Stellungnahme

des

Marburger Bund Bundesverbandes

zum

Regierungsentwurf

Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung

(GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)

vom 29.04.2026

Reinhardtstraße 36
10117 Berlin
Telefon 030 746846-0
Telefax 030 746846-16
bundesverband@marburger-bund.de
www.marburger-bund.de

Berlin, den 5. Mai 2026

A. Grundsätzliche Anmerkungen

Das Bundeskabinett hat am 29. April 2026 den Gesetzentwurf zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung beschlossen.

Festzustellen ist, dass der Regierungsentwurf gegenüber dem Referentenentwurf nunmehr zwei Zielbilder verfolgt: Neben der Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durch eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik soll ein Sparbeitrag an den Bundeshaushalt geleistet werden durch eine Absenkung des Bundeszuschusses zur GKV von derzeit 14,5 Milliarden Euro um jährlich zwei Milliarden Euro. „Aufgrund der notwendigen Haushaltskonsolidierung des Bundes wird der Bundeszuschuss für die GKV ab dem Jahr 2027 um 2 Milliarden Euro auf 12,5 Milliarden Euro reduziert“, heißt es dazu im Regierungsentwurf.

Absenkung Bundeszuschuss

Mit der beabsichtigten Kürzung des Bundeszuschusses verkennt die Bundesregierung offenbar, dass sich die Solidarität in der Finanzierung auf das Gesundheitswesen und nicht auf den Staatshaushalt bezieht.

Der Bundeszuschuss zum Gesundheitsfonds ist ausdrücklich zur Finanzierung versicherungsfremder Leistungen vorgesehen und deckt ohnehin nur ein Drittel dieser gesamtgesellschaftlichen Aufgaben, die der GKV aufgebürdet werden.

So führt die unzureichende Finanzierung aller versicherungsfremden Leistungen bereits seit Jahren zu einer Unterdeckung im GKV-System. Allein bei den Kosten für die Versorgung von Bürgergeldbeziehenden (zukünftig Grundsicherung) und deren Familienangehörigen entstehen den Krankenkassen laut Finanzkommission jährlich Defizite in Höhe von über 12 Milliarden Euro, die einseitig aus Beitragsmitteln der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden.

Der nunmehr geplante Einstieg in die vollständige Steuerfinanzierung der Gesundheitskosten von Bürgergeldbeziehern ist aus unserer Sicht rein symbolischer Natur, da mit einer ernsthaften und kurzfristigen Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zu rechnen ist. Erst recht nicht angesichts gleichzeitiger Kürzung des Bundeszuschusses in Höhe von zwei Milliarden jährlich:

Die Erhöhung der Beitragspauschale für die Beziehenden von Grundsicherung soll steigend erfolgen ab 2027: 250 Millionen Euro 2027, 500 Millionen Euro 2028, eine Milliarde Euro 2029, 1,5 Milliarden Euro 2030, zwei Milliarden Euro ab 2031. Demnach würden ab 2031

zwei Milliarden gezahlt, gleichzeitig aber zwei Milliarden weniger Bundeszuschuss zum Gesundheitsfonds geleistet. Somit wird das Defizit von aktuell 12 Milliarden Euro auch langfristig nicht ausgeglichen.
Dieses Vorhaben ist ordnungspolitisch nicht vermittelbar und muss geändert werden. Staatliche Aufgaben wie versicherungsfremde Leistungen sind aus Steuern zu finanzieren und können nicht den Beitragszahlern eines solidarischen Krankenversicherungssystems aufgebürdet werden.

Einnahmenorientierten Ausgabenpolitik

Der Regierungsentwurf zielt darauf ab, die Ausgabendynamik der GKV durch eine Vielzahl von Eingriffen auf der Leistungserbringer-, Versicherten- und Einnahmeseite zu dämpfen.
Die vorgesehenen Maßnahmen basieren auf den Empfehlungen der vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eingesetzten Finanzkommission Gesundheit.

