

Adhoc-Bewertung der BKG-Geschäftsstelle

Referentenentwurf GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (BStabG)

Stand: 27.04.2026

Am 16.04.2026 wurde auf Grundlage der Ergebnisse der FinanzKommission Gesundheit der Referentenentwurf zum GKV-Stabilisierungsgesetz (BStabG) veröffentlicht. Der Kabinettsentwurf wird Ende April erwartet.

Eine Stabilisierung der GKV-Beitragssätze ist nachvollziehbar. Ohne Senkung der im internationalen Vergleich hohen Inanspruchnahme des Gesundheitswesens sind nachhaltigen Lösungen nicht möglich. Die Versicherung der Empfänger von Grundsicherung (ehem. Bürgergeld) darf die GKV nicht länger belasten. Einschnitte bei Leistungserbringern sind nur möglich, soweit diese die Versorgungssicherheit nicht gefährden.

Bei den Leistungserbringern soll es im stationären Sektor den größten Beitrag zur Ausgabenbegrenzung geben mit über 5 Mrd. € bereits im ersten Jahr. Allerdings hat sich die wirtschaftliche Lage der Kliniken in den letzten 10 Jahren bereits massiv verschlechtert. Mindestens zwei von drei Kliniken schreiben bereits Defizite. Dies hat zwei wesentliche Gründe:

- Seit 2019 wurden die Personal- und Strukturvorgaben massiv ausgebaut und sorgen für hohe Kostensteigerungen in den Kliniken.
- Infolge der Inflation (2022/2023) entstand eine Kosten-Erlös-Lücke, die bis Ende 2025 nicht vollständig ausgeglichen wurde. Daraus besteht eine Unterfinanzierung von 3,66 %. Diese Lücke wird derzeit durch einen befristeten Rechnungszuschlag (01.11.2025 – 30.10.2026) abgedeckt. Ab dem 01.11.2026 schlägt diese Inflationslücke aber wieder voll durch.

Kosten-Erlös-Schere seit 2022		
Jahr	 Statistisches Bundesamt	
2022	6,07 %	2,32 %
2023	6,95 %	4,43 %
2024	4,24 %	5,93 %
2025	2,98 %	4,36 %
Summe (indexiert)	21,78 %	18,12 %

Kostenanstieg versus Erlösanstieg = -3,66%

Die stationäre Versorgungssicherheit wäre nicht mehr sicherzustellen, wenn das BStabG bei den Kliniken Begrenzungen auf der Erlösseite vornehmen würde, ohne auf der Kostenseite die Personal- und Strukturvorgaben anzupassen. Bei Umsetzung des Referentenentwurfes wäre in den bayerischen Krankenhäusern für 2027 mit einem neuen Rekorddefizit von 1.600 Mio. Euro zu rechnen, welches in den Folgejahren weiter anwachsen würde. Positive Fortführungsprognosen von Wirtschaftsprüfern oder Liquiditätskredite am Kapitalmarkt werden unmöglich. Ein Abbau stationärer Versorgungsstrukturen in kurzer Zeit wäre unvermeidlich.

Die Kliniken setzen die größte Reform seit Jahrzehnten um. Laut Krankenhausverbesserungsgesetz (KHVVG) sollen Einsparungen von einer Milliarde Euro p.a. erzielt werden, die jährlich ansteigen. Ein geordneter Strukturwandel durch die Krankenhausreform wäre mit dem BStabG-Entwurf nicht mehr möglich.

Weitere Einsparungen in Milliardenhöhe sollen über die Notfallreform erzielt werden. Die Notfallreform kann nur mit leistungsfähigen Kliniken umgesetzt werden.

Für die stationäre Versorgungssicherheit bei begrenzten Mitteln ist ein offener Dialog erforderlich, welche Struktur- und Personalvorgaben erforderlich sind und wie diese ausreichend finanziert werden.

Bewertung


In dieser Adhoc-Bewertung wird sich auf Einschnitte konzentriert, die die stationäre Versorgungssicherheit in Bayern in der heutigen Form nicht mehr ermöglichen würde. Dagegen sind andere Regelungen zumindest grundsätzlich nachvollziehbar (z.B. Kurzzeitfallpauschalen, Zweitmeinungen bei mengensensiblen Bereichen), auch wenn sich dadurch die Komplexität noch weiter erhöht und sich Umsetzungsfragen stellen.

