

Entwurf für ein Beitragssatzstabilisierungsgesetz – Dringend notwendige Änderungen, um die Krankenhausversorgung in Baden-Württemberg wirtschaftlich zu stabilisieren

Sehr geehrte

mit dem Beitragssatzstabilisierungsgesetz sollen massive Kürzungen im Krankenhausbereich umgesetzt werden. Dabei trifft das Gesetz auf eine Branche, in der keine Gewinne abgeschöpft werden können: Schon ohne das Gesetz erwarten die Kliniken im Südwesten für das Jahr 2026 ein Rekorddefizit von 880 Mio. EUR. Wenn das Gesetz unverändert in Kraft tritt, wird sich das Defizit im Jahr 2027 auf 1,7 Mrd. EUR verdoppeln. Das wäre nicht zu verkraften. Wir appellieren deshalb an Sie, kurzfristig konkrete Änderungsvorschläge in das Gesetzgebungsverfahren einzubringen. Nur so könnten massive Schäden an der Krankenhausversorgungsstruktur in Baden-Württemberg vermieden werden.

Wir erkennen das Dilemma, vor dem Sie als Bundestagsabgeordnete stehen. Einerseits gibt es die Notwendigkeit, die GKV-Beiträge zu stabilisieren, sowie das Ziel, die Krankenhausstrukturen effizienter zu machen. Andererseits tragen Sie die Verantwortung für eine funktionierende Krankenhausversorgung, die zum Kernbereich der staatlichen Daseinsvorsorge gehört, sowie für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser in Ihrem Bundesland und Ihrem Wahlkreis.

Unser Vorschlag

Die BWKG hat einen Vorschlag ausgearbeitet, der all diese Anforderungen berücksichtigt. Wir bitten Sie dringend, diesen Vorschlag als Landesgruppe zu übernehmen und kurzfristig entsprechende Änderungsanträge in das laufende Gesetzgebungsverfahren einzubringen.

Als zentrales Element schlagen wir dringend die Einführung eines Strukturtransformationszuschlags vor. Dieser soll an die Krankenhäuser in Bundesländern ausgezahlt werden, die bereits über eine effiziente Versorgungsstruktur (geringe Bettenzahl je eine Million Einwohner) verfügen oder große Fortschritte bei der Optimierung der Strukturen (Bettenabbau) erzielt haben. Die Mittel für diesen Zuschlag sollen aus dem Krankenhausstrukturfonds entnommen werden, wodurch weder der Bundeshaushalt noch die GKV belastet werden. Aus unserer Sicht ist die Entnahme aus dem Fonds gerechtfertigt, da so einerseits die Vorleistungen einiger Länder bei der Strukturanpassung berücksichtigt und andererseits deutliche Anreize zur Optimierung der Krankenhausstrukturen gesetzt werden (Anlage 1).

Ein weiteres wichtiges Element unseres Vorschlags ist die Streichung der geplanten massiven Ausweitung der MD-Prüfungen. Der Bundestag hatte die MD-Prüfungen im Jahr 2019 aus gutem Grund eingeschränkt. Eine Ausweitung würde die Bürokratiekosten auf allen Seiten massiv erhöhen. Nach Berechnungen der BWKG würde das Zusatzkosten in Höhe von 30 Mio. EUR allein für die Krankenhäuser im Land verursachen. Letztendlich würde das wie eine weitere Budgetabsenkung wirken (Anlage 2).

Außerdem schlagen wir vor, die Krankenhäuser von bürokratischen Personalvorgaben zu entlasten, um so die Kosten zu reduzieren (Anlage 3).

Schließlich ist unbedingt zu gewährleisten, dass die aus den Tarifvereinbarungen resultierenden tatsächlichen Personalkostensteigerungen finanziert werden.

Zu den ersten drei Vorschlägen fügen wir Ihnen ausformulierte Änderungsanträge bei. Ein Änderungsantrag zum letzten Punkt (Tariffinanzierung) wäre sehr umfangreich und kompliziert. Unser Dachverband (die Deutsche Krankenhausgesellschaft) hat hierzu einen Vorschlag erarbeitet, der dem BMG vorliegt und den wir voll unterstützen.

Zur Begründung des dringenden Handlungsbedarfs

Wir üben massive Kritik an den im Beitragssatzstabilisierungsgesetz vorgesehenen Instrumenten, mit denen Kürzungen bei den Krankenhäusern durchgesetzt werden sollen. Eine unveränderte Verabschiedung des Gesetzes würde der Krankenhausversorgung in Baden-Württemberg schweren Schaden zufügen.