Es ist aus Sicht des Marburger Bundes befremdlich, dass aus den zahlreichen Empfehlungen der Finanzkommission insbesondere diejenigen herausgegriffen werden, die die Beitragszahler und die Leistungserbringer besonders belasten. Das umso mehr, als die Finanzierungslücke in der GKV nur kurzzeitig geschlossen werden kann.
Denn anders als noch im Referentenentwurf vorgesehen und unter der Annahme, dass die Prognosen der Finanzkommission eintreten, werde die Finanzierungslücke in den Jahren 2029 und 2030 „nicht vollständig geschlossen“ werden können.

Der Schwerpunkt der geplanten Kürzungen liegt dabei auf der Ausgabenseite. Bereits im kommenden Jahr sollen rund 12 Milliarden Euro bei den Leistungserbringern eingespart werden. Bis 2030 steigt dieser Betrag auf etwa 31 Milliarden Euro. Rund drei Viertel des gesamten Einsparvolumens würden damit über Kürzungen bei den Leistungserbringern realisiert. Einsparungen in dieser Größenordnung lassen sich ohne Einschnitte in der Versorgung nicht erzielen.

Die im Krankenhausbereich vorgesehenen Ausgabenkürzungen werden einen unstrukturierten Kapazitätsabbau befördern.
Dies betrifft insbesondere die geplante Umkehrung der sog. Meistbegünstigungsklausel und die zusätzlich in den Jahren 2027, 2028 und 2029 beabsichtigte Absenkung der Steigerungsrate um einen Prozentpunkt.

Gerade in einer Phase, in der die Krankenhausreform in den Ländern umgesetzt wird, ist das ein verfehlter Ansatz. Wirtschaftlich ohnehin schon stark unter Druck geratene Krankenhäuser, vor allem im ländlichen Bereich, könnten vom Netz gehen, obwohl sie für die zukünftige Versorgungsstruktur dringend benötigt werden.

Die volkswirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitswesens bleibt bei dem Spargesetz völlig außer Betracht. Mehr als sechs Millionen Menschen arbeiten in diesem Sektor. Er ist damit nicht nur ein Ausgabenbereich, sondern einer der größten Beschäftigungszweige in Deutschland.

Eine gute Versorgung sichert Produktivität, reduziert Ausfallzeiten und stabilisiert den Arbeitsmarkt. Eine strikte einnahmeorientierte Ausgabenpolitik kann einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung nicht Rechnung tragen, sondern ist eine Versorgung nach Kassenlage.

Notwendig wäre ein gesellschaftlicher Diskurs darüber, welches Gesundheitssystem die Versicherten sich leisten wollen.

Richtig wäre auch, die in die Wege geleiteten Strukturreformen nun konsequent umzusetzen und nicht durch schnelle Sparpakete zu konterkarieren.

Kostendämpfung versus Strukturreformen

Die von der Finanzkommission Gesundheit erstellte Prognose der mittelfristig erwarteten Lücke zwischen Ausgaben und Einnahmen der GKV erfolgte unter der Annahme, dass weder kurzfristige Ausgabensenkungen noch strukturelle Reformen umgesetzt werden.

Mit der Krankenhausreform, der geplanten ambulanten Notfallreform und dem angekündigten Primärversorgungssystem werden aber Strukturveränderungen auf den Weg gebracht, die zu einer besser abgestimmten Versorgung und auch zu Einsparungen führen sollen.

Allein durch die Notfallreform kann laut Kabinettentwurf vom 22. April 2026 langfristig mit geschätzten jährlichen Minderausgaben von gut 1,2 Milliarden Euro und weiteren noch nicht kalkulierbaren Effizienzgewinnen gerechnet werden.

Die bereits begonnene Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft könnte ab 2035 laut jüngster Schätzungen des RWI Leibnitz-Instituts für Wirtschaftsforschung rund 9 Milliarden Euro jährlich an Ausgaben in der gesetzlichen (GKV) und privaten Krankenversicherung (PKV) einsparen (RWI Leibniz-Instituts für Wirtschaftsforschung).

Eine Abwägung, wie die verschiedenen Reformvorhaben langfristig miteinander in Einklang gebracht werden können, findet im Regierungsentwurf nicht statt.

Tarifrefinanzierung und Tarifautonomie

Während der Referentenentwurf eine vollständige Streichung der Tarifrefinanzierung vorsah, ist im Regierungsentwurf die Rückführung der 100%-Tarifrefinanzierung auf 50% vorgesehen.