Es wird sich an der Systematik des Referentenentwurfs orientiert mit dieser Kategorisierung:

- **Regelungen, die in ihrer Zielrichtung nachvollziehbar sind, jedoch einer inhaltlichen Modifikation bedürfen**, um praxistauglich und versorgungsadäquat ausgestaltet zu werden

 Modifikation

- **Regelungen, deren Streichung erforderlich ist**, da sie zu einer strukturellen Unterfinanzierung der Krankenhäuser führen oder die stationäre Versorgung gefährden.

 Streichung

Auf Seite 5 werden erforderliche Kompensationen auf der Kostensteite der Kliniken beschrieben. Außerdem werden zusätzliche Vorschläge für gezielte Einsparungen gemacht.

Bewertung der Maßnahmen aus dem Referentenentwurf und Änderungsvorschläge

§ 71 Abs. 3 SGB V Herabgesetzte Veränderungsrate (Grundlohnrate)

 Modifikation

Der Grundsatz der Beitragsstabilität nach § 71 SGB V ist verständlich. Die in § 71 SGB V verfolgte Zielsetzung einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik kann im Rahmen einer Gesamtlösung nachvollzogen werden, sofern dies mit Kompensationen verbunden wird (sh. „Kompensationen“, Seite 5). Krankenhäuser erzielen keine Milliardengewinne, die abgeschöpft werden könnten. Der pauschale zusätzliche 1 %-Abzug von den GKV-Grundlohnentwicklungen verschärft diesen Grundsatz ohne inhaltliche Begründung. Bereits ein einmaliger Sparbeitrag in 2027 würde als Sockeleffekt in allen Folgejahren nachwirken. Diese Einsparung in den Jahren 2028 und 2029 jeweils zusätzlich vorzunehmen, würde zu einer Kürzung von 3 % ab 2029 führen, was einen Krankenhausbetrieb wirtschaftlich unmöglich machen.

Im Krankenhausbereich stellt bisher der Orientierungswert als ermittelte Kostenentwicklung ein zentrales Instrument dar. Bei der Umstellung auf eine konsequent einnahmeorientierte Ausgabenpolitik darf der Orientierungswert nicht zusätzlich als doppelte Obergrenze wirken. Daraus ergibt sich ein zwingender Änderungsbedarf zum KHEntgG (sh. „Veränderungswert“, Seite 4).

§ 275c Abs. 2 SGB V Anhebung der Prüfquote

 Modifikation

Die im Referentenentwurf vorgesehene Neuregelung der Abrechnungsprüfungen widerspricht dem Koalitionsvertrag (Seite 110, Ziffer 3506-3507) und führt zu zusätzlichen Bürokratieaufwand. Eine Ausdehnung der Prüfmöglichkeiten nach Abschluss einer Krankenhausbehandlung wäre allenfalls als Übergangslösung denkbar, wobei die Prüfbürokratie nicht überzogen ausgedehnt werden darf. Der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen innerhalb der Prüfquoten ist trotz genauer Fallauswahl der Krankenkassen immer niedriger geworden. Derzeit erreichen daher 41,5 % der Kliniken die beste Prüfquote und weitere 45,76 % die zweibeste Prüfquote.

Änderungsvorschlag zu § 275c Abs. 2 Satz 4 SGB V:

1. „bis zu 5 Prozent..., wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen... bei 60 Prozent oder mehr liegt,“
2. „bis zu 15 Prozent..., wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen... zwischen 40 Prozent und unterhalb von 60 Prozent liegt,“
3. „bis zu 25 Prozent..., wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen... unterhalb von 40 Prozent liegt.“

Änderungsvorschlag zu § 275 c Abs. 2 Satz 6 SGB V:

Fortführung der bisherigen Regelung „...unterhalb von 20 Prozent...“.

§ 6a KHEntgG Pflegebudget

Eine Begrenzung der Ausgabendynamik im Pflegebudget ist grundsätzlich nachvollziehbar. Dazu sind umsetzbare Vorschläge von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) für den stationären Bereich gemacht worden, die aber bisher nicht berücksichtigt worden sind.

