STELLUNGNAHME

zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz)

Berlin, 22. April 2026 | Mit dem vorliegenden Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zum GKV-Stabilisierungsgesetz soll die Ausgabendynamik der GKV reduziert werden, um die GKV-Beitragssätze ab dem Jahr 2027 dauerhaft zu stabilisieren. Ausgangspunkt des Entwurfs ist die Einschätzung, dass die Ausgaben der GKV deutlich stärker steigen als die Einnahmen und deshalb eine strukturelle Deckungslücke besteht, die nach Auffassung des Gesetzgebers nur durch ein breit angelegtes Maßnahmenpaket geschlossen werden kann. Grundlage für die im Entwurf enthaltenen Sparmaßnahmen sind die Empfehlungen der vom BMG eingesetzten FinanzKommission Gesundheit (Erster Bericht vom 30.03.2026).

Die vorliegende Stellungnahme wird gemeinsam vom Deutschen Caritasverband (DCV) und dem Katholischen Krankenhausverband Deutschland (KKVD) abgegeben und konzentriert sich auf die Regelungen des Gesetzentwurfs, die den Krankenhausbereich betreffen. Darüber hinaus schließen sich die Verbände der Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) ausdrücklich an.

Zusammenfassende Bewertung

Das Ziel, steigende Zusatzbeiträge für Versicherte zu vermeiden und die Finanzen der GKV nachhaltig zu stabilisieren, wird von den katholischen Krankenhäusern ausdrücklich unterstützt. Die im Entwurf vorgesehen Maßnahmen setzen jedoch zu stark auf zusätzliche Belastungen der Leistungserbringer und Versicherten. Gleichzeitig bleibt die strukturelle Finanzierungslücke für die Beiträge von Bürgergeldbeziehenden weiterhin ungelöst und wird systemwidrig zulasten der Solidargemeinschaft weiter fortgeschrieben.

Besonders kritisch ist, dass der Referentenentwurf die tatsächliche wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser unzureichend berücksichtigt und direkt in den laufenden Transformationsprozess eingreift. Die mit der Krankenhausreform (KHVVG/KHAG) angestrebten Effizienzgewinne durch Spezialisierung und Strukturveränderungen können unter diesen Rahmenbedingungen nicht realisiert werden.

Zudem bleiben vorhandene Einsparpotenziale ungenutzt. Insbesondere Maßnahmen zum Bürokratieabbau, zur Reduktion kostenintensiver Vorgaben und zur Stärkung unternehmerischer Handlungsspielräume der Krankenhäuser werden nicht aufgegriffen. Für zusätzliche Sparmaßnahmen besteht im Krankenhaussektor faktisch kein Spielraum mehr. Weitere finanzielle Belastungen gefährden unmittelbar die Versorgungssicherheit.

Dies gilt in besonderem Maße für freigemeinnützige Träger, die einen wesentlichen Beitrag zur flächendeckenden Versorgung leisten, jedoch – anders als andere Trägerformen – weder über einen gesicherten Zugang zum Kapitalmarkt noch über eine kommunale Steuerfinanzierung verfügen.

Erforderlich ist stattdessen ein ausgewogenes Reformpaket, das die wirtschaftliche Stabilität der Krankenhäuser sichert.

Die beiden Verbände führen folgende Kritikpunkte an:

1. Der Gesetzentwurf verkennt die dramatische wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser, die bereits heute flächendeckend unter massivem finanziellen Druck stehen und vielfach existenzgefährdet sind.
2. Die freigemeinnützigen und tarifgebundenen Träger sind von den Regelungen in besonderer Weise betroffen und dürften zu den ersten gehören, die wirtschaftlich an ihre Grenzen geraten und sich aus der Versorgung zurückziehen müssen. Dadurch wird eine schleichende Verstaatlichung der Krankenhauslandschaft begünstigt, ohne dass hiermit ein Gewinn an Effizienz oder Versorgungsqualität verbunden wäre.[1]
3. Die vorgesehenen Regelungen stellen keine echten Einsparungen dar, sondern führen faktisch zu pauschalen Vergütungskürzungen in Höhe von 5,1 Milliarden Euro zulasten der Krankenhäuser, die sich bis 2030 auf fast 15 Milliarden Euro summieren.
4. Substanzielle Reformansätze zur tatsächlichen Effizienzsteigerungen fehlen vollständig, insbesondere zum Abbau kostenintensiver Bürokratie.
5. Die Folgen dieser Budgetkürzungen werden sich unmittelbar im Abbau wirtschaftlich nicht tragfähiger Angebote und längere Wartezeiten niederschlagen sowie das Risiko für Versorgungslücken steigern.
6. Besonders betroffen werden personalintensive Versorgungsbereiche sein, die bereits heute wirtschaftlich unter Druck stehen und bei weiter steigender Unterfinanzierung infolge der Aufhebung der Tariftreueregelungen zu den ersten gehören, die reduziert oder geschlossen werden müssen. Hierzu zählen die Palliativmedizin mit sehr hohen Personalschlüsseln (z. B. 3:1), die Geriatrie, die Psychiatrie sowie die Geburtshilfe. Damit werden ausgerechnet diejenigen Leistungen zurückgedrängt, die gesellschaftlich besonders sensibel sind und für eine flächendeckende Versorgung dringend benötigt werden.
7. Auch die Beschäftigten werden die Auswirkungen unmittelbar spüren: Der wirtschaftliche Druck wird über Arbeitsverdichtung, verzögerte Nachbesetzungen und Einsparmaßnahmen weitergegeben.
8. Die Versorgungsqualität wird – entgegen den politischen Behauptungen – sinken, da geringere Personalressourcen, steigender Dokumentationsaufwand und reduzierte Handlungsspielräume die patientennahe Versorgung unmittelbar beeinträchtigen.
9. Der Gesetzentwurf konterkariert die Krankenhausreform, da er den Einrichtungen die notwendigen finanziellen Spielräume entzieht, um in Spezialisierung, Leistungsgruppen, Personal und strukturelle Weiterentwicklung zu investieren und damit die Umsetzung der Reform erheblich gefährdet.

[1] Siehe „englische Verhältnisse“, womit die Erfahrungen und Erkenntnisse mit dem britischen Gesundheitssystem (NHS – National Health Service) gemeint sind, das gekennzeichnet ist von starker Zentralisierung/Verstaatlichung, Budgetierung und knappen Ressourcen, lange Wartezeiten, Rationierung von Leistungen sowie Personalmangel und Arbeitsbelastung.

10. Durch die massiven Kürzungen werden weitere zentrale gesundheitspolitische Vorhaben, insbesondere die ambulante Notfallreform, der Aufbau von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (SüV) sowie notwendige Investitionen in Nachhaltigkeit in Frage gestellt, da sich die Krankenhäuser angesichts der finanziellen Unsicherheit auf die Aufrechterhaltung ihrer Kernversorgung beschränken müssen.

Vor diesem Hintergrund sehen die katholischen Krankenhäuser in den vorgeschlagenen Maßnahmen erheblichen Anpassungsbedarf.

I. Kritik an den Vorschlägen der FinanzKommission Gesundheit

Die Empfehlungen der FinanzKommission Gesundheit sind bereits in ihrer Grundannahme kritisch zu bewerten, da sie die tatsächliche Ausgangslage der Krankenhäuser in zentralen Punkten verkennen.

1. Zahlreiche Vorschläge verkennen die wirtschaftliche Realität der Krankenhäuser

Die Kommission verkennt in grundlegender Weise die dramatische wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser in Deutschland. Ein Großteil der Kliniken befindet sich bereits heute in einer existenzbedrohenden Lage: Rund drei Viertel der Häuser schreiben Verluste.[2]

Der Referentenentwurf unterstellt, dass die hohen Ausgabenzuwächse in der GKV wesentlich auf eine ausgeprägte Preis-, Lohn- und Vergütungsdynamik zurückzuführen seien und dass diese durch eine Rückkehr zu einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik begrenzt werden müssten. Gerade für den Krankenhausbereich greift diese Betrachtung jedoch zu kurz, weil sie die seit Jahren bestehende strukturelle Unterfinanzierung der stationären Versorgung und die angespannte wirtschaftliche Lage vieler Häuser nicht hinreichend berücksichtigt.