Kern unserer Kritik ist die undifferenzierte Wirkung der Maßnahmen auf alle Krankenhäuser in Deutschland. Einigkeit besteht darin, dass die Krankenhausversorgung in Deutschland auch mit weniger Krankenhäusern als aktuell vorhanden gewährleistet werden könnte und dies Kosten sparen würde. Was im Beitragssatzstabilisierungsgesetz jedoch völlig unberücksichtigt bleibt, sind die sehr großen Unterschiede in der Krankenhausstruktur der Bundesländer. In Baden-Württemberg ist der Strukturwandel schon sehr weit fortgeschritten. Im Land wird die Krankenhausversorgung mit 4.680 Krankenhausbetten je 1 Mio. Einwohnern sichergestellt – der niedrigste Wert bundesweit. Der Bundesdurchschnitt liegt bei 5.660 Betten je 1 Mio. Einwohner und damit 20 Prozent darüber. Entsprechend entstehen in Baden-Württemberg im Bundesvergleich die mit Abstand niedrigsten Krankenhauskosten je Einwohner. Die Krankenhäuser im Land stabilisieren also bereits heute die gesetzliche Krankenversicherung, denn von 100 EUR GKV-Ausgaben müssen nur 29 EUR für die Krankenhausversorgung aufgewendet werden. Im Bundesdurchschnitt sind es 33 EUR. Hätten die Krankenhäuser in Baden-Württemberg die gleiche Leistungsstruktur wie im Bundesdurchschnitt, würden der GKV pro Jahr zusätzliche Kosten in Höhe von 1,9 Mrd. EUR entstehen! Das ist ein Sparbeitrag, den die Kliniken im Südwesten schon heute erbringen. Er muss bei der Gesetzgebung berücksichtigt werden!

Tatsächlich weisen die Krankenhäuser im Südwesten schon heute hohe Defizite auf. Das ist ein klarer Hinweis darauf, dass wir schon durch das aktuelle Krankenhausfinanzierungssystem benachteiligt werden.

Die mit dem Beitragssatzstabilisierungsgesetz geplanten massiven Einschnitte in die Krankenhausfinanzierung berücksichtigen die effiziente Krankenhausstruktur in unserem Land nicht. Sie treffen bundesweit alle Krankenhäuser gleichermaßen. Bei der ohnehin defizitären Ausgangslage wären die Folgen der durch das Gesetz explodierenden Defizite klar: Freigemeinnützige und private Träger werden vielfach in ihrer Existenz bedroht. Einige von ihnen befinden sich bereits heute hart an der Grenze zur Insolvenzgefährdung. Öffentliche Träger werden aufgrund ihrer Sicherstellungsverantwortung möglicherweise nicht komplett aus der Versorgung aussteigen. Wir werden hier einen Mix aus Reduzierung der Kapazitäten (Standortschließungen) bis zur Grenze, die noch mit dem Sicherstellungsauftrag zu vertreten ist, einerseits und massiven Kürzungen von sonstigen kommunalen Leistungen (zur Finanzierung der Defizite) andererseits sehen.

In jedem Fall werden die Versorgungseinschränkungen unkoordiniert ablaufen. Es wird nicht derjenige aus der Versorgung ausscheiden, der vielleicht nicht mehr benötigt wird, sondern derjenige, dem als Erstem „die Luft ausgeht“. Wir sind fest überzeugt, dass es „die Falschen“ treffen wird. Wir in Baden-Württemberg haben bereits viel für die Strukturoptimierung und Effizienzsteigerung geleistet und werden dies auch weiterhin tun. Auch aus diesem Grund haben am 12. Juni 2026 mehr als 130 Krankenhäuser aus Baden-Württemberg unter dem Motto „Kein Geld. Keine Versorgung. Wir sind für Sie da. Solange wir noch können.“ gegen das Beitragssatzstabilisierungsgesetz protestiert. Noch nie haben sich so viele Häuser an einer derartigen

Protestaktion beteiligt und noch nie waren sie bereit, den Zugang zu den Häusern (symbolisch) zu beschränken. Auch das sollte Ihnen zeigen, wie ernst die Lage inzwischen ist.

Bringen Sie unsere Vorschläge jetzt in das Gesetzgebungsverfahren ein! Nur so können Sie die Krankenhausversorgung in Baden-Württemberg vor schweren Schäden bewahren.