Das Pflegebudget hat seine Zielsetzung bisher erfüllt, eine eigenständige Finanzierung der Pflegepersonalkosten zu ermöglichen. Eine Eingliederung in die DRG-Erlöse – wie von der Finanzkommission Gesundheit vorgeschlagen – wäre je nach Ausgestaltung für die Zukunft - grundsätzlich für die Kliniken umsetzbar, wenn gleichzeitig die Pflegepersonalvorgaben

Vorgesehen ist nach dem Referentenentwurf nun jedoch eine Fortführung des Pflegebudgets mit umgedrehten Vorzeichen. Nicht mehr die Systematik der Ist-Kostendeckung einer möglichst guten Pflegeausstattung soll im Vordergrund stehen, sondern eine Budgetierung der Pflegekosten bis zu verhandelten Obergrenzen. Die Einhaltung der bestehenden starren Pflegepersonaluntergrenzen, die heute teilweise über das bedarfsnotwendige Maß hinaus gehen, wäre unter der Maßgabe begrenzter Pflegebudgets nicht mehr umsetzbar.

1. Begrenzung des Pflegebudgets (§ 6a Abs. 2 und 2a KHEntgG)

 Modifikation

Das bisherige Pflegebudget bemisst sich gemäß § 6a KHEntgG nicht an der Vereinbarung, sondern am tatsächlich nachgewiesenen und testierten Umfang der Pflegepersonalkosten. Die Vereinbarungen dienen bisher nur für die unterjährigen Abschlagzahlungen. Daher sind die Vereinbarungen für die Abschlagszahlungen aus rein pragmatischen Gründen (Vermeidung von Rückzahlungen) in der Vergangenheit überwiegend weit unterhalb der testierten Pflegepersonalkosten getroffen worden.


Der Gesetzesentwurf sieht nun vor, als Referenzwert auf das in der Regel niedrigere vereinbarte Budget zu begrenzen. Diese neue Regelung würde zu einem massiven wirtschaftlichen Druck und zum Personalabbau in der Pflege führen, wodurch wiederum die bisherigen Pflegepersonaluntergrenzen nicht mehr eingehalten werden können. Dieses Dilemma wäre von den Kliniken hinsichtlich Wirtschaftlichkeit und Versorgungssicherheit nicht lösbar.

Änderungsvorschlag zu § 6a Abs. 2a Satz 1:

„Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2027 ist das für das Jahr 2026 testierte Pflegebudget ...“ (zusätzlich sind sachgerechte Folgeänderungen erforderlich)

Um den Vertragspartnern die Möglichkeit einzuräumen, sachgerecht vom Testat nach oben und nach unten abweichen zu können, sollte künftig eine widerlegliche Vermutung der Wirtschaftlichkeit für die testierten Pflegebudgets gelten. Somit wird es beiden Vereinbarungsparteien ermöglicht, durch den jeweiligen Nachweis über das Testat hinaus Anpassungen (z.B. bei besonderen Auffälligkeiten, Änderung des Versorgungsauftrages, nachhaltiger Leistungsentwicklungen sowie struktureller Anpassungen im Zuge der Krankenhausreform) geltend zu machen.

2. Tätigkeitsbezogene Abgrenzung von Pflegepersonalkosten (6a Abs. 2a S. 6 KHEntgG)

 Streichung

Die mit dem Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG) eingeführte tätigkeitsbezogene Abgrenzung von Pflegepersonalkosten ist nicht ohne massive zusätzliche Bürokratie mit minutengenaue Dokumentation umsetzbar. Die zweckentsprechende Mittelverwendung wird bereits durch das Testat des Jahresabschlussprüfers sichergestellt. Im Versorgungsalltag ist eine trennscharfe Differenzierung auf der Ebene von Arbeitsschritten nicht praxistauglich. Pflege umfasst integrale, unterstützende, koordinierende und dokumentierende Leistungen. Auch die Digitalisierung und Telematik-Infrastruktur erfordern pflegfachliche Mitwirkung.