Besonders angespannt ist die Situation der freigemeinnützigen, darunter vieler katholischer Krankenhäuser. Für diese Einrichtungen verschärft sich die Lage kontinuierlich, da sie – anders als kommunale Träger – Verluste regelmäßig aus eigener Kraft kompensieren müssen und nicht auf Steuermittel zur Defizitdeckung zurückgreifen können. So haben kommunale Träger allein im Jahr 2024 bundesweit rund 4 bis 5 Milliarden Euro aufgewendet, um ihre Krankenhäuser wirtschaftlich zu stabilisieren. Dies entspricht Zuschüssen von etwa 20.000 Euro pro Bett und Jahr.[3]

[2] Vgl. Roland Berger Krankenhausstudie 2025
[3] Vgl. Curacon Whitepaper 2025 „Diagnose: Unterfinanziert – Status quo und Zukunft der Krankenhausfinanzierung“, S. 9

Am Beispiel Köln wird die Ungleichbehandlung besonders deutlich: Während die Stadt ihre kommunalen Kliniken regelmäßig mit hohen zweistelligen bis dreistelliger Millionenbeträgen unterstützt – allein im Jahr 2023 mit 100 Millionen Euro –, gehen die 13 freigemeinnützigen Krankenhäuser der Stadt, die etwa die Hälfte der Versorgung sicherstellen und rund 10.000 Mitarbeitende beschäftigen, vollständig leer aus.[4]

Diese Unterstützung in dieser Größenordnung werden sich auch Städte, Gemeinden und Landkreise künftig nicht mehr leisten können, da sie sich in einer tiefen Finanzkrise befinden.[5] Auch sie können diese Summen bald nicht mehr stemmen, zumal die Ausgaben an anderer Stelle der Daseinsvorsorge, etwa für Schulen, Kindergärten, Infrastruktur oder dem öffentlichen Nahverkehr, bereits erhebliche finanzielle Belastungen bestehen.

Diese wirtschaftlichen Kennzahlen verdeutlichen die strukturelle Schieflage[6]:

- Für den Zeitraum 2022 bis 2027 wird eine kumulierte Finanzierungslücke von rund **–5,87 %** erwartet.
  → Beispiel: Ein Krankenhaus mit 200 Mio. € Jahreserlösen verliert damit rund **12 Mio. € Liquidität**.
- Bereits im Jahr 2024 liegt das durchschnittliche Defizit pro Krankenhaus bei einem historischen Höchststand von –3,2 Mio. €, mit einer weiteren Verschlechterung auf etwa **–3,3 Mio. €** bis 2027.
- Die operative Effizienz und Rentabilität ist massiv eingebrochen: Die EBITDA-Marge ist von 3,6 % im Jahr 2020 auf –0,5 % im Jahr 2025 gefallen und wird bis 2027 voraussichtlich auf **–0,8 %** sinken.
- Gleichzeitig ist die Liquidität vieler Häuser kritisch:
  - Im Durchschnitt reicht die freie Liquidität nur noch für **2,7 Wochen Betrieb**.
  - **25 % der Krankenhäuser verfügen über keinerlei freie Mittel** mehr und stehen faktisch kurz vor der Zahlungsunfähigkeit.

Zusätzlich wird sich die Situation ab Oktober 2026 weiter verschärfen, da der zeitlich befristete Rechnungszuschlag[7] in Höhe von 3,25 % zur Abfederung der inflationsbedingten Kostensteigerungen, insbesondere bei den Energie- und Sachkosten in den Jahren 2022 und 2023, entfällt. Dieser Zuschlag hat bislang kurzfristig zur Stabilisierung beigetragen; sein Wegfall führt zu einem erneuten, unmittelbaren Einnahmeverlust, ohne dass die zugrunde liegende Kostenbelastung vollständig zurückgegangen sind.

