



STELLUNGNAHME des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands (VUD)

für die Anhörung im Bundestagsgesundheitsausschuss am
7. Oktober 2026 zu Änderungsanträgen der Fraktionen der
CDU/CSU und SPD

zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung – Folgeregelungen zum GKV- Beitragssatzstabilisierungsgesetz

Änderungsantrag Nr. 1:

Umsetzung der Entschließung zur Psychotherapie und Übergangsregelung Hybrid-DRG

Sachverhalt:

Die Regelung zu § 115f SGB V sieht die Abwicklung der Hybrid-DRGs vor. Dazu wird im kommenden Jahr zwischen Hybrid-DRG-Fällen mit und ohne Übernachtung unterschieden. Hybrid-DRG-Fälle ohne Übernachtung sollen im Jahr 2027 nur mehr die Vergütung gemäß EBM erhalten, wohingegen Hybrid-DRG-Fälle mit mind. einer Übernachtung weiterhin mit den Hybrid-DRG-Fallpauschalen vergütet werden. Für letztgenannte Fälle soll ab dem Jahr 2028 die Vergütung mittels Kurzzeitfallpauschale eingeführt werden. Diese orientiert sich an der geltenden Vergütung der Hybrid-DRG-Fallpauschalen.

Bewertung:

Tendenziell ist die Intention der Regelung nachvollziehbar. Es ist sachgerecht, künftig bei Einführung der Kurzzeitfallpauschale auf das bestehende Instrument der Hybrid-DRGs komplett zu verzichten, um nicht gleichzeitig Überschneidungs-/Abgrenzungsprobleme mit den Hybrid-DRGs zu erzeugen. Zuletzt hat die enorme Leistungsausweitung der Hybrid-DRG-Fälle gerade im vertragsärztlichen Bereich wirtschaftliche Anreize durch die über EBM-Niveau liegende Hybrid-DRG-Vergütung vermuten lassen. Allerdings ist für Krankenhäuser eine Vergütung der Hybrid-DRG-Fälle ohne Übernachtung auf EBM-Niveau nicht kostendeckend. Krankenhäuser erbringen im Rahmen der Hybrid-DRG-Versorgung häufig Leistungen, die sich von denjenigen der vertragsärztlichen Versorgung unterscheiden, u.a. weil sie in anderen Strukturen, mit einer anderen Ausstattung oder teilweise auch innerhalb derselben Hybrid-DRG umfangreichere Leistungen erbracht werden. Eine Absenkung der Vergütung auf EBM-Niveau geht daher zu besonderen Lasten der Krankenhäuser.

Darüber hinaus gibt es Hybrid-DRG-Leistungen, die zwar überwiegend jedoch nicht zwingend mit einer Übernachtung verbunden sind. Für derartige Leistungen, die eine geringe Quote von sog. Same-Day-Fällen aufweisen, ist insbesondere zu prüfen, ob sie tatsächlich im EBM-Katalog abgebildet sind: z.B. ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen (Hybrid-DRG F50M), laparoskopische Cholezystektomie (Hybrid-DRG H08M), kleine Eingriffe an den Harnorganen (Hybrid-DRG L06M). Für solche Fälle ist im kommenden wie auch in den nachfolgenden Jahren eine sachgerechte Vergütung sicher zu stellen.

Grundsätzlich in Frage zu stellen ist die Vergütung der Hybrid-DRG-Fälle mit mind. einer Übernachtung im kommenden Jahr. Sie soll zugleich die Obergrenze für Kurzzeitfälle ab 2028 vorgeben. Bislang ergibt



sie sich aus einer Mischkalkulation von ambulanter EBM-Vergütung und den Kostendaten der Krankenhäuser. Infolge der Abgrenzung zwischen Hybrid-Fällen mit und ohne Übernachtung wäre es konsequent und sachgerecht, für die Ermittlung der Vergütung der Hybrid-DRG-Fälle mit Übernachtung ausschließlich die Kostendaten der Krankenhäuser heranzuziehen. Diese müssen gleichermaßen den Ausgangswert für die Ermittlung der Vergütung der Kurzzeitfallpauschalen ab dem Jahr 2028 bilden.