Änderungsvorschlag zu § 6a Abs. 2a S. 6 KHEntgG:

Streichung der Regelung: „Pflegepersonalkosten für Tätigkeiten, die nicht der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen und in Kreißsälen dienen, insbesondere hauswirtschaftliche, logistische, administrative oder technische Tätigkeiten, sind unabhängig von der dienstlichen Zuordnung im Krankenhaus nicht im Pflegebudget zu berücksichtigen.“

3. Tarifentwicklung im Pflegebudget (§ 6a Abs. 4 Satz 5 und 6 KHEntgG)

Modifikation

Die Regelungen zur Berücksichtigung von Tarifsteigerungen im Pflegebudget auch oberhalb des Veränderungswertes sollen nach dem Referentenentwurf gestrichen werden. Bisher besteht eine hohe Tarifbindung in den Kliniken, wobei der TVöD als Referenz-Tarifvertrag gilt. Tarifsteigerungen stellen für die Kliniken keinen disponiblen Kostenfaktor dar. Eine Begrenzung der Refinanzierung würde unmittelbar zu einer strukturellen Unterdeckung führen und die Tarifbindung für Kliniken in Frage stellen.

Änderungsvorschlag zu § 6a Abs. 4 Satz 5 und 6 KHEntgG:
Rücknahme der Streichung und Fortführung der bisherigen Regelung.

4. Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) als Qualitätskriterium für Leistungsgruppen (Anlage 1 zu § 135e SGB V i.V.m. § 6a Abs. 5 KHG)

Streichung

Die mit dem KHAG eingeführte Berücksichtigung der Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) als pauschales Qualitätskriterium der Leistungsgruppen stellt eine erhebliche Verschärfung gegenüber dem bestehenden Rechtsrahmen dar und erhöht die Tragweite der bisher geltenden Sanktionsregelungen bis zum Totalverlust aller Leistungsgruppen und damit zur Betriebsschließung. Aufgrund der wirksamen speziellen Sanktionsregelung führt die zusätzliche Verknüpfung mit der Zuweisung von Leistungsgruppen dagegen zu keiner zusätzlichen Schutzwirkung für die Pflege. Zudem sind Pflegepersonaluntergrenzen fachlich nicht geeignet, als Qualitätskriterium für einzelne Leistungsgruppen herangezogen zu werden.

In der Konsequenz würde diese Regelung zu einer übermäßigen Ausweitung der Pflegepersonalkosten führen und die Kostendynamik im Pflegebudget nochmals verstärken. Dies wiederum soll mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vermieden werden.

Änderungsvorschlag zu Anlage 1 zu § 135e SGB V (Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen):
Streichung der Regelung: ~~„Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung ermittelt wurden“~~ (zusätzlich sind sachgerechte Folgeänderungen erforderlich)

§ 9 Abs. 1 Nr. 7 KHEntgG Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen („Tarifrate“)

Streichung

Die im Referentenentwurf vorgesehene Abschaffung der Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen nach § 9 Abs. 1 Nr. 7 KHEntgG ist zu streichen. Die Tarifbindung stellt im Krankenhausbereich – vor dem Hintergrund des bestehenden Fachkräftemangels und der demografischen Entwicklung – bisher keinen disponiblen Kostenfaktor dar. Eine Nichtberücksichtigung von Tarifentwicklungen insbesondere im TVöD, der von den Kliniken nicht direkt verhandelt wird, würde die Tarifbindung in den Krankenhäusern grundlegend in Frage stellen.

Änderungsvorschlag zu § 9 Abs. 1 Nr. 7 KHEntgG:
Rücknahme der Streichung und Fortführung der bisherigen Regelung.

§ 9 Abs. 1b KHEntgG Veränderungswert

Modifikation

Die im Referentenentwurf vorgesehene Systematik stellt eine „doppelte Obergrenze“ für die Vergütungsentwicklung dar, von der auch in begründeten Fällen (hohe Energiekosten, Inflation) nicht abgewichen werden dürfte. Die Begrenzung auf die Veränderungsrate (Grundlohnentwicklung abzüglich 1 %) führt in Jahren höherer Kostensteigerung in den Kliniken zu unweigerlichen Kosten-Erlöslücken. Diese Lücken könnten selbst in Jahren mit höherer Veränderungsrate nicht nachgeholt werden, weil der für das neue Jahr geltende Orientierungswert zur Kostenentwicklung nicht überschritten werden darf. Steuerfinanzierten Sofort-Hilfsmaßnahmen durch Bundes- bzw. Landesprogramme, wie bereits in den letzten Jahren erforderlich, würden bei jeder Krise und bei hoher Inflationsdynamik zum Normalfall werden müssen.