Das ist zwar ein Signal, dass der Bund den bestehenden Gegenfinanzierungsbedarf bei den Personalkosten sieht, wird aber in der Gesamtbetrachtung nicht ausreichen.

Wertschätzende Tarifabschlüsse sind eine Voraussetzung, um das Personal in der Patientenversorgung zu halten. Kürzungen an dieser Stelle führen zwangsläufig zu größeren Verteilungskämpfen und im schlimmsten Fall auch zu Abwanderungen aus der Patientenversorgung.

Steigende Personalkosten durch Tarifabschlüsse erwachsen aus dem Bemühen, qualifiziertes und motiviertes Personal ins Krankenhaus zu lenken und dort zu halten. Löhne und Gehälter müssen Verantwortung und Belastung widerspiegeln und dem Vergleich mit anderen Wirtschaftsbereichen standhalten. Ein entsprechender „Sonderdeckel“ wie die Koppelung an die Einnahmeseite ist kontraproduktiv und führt nur zur weiteren Arbeitsverdichtung.

Die geplante Begrenzung der Tarifkostenrefinanzierung offenbart zudem ein problematisches Verständnis von Tarifautonomie. Das Ministerium will nach eigener Aussage Anreize stärken, Tarifabschlüsse zu vereinbaren, die sich an der gesamtwirtschaftlichen Lohnentwicklung bzw. der Grundlohnrate orientieren. Tarifautonomie bedeutet aber, dass Arbeitgeber und Gewerkschaften Löhne eigenständig und entsprechend der tatsächlichen Arbeits- und Marktbedingungen vereinbaren – und eben nicht nach Vorgaben und Wünschen der Politik.

Weiterer Bürokratieaufbau

Der Marburger Bund lehnt Regelungen des Regierungsentwurfs ab, die zum Aufbau neuer bürokratischer Strukturen mit weiteren Kosten führen.

Das betrifft insbesondere die Regelungen zu den Prüfungen des Medizinischen Dienste, ein obligatorisches Zweitmeinungsverfahren sowie die Möglichkeit der Teilkrankschreibung.

Zum Bürokratieabbau liegen auch vom Marburger Bund seit Langem zahlreiche Vorschläge vor.

Der Marburger Bund fordert, dass finanzwirksame Maßnahmen durch Abbau von Bürokratie Eingang in das Spargesetz finden.

Höhere Steuern auf Genussmittel

Positiv zu bewerten ist die angekündigte Einführung einer Abgabe auf stark zuckerhaltige Getränke ab dem Jahr 2028.

Gleichwohl fehlt das klare Bekenntnis zur Stärkung der Prävention: In zentralen Bereichen wie der Tabak-, Alkohol- und Ernährungspolitik liegt Deutschland im europäischen Vergleich weit hinten. Mit einer Zuckersteuer und anderen Maßnahmen zur Prävention werden nicht nur Einnahmen generiert und Kosten gespart, sondern auch Erkrankungen vermieden.

Der Marburger Bundes hatte die Bundesregierung bereits im November 2025 aufgefordert, höhere Steuern auf die gesundheitsschädigenden Genussmittel Alkohol, Nikotin und Zucker als Steuerungselement zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit einzuführen.

Ein erheblicher Teil der Ausgaben der GKV entfällt auf die Behandlung kostenintensiver nichtübertragbarer Erkrankungen, von denen viele im Zusammenhang mit wenigen verhaltensbezogenen Risikofaktoren stehen, insbesondere dem Konsum von Tabak, Alkohol und ungesunder Ernährung, Fiskalische Maßnahmen gelten international als eine der wirksamsten und kosteneffektivsten Instrumente, um deren gesundheitsschädlichen Konsum zu reduzieren, heißt es in dem Bericht der Finanzkommission. Die Einführung einer Süßgetränkesteuer würde dazu beitragen, die Krankenkassenbeiträge langfristig zu stabilisieren (Empfehlung Nr. 66). Gleiches gilt für die Erhöhung der Alkohol- und Tabaksteuern (Empfehlungen 64 und 65). Insgesamt könnten allein durch Erhöhung dieser Steuern jährlich über 2 Milliarden Euro Einsparungen in der GKV erzielt werden.

Der Marburger Bund hält eine grundlegende Überarbeitung des Regierungsentwurfes eines GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz für dringend erforderlich und nimmt nachstehend zu einzelnen Regelungen Stellung.

B. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen

Artikel 1

(Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10 – § 27b (Zweitmeinung)

Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1 normiert einen Anspruch des Versicherten auf Einholung einer Zweitmeinung. Nach der Neuregelung soll zukünftig unterschieden werden zwischen einer freiwilligen Einholung einer Zweitmeinung und einer verpflichtend einzuholenden Zweitmeinung in den Fällen eines neuen Absatz 3. Dieser sieht vor, dass für bestimmte Eingriffe ein Nachweis über eine eingeholte Zweitmeinung Vergütungsvoraussetzung ist. Der G-BA soll ab dem 1. Januar 2027 jährlich mindestens einen solchen Eingriff bestimmen, erstmals bis zum 31. März 2027.

Der Marburger Bund unterstützt grundsätzlich die Inanspruchnahme einer ärztlichen Zweitmeinung als Anspruch des Versicherten, soweit das Verfahren praktikabel ist und für den Patienten keine zusätzliche Belastung darstellt.

Ein rechtlicher Anspruch auf eine freiwillige Zweitmeinung besteht aktuell bei den folgenden vom G-BA festgelegten Eingriffen:

- Amputation beim diabetischen Fußsyndrom
- Eingriffe an Aortenaneurysmen
- Eingriffe an der Halsschlagader
- Eingriff an der Wirbelsäule
- Eingriff an Gaumen- oder Rachenmandeln (Tonsillektomie, Tonsillotomie)
- Eingriffe bei lokal begrenztem und nicht metastasiertem Prostatakarzinom
- Eingriffe zum Hüftgelenkersatz
- Einsetzen einer Knieendoprothese
- Einsetzen eines Herzschrittmachers oder eines Defibrillators
- Gallenblasenentfernung (Cholezystektomie)
- Gebärmutterentfernung (Hysterektomie)
- Gelenkspiegelungen an der Schulter (Schulterarthroskopie)
- Herzkatheteruntersuchung und Ablationen (Verödungen) am Herzen.

Die nunmehr beabsichtigte obligatorische Zweitmeinung sehen wir allerdings kritisch. Die konkrete Ausgestaltung führt dazu, dass die Abrechenbarkeit planbarer Eingriffe faktisch an das Vorliegen einer Zweitmeinung gekoppelt wird. Das hat eine klare Konsequenz für die

Patientinnen und Patienten, denn der Prozess wird länger dauern. Die Wartezeiten auf einen Zweitmeinungstermin werden teils erheblich sein und lange Wege in Anspruch nehmen. Denn der Aufbau eines ausreichenden Pools von Zweitmeinenden dürfte auch angesichts der im Regierungsentwurf formulierten erheblichen Anforderungen an diese schwierig sein.

Die Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) legt jährlich einen Bericht zu den bundesweiten Genehmigungen von Zweitmeinenden vor. Der im März 2026 vorgelegte Bericht für das Jahr 2024 zeigt am Beispiel der von der Finanzkommission für ein obligatorisches Zweitmeinungsverfahren vorgeschlagenen Eingriffs der Knieendoprothesen-Erstimplantation aktuell 551 berechtigte Zweitmeiner für etwa 221.000 Eingriffe im Jahr. Das Zahlenverhältnis zeigt, dass mit unverhältnismäßig langen Wartezeiten zu rechnen wäre insbesondere für Patienten, die zukünftig eine Zweitmeinung einholen müssen.

Zu bedenken ist weiterhin, dass bei Ärztinnen und Ärzten, die Zweitmeinungseinschätzungen abgeben, direkte Termine zur Patientenversorgung reduziert werden.

Schließlich soll das Ergebnis einer obligatorischen Zweitmeinung keinen Einfluss auf die Durchführung des Eingriffs haben. Sie muss nur als Abrechnungsvoraussetzung vorliegen. Angesichts der hohen bürokratischen Anforderungen an dieses Verfahren stellen wir uns die Frage des tatsächlichen Nutzens für die Patienten. Im Gegenteil steht zu befürchten, dass Engpässe aufgrund eines nicht ausreichenden Pools der Zweitmeiner zu Lasten der Patienten gehen.

Einer Änderung bedarf zudem das in Absatz 6 beschriebene Verfahren:
Zum einen ist eine ärztliche Aufklärungspflicht gegenüber den Versicherten über die Einholung einer Zweitmeinung mit Blick auf die im Patientenrechtegesetz normierte Aufklärungspflicht (§ 630e BGB) irreführend. Den Patienten soll letztlich nur verdeutlicht werden, dass eine obligatorische Zweitmeinung erforderlich ist, damit die Leistung gegenüber der GKV vom Krankenhaus abgerechnet werden kann.
Zum anderen ist ein Zeitraum von 15 Tagen vor einem geplanten Eingriff zur Einholung einer obligatorischen Zweitmeinung weder sinnvoll noch praktikabel. Sinnvoll kann das Einholen einer ärztlichen Zweitmeinung doch nur vor der Terminierung eines Eingriffs sein und nicht erst, wenn der Termin für den Eingriff bereits feststeht.

Nr. 25 – § 71 Absatz 2 und 3 (Beitragssatzstabilität)

Die Grundlohnrate wird als feste Obergrenze für die Vergütungsvereinbarungen im SGB V festgelegt. Die durchschnittliche Veränderungsrate wird für die Jahre 2028 und 2029 ohne die Wirkung der außerordentlichen Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze um 300 Euro monatlich im Jahr 2027 ermittelt. Das Ergebnis der Ermittlung ist in den Jahren 2027, 2028 und 2029 jeweils um einen Prozentpunkt zu mindern.

Die vorgesehenen Regelungen sind dringend zu entschärfen, da sie unverhältnismäßig sind, die Umsetzung der Krankenausreform und die Patientenversorgung gefährden und dem realen Versorgungsbedarf nicht gerecht werden.
Die Festlegung der Grundlohnrate als feste Obergrenze ist unverhältnismäßig, weil keine Ausnahme- oder Härtefallregelungen für außergewöhnliche Kostenentwicklungen vorgesehen werden, etwa infolge von Energiekrisen oder Inflation. Auch eine Erhöhung von Arzneimittelkosten schlagen auf den Krankenhausbereich direkt durch. Eine Fortdauer der volatilen weltpolitischen Lage ist zu befürchten. Externe Kostenfaktoren wie etwa die Inflationssprünge der Jahre 2022 und 2023, schlagen aber aufgrund der zeitlichen Verzögerung nicht zeitnah auf die Erlöse durch. Die Kosten steigen unmittelbar, während die Veränderungsrate aufgrund ihrer Berechnungslogik erst mit erheblicher Verzögerung reagiert. Dadurch können massive Finanzierungslücken entstehen, die eine wirtschaftliche Betriebsführung der Krankenhäuser gefährden. Das schlägt sich auf die Personalvorhaltung und letztlich auf die Patientenversorgung nieder, da ein erheblicher Teil l der Betriebskosten auf das Personal entfallen.

Die Nichtberücksichtigung einer außerordentlichen Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in der Veränderungsrate für die Jahre 2028 und 2029 ist nicht sachgerecht.

Die zusätzliche 1%-Kürzung der Veränderungsrate in den Jahren 2027 bis 2029 ist willkürlich. Da die Veränderungsrate aus retrospektiven Daten berechnet wird, gibt es keinen zeitlichen Verzug der Einnahmen zum Nachteil der Krankenkassen. Ein zusätzlicher Abschlag verstärkt den bestehenden Zeitversatz noch und führt zu einer weiteren Entkopplung von tatsächlicher Kostenentwicklung und Vergütung mit vollkommen ungerechtfertigten Kürzungen.

Nr. 42 - § 115f (Hybrid-DRG und Kurzzeitfallpauschalen)

Fälle, die von Krankenhäusern erbracht und mit den neuen Kurzzeitfallpauschalen vergütet werden, sind auf die Hybrid-Fallzahlvorgaben anzurechnen.

Die Anpassung in Folge der Neueinführung der Kurzzeitfallpauschalen wird begrüßt, da die gesetzlich vorgesehene beachtliche Volumensteigerung der Hybrid-DRG für die Jahre 2028 (1,5 Mio. vollstationäre Fälle) und 2030 (2 Mio. vollstationäre Fälle) allein mit Behandlungsfällen, die nach § 115f SGB V vergütet werden, sehr kritisch gesehen wird.

Nr. 60 - § 221 (Bundeszuschuss Gesundheitsfonds)

Der Zuschuss des Bundes soll ab dem Jahr 2027 jährlich 12,5 Milliarden Euro statt 14,5 Milliarden betragen. Die Absenkung sei aufgrund der notwendigen Haushaltskonsolidierung des Bundes erforderlich.
Unabhängig davon, dass der Marburger Bund eine solche Kürzung ablehnt (siehe A. allgemeine Anmerkungen) bedarf es einer Klarstellung über die Dauer der Kürzung. Nach der geplanten Formulierung im Gesetz erfolgt die Kürzung ab 2027 unbefristet.
Die Berechnungen in dem Entwurf umfassen allerdings nur den Zeitraum bis zum Jahr 2030. In der Pressekonferenz der Gesundheitsministerin zum Regierungsentwurf am 29.04.2026 hatte diese auch von Kürzungen über vier Jahre gesprochen, also von 2027 bis 2030.

Nr. 62 - § 232a Absatz 1 - (Bezieher von Grundsicherung)

Um die Beteiligung des Bundes an den Kosten der gesundheitlichen Versorgung von Bezieherinnen und Beziehern von Grundsicherung zu steigern, wird der Wert der für diesen Personenkreis als Beitragsbemessungsgrundlage heranzuziehenden beitragspflichtigen Einnahmen erhöht: Für deren Ermittlung wird der Faktor, mit dem die monatliche Bezugsgröße zu multiplizieren ist, in fünf Schritten ab dem Jahr 2027 erhöht. In den Jahren 2027 und 2028 wird auf diese Weise das vom Bund getragene Beitragsaufkommen für die Bezieherinnen und Bezieher von Grundsicherung jeweils um rund 250 Millionen gesteigert. In den Jahren 2029, 2030 und 2031 entspricht der jährliche Anstieg jeweils 500 Millionen Euro, so dass ab 2031 jährlich zusätzlich 2 Milliarden Euro gegenüber dem Jahr 2026 durch den Bund gezahlt werden.

Wie diese Regelung mit der geplanten Kürzung des Bundeszuschusses in § 221 in Einklang zu bringen ist, erschließt sich nicht. Darüber hinaus weisen wir auf eine Diskrepanz zwischen den Tabellen auf Seite 5 und 74 hin. Dort wird das vom Bund im Jahr 2027 zu tragende Beitragsaufkommen mit 0,3 Mrd. Euro ausgewiesen statt mit 0,25 Mrd.

Nr. 66 Buchstabe a) – § 275c Absatz 2 (MD-Prüfungen bei Krankenhausbehandlung)

Die geplante Regelung sieht die Änderung der bisherigen Prüfquote ab dem 01.01.2027 vor. Die bisher niedrigste Prüfquote von bis zu 5 Prozent wird beibehalten. Voraussetzung dafür ist künftig ein Anteil unbeanstandeter Abrechnungen von 80 Prozent oder mehr. Die mittlere Prüfquote wird auf bis zu 15 Prozent erhöht. Krankenhäuser erreichen diese mittlere Prüfquote, wenn ihr Anteil unbeanstandeter Abrechnungen zwischen 60 Prozent und unterhalb von 80 Prozent liegt. Die höchste Prüfquote liegt zukünftig bei bis zu 25 Prozent. Diese wird erreicht, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 60 Prozent liegt. Die für ein Krankenhaus geltende Prüfquote darf zukünftig überschritten werden, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 40 Prozent (bisher 20 Prozent) liegt.

Die Erhöhung der Prüfquoten sowie der Schwellenwerte lehnen wir ab. Eine so massive Ausweitung des Prüfgeschehens führt zu einer Erweiterung von Aufwand und Bürokratie im Krankenhaus und konterkariert das auch vom BMG postulierte Ziel, Bürokratie und Aufwand im Krankenhaus abzubauen.

Es werden die Schwellenwerte für die Festlegung der Prüfquote und zugleich die Prüfquoten selbst angehoben. Das heißt konkret: Krankenhäuser müssen künftig deutlich mehr fehlerfreie Abrechnungen vorweisen, um überhaupt noch in eine niedrige Prüfquote zu kommen. Bisher lag die Grenze bei 60 Prozent unbeanstandeter Abrechnungen, künftig soll sie bei 80 Prozent liegen.

Die mittlere Prüfquote wird von 5 auf 15 Prozent verdreifacht, wenn zwischen 60 bis 80 Prozent der überprüften Rechnungen im Vorquartal unbeanstandet blieben.

Statt höherer Prüfquoten wäre eine Vereinfachung der immer komplexen Abrechnungsregelungen sinnvoll. Denn die Abrechnungsregelungen sind oft unklar definiert, führen zu hoher Fehleranfälligkeit und langwierigen Erörterungsverfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhaus.

Allein die Erhöhung der mittleren Prüfquote auf 15 % würde auf gesamt Deutschland betrachtet bei 17 000 000 Fällen bedeuten, dass beteiligte Ärztinnen und Ärzte 7.500 Monate nicht am Patienten arbeiten können. Dies entspricht 500 Arztstellen.

Artikel 3

(Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 6 Buchstabe b) - § 9 Absatz 1b NEU (Streichung Meistbegünstigungsklausel)

Die Umkehrung der Meistbegünstigungsklausel – es soll zukünftig immer der niedrigere Wert gelten - ist eine reine Sparmaßname.

Mit der postulierten Absicht des Regierungsentwurfes, zukünftig eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik betreiben zu wollen, müsste konsequenterweise der Orientierungswert abgeschafft werden.

Die Steigerungsrate und der Orientierungswert können aus unserer Sicht nicht mehr vergleichen werden, da der Orientierungswert zukünftig auf Grundlage der Daten des jeweiligen Vorjahres aufsetzen soll. Demgegenüber wird die Steigerungsrat hälftig aus den Daten des Vorjahres und des laufenden Jahres ermittelt.

Die Annahme, bestehende Mechanismen wie Steigerungsrate und Orientierungswert würden eine ausreichende Refinanzierung gewährleisten, ist unzutreffend. Denn beide Werte setzen lediglich eine Obergrenze und stellen keinen automatischen Ausgleich sicher. Zudem basiert der Veränderungswert auf Daten der Vergangenheit und führt so auch zur Verzerrung bei der Finanzierung aktueller Kostensteigerungen.

Nr. 7 Buchstabe d) - § 10 Absatz 5 (Tarifrefinanzierung)

Die bisherige vollständige Finanzierung von Tarifsteigerungen, die oberhalb des Veränderungswerts liegen, wird ab dem Jahr 2026 auf eine anteilige Finanzierung reduziert. Bezogen auf die Personalkosten werden für den Pflegedienst sowie für den übrigen nichtärztlichen Personalbereich und für den ärztlichen Personalbereich jeweils 50 Prozent des Unterschieds zwischen dem Veränderungswert und der Tarifrate berücksichtigt.

Während der Referentenentwurf eine vollständige Streichung der Tarifrefinanzierung vorsah, ist im Regierungsentwurf die Rückführung der 100%-Tarifrefinanzierung auf 50% vorgesehen. Das ist zwar ein Signal, dass ein Gegenfinanzierungsbedarf bei den Personalkosten gesehen wird. Bereits die hälftige Refinanzierung für das ärztliche und sonstige nicht-ärztliche Personal hat aber zu einer Unterfinanzierung der Personalkosten geführt.

Die 100% -Regelung zur Tarifrefinanzierung anstelle der seit 2016 geltenden 50% Regelung ist für das ärztliche und sonstige nicht-ärztliche Personal erst im Dezember 2024 im Bundestag als Teil der Verständigung zwischen Bund und Ländern verabschiedet worden,

um die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser bis zum Wirksamwerden der Krankenhausreform zu stabilisieren.
Nun soll die Regelung einer 100% Refinanzierung angesichts der GKV-Finanzlage nicht mehr finanzierbar sein. Es stellt sich die Frage auf welcher Grundlage gesetzliche Regelungen getroffen werden. Es ist kaum nachvollziehbar, dass sich die Prognose zur GKV-Finanzsituation nun gänzlich anders darstellt als im Dezember 2024.

Gleichzeitig das Pflegebudget einzufrieren und die Tarifrefinanzierung zu kürzen hat Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten im Gesundheitswesen wie auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten. Eine verlässliche Personalbemessung und eine gute Versorgungsqualität wird es ohne ein dynamisches Budget nicht geben.

Aus Gewerkschaftssicht offenbart die geplante Begrenzung der Tarifkostenrefinanzierung zudem ein problematisches Verständnis von Tarifautonomie, wenn die Politik explizit Anreize setzen will, Tarifabschlüsse an einen Durchschnittswert, nämlich die Grundlohnrate, zu binden. Tarifautonomie bedeutet, dass Arbeitgeber und Gewerkschaften Löhne eigenständig und entsprechend der tatsächlichen Arbeits- und Marktbedingungen vereinbaren. Eine Stärkung der Tarifanbindung - wie im Koalitionsvertrag vereinbart – wird so nicht gefördert.

Artikel 4
(Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 2 Buchstabe b) – § 17b Absatz 2a -neu- (Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser)

Mit der vorgesehenen Neuregelung soll das DRG-System weiterentwickelt und sollen sogenannte Kurzzeitfallpauschalen als neues Vergütungsinstrument der Krankenhausfinanzierung eingeführt werden. Die neuen Kurzzeitfallpauschalen sollen für stationäre Behandlungsfälle mit einer Behandlungsdauer von bis zu drei Kalendertagen und maximal zwei Übernachtungen gelten. Innerhalb dieses Rahmens sollen Fälle unabhängig ihrer tatsächlichen Verweildauer mit den neuen Kurzzeitfallpauschalen vergütet werden; eine untere Grenzverweildauer ist nicht vorgesehen. Die Kurzzeitfallpauschalen sollen erstmalig für das Jahr 2028 kalkuliert und im Entgeltkatalog 2028 ausgewiesen werden und wirken.

Die Kurzzeitfallpauschalen werden laut Begründung definiert als Bewertungsrelationen für Fallgruppen für stationäre Behandlungsfälle mit einer Behandlungsdauer von bis zu drei Kalendertagen und maximal zwei Übernachtungen und sind gesondert zu kalkulieren.
Bei den neuen Kurzzeitfallpauschalen soll es sich ebenfalls um Fallpauschalen im Sinne des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und des Krankenhausentgeltgesetzes handeln, die ein Teil der jährlichen Weiterentwicklung und Anpassung des aG-DRG-Vergütungssystems sind und im Entgeltkatalog auszuweisen sind.

Grundsätzlich handelt es um einen richtigen Ansatz, eine Möglichkeit zu schaffen, geeignete stationäre Fälle sehr kurz zu behandeln und im DRG-System unabhängig von der tatsächlichen Behandlungsdauer zu vergüten.

Allerdings sind aus MB-Sicht zentrale Fragen bezüglich dieses neuen Leistungsbereiches ungeklärt wie zum Beispiel:

Parallel zu den bereits im SGB V etablierten Bereichen des Ambulanten Operierens im Krankenhaus (AOP-Bereich) und der Speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG-Bereich) soll mit Kurzzeitfallpauschalen ein weiterer Leistungs- und Vergütungsbereich mit ähnlichen Behandlungsfällen eingeführt werden. Dadurch können sich Probleme bei der Abgrenzung und Zuordnung von medizinischen Fällen ergeben.

Unklar ist, welcher bürokratische Nachweispflichten letztlich neu geschaffen werden, insbesondere, ob Kurzzeitfallpauschalen ins Prüfregime des Medizinischen Dienstes fallen sollen.

Wir gehen davon aus, dass die Kurzzeitfallpauschalen Eingang in die Berechnung des Vorhaltebudgets finden. Dies sollte explizit klargestellt werden.