Anlage 1

Regelungsvorschlag „Strukturtransformationszuschlag für bestehende vorbildliche Versorgungsstrukturen oder als Anreizsetzung zur Schaffung effizienter Versorgungsstrukturen, Finanzierung aus den Mitteln des Transformationsfonds nach § 12b KHG“

1. Einführung eines Strukturtransformationszuschlags; Finanzierung aus Mitteln des Krankenhaustransformationsfonds

a) In § 8 KHEntgG wird ein neuer Absatz 13 wie folgt gefasst:

¹Für voll- und teilstationär aufgenommene Patientinnen und Patienten berechnet das Krankenhaus im Zeitraum vom 1. November 2026 bis zum 31. Oktober 2029 einen nach Ländern oder Regionen differenzierten Strukturtransformationszuschlag. ²Die Höhe des Strukturtransformationszuschlags bestimmt sich anhand der altersstandardisiert vorgehaltenen Zahl der voll- und teilstationären Krankenhausbetten je eine Million Einwohnerinnen und Einwohner (Bettenziffer), wie sie sich aus den Daten der strukturierten Qualitätsberichte nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Allgemeinkrankenhäusern für das Jahr 2023 ergeben oder in den Jahren 2020 bis 2023 entwickelt haben. ³Dabei werden die Länder Berlin, Bremen und Hamburg mit den sie umgebenden Ländern gemeinsam betrachtet (Bundeslandregion). ⁴Die Zuteilung der voll- und teilstationären Krankenhausbetten dieser Bundesländer erfolgt anhand der Länge der gemeinsamen Außengrenzen zu den jeweils benachbarten Bundesländern. ⁵Um der unterschiedlichen Altersstruktur der Bevölkerung in den Bundesländern Rechnung zu tragen, wird die Zahl der vorgehaltenen voll- und teilstationären Krankenhausbetten für jedes Bundesland beziehungsweise Bundeslandregion um einen Adjustierungsfaktor für Altersstruktur angepasst. ⁶Liegt die Bettenziffer nach Satz 2 in einem Bundesland oder einer Bundeslandregion im Jahr 2023 unterhalb des untersten Quartils von 4.904 voll- und teilstationären Krankenhausbetten je eine Million Einwohnerinnen und Einwohner, berechnen die Krankenhäuser in diesem Bundesland oder in dieser Bundeslandregion abweichend von Absatz 1 Satz 1 erster Halbsatz bei Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum vom 1. November 2026 bis zum 31. Oktober 2029 zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden, einen Strukturtransformationszuschlag in Höhe von 3,25 Prozent. ⁷Liegt die Bettenziffer nach Satz 2 in einem Bundesland oder einer Bundeslandregion im Jahr 2023 oberhalb des untersten Quartils von 4.904 voll- und teilstationären Krankenhausbetten je eine Million Einwohnerinnen und Einwohner, berechnen die Krankenhäuser in diesem Bundesland oder in dieser Bundeslandregion einen anteiligen Strukturtransformationszuschlag, der dem Quotienten aus der Differenz der bundesweit höchsten Bettenziffer 2023 von 6.840 voll- und teilstationären Betten je eine Million Einwohnerinnen und Einwohner abzüglich der Bettenziffer je Bundesland oder Bundeslandregion einerseits und der Differenz der bundesweit höchsten Bettenziffer 2023 von 6.840 voll- und teilstationären Betten je eine Million Einwohnerinnen und Einwohner abzüglich des untersten Quartils von 4.904 voll- und teilstationären Krankenhausbetten je eine Million Einwohnerinnen und Einwohner andererseits, entspricht. ⁸Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erstellt bis zum 30. September 2026 mit Wirkung ab 01. November 2026 eine nach dem Bettenziffer je 1 Mio. Einwohner sortierte Auflistung der Länder bzw. Regionen mit den jeweils errechneten Zuschlägen. ⁹Der anteilige Strukturzuschlag nach Satz 7 wird jährlich bis zum 30. September mit Wirkung ab dem 01. November eines Jahres vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, erstmals zum 01. November 2028, neu berechnet und auf seiner Internetseite veröffentlicht; der Wert des untersten Quartils von 4.904 voll- und teilstationären Krankenhausbetten je eine Million Einwohnerinnen und Einwohner bleibt dabei unberührt.

¹⁰Krankenhäuser berechnen abhängig von der **Entwicklung** der Bettenziffer nach Satz 2, abweichend von Absatz 1 Satz 1 erster Halbsatz bei Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum vom 1. November 2026 bis zum 31. Oktober 2029 zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden, einen Strukturtransformationszuschlag bezogen auf den Rechnungsbetrag. ¹¹Liegt die Entwicklung der Bettenziffer nach Satz 2 in einem Bundesland oder einer Bundeslandregion in den Jahren 2020 bis 2023 innerhalb des obersten Quartils von bis zu minus 4,4 Prozent, beträgt der Strukturtransformationszuschlag für die Krankenhäuser in diesem Bundesland oder in dieser Bundeslandregion 3,25 Prozent. ¹²Liegt die Entwicklung der Bettenziffer nach Satz 2 in einem Bundesland oder einer Bundeslandregion in den Jahren 2020 bis 2023 unterhalb des obersten Quartils, wird ein anteiliger Strukturzuschlag ermittelt. ¹³Dieser errechnet sich, indem der Wert von 3,25% mit dem Quotient aus der Entwicklung der Bettenziffer eines Bundeslands oder einer Bundeslandregion in den Jahren 2020 bis 2023 und dem Wert des obersten Quartils von minus 4,4 Prozent multipliziert wird. ¹⁴Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erstellt bis zum 30. September 2026 mit Wirkung ab 1. November 2026 eine Übersicht über die Entwicklung der Bettenziffer in den Bundesländern beziehungsweise Bundeslandregionen und stellt darin den sich ergebenden Strukturtransformationszuschlag dar. Der anteilige Strukturtransformationszuschlag nach Satz 12 wird jährlich bis zum 30. September mit Wirkung ab dem 01. November eines Jahres vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, erstmals zum 01. November 2028, neu berechnet und auf seiner Internetseite veröffentlicht; der Wert des obersten Quartils von 4,4 Prozent bleibt dabei unberührt. ¹⁴Eine Kombination der Zuschläge nach den Sätzen 6 bis 13 ist unzulässig; für die Krankenhäuser eines Landes bzw. einer Region gilt der jeweils höchste Wert der nach den Sätzen 6 bis 13 ermittelten Strukturtransformationszuschläge.

Begründung:

Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) und dem Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG) soll eine stärkere Zentralisierung der Krankenhausstrukturen in Deutschland erreicht und die Kapazitäten insgesamt reduziert werden (Bettenabbau). Dabei ist zu beachten, dass es schon heute erhebliche Unterschiede in der Vorhaltung stationärer Behandlungskapazitäten gibt, gemessen in Krankenhausbetten je 1 Mio. Einwohner. Die Krankenhausplanung fällt in die Verantwortlichkeit der Länder. Mit dem Strukturtransformationszuschlag soll ein Beitrag zur wirtschaftlichen Stabilisierung der Krankenhäuser in Ländern mit weit fortgeschrittenem Strukturwandel (niedrige Bettenziffer je 1 Mio. Einwohner) geleistet werden. Außerdem soll für Länder, in denen noch Spielraum für Strukturanpassungen gesehen wird, ein spürbarer finanzieller Anreiz geschaffen werden, um diesen Prozess zu beschleunigen. Da bei der stationären Versorgung in Teilen eine „angebotsinduzierte Nachfrage“ zu beobachten ist, wird die beschleunigte Strukturanpassung zu niedrigeren Fallzahlen und damit zu einer Dämpfung der Krankenhausaussgaben der GKV führen.

Es werden zwei Indikatoren betrachtet, aus denen jeweils ein Zuschlag abgeleitet wird. Wichtig ist, dass die Krankenhäuser nur einen Zuschlag abrechnen dürfen - den höheren. Beide Indikatoren werden wegen der Länderzuständigkeit für die Krankenhausplanung in der Regel bundeslandbezogen ermittelt. Die Stadtstaaten Bremen und Berlin werden jeweils zusammen mit den sie umgebenden Ländern betrachtet. Der Stadtstaat Hamburg wird rechnerisch anteilmäßig mit den Bundesländern Schleswig-Holstein und Niedersachsen anhand der Länge der gemeinsamen Außengrenzen zusammengeführt.

Die Indikatoren sind jährlich durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zu errechnen und zu veröffentlichen.

Zur wirtschaftlichen Absicherung der Krankenhäuser in Ländern mit bereits weit fortgeschrittenem Strukturwandel wird die Bettenziffer in Allgemeinkrankenhäusern betrachtet und eine gestaffelte Liste der Länder/Regionen erstellt – beginnend mit dem Land/der Region mit der niedrigsten Bettenziffer. Krankenhäuser in Ländern/Regionen, die in der Ausgangssituation (2026) in Bezug auf die Bettenziffer zu den „25% Besten“ (erstes Quartil) gehören, können für die gesamte Laufzeit der Regelung den vollen Strukturzuschlag in Höhe von 3,25% abrechnen. In den anderen Ländern können die Krankenhäuser einen anteiligen Zuschlag ermitteln, der sich aus der Position Ihres Landes bzw. ihrer Region im „Ranking“ berechnet. Dieser anteilige Zuschlag wird jährlich neu ermittelt, um einen klaren Anreiz zu setzen. Verbessert ein Land während der Laufzeit des Strukturzuschlags seine Krankenhausstruktur (Bettenabbau), steigt der Zuschlag, den die Krankenhäuser dieses Landes bzw. dieser Region abrechnen können.

Die Berechnung des Zuschlags erfolgt anhand der Formel: $(\text{Bettenziffer des letztplatzierten Landes} - \text{Bettenziffer des jeweiligen Landes}) / (\text{Bettenziffer des letztplatzierten Landes} - \text{Quartilsgrenze})$. In aktuellen Werten auf Basis der Qualitätsberichte des Jahres 2023: $(6.840 - \text{Bettenziffer des jeweiligen Landes}) / (6.840 - 4.904)$. Dabei wird die 25-Prozent-Grenze berücksichtigt (auf Basis der Daten der Qualitätsberichte für 2023: 4.904 Betten je 1 Mio. Einwohner) und den Wert des Landes, das die letzte Position einnimmt (auf Basis von 2023: 6.840 Betten je 1 Mio. Einwohner).

Um einen weiteren Anreiz zur Strukturoptimierung zu setzen, wird ein zweiter Indikator herangezogen. Dieser misst den Bettenabbau im statistisch zuletzt verfügbaren Drei-Jahres-Zeitraum. Auch hier wird eine Auflistung nach Ländern bzw. Regionen erstellt, beginnend mit dem Land mit der höchsten Bettenabbaurate in Prozent. Wie beim ersten Indikator wird der Punkt ermittelt, der die 25% der Länder bzw. Regionen umfasst, die den höchsten Bettenabbau aufweisen. Dieser Wert liegt auf Basis der Zahlen für den Zeitraum von 2020 bis 2023 bei 4,4 %. Krankenhäuser in Ländern bzw. Regionen, die in diesem Zeitraum eine Bettenabbauquote von 4,4 % oder mehr hatten, können über die gesamte Laufzeit der Regelung den vollen Zuschlag von 3,25 % abrechnen. Krankenhäuser in Ländern bzw. Regionen, die eine geringere Bettenabbauquote haben, können einen anteiligen Zuschlag abrechnen. Der Anteil errechnet sich aus dem Anteil am Quartilspunkt. Eine tatsächliche Bettenabbauquote von 3,5 % entspricht beispielsweise knapp 80% des Quartilswerts (4,4 %). Dies führt zu einem Zuschlag von 80 % von 3,25 % = 2,6 %. Um einen Anreiz zu Strukturveränderungen zu setzen, wird der Zuschlag für die Länder unterhalb der im Ausgangsjahr festgelegten Quartilsgrenze jährlich neu berechnet. Wer in Folgejahren näher an die Quartilsgrenze des Ausgangsjahrs (4,4 %) herankommt, kann dann einen höheren Zuschlag abrechnen.

Zur Veranschaulichung werden beide Zuschläge in einer Tabelle dargestellt. Die Krankenhäuser dürfen den höheren Zuschlag aus Indikator 1 oder Indikator 2 abrechnen.

Auf Basis der Daten des Jahres 2023 bzw. des Zeitraums 2020 bis 2023 würden sich folgende Daten ergeben:

	Strukturzuschlag „Bettenziffer“	Strukturzuschlag „Entwicklung“
Baden-Württemberg	3,25%	3,09%
Bayern	3,09%	3,08%
Berlin	1,27%	1,89%
Brandenburg	1,27%	1,89%
Bremen	3,25%	2,28%
Hamburg	3,25%	3,25%
Hessen	3,24%	3,25%

Mecklenburg-Vorpommern	1,98%	2,49%
Niedersachsen	3,25%	2,28%
Nordrhein-Westfalen	1,65%	2,08%
Rheinland-Pfalz	2,27%	3,09%
Saarland	0,56%	1,07%
Sachsen	0,91%	1,28%
Sachsen-Anhalt	1,42%	3,25%
Schleswig-Holstein	3,11%	3,25%
Thüringen	0,00%	0,17%

2. Übertragung des Strukturtransformationszuschlags auf die BPfIV

a) In § 5 BPfIV wird ein neuer Absatz 8 eingefügt und wie folgt gefasst:

„(8) 1Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren für die Zeit ab dem 1. November 2026 den Soforttransformationszuschlag in der Höhe, wie er sich für die Krankenhäuser in einem Bundesland oder einer Bundeslandregion nach § 8 Abs. 13 KHEntgG ergibt.“

Begründung:

Der in § 8 Abs. 13 KHEntgG errechnete Strukturtransformationszuschlag kann auch im Abrechnungsbereich der BPfIV abgerechnet werden.

3. Finanzierung des Strukturtransformationszuschlags aus Mitteln des Transformationsfonds

In § 12b Abs. 2 KHG wird der Punkt am Ende von Satz 1 durch ein Komma ersetzt und die Worte „sowie abzüglich des Zuschlagsvolumens für den Strukturtransformationszuschlag nach § 8 Abs. 13 KHEntgG sowie § 8 Abs. 8 BPfIV“

Begründung:

Der Strukturtransformationszuschlag gewährleistet einerseits, dass Krankenhäuser in Ländern bzw. Regionen, die beim Strukturwandel im Krankenhausbereich schon weit fortgeschritten sind, wirtschaftlich stabilisiert werden. Andererseits werden deutliche Anreize zu einem beschleunigten Strukturwandel gesetzt. Deshalb ist es gerechtfertigt, die Mittel für den Strukturtransformationszuschlag aus dem Krankenhaustransformationsfonds zu entnehmen.

4. Sicherstellungszuschläge

In § 5 Absatz 2a KHEntgG wird die Zahl „500.000 Euro“ durch die Zahl „1,25 Millionen Euro“ und die Zahl „250.000 Euro“ durch die Zahl „625.000 Euro“ ersetzt.

Begründung:

Im Zusammenhang mit dem Strukturtransformationszuschlag nach § 8 Abs. 13 KHEntgG ist zu beachten, dass in einigen sehr ländlich geprägten Regionen mit geringer Bevölkerungsdichte die Zahl der Krankenhausbetten nicht oder nur in geringem Umfang reduziert werden kann. Deshalb werden Krankenhäuser in diesen Regionen nur in geringerem Umfang Zugang zu dem Strukturtransformationszuschlag haben. Diese Krankenhäuser erhalten häufig einen Sicherstellungszuschlag. Es wird vorgeschlagen, den Sicherstellungszuschlag um den Faktor 2,5 zu erhöhen.

Anlage 2

Zu Artikel 1 Nummer 66 (§ 275c Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(MD-Prüfungen – Streichung der geplanten Erhöhung der Prüfquoten sowie der Schwellenwerte)

Artikel 1 Nummer 66 wird wie folgt geändert:

Artikel 1 Nummer 66 Buchstaben a und b werden ersatzlos gestrichen.

Begründung:

Die Erhöhung der Prüfquoten sowie des Schwellenwertes zur Beauftragung von Prüfungen, die oberhalb der für ein Krankenhaus geltenden Prüfquote liegen (Vollprüfung), werden gestrichen. Die bisherige durchschnittliche Prüfquote von ca. 8 – 8,5% und der Umstand, dass der Anteil der Krankenhäuser, die in die Gruppe der niedrigsten Prüfquote in Höhe von 5 % fallen, stabil bei ca. 40 bis 45 % liegt, verdeutlicht die hohe Abrechnungsqualität der Krankenhäuser. Ausweislich der vom GKV-Spitzenverband vorgenommenen Auswertung und Veröffentlichung nach § 17c Absatz 6 Satz 1 Nrn. 4 und 6 KHG erfolgten im Jahr 2024 zudem lediglich 45 Anzeigen nach § 275c Absatz 2 Satz 7 SGB V. Bei 1.192.500 MD-Gutachten entspricht dies einem Anteil von lediglich 0,004 % der geprüften Fälle, in denen die MD-Prüfung eine schlechte Abrechnungsqualität eines Krankenhauses (Nichtbeanstandungsquote der Abrechnungen kleiner als 20%) vermuten lässt. Die Zahlen verdeutlichen, dass eine Erhöhung der Prüfquoten und des Schwellenwertes zur Beauftragung einer Vollprüfung nicht erforderlich ist.

Eine Erhöhung von Prüfquote und Schwellenwert würde zudem zu einer erheblichen Ausweitung der Prüftätigkeit und damit zu einer Erhöhung des Aufwandes bei allen an der MD-Prüfung beteiligten Akteure führen. Ca. 90% der Krankenhäuser werden einer höheren Prüfquote zugeordnet, was in der Praxis mindestens zu einer Verdoppelung der Anzahl der Einzelfallprüfungen führen würde. Dies fördert Aufwand und Bürokratie und widerspricht dem Ziel des Bürokratieabbaus. Zudem werden Krankenkassen und Medizinische Dienste ohne erheblichen Ausbau ihrer personellen Ressourcen die aus diesen hohen Prüfquoten resultierenden Einzelfallprüfungen nicht realisieren können, was eine erhebliche Kostenbelastung zu Lasten der Versichertengemeinschaft zur Folge hat.

Die Streichung der Prüfquoten trägt zudem dem Tatbestand Rechnung, dass der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft bis zum 30.06.2026 dem BMG einen Bericht über die Auswirkungen der Neuregelungen des MDK-Reformgesetzes vom 14.12.2019 vorzulegen haben und wesentlicher Bestandteil dieses Berichtes die Wirkungen sowie die Bewertung der eingeführten Prüfquoten sind. Die Ergebnisse des Berichtes sind folglich zunächst zu prüfen.

Anlage 3

Zu Artikel 1 Nummer 4 (§§ 137i, 137j, 137k, 137m und 137n SGB V)

Bürokratiearme Ausgestaltung der Personalvorgaben in der Krankenhauspflege, Abschaffung des Pflegepersonalquotienten und Aufhebung weiterer Personalbemessungsregelungen

Artikel 1 Nummer 4 wird wie folgt gefasst:

a) § 137i wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 3a Satz 8 werden die Wörter „eine stations- und schichtbezogene sowie“ gestrichen.
2. In Absatz 3a Satz 8 werden nach dem Wort „Form“ die Wörter „, die eine standortbezogene“ eingefügt.
3. In Absatz 4 wird nach Satz 3 folgender Satz eingefügt: „Krankenhäuser, die für einen Krankenhausstandort einen Erfüllungsgrad der Pflegepersonalbemessung gemäß § 137k Absatz 5a nachweisen, sind von der Anwendung der Pflegepersonaluntergrenzen befreit.“
4. In Absatz 4 wird nach dem neuen Satz 4 folgender Satz eingefügt: „Die Befreiung nach Satz 4 umfasst auch die mit den Pflegepersonaluntergrenzen verbundenen Dokumentations-, Nachweis- und Meldepflichten.“
5. In Absatz 4 werden die Sätze 6 bis 8 aufgehoben.

b) § 137j wird aufgehoben.

c) § 137k wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 1 Satz 2 werden in Nummer 1 die Wörter „auf bettenführenden Stationen“ durch die Wörter „an einem Krankenhausstandort“ ersetzt.
2. In Absatz 1 Satz 2 werden in Nummer 2 die Wörter „auf bettenführenden Stationen“ durch die Wörter „an einem Krankenhausstandort“ ersetzt.
3. In Absatz 1 Satz 2 werden in Nummer 3 die Wörter „auf bettenführenden Stationen“ durch die Wörter „an einem Krankenhausstandort“ ersetzt.
4. In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „auf bettenführenden Stationen“ durch die Wörter „an Krankenhausstandorten“ ersetzt.
5. In Absatz 2 Satz 3 werden in Nummer 1 die Wörter „in der jeweiligen in Satz 1 genannten bettenführenden Station“ durch die Wörter „an dem jeweiligen in Satz 1 genannten Krankenhausstandort“ ersetzt.
6. In Absatz 2 Satz 3 werden in Nummer 2 die Wörter „in der jeweiligen in Satz 1 genannten bettenführenden Station“ durch die Wörter „an dem jeweiligen in Satz 1 genannten Krankenhausstandort“ ersetzt.

7. In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „auf bettenführenden Stationen“ durch die Wörter „an Krankenhausstandorten“ ersetzt.
8. In Absatz 3 Satz 3 werden in Nummer 1 die Wörter „in der jeweiligen in Satz 1 genannten bettenführenden Station“ durch die Wörter „an dem jeweiligen in Satz 1 genannten Krankenhausstandort“ ersetzt.
9. In Absatz 3 Satz 3 werden in Nummer 2 die Wörter „in der jeweiligen in Satz 1 genannten bettenführenden Station“ durch die Wörter „an dem jeweiligen in Satz 1 genannten Krankenhausstandort“ ersetzt.
10. In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter „auf bettenführenden Stationen“ durch die Wörter „an Krankenhausstandorten“ ersetzt.
11. Absatz 4 Satz 2 Nummer 3 wird wie folgt gefasst: „3. zu der von den Krankenhäusern standortbezogen zu erfassenden a) Anzahl der an dem jeweiligen Krankenhausstandort eingesetzten Pflegekräfte, umgerechnet auf Vollkräfte, (Ist-Personalbesetzung) und b) Anzahl der an dem jeweiligen Krankenhausstandort auf Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegekräfte, umgerechnet auf Vollkräfte, (Soll-Personalbesetzung),“
12. In Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 werden die Wörter „zum Nachweis der Anpassung der Ist-Personalbesetzung an den konkreten erforderlichen Erfüllungsgrad der Soll-Personalbesetzung gegenüber dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ durch die Wörter „zur jährlichen Übermittlung des standortbezogenen Erfüllungsgrads gegenüber dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ ersetzt.
13. In Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe b werden die Wörter „die Anpassung der Ist-Personalbesetzung an die Soll-Personalbesetzung nachzuweisen“ durch die Wörter „den standortbezogenen Erfüllungsgrad zu übermitteln“ ersetzt.
14. Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 5a eingefügt: „(5a) Krankenhäuser, die für einen Krankenhausstandort einen Erfüllungsgrad der Soll-Personalbesetzung gemäß §§ 4 und 5 PPBV von mindestens 80 Prozent erreichen, sind von der Anwendung der Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i einschließlich der dort geregelten Dokumentations-, Nachweis- und Meldepflichten befreit.“

d) § 137m wird aufgehoben.

e) § 137n wird aufgehoben.

f) Die Änderungen der §§ 137i und 137k sowie die Aufhebungen der §§ 137j, 137m und 137n treten am 1. Juli 2026 in Kraft.

Begründung:

Mit den Änderungen werden die Personalvorgaben in der Krankenhauspflege stärker auf Praktikabilität, Transparenz und Bürokratieabbau ausgerichtet. Gleichzeitig werden überholte, doppelte oder nicht hinreichend zweckmäßige Regelungen aufgehoben.

Zu Buchstabe a:

Die Regelung zu den Pflegepersonaluntergrenzen wird dahingehend fortentwickelt, dass Krankenhäuser bei einem standortbezogen nachgewiesenen Erfüllungsgrad der Pflegepersonalregelung 2.0 gemäß Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV) von mindestens 80 Prozent von der Anwendung der Pflegepersonaluntergrenzen einschließlich der hiermit verbundenen Dokumentations-, Nachweis- und Meldepflichten befreit werden. Damit wird eine unnötige Doppelregulierung vermieden. Zugleich wird der bisherige stations- und schichtbezogene Ansatz zugunsten eines standortbezogenen Ansatzes zurückgeführt. Die quartalsweisen Meldepflichten werden aufgehoben, um den bürokratischen Aufwand deutlich zu reduzieren.

Zu Buchstabe b:

§ 137j wird aufgehoben. Mit der Weiterentwicklung der Vorgaben zur Personalbemessung in der Pflege nach § 137k besteht für den Pflegepersonalquotienten kein eigenständiges Regelungsbedürfnis mehr. Die Aufhebung dient der Vereinfachung, und Systematisierung der gesetzlichen Vorgaben sowie dem Abbau von Doppelstrukturen.

Zu Buchstabe c:

Die Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus wird konsequent auf einen standortbezogenen Ganzhausansatz ausgerichtet. Der bisherige Stationsbezug wird zurückgeführt. Zugleich wird die Nachweisführung auf eine jährliche standortbezogene Übermittlung konzentriert. Krankenhäuser, die einen Erfüllungsgrad der Soll-Personalbesetzung von mindestens 80 Prozent gemäß §§ 4 und 5 PPBV erreichen, werden von der Anwendung der Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i befreit. Diese Vorgabe setzt Anreize für eine bedarfsorientierte Pflegepersonalausstattung und entlastet gleichzeitig gut ausgestattet Krankenhäuser von zusätzlichem Dokumentations- und Nachweisaufwand.

Zu Buchstabe d und e:

Die Vorschriften werden aufgehoben. Für zusätzliche gesetzliche Regelungen zur Personalbemessung für Ärztinnen und Ärzte sowie für weitere Gesundheitsberufe besteht derzeit kein fortbestehendes Regelungsbedürfnis. Die Aufhebung dient zugleich der Vereinfachung des Regelungsbestands, der Rechtsbereinigung und der Vermeidung zusätzlicher Umsetzungsaufwände. Die Verantwortung der Krankenhäuser für eine bedarfsorientierte Personalbesetzung bleibt davon unberührt.