Sofern die einnahmenorientierte Ausgabenpolitik nach der Neufassung des § 71 SGB V für alle Leistungsbe-
reiche – sogar zeitlich begrenzt abzüglich 1 Prozent - gelten soll, kann der Orientierungswert nicht zusätzlich
als „doppelte Obergrenze“ für die Vereinbarung des Veränderungswertes gelten.

Bis einschließlich 2024 hatte der Gesetzgeber in § 9 Abs. 1b KHEntgG eine Regelung getroffen, die die wechselseitigen Notwendigkeiten zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern abbilden sollte, indem Kosten-
steigerungen über die Veränderungsrate (Grundlohnrate) nur in Höhe von maximal einem Drittel des Diffe-
renzbetrages bei der Bestimmung der Obergrenze berücksichtigungsfähig waren.

Änderungsvorschlag zu § 9 Abs. 1b KHEntgG:

Wiedereinführung der bis zum 11.12.2024 geltende Regelung zum Veränderungswert.

§ 3 Abs. 3 S. 5 BPfIV Begrenzung der Budgetsteigerung (Psychiatrie und Psychosomatik)

Modifikation

Die im Referentenentwurf vorgesehene Begrenzung der Budgetsteigerung nach § 3 Abs. 3 Satz 5 BPfIV auf
den Veränderungswert berücksichtigt keine Tariferhöhungen und gefährdet die Tarifbindung. Im Anwendungs-
bereich der BPfIV besteht eine besonders hohe Personalintensität. Diese wird durch die vorgesehene Ober-
grenze nicht ausreichend berücksichtigt.

Änderungsvorschlag zu § 3 Abs. 3 S. 5 BPfIV:

Berücksichtigung von Tariferhöhungen.

Notwenige Kompensationen

Auch mit den vorgenannten Änderungsvorschlägen am BStabG würden die Kliniken weiterhin einen Milliar-
denbeitrag zur GKV-Stabilisierung beitragen. Voraussetzung dazu wären folgende Begrenzungen der Kosten-
seite in den Kliniken:

- Rücknahme der Verschärfungen aus dem KHAG zum Pflegebudget und zu den Pflegepersonaluntergren-
zen bei den Leistungsgruppen, um weitere unnötige Kostensteigerungen im Pflegebudget zu vermeiden,
- Aussetzung bzw. Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen und Personalnachweispflichten
(Ganzhausansatz), um auf schwankende stationäre Versorgungsbedarfe flexibler reagieren zu können,
- Begrenzung der G-BA-Vorgaben auf das Maß des Notwendigen, insbesondere der Qualitätssicherungs-
richtlinie Früh- und Reifgeborene sowie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur,
- generelle Verortung zur Erreichbarkeit des Fachpersonals am Patienten über Rufbereitschaft (Zeitraum
von 45 Minuten anstelle bisher 30 Minuten) in den §§ 136 Abs. 1 S. 4 SGB V u. 136b Abs. 2 S. 5 SGB V,
- Bürokratieabbaugesetz des Bundesgesundheitsministeriums (BMG), wozu die DKG bereits im August
2024 auf 77 Seiten umfassende Vorschläge ans BMG gemacht hat.

Alternative Einsparungen

Weitere Einsparungen ohne Gefahr für die Versorgungssicherheit wären möglich:

- durch Ausgabenbegrenzungen bei innovativen Arzneimitteln innerhalb der stationären Versorgung (diese
zählen zu den GKV-Ausgaben für die stationäre Versorgung),
- durch Streichung aufgrund niedriger Versorgungsrelevanz von
 - GKV-Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V
 - Übergangspflege nach § 39e SGB V
 - Innovationsfonds nach § 92a SGB V
 - Qualitätsverträge nach § 110a SGB V
 - sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen nach § 115g SGB V.