

GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (BStabG)

Auswirkungen und Änderungsbedarfe

Stand: 12.05.2026

Der Entwurf des BStabG bedroht unmittelbar die stationäre Versorgungssicherheit. Die wirtschaftliche Lage der Kliniken hat sich in den letzten Jahren schrittweise verschlechtert. Dies hat zwei Ursachen:

- massiver Aufwuchs von Struktur-/Personalvorgaben seit 2016 durch Gesetzgeber (Krankenhausstrukturgesetz und Folgegesetze) und Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit harten Sanktionen
- die Inflationslücke 2022/2023 konnte bisher nicht in der regulären Vergütung aufgeholt werden; der befristete Rechnungszuschlag (3,25 %) zum Ausgleich gem. Koalitionsvertrag endet am 31.10.2026

Ab 2027 wird die bestehende Inflationslücke wieder voll durchschlagen. Bereits ohne ein neues Sparpaket werden Verluste bayerischer Kliniken von rund 600 Mio. Euro (ca. 8.500 Euro pro Bett) durch Trägerunterstützungen ausgeglichen sein. Durch das vorgesehene Sparpaket würde dieses Defizit auf rund 1,4 Mrd. Euro (20.000 Euro pro Bett) anwachsen. Kein Krankenhaus mit einer 24/7-Versorgung könnte wirtschaftlich tragfähig arbeiten. Gleichzeitig befinden sich die Krankenhäuser in einer Phase tiefgreifender Transformation.

Eine Stabilisierung der GKV-Beitragssätze ist nachvollziehbar. Im Krankenhausbereich können aber keine Gewinne abgeschöpft werden. Die Krankenhäuser mussten bereits Anfang 2026 als einziger Versorgungsbe- reich einen Sparbeitrag für die GKV leisten. Wenn der Krankenhausbereich durch weitere Einsparungen an einer Beitragssatzstabilisierung beteiligt werden soll, ist dies nur in diesen Handlungsfeldern möglich:

- Einsparung durch Umsetzung der Krankenhausreform von jährlich 1 Mrd. Euro durch Leistungskon- zentration, die lt. Krankenhausverbesserungsgesetz jährlich aufwachsen sollen; in Bay- ern ist ab 2027 eine konsequente Leistungskonzentration in den mengensensiblen Bereichen der En- doprothetik, Wirbelsäulenoperationen und Adipositaschirurgie geplant
- Einsparungen in den GKV-Ausgaben der stationären Versorgung für Arzneimittel im Krankenhaus, die zwischenzeitlich auf rund 10 Mrd. Euro p.a. mit hoher Kostendynamik im patentgeschützten Bereich angestiegen sind
- Erlösbegrenzungen durch die einnahmenorientierte Ausgabenpolitik bei den Fallkosten und im bishe- rigen Pflegebudget, soweit diese für die Kliniken durch eine Reduzierung von Struktur- und Personal- vorgaben und eine Streichung von Sanktionsvorschriften umsetzbar sind

Pauschale Kürzungen bei den Kliniken ohne Sicherung der Potentiale der Krankenhausreform und ohne Kom- pensation auf der Kostenseite führen zu einem kalten Strukturwandel. Positive Fortführungsprognosen von Wirtschaftsprüfern oder Liquiditätskredite am Kapitalmarkt werden unmöglich. Bedarfsnotwendige Kranken- häuser müssten schließen oder über ein Notprogramm des Freistaates gerettet werden.

Änderungsbedarf an der Einsparliste des BStabG

Nachstehend ist ein hoher Sparbeitrag der Kliniken bei dazu erforderlichen Kompensationen vorgestellt.