Änderungsantrag Nr. 3:

Einführung einer zusätzlichen Prüfquotenklasse von 1 Prozent für Krankenhäuser mit geringen Auffälligkeiten in der Krankenhausabrechnung

Sachverhalt:

Der bisherige Gesetzestext sieht eine Erhöhung der Schwellenwerte für die Prüfquote selbst und zugleich eine Anhebung der Abrechnungsprüfungen vor. Mit dem Änderungsantrag soll bei Krankenhäusern mit mindestens 90% unbeanstandeten Abrechnungen eine weitere Prüfquotenklasse von 1% eingeführt werden.

Bewertung:

Die Zielsetzung einer regelkonformen Rechnungslegung wird weiterhin ausdrücklich befürwortet und unterstützt. Dabei bleibt 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 weiterhin 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. Die nun eingebrachte zusätzliche quartalsbezogene Prüfquotenklasse von 1% für Krankenhäuser mit 90% oder mehr unbeanstandeten Abrechnungen durch den Medizinischen Dienst, wirkt der geschilderten systematischen Problematik nicht entgegen.



Änderungsantrag Nr. 4:

**Rechnungszuschlag ab 2027 für nicht-universitäre somatische und psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser;
Rechnungszuschlag 2027 für Universitätskliniken und ab 2028 stattdessen
Erhöhung Zuschlag für spezielle Vorhaltung von Universitätskliniken**

Sachverhalt:

Gemäß der Protokollerklärung der Bundesregierung zum Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens zum GVK-Beitragssatzstabilisierungsgesetz am 11. Juli 2026 im Deutschen Bundesrat wird der Zuschlag für die spezielle Vorhaltung der Universitätsklinika für das Jahr 2027 über einen Rechnungszuschlag in Höhe von 50,00 Euro und ab 2028 über eine Erhöhung im §38 KHG um 100 Mio. Euro p.a. umgesetzt.

Bewertung:

Die Regelungen im GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz bedeuten für die deutschen Universitätsklinika ab dem Jahr 2027 jährliche Mindereinnahmen von über einer Mrd. Euro. Angesichts der bereits bestehenden Defizitsituation werden die summierten jährlichen Defizite der Universitätsklinika daher voraussichtlich auf ca. zwei Mrd. Euro p.a. anwachsen. Mit der Erhöhung der Zuschüsse für die spezielle Vorhaltung der Universitätsklinika um jährlich 100 Mio. Euro erkennt der Gesetzgeber den ökonomischen Aufwand für die spezielle Vorhaltung zur Patientenbehandlung in den Hochschulkliniken an. Universitätsklinika versorgen insbesondere schwere, komplexe und seltene Erkrankungen, was mit höherem Aufwand verbunden ist. Der Rechnungszuschlag bzw. die Erhöhung für die Finanzierung der speziellen Vorhaltung ab 2028 sind daher sachgerecht und zu begrüßen. Darüber hinaus ist der Ansatz eines Rechnungszuschlags angesichts der Kurzfristigkeit für die Umsetzung für das Kalenderjahr 2027 sehr pragmatisch und positiv zu bewerten. Für die systematische Einordnung ist die gesetzliche Verankerung im §38 KHG ab dem Jahr 2028 auf dann 175 Mio. Euro für die spezielle Vorhaltung der Hochschulkliniken richtig verortet.

Änderungsantrag Nr. 7:

Apothekenbezogene Ausschreibungen für Zytostatika

Sachverhalt:

Krankenkassen und Apothekerverbände können auf Landesebene Verträge zur Ausschreibung parenteraler Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln in der Onkologie zur unmittelbaren Ärztlichen Anwendung für ambulante Patienten vereinbaren.

Bewertung:

Exklusivausschreibungen wurden bereits 2016 eingeführt, aber angesichts negativer Auswirkungen in der Patientenversorgung bereits Anfang 2017 wieder abgeschafft. Die damaligen Erfahrungen zeigen, dass Ausschreibungsmodelle für Zytostatika die Versorgungssicherheit und Patientensicherheit gefährden können. Der Änderungsantrag ist daher abzulehnen.



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

Kontakt

Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD)

Jens Bussmann

Alt-Moabit 96

10559 Berlin

info@uniklinika.de

www.uniklinika.de

Tel. +49 (0)30 3940517-0