbeitsbedingungen erforderlich sind.

§ 10 KHEntgG ist Teil der gesetzlich angelegten Gesamtmechanik zur Einschränkung der bisherigen vollständigen Tarifrefinanzierung. Der DPR fordert daher, die Regelungen in § 6a, § 9 Absatz 1 Nummer 7 und § 10 KHEntgG insgesamt so anzupassen, dass tarifbedingte Pflegepersonalkosten im Rahmen des Pflegebudgets weiterhin vollständig refinanzierbar bleiben. Die professionelle Pflege darf nicht durch das Zusammenspiel von Pflegebudgetbegrenzung, anteiliger Erhöhungsrates und Tarifmechanik von der tatsächlichen Tarifentwicklung entkoppelt werden.

## **Artikel 4**

### **Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**

#### Zu Nummer 2

#### **§ 17b Absatz 2a KHG – Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung**

Mit § 17b Absatz 2a KHG werden die Grundlagen für die Einführung von Kurzzeitfallpauschalen geschaffen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) soll 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 erarbeiten. Auf dieser Grundlage sollen die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 KHG bis zum 30. April 2027 eine Vereinbarung schließen. Die Kurzzeitfallpauschalen sollen erstmals im Entgeltkatalog für das Jahr 2028 ausgewiesen werden. Zugleich sollen die Vertragsparteien prüfen, welche der mit Kurzzeitfallpauschalen vergüteten Fälle künftig ambulant erbracht und gegebenenfalls in den AOP-Katalog (Katalog ambulant durchführbarer Operationen und stationsersetzender Eingriffe und Behandlungen) überführt werden können.

Der DPR erkennt an, dass Kurzzeitfallpauschalen ein Instrument sein können, um geeignete stationäre Aufenthalte zu verkürzen, verzichtbare Übernachtungen zu vermeiden und Ambulantisierungspotenziale zu erschließen. Die Ausgestaltung darf jedoch nicht allein aus abrechnungs-, verweildauer- oder mengensteuernder Perspektive erfolgen. Gerade kurze stationäre Aufenthalte können mit erheblichem pflegerischem Aufwand verbunden sein, etwa bei klinischer Beobachtung, Risikoerkennung, Mobilisation, Beratung, Edukation, Koordination, Entlassmanagement und Überleitung in die Anschlussversorgung.

Ambulantisierung gelingt nicht allein durch eine veränderte Vergütungssystematik. Sie setzt voraus, dass pflegerische Versorgung vor, während und nach einem kurzen stationären Aufenthalt gesichert ist. Dazu gehören eine pflegfachliche Einschätzung des Unterstützungs- und Versorgungsbedarfs, eine strukturierte Überleitung sowie eine tragfähige nachstationäre, ambulante oder häusliche Anschlussversorgung. Andernfalls besteht die Gefahr, dass Versorgungsverantwortung in den ambulanten Bereich, in die häusliche Krankenpflege, in Pflegeeinrichtungen oder auf An- und Zugehörige verlagert wird, ohne dass die hierfür erforderlichen pflegerischen Strukturen abgesichert sind.

Der DPR fordert daher, bei der Entwicklung, Kalkulation und jährlichen Weiterentwicklung der Kurzzeitfallpauschalen pflegfachliche Anforderungen verbindlich zu berücksichtigen. Dies betrifft insbesondere Pflegebedarf, pflegerische Risikoerkennung, Entlass- und Überleitungsmanagement sowie die Sicherung der Anschlussversorgung. Die Vertragsparteien müssen verpflichtet werden, bei der Festlegung geeigneter Fallgruppen und bei der Prüfung einer Überführung in den AOP-Katalog auch die pflegerische Versorgungsrealität und die Verfügbarkeit nachstationärer pflegerischer Anschlussstrukturen einzubeziehen. Die vorgesehene Berichterstattung an das BMG zu den Auswirkungen der Kurzzeitfallpauschalen auf die Versorgung muss pflegfachliche Kriterien und pflegesensitive Qualitätsindikatoren ausdrücklich erfassen.

Die Regelungen in § 8 Absatz 5a und § 9 Absatz 1 Nummer 11 KHEntgG sind entsprechend so auszugestalten, dass Kurzzeitfallpauschalen nicht zu Fehlanreizen zulasten pflegerischer Versorgung führen. Vorgaben zur Vermeidung von Fallzahlausweitungen sind notwendig, reichen aber nicht aus. Ebenso erforderlich ist eine versorgungsqualitätsbezogene Absicherung, damit akutstationäre Verweildauerverkürzung und Ambulantisierung nicht auf Kosten von Patient:innensicherheit, Pflegequalität und Versorgungskontinuität erfolgen.

## **Artikel 5**

### **Änderung der Bundespflegesatzverordnung**

Mit den Änderungen der Bundespflegesatzverordnung wird die Begrenzung der Vergütungsentwicklung über den Veränderungswert auch auf den Bereich psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen übertragen.

Der DPR weist darauf hin, dass professionelle Pflege auch in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ein zentraler Bestandteil bedarfsgerechter und qualitativ hochwertiger Versorgung ist. Pflegefachpersonen übernehmen dort unter anderem Aufgaben der Beziehungsgestaltung, Krisenintervention, Deeskalation, Beobachtung, somatischen Mitversorgung, An- und Zugehörigenarbeit und multiprofessionellen Koordination.

Eine pauschale Begrenzung der Vergütungsentwicklung darf nicht dazu führen, dass notwendige Pflegepersonal-, Tarif- und Qualifikationskosten in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen strukturell unterfinanziert werden. Der DPR fordert daher, auch in diesem Bereich sicherzustellen, dass pflegerischer Versorgungsbedarf, Patient:innensicherheit, Qualifikationsanforderungen und Tarifentwicklung refinanzierungsrechtlich abgebildet bleiben.

Berlin, 18.06.2026

Kontakt:

Deutscher Pflegerat e.V. (DPR)

Tel.: + 49 30 / 398 77 303

Alt-Moabit 91

10559 Berlin

E-Mail: [info@deutscher-pflegerat.de](mailto:info@deutscher-pflegerat.de)

[www.deutscher-pflegerat.de](http://www.deutscher-pflegerat.de)