Maßnahme aus dem BStabG	Belas- tung Kliniken	Änderungsbedarf	Belas- tung Kliniken
./.	./.	KHVVG/KHAG: Berücksichtigung der Fi- nanzeffekte für die Krankenkassen durch die Krankenhausreform.	1,0 Mrd. € jährlich steigend
./.	./.	KHAG: Durchschlagen des nach § 130b SGB V geltenden Erstattungsbetrags für Arzneimittel auf krankenhaushausindividuelle Entgelte und neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 KHEntgG.	0,2 Mrd. € jährlich steigend

<p>Einnahmenorientierte Ausgabenpolitik im Krankenhausbereich</p> <p>Nach § 71 SGB V soll künftig als Veränderungsrate die GKV-Grundlohnrate minus 1 % in den Jahren 2027 bis 2029 gelten. Nach drei Jahren entsteht eine dauerhafte Kürzung von 3 % ab 2029.</p> <p>Bisher wurde die Obergrenze für Erlösverhandlungen im Krankenhausbereich als eine „Meistbegünstigungsklausel“ gebildet, um die GKV zu schützen und gleichzeitig eine inflationsbedingte Kostendynamik für Kliniken später wieder teilweise aufholen zu können. Nun soll diese Obergrenze als „Meistbenachteiligungsklausel“ gebildet werden. Zwischen GKV und Krankenhäusern darf nur noch die abgesenkte Veränderungsrate <u>oder sofern darunterliegend der Orientierungswert vereinbart werden</u>. Mit dieser „doppelten Obergrenze“ können Inflations-sprünge in Folgejahren auch bei guter GKV-Finanzlage nicht mehr aufgeholt werden. Der Grundsatz der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser gem. § 1 KHG ist nicht mehr gewährleistet. Inflationsrisiken wären allein von den Kliniken zu tragen.</p>	<p>1,2 Mrd. € jährlich steigend</p>	<p>Einnahmenorientierte Ausgabenpolitik im Krankenhausbereich</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u> Die Regelung ist teilweise umsetzbar. Es ist eine <u>verbindliche Festschreibung</u> der gekürzten Veränderungsrate nach in § 71 SGB V als Veränderungswert nach § 9 KHEntgG und als Landesbasisfallwert nach § 10 KHEntgG ohne weitere Verhandlung 2027 – 2029 erforderlich. Anwendung der gleichen Regelung für den Bereich der Bundespflegesatzverordnung.</p> <p><u>G-BA-Vorgaben sind auf versorgungspraktisch notwendige Vorgaben zu begrenzen</u> (Überprüfung insbesondere der Richtlinien zur Notfallversorgung, Früh- und Reifgeborene, Versorgung hüftgelenknaher Femurfrakturen). Die Erreichbarkeit des Fachpersonals am Patienten muss künftig über Rufbereitschaft möglich sein (§§ 136 Abs. 1 S. 4 SGB V u. 136b Abs. 2 S. 5 SGB V).</p> <p><u>Streichung kleinteiliger Personalnachweispflichten und Sanktionsregelungen</u> aus G-BA-Vorgaben, Pflegepersonaluntergrenzen und Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik.</p> <p><u>Begründung:</u> Mit der Festschreibung der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik minus 1 % leisten die Kliniken einen hohen Sparbeitrag trotz bestehender Defizite. Die verbindliche Festschreibung ist zur Vermeidung unkalkulierbarer Risiken nötig.</p> <p>Um Erlösbegrenzungen bedarfsgerecht und wirtschaftlich tragfähig umsetzen zu können, sind die B-BA-Vorgaben zu reduzieren und Sanktionsregelungen zu streichen. Dies betrifft insbesondere den ärztlichen Dienst, bei dem der Personalaufbau (Vollzeitkräfte) seit 2000 deutlich höher war als im Funktions- und im Pflegedienst. Mit Einführung der ärztlichen Personalvorgaben bei den Leistungsgruppen ist eine Begrenzung anderer Vorgaben sachgerecht, damit Kliniken die nötigen Gestaltungsmöglichkeiten erhalten. Dazu gehören Kompetenzerweiterungen in der Pflege und ein moderner Qualifikationsmix.</p> <p>Hinweis: Ein <u>Bürokratieabbaugesetz</u> des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) steht noch aus, wozu die DKG bereits im August 2024 auf 77 Seiten umfassende Vorschläge gemacht hat.</p>	<p>0,90 Mrd. € jährlich steigend</p>
---	-------------------------------------	---	--------------------------------------