[4] Siehe Initiative „Fair ist gesund“ unter https://fair-ist-gesund.de/, die sich für eine gerechtete Finanzierung für alle Kölner Krankenhäuser einsetzt.
[5] Im Jahr 2024 verzeichneten sie ein Defizit von mehr als 13 Milliarden Euro. Für 205 und Folgejahre werden ähnliche Defizite erwartet. Vgl. https://www.staedtetag.de/positionen/beschluesse/2025/241-hauptausschuss-kommunale-finanzkrise
[6] Vgl. Thomsen und Thiesen, „Zwischen Atempause und Alarm“, f&w 3/2026
[7] als „Sofort-Transformationskosten“

Diese Entwicklung macht deutlich: Die Krankenhäuser verlieren derzeit kontinuierlich Liquidität aus dem laufenden Betrieb. Eine Stabilisierung ist nicht absehbar; vielmehr droht sich die wirtschaftliche Lage vieler Häuser bis 2027 weiter zu verschärfen.
Die absehbare Folge sind steigende Insolvenzen und Standortschließungen. Freigemeinnützige Träger und damit auch katholische Krankenhäuser sind hiervon in besonderem Maße betroffen. Bereits im Jahr 2024 lag die Insolvenzquote bei freigemeinnützigen Trägern mit 2,7 % mehr als doppelt so hoch wie bei öffentlichen Häusern (1,3 %).[8]

Aktuellen Prognosen zufolge wird sich die Insolvenzgefahr in den kommenden Jahren weiter deutlich erhöhen; bereits im nächsten Jahr werden rund 30 % der Krankenhäuser als hoch insolvenzgefährdet eingeschätzt, und ein Teil dieser Häuser wird tatsächlich vom Markt verschwinden.[9]

Hinzu kommt, dass die Krankenhäuser bereits in erheblichem Umfang zur Stabilisierung der GKV beigetragen haben. Durch die Aussetzung der Meistbegünstigungsklausel wurden Einsparwirkungen in Milliardenhöhe realisiert, allein **im Jahr 2026 rund 1,8 Mrd. € zulasten der Krankenhäuser**. Weitere Belastungen sind vor diesem Hintergrund weder sachgerecht noch tragfähig.

Die realen Auswirkungen der vorgesehenen Maßnahmen lassen sich exemplarisch an wirtschaftlich grundsätzlich stabilen Krankenhausträgern verdeutlichen: Selbst größere Einrichtungen mit mehreren Standorten und rund 30.000 Behandlungsfällen jährlich, die aktuell noch positive Jahresergebnisse erzielen, geraten durch die geplanten Regelungen unter erheblichen Druck: Auswirkung des Gesetzes: -6,5 Millionen Euro in 2027, -8,3 Millionen Euro in 2028. Diese Häuser befinden sich zugleich mitten im Transformationsprozess im Rahmen der Krankenhausplanung, der zunächst erhebliche Investitionen erfordert – etwa für strukturelle Anpassungen, Umbaumaßnahmen und Personalmaßnahmen – ohne kurzfristige wirtschaftliche Entlastung.

Bereits in den mittelfristigen Planungen dieser Einrichtungen sind umfangreiche interne Rationalisierungs- und Restrukturierungsmaßnahmen berücksichtigt, darunter auch Einsparungen im Personalbereich in Millionenhöhe. Mit anderen Worten: Die vorhandenen Effizienzreserven sind weitgehend ausgeschöpft. Zusätzliche Einsparvorgaben treffen damit nicht auf vermeintliche Spielräume, sondern auf bereits ausgereizte Strukturen.

Selbst Häuser mit vergleichsweiser solider Liquiditätslage können diese Entwicklung nur begrenzt abfedern. Während ein kurzfristiges „Durchhalten“ möglich sein mag, verschärft sich die strukturelle Unterfinanzierung perspektivisch weiter. Dies verdeutlicht, dass die vorgeschlagenen Maßnahmen nicht nur wirtschaftlich schwache Einrichtungen

[8] Vgl. Curacon Whitepaper 2025 „Diagnose: Unterfinanziert – Status quo und Zukunft der Krankenhausfinanzierung“, S. 3
[9] Siehe Pressekonferenz der DKG gemeinsam mit der KBV am 21. April 2026

treffen, sondern auch bislang stabile Träger in ihrer Existenz gefährden und damit die Versorgung insgesamt destabilisieren.

2. Zusätzliche Konsolidierungsvorgaben verkennen die aktuellen Transformationsanforderungen infolge der Krankenhausreform

Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) und zuletzt durch die weiteren Anpassungen durch das Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) stehen die Kliniken vor den umfassendsten strukturellen, organisatorischen und finanziellen Veränderungen seit Einführung des DRG-Systems.

Zentrale Elemente der Reformen, wie die Leistungsgruppenplanung und die Vorhaltefinanzierung sind in ihren konkreten Auswirkungen vielfach noch unklar. Gleichzeitig erfordert die Umsetzung erhebliche personelle, organisatorische und finanzielle Ressourcen. Bereits heute ist absehbar, dass viele Krankenhäuser an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit stoßen, diese Transformation zu bewältigen.

3. Zahlreiche Vorschläge führen zu zusätzlicher Bürokratie und mindern Effizienz

Anstatt Entlastungen zu schaffen, führt der Gesetzentwurf in zentralen Bereichen zu zusätzlichen Prüfungen, Nachweispflichten und Kontrollmechanismen. Dies betrifft insbesondere Dokumentationsanforderungen, Prüfregime und detaillierte Nachweispflichten im Finanzierungsbereich.

Diese Entwicklung bindet personelle Ressourcen, die für die Patientenversorgung benötigt werden, und steht im Widerspruch zum politischen Ziel des Bürokratieabbaus. Effizienz entsteht durch Gestaltungsspielräume und Vertrauen in die Leistungserbringer und nicht durch weitere Detailsteuerung.

4. Zahlreiche Vorschläge beruhen auf vereinfachenden oder nicht belastbaren Annahmen

Die Kommission unterstellt implizit bestehende Effizienzreserven oder sogar Überfinanzierung im Krankenhausbereich. Tatsächlich besteht jedoch nachweislich eine strukturelle Unterfinanzierung, insbesondere im Personalbereich.

Zudem wird angenommen, tarifliche Kostensteigerungen könnten begrenzt oder nicht vollständig refinanziert werden. Dies verkennt, dass Tariftreue politisch explizit gewollt war sowie für die Gewinnung und Bindung von Personal unverzichtbar und zur Sicherung der Versorgung zwingend erforderlich sind.[10] Eine unzureichende Refinanzierung würde unmittelbar zu Personalabbau und Qualitätsverlusten führen. Gerade deshalb ist

[10] Erst im Februar 2026 wurde das Bundestarfitreuegesetz vom Bundestag verabschiedet.

die vorgesehene Rücknahme der vollständigen Tarifrefinanzierung oberhalb der Grundlohnrate aus Sicht der Krankenhäuser besonders kritisch zu bewerten

Im Referentenentwurf wird angenommen, dass die Einsparmaßnahmen im Krankenhausbereich zu Entlastungen für Bund, Länder und Kommunen im Rahmen der Beihilfe in Höhe von rund 100 Millionen Euro im Jahr 2027 führen sollen, ansteigend auf bis zu rund 300 Millionen Euro bis 2030.[11]

Diese Annahme steht jedoch in deutlichem Widerspruch zur Realität der Krankenhausfinanzierung: Bereits heute sind erhebliche steuerfinanzierte Zuschüsse erforderlich, um die unzureichende Betriebskostenfinanzierung der Krankenhäuser auszugleichen. Insbesondere kommunale Träger müssen jährlich Milliardenbeträge aufbringen, um ihre Einrichtungen aufrechtzuerhalten.[12]

Hinzu kommt, dass im Falle von Schließungen – etwa wenn freigemeinnützige Krankenhäuser aus wirtschaftlichen Gründen gezwungen sind, den Betrieb einzustellen – die öffentlichen Haushalte regelmäßig ebenfalls belastet werden. Kommunen und Länder müssen in solchen Fällen häufig für Folgekosten aufkommen, etwa im Zusammenhang mit Sicherstellungsverpflichtungen, Strukturmaßnahmen oder der Neuorganisation der Versorgung.

Die vorgesehenen Vergütungsbegrenzungen verschärfen diese Situation zusätzlich, da sie die Einnahmen der Krankenhäuser weiter deckeln, ohne die zugrunde liegenden Kostenstrukturen zu berücksichtigen. Die Folge sind keine nachhaltigen Einsparungen für die öffentliche Hand, sondern vielmehr eine Verlagerung der Finanzierungslasten in die kommunalen Haushalte. [13]

Im Ergebnis wird damit ein vermeintliches Einsparpotenzial ausgewiesen, das in der Praxis durch steigende Zuschussbedarfe an anderer Stelle überkompensiert wird.

Aus Sicht der Krankenhausträger ist es erforderlich, dass die öffentliche Hand bei politisch induzierten Strukturveränderungen auch die daraus resultierenden Schließungskosten vollständig übernimmt. Dies umfasst insbesondere Aufwendungen für Personalabfindungen, Sozialpläne, Rückbau- und Umstrukturierungsmaßnahmen sowie weitere mit der Betriebsaufgabe verbundene Kosten. Ohne eine solche Regelung werden die

[11] Vgl. Referentenentwurf BStabG Seite 4
[12] Vgl. Rechtsgutachten von Brosius-Gersdorf, November 2023, abrufbar unter https://die-katholischen-krankenhaeuser.de/pm/alle-krankenhaeuser-fair-finanzieren/, Vgl. Deutscher Städtetag unter https://www.staedtetag.de/positionen/beschluesse/2025/241-hauptausschuss-popa-umsetzung-krankenhausreform, Vgl. Curacon Whitepaper 2025 „Diagnose: Unterfinanziert – Status quo und Zukunft der Krankenhausfinanzierung“
[13] Ebenda.

finanziellen Lasten einseitig den Trägern auferlegt, obwohl die Ursachen in gesundheitspolitischen Entscheidungen liegen.

5. Unausgewogene Lastenverteilung zulasten der Krankenhäuser

Die Vorschläge konzentrieren sich in erheblichem Umfang auf Kürzungen im stationären Bereich, während andere Ausgabenbereiche, etwa im Arzneimittelsektor geschont werden; so ist beispielsweise der Vorschlag der FinanzKommission zum dynamischen Herstellerrabatt nur unzureichend umgesetzt worden.

Dies führt zu einer unausgewogenen Belastung eines ohnehin stark unter Druck stehenden Sektors und lässt ein konsistentes Gesamtkonzept zur nachhaltigen Stabilisierung der GKV-Finanzen vermissen.

II. Gesamtbewertung des Referentenentwurfs

Die vorgesehenen Maßnahmen sind aus unserer Sicht in zentralen Teilen abzulehnen. Weitere Sparmaßnahmen zulasten der Krankenhäuser dürfen nicht erfolgen. Es fehlt an einer ausgewogenen Lastenverteilung: Weder werden vergleichbare Einsparbeiträge anderer Leistungserbringer noch der Krankenkassen selbst eingefordert. Vielmehr entsteht der Eindruck, dass die Vorschläge der Kostenträger nahezu unverändert von der FinanzKommission übernommen wurden, was Fragen hinsichtlich der Ausgewogenheit und Unabhängigkeit der Empfehlungen aufwirft.

Zudem ist darauf hinzuweisen, dass die Finanzlücke der GKV deutlich geringer ausfallen würde (zwei bis drei statt 15 Milliarden Euro), wenn der Bund die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen konsequent und sachgerecht übernehmen würde. Insbesondere die Beiträge für Bürgergeldbeziehende werden derzeit nicht kostendeckend finanziert. Der Bundeszuschuss deckt lediglich einen Bruchteil der tatsächlichen Ausgaben. Auch die FinanzKommission hat in ihrem Bericht auf diesen strukturellen Mangel und die daraus resultierende systemwidrige Belastung der Beitragszahler hingewiesen.

Darüber hinaus liegen Effizienzpotenziale im System, nicht in einer weiteren Verdichtung von Prüf-, Nachweis- und Steuerungsmechanismen, sondern vor allem in verlässlichen Rahmenbedingungen, praktikablen Verfahren und ausreichenden Gestaltungsspielräumen vor