Stellungnahme der BKG
zu den Änderungsanträgen zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz
(Stand: 05.07.2026, 22 Uhr)

Die BKG kann die Annahme einer noch größeren GKV-Finanzlücke für nächstes Jahr nicht nachvollziehen. Die KV 45 im ersten Quartal ist weitgehend von Schätzungen der Kassen abhängig, da die tatsächlichen Kosten des ersten Quartals bei Abgabe der Daten nur teilweise bekannt waren. Zudem ist bei den Ausgabensteigerungen im stationären Sektor zu beachten, dass diese um den Rechnungszuschlag von +3,25 % erhöht sind, der im Vorjahreszeitraum noch nicht angefallen war und im Folgejahreszeitraum bisher nicht mehr in Aussicht steht.

Außerdem wird nicht berücksichtigt, dass die Umsetzung der Krankenhausreform bereits zu Einsparungen von 1 Mrd. Euro jährlich (lt. KHVVG) zu erwarten sind.

Insgesamt sehen wir das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz weiterhin sehr kritisch. Die angestrebten Änderungen werden die Situation der Krankenhäuser nur marginal verbessern gegenüber der Kabinettsfassung. Zwar kommt die Regierungskoalition den Krankenhäusern in einigen Punkten „auf dem Papier“ entgegen, jedoch halten dafür andere Regelungen Einzug, ohne jegliche Kompensationen. Wir befürchten deswegen weiterhin eklatante Auswirkungen auf die finanzielle Situation der Krankenhäuser, die zwangsläufig zu Versorgungsengpässen führen werden.

Kurzbewertung der Änderungsanträge zum BStabG

1. Die „Meistbenachteiligungsklausel“ soll nun erst ab 2029 für 2030 greifen, die Regelung zur hälftigen Tarifrefinanzierung bleibt bestehen Die Belastung der Krankenhäuser geht damit über eine „einnahmenorientierte Ausgabenpolitik“ hinaus, weshalb Kompensationen bei den Personalvorgaben nötig bleiben.
2. Die Abrechnungsprüfung soll künftig massiv ausgebaut werden (bis 100 %), was dem Koalitionsvertrag widerspricht und zu noch mehr Personalbedarf beim Medizinischen Dienst (MD) führt.
3. Zwar soll die Entwicklung der Bemessungsinstrumente für Ärzte und Pflege gestoppt werden und die PpUGV als LG-Qualitätskriterium gestrichen werden, die PpUG, PPP-RL (Psychiatrie) und alle Vorgaben des G-BA sollen jedoch weiterhin komplett stations- und schichtbezogen gelten. Die Sanktionen der PpUGV werden sogar verschärft. Zudem sollen vom Leistungsgruppen-Ausschuss Mindestkriterien für die Pflege entwickelt werden. Damit wird de facto ein weiteres Pflege-Personalbemessungsinstrument geschaffen. Aus Sicht der Krankenhäuser sollte ein ausgewogenes Verhältnis zwischen verbindlichen Qualitätsstandards und ausreichendem Gestaltungsspielraum beim Personaleinsatz geschaffen werden. Ziel muss sein, eine qualitativ hochwertige und sichere Patientenversorgung mit einer bedarfsgerechten Personalbesetzung sicherzustellen, ohne die Einrichtungen durch immer neue Parallelvorgaben zusätzlich zu belasten.
4. Die genannte „Generalnorm“ zur Pflegepersonal-Ausstattung soll lediglich die PPR 2.0 und noch nicht entwickelte andere Personalinstrumente ersetzen. Damit sind keine nennenswerten Kompensationen möglich. Personalbedarf und Qualität werden ausdrücklich anerkannt, wir kritisieren jedoch die Kumulation von PpUG, PPP-RL, G-BA-Vorgaben, Leistungsgruppenkriterien und weiteren Bemessungsinstrumenten.

Detailbewertung der Änderungsanträge

<u>Änderungsantrag 2:</u> Die künftige Begrenzung von NUB auf bestimmte Krankenhäuser (insbesondere Uniklinika) schränkt die Übertragung von Innovationen in die flächendeckende Versorgung ein. Hier plädiert die BKG für eine Umsetzung mit Augenmaß.

<u>Änderungsantrag 3:</u> Der schnellere Ausbau von Zweitmeinungsverfahren erfolgt gegen die aktuelle Empfehlung des G-BA. Es entspricht aber auf der Nachfrageseite der Zielstellung der bayerischen Umsetzung der Krankenhausreform, bei „mengensensiblen Leistungen“ die Angebotsseite zu reduzieren. Mit längeren Wartezeiten (wenn noch nicht genügend Zweitmeinungsärzte vorhanden sind) insbesondere in der Umsetzungsphase muss gerechnet werden, die für Patientinnen und Patienten (Schmerzen, Verschlechterung) und Einrichtungen (nicht ausgelastete Strukturen in der Einführungsphase) problematisch sind. Auch hier spricht sich die BKG für eine Umsetzung mit Augenmaß aus, um eine Wartezeitenmedizin und individuelle Belastungssituationen der Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen.

Änderungsantrag 4: Die maximale Erhöhung der Prüfquote auf 40 % (wenn die aktiven Beanstandungen der Kassen weniger als 65 % unbegründet waren) und max. 100 % (wenn die aktiven Beanstandungen der Kassen zu weniger als 50 % unbegründet waren) widerspricht dem Koalitionsvertrag. Dies bedeutet, dass voraussichtlich die überwiegende Anzahl der Krankenhäuser bei einer Prüfquote von 40% liegen werden. Während sich die Prüfung der Behandlungsdokumentation weitgehend u.a. durch den Einsatz von KI automatisieren lässt (und vmtl. bereits erfolgt), lässt sich die Bereitstellung der angeforderten Unterlagen durch die Krankenhäuser kaum automatisieren, weshalb ein drei- bis vierfacher Personaleinsatz in den Kliniken erforderlich wird, was einen weiteren Kostenaufwuchs für die Krankenhäuser bedeutet. Wir lehnen diese Erweiterung ab, da sie massive Unsicherheiten und Bürokratie für die Krankenhäuser mit sich bringt.

Änderungsantrag 8: Eine krankenhausübergreifende Fallzusammenführung ab 2028 ist kritisch zu sehen. Es entstehen Konflikte zwischen medizinisch notwendiger stationärer Behandlung und fehlender Finanzierung. Es sollen Ausnahmen durch die Vertragspartner formuliert werden. Wir befürchten massive praktische Versorgungsprobleme und schwierige Diskussionen mit den Krankenkassen mit noch mehr Bürokratie, da nicht ersichtlich und auch nicht geregelt ist, wie ein „zweitaufnehmendes Krankenhaus“ die Abrechnungsdaten des „erstaufnehmenden“ Krankenhauses erhalten soll und die Abrechnungsrückabwicklung krankenhausübergreifend erfolgen soll.

Änderungsantrag 20: Mit dem Änderungsantrag soll der Kreis der Personen, die sich beitragsfrei mitversichern können auf Partnerschaften mit einem bis zu zwölfjährigem Kind erweitert werden. Die Krankenhäuser sind aufgrund des demografischen Wandels dringend auf jede Fachkraft angewiesen und befürchten durch die Regelung Fehlanreize. Mitarbeitende, die 12 Jahre oder (bei mehreren Kindern) länger nicht im Krankenhaus arbeiten, halten weder mit dem medizinischen Fortschritt noch mit der veränderten Arbeitswelt (Stichwort Digitalisierung und KI) Schritt. Somit sieht die BKG diese Regelung kritisch, auch weil die GKV dadurch auf wichtige Einnahmen verzichtet.

Änderungsantrag 23: Eine Beteiligung des MD an der Weiterentwicklung der Prüfverfahrensvereinbarung ist zu begrüßen und sollte insbesondere ein Wettrüsten der Krankenkassen zu Lasten eines hohen Stellenaufbaues beim MD berücksichtigen. Wir weisen darauf hin, dass die „einnahmenorientiere Ausgabenpolitik“ auch für den Haushalt des MD gelten sollte, sh. Änderungsantrag 4.

Änderungsantrag 34: Im Pflegebudget soll die tätigkeitsbezogene Abgrenzung erst 2027 erfolgen, was Diskussionen in den Budgetverhandlungen 2026 vermeidet. Allerdings bleibt eine tätigkeitsbezogene Abgrenzung weiterhin sachfremd für die Teamarbeit im Krankenhaus und wird zu einem Dauer-Streitthema der Vertragspartner führen. Auch mit den weiteren Änderungen verbleiben im Pflegebudget Fehlanreize für Krankenhäuser mit sinkender Fallmenge und Probleme für Krankenhäuser mit steigender Fallmenge. Die BKG befürwortet die Umsetzung des Vorschlages der Finanzkommission Gesundheit, das Pflegebudget auf der Basis der tatsächlichen Werte ab 2028 in die Fallpauschale einzugliedern. Die Reintegration des Pflegebudgets in das DRG-System darf jedoch nicht zulasten der Versorgungsqualität gehen. Dafür sind Schutzmechanismen wie die auskömmliche Refinanzierung von Pflegekosten, deren Anpassung an Tarif- und Kostenentwicklungen erforderlich. Gleichzeitig braucht es mehr Flexibilität für Kompetenz- und Qualifikationsmodelle für einen ressourcenschonenden und prozessorientieren Einsatz über die Berufsgruppen hinweg.

Die systematisch erforderliche Korrektur, dass im Jahr 2027 noch ein vollständiger Mehr- und Minderkostenausgleich für das Pflegebudget 2026 erfolgen kann, ist ausdrücklich zu begrüßen.

Änderungsantrag 35: Die Regelung, dass auch Leistungen des Ambulanten Operierens als Kurzzeitpauschalen abgerechnet werden können, ist sachgerecht und im Sinne der Versorgung.

Änderungsantrag 36: Die Erweiterung der Evaluation um die Kurzzeitfallpauschalen der Vorhaltevergütung ist sachgerecht. Jedoch sollte die Vorhaltevergütung grundsätzlich in Frage gestellt werden – in der jetzigen Form schafft sie keine Mehrwerte für die Krankenhäuser. Im Gegenteil: Sie baut mehr Bürokratie auf und schafft zusätzliche Fehlanreize.

Änderungsanträge 37/38: Der Bundeszuschuss soll weiterhin abgesenkt werden, die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen nur teilweise erfolgen (2,75 Mrd. Euro jährlich ab 2031). Weiterhin kommt der Bund seiner Verpflichtung zur Finanzierung versicherungsfremder Leistungen nicht in ausreichendem Umfang nach und leistet damit keinen eigenen Beitrag zur Stabilisierung der GKV-Beitragssätze. Eine Lenkungssteuer auf zuckergesüßte Getränke befürwortet die BKG im Sinne der Prävention.

Änderungsantrag 46: Es soll eine Berücksichtigung tarifgebundener Reha-Einrichtungen bei der Tarifrate erfolgen. Dies ist sachgerecht und wird ausdrücklich begrüßt. Allerdings verbleibt bei Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen eine 50 %-Lücke bei Tariflohnsteigerungen – wie in der Kabinettsfassung BStabG vorgesehen - was zu einer weiteren Unterfinanzierung der Krankenhäuser führen wird.

Änderungsantrag 48: Die in Aussicht gestellten Flexibilisierungen beim Personaleinsatz erweisen sich als „Luftnummer“ und beziehen sich auf Maßnahmen, die derzeit noch keine finanzielle oder praktische Wirkung für die Krankenhäuser haben:

- Die Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) gem. § 137i SGB V sollen weiterhin stations- und schichtbezogen gelten, womit keine Flexibilisierung der Pflege und keine innovativen Versorgungsmodelle umsetzbar sind. Nicht einmal Besondere Einrichtungen, die verstärkt mit therapeutischem Personal und nicht mit Pflegekräften arbeiten, sollen von den PpUG ausgenommen werden. Vorgesehen ist eine Überprüfung und Anpassung der gesetzlich vorgesehenen Sanktionierungsmöglichkeit bei Unterschreiten der PpUG, in Form von Fallzahlreduzierungen zum Ausgleich der Unterschreitung der jeweiligen PpUG und in Form von Vergütungsabschlägen, die so ausgestaltet werden sollen, dass ein regelmäßiges Unterschreiten der PpUG ausgeschlossen wird. Die BKG befürchtet, dass die verschärfte Sanktionierung unweigerlich zu Fallzahlreduzierungen führt und in einigen sensiblen Bereichen als Folge zu einer Minderversorgung.
- Lediglich die PPR 2.0 (§ 137k SGB V), für die es derzeit eine Berichtspflicht zum Erfüllungsgrad zur geplanten Weiterentwicklung gibt, soll entfallen.
- Die mit dem KHVVG ins Gesetz gekommenen Personalbemessungsinstrumenten für Ärztinnen und Ärzte und weitere Gesundheitsberufe sollen nicht entwickelt werden.

Die Verstärkung stations- und schichtbezogener Personalvorgaben ist fachlich nicht nachvollziehbar und verhindert die dringend notwendige Flexibilität in den Kliniken. Die Forderung der BKG nach Haltegrenzen auf Gesamthausebene anstelle kleinteiliger PpUG bleibt bestehen.

Änderungsantrag 50: Die PpUG soll als pauschales Qualitätskriterium bei den Leistungsgruppen (gem. KHAG) gestrichen werden. Die bestehende Regelung wäre faktisch nicht umsetzbar gewesen und hätte für erhebliche Unsicherheiten bei der Leistungsgruppenprüfung gesorgt. Für die Krankenhäuser hat diese Regelung bisher keine finanzielle Auswirkung gehabt, deren Abschaffung schafft jedoch Sicherheit bei der Leistungsgruppen-Zuweisung.

Änderungsantrag 56: Die Finanzierung pflegeentlastender Maßnahmen soll bereits in 2027 um 86 % reduziert werden. Hilfskräfte oder digitale Unterstützungsmaßnahmen, in die viele Kliniken investiert haben, werden dadurch kaum mehr refinanziert, eine Berücksichtigung in der InEK-Kostenkalkulation 2027 ist nicht vorgesehen, da der Katalog bereits feststeht. Konkret bedeutet die Regelung, dass ein durchschnittliches Kreiskrankenhaus mit bisher ca. 400.000 EUR für pflegeentlastende Maßnahmen ab nächstem Jahr nur noch 56.000 EUR erhält. Ab 2029 werden die pflegeentlastenden Maßnahmen überhaupt nicht mehr refinanziert, die Refinanzierung bspw. von Unterstützungskräften ist ab diesem Zeitpunkt völlig offen.

Änderungsantrag 56a: Die Qualitätskriterien in Bezug auf die „personelle Ausstattung“ beziehen sich nicht mehr nur auf das ärztliche Personal, sondern nunmehr auch auf das Pflegepersonal. Dies eröffnet zukünftig die Möglichkeit in der Rechtsverordnung Qualitätsvorgaben für die Pflege im Rahmen der personellen Ausstattung festzulegen.

Änderungsantrag 57: Die Veränderungsrate abzüglich 1 % soll der feste Veränderungswert sein. Damit soll die gleiche Obergrenze für die Jahre 2027 – 2029 in Krankenhäusern gelten, wie in anderen Leistungsbereichen. Die sog. Meistbenachteiligungsklausel (Orientierungswert oder reduzierte Veränderungsrate) soll weiterhin gelten, jedoch erst ab 2029 für 2030. Die Unterfinanzierung der Krankenhäuser wird sich damit weiter fortsetzen bzw. verschärfen.