<p>Begrenzung der Zuwächse beim Pflegebudget</p> <p>Seit 2020 wird die Pflege im Krankenhaus nach einem krankenhaushausindividuellen Pflegebudget im Selbstkostendeckungsprinzip finanziert. Zuvor waren die Kosten Bestandteil der DRG-Fallpauschalen.</p> <p>Der Anstieg des Pflegebudgets soll künftig wie die DRG-Erlöse nach einer „Meistbenachteiligungsklausel“ grundsätzlich begrenzt werden. Ausgangsbasis soll die Vereinbarung der Vertragspartner 2026 sein.</p> <p>Die Vertragsparteien vor Ort können ab 2027 einen höheren Anstieg nur noch im Ausnahmefall vereinbaren.</p>	<p>1,1 Mrd. € jährlich steigend</p>	<p>Begrenzung der Zuwächse beim Pflegebudget 2027</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u> <u>Rückgliederung des Pflegebudgets in die DRG-Erlöse ab 2028 auf Basis von 2026.</u> Für 2027 Begrenzung des Pflegebudgets mit dem Veränderungswert (Grundlohnrate minus 1 %) zzgl. Tarifraten, wobei die Vertragspartner im Ausnahmefall einen höheren Anstieg vereinbaren können.</p> <p><u>Streichung der mit dem KHAG eingeführten tätigkeitsbezogene Abgrenzung von Pflegepersonalkosten (§ 6a Abs. 2a S. 6 KHEntgG).</u> Diese sind künftig durch <u>Personalhaltelinien auf Ganzhausebene mit jährlicher Berichtspflicht</u> zu ersetzen.</p> <p><u>Streichung der Sanktionen der Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG).</u></p> <p><u>Begründung:</u> Das Pflegebudget hat seine Zielsetzung bisher erfüllt. Eine Fortführung des Pflegebudgets als Budgetierung bis zu Obergrenzen führt zu Fehlanreizen bei der Umsetzung der Krankenhausreform (Fortschreibung Status quo). Eine Eingliederung in die DRG-Erlöse – wie von der Finanzkommission Gesundheit vorgeschlagen – wäre nach einem Umstellungsjahr sachgerecht.</p> <p>Eine minutengenaue Abgrenzung von Pflegepersonalkosten ist in der klinischen Teamarbeit weder sinnvoll noch genau möglich. Diese Regelung ist nach einer DRG-Eingliederung überflüssig.</p> <p>Die Einhaltung kleinteiliger PpUG ohne klinische Notwendigkeit ist mit diesen Begrenzungen nicht mehr umsetzbar. Die Versorgung im Krankenhaus muss künftig als Gesamtsystem mit mehr betrieblicher Flexibilität betrachtet werden.</p>	<p>0,95 Mrd. € jährlich steigend</p>
<p>Entfall der Finanzierung pflegeentlastender Maßnahmen</p> <p>Seit 2025 können pflegeentlastende Maßnahmen (Entlastung von Pflegepersonal am Bett, z.B. durch Servicepersonal, Digitalisierung) nur noch pauschal mit 2,5% des Budgets berücksichtigt werden.</p> <p>Diese Berücksichtigung von pflegeentlastenden Maßnahmen soll künftig komplett entfallen.</p>	<p>0,65 Mrd. €</p>	<p>Entfall der Finanzierung pflegeentlastender Maßnahmen</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u> Die Regelung ist zu streichen.</p> <p><u>Begründung:</u> Die Kosten können in den Kliniken sozialverträglich nicht kurzfristig abgebaut werden. Vor der Einführung der Pauschale wurden in Bayern 2024 Kosten von deutlich über 3 % nachgewiesen. Die bestehende Pauschale ist ebenfalls in die DRG-Erlöse einzugliedern.</p>	<p>./.</p>

<p>Begrenzung der Tarifraterate auf 50 %</p> <p>Die Refinanzierung von Tarifsteigerungen, welche die maßgebliche Obergrenze überschreiten, soll künftig nur noch zu 50 % möglich sein.</p>	<p>0,1 € jährlich steigend</p>	<p>Fortführung der Tarifraterate</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u> Fortführung des vollen Ausgleiches von Tarifentwicklungen.</p> <p><u>Begründung:</u> Die Krankenhäuser verhandeln den TVöD als führenden Tarifvertrag nicht selbst. Die Kliniken sollten weiterhin zur Tariftreue stehen können. Wenn bereits ein Personalabbau zur Umsetzung der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik erfolgen muss, kann für einen Betriebsfrieden in den Kliniken nicht zusätzlich die Tarifbindung in Frage gestellt werden.</p>	<p>./.</p>
<p>Erhöhung der Prüfquoten und Schwellenwerte bei Krankenhausabrechnungen</p> <p>Die Krankenkassen beauftragen den Medizinischen Dienst (MD) mit der Prüfung von Rechnungen der Krankenhäuser im Nachgang einer erfolgten Behandlung. Die Anzahl der MD-Prüfungen ist durch ergebnisabhängige Prüfquoten begrenzt. Die jeweiligen Prüfquoten sollen deutlich ausgeweitet werden, wodurch die Prüfbürokratie massiv bei Krankenkassen, MD und Kliniken zunehmen wird.</p>	<p>1,6 Mrd. €</p> <p>steigende Bürokratiekosten müssen gegengerechnet werden</p>	<p>Erhöhung der Prüfquoten aber nicht der Schwellenwerte als Übergangslösung</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u> Eine Ausdehnung der Prüfmöglichkeiten nach Abschluss einer Krankenhausbehandlung (5/15/25 %) wäre allenfalls als <u>Übergangslösung denkbar, wenn die bisherigen Schwellenwerte für die jeweilige Prüfquote beibehalten werden.</u></p> <p><u>Begründung:</u> Die im Gesetzesentwurf vorgesehene Neuregelung <u>widerspricht dem Koalitionsvertrag</u> (Seite 110, Ziffer 3506-3507) und führt zu hohen <u>zusätzlichen Bürokratieaufwand</u>, der allenfalls übergangsweise bei Kliniken mit höherer Beanstandungsquote bei den selektiv ausgewählten Prüfungen akzeptabel sein darf.</p> <p>Wenn Krankenkassen bei einer 5 % Auswahl bereits in über 60 % unberechtigte Beanstandung über den MD prüfen lassen, kann die Prüfbürokratie nicht noch weiter aufgebläht werden. Derzeit erreichen 41,5 % der Kliniken die beste Prüfquote und weitere 45,76 % die zweitbeste Prüfquote.</p>	<p>0,8 Mrd. €</p> <p>zielgenauer bei Kliniken mit hoher Beanstandung und weniger Bürokratiekosten</p>
<p>Einführung eines verpflichtenden Zweitmeinungsverfahrens bei mengensensiblen Eingriffen</p> <p>Ab 2027 soll der G-BA jährlich für mindestens einen der planbaren und mengenanfälligen Eingriffe ein verpflichtendes Zweitmeinungsverfahren regeln.</p>	<p>0,05 Mrd. €</p>	<p>Einführung eines verpflichtenden Zweitmeinungsverfahrens bei mengensensiblen Eingriffen</p> <p>Die Regelung kann akzeptiert werden.</p> <p>Eine bessere Steuerung der Nachfrage nach mengensensiblen Eingriffen ist sachgerecht und folgt auf der Versichertenseite der Logik der Krankenhausreform (Angebotskonzentration). Bei der Umsetzung ist darauf zu achten, dass versorgungskritische Wartezeiten vermieden werden.</p>	<p>0,05 Mrd. €</p> <p>höhere Einsparung bei schneller Umsetzung möglich</p>

<p>Einführung von DRG-Kurzzeitfallpauschalen</p> <p>Mit der Einführung sog. DRG-Kurzzeitfallpauschalen sollen Anreize zur Verweildauerverkürzung und zur Ambulantisierung gesetzt werden für Fälle mit einem Aufenthalt von bis zu drei Kalendertagen.</p>	<p>Wirkung ab 2028</p>	<p>Einführung von DRG-Kurzzeitfallpauschalen</p> <p>Die Regelung kann akzeptiert werden.</p>	<p>schnellere Umsetzung sollte geprüft werden</p>
<p>Rückzahlungsverpflichtung bei fehlender Besetzung von Personalstellen im Psych-Bereich</p> <p>Krankenhäuser der Psychiatrie und Psychosomatik werden im Rahmen eines vor Ort von den Vertragsparteien verhandelten Gesamtbudgets vergütet. Sofern eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht vorgenommen wurde, haben die Vertragsparteien bisher vereinbart, inwieweit der Gesamtbetrag abzusenken ist.</p> <p>Künftig soll vorgegeben werden, dass der Gesamtbetrag rückwirkend abzusenken ist.</p>	<p>0,2 Mrd. €</p>	<p>Rückzahlungsverpflichtung bei fehlender Besetzung von Personalstellen im Psych-Bereich</p> <p><u>Änderungsvorschlag:</u> streichen</p> <p><u>Begründung:</u> Mit der zwingenden Rückzahlung würde der elementare <u>Grundsatz der Krankenhausfinanzierung, wonach das vereinbarte Gesamtbudget (Gesamtbetrag) maßgeblich ist</u> und die sinnvolle und wirtschaftliche Verwendung der Mittel in der Eigenverantwortung der Einrichtungen liegt, aufgekündigt. Bei Anwendung müsste auch ein Rechtsanspruch auf die Vereinbarung der Personalkosten in tatsächlicher Höhe eingeführt werden.</p> <p>Die psychiatrische Versorgung ist <u>bereits über die einnahmenorientierte Ausgabenpolitik an den Sparmaßnahmen beteiligt</u>. Zu berücksichtigen ist, dass Personalkosten (etwa 80 Prozent) im Vergleich zu somatischen Häusern höher liegen.</p>	<p>./.</p>
<p>Erweiterung der Regelung zur Fallzusammenführung (Prüfauftrag)</p> <p>Die Vertragsparteien auf Bundesebene werden beauftragt, mit Wirkung ab 2028 erweiterende Regelungen zur Fallzusammenführung zu prüfen, um vermeidbare Mehrfachabrechnungen zu verhindern.</p>	<p>Wirkung ab 2028</p>	<p>Erweiterung der Regelung zur Fallzusammenführung (Prüfauftrag)</p> <p>Die Regelung kann akzeptiert werden.</p>	<p>Wirkung ab 2028</p>
	<p>Summe 2027: 4,9 Mrd. €</p>		<p>Summe 2027: 3,9 Mrd.€*</p>

*Diese Einsparung setzt Streichungen von Sanktionen und Abbau von Personal-/Strukturvorgaben voraus.

Krankenhaustransformationsfonds (KHTF) und Landesmittel: Ggf. müssten Mittel aus dem KHTF bzw. Mittel aus einem Landes-Notprogramm zur finanziellen Stabilisierung eingesetzt werden, sofern Erlöskürzungen und Erlösbegrenzungen bei den Betriebskosten aufgrund starrer Vorgaben nicht durch die Kliniken kompensiert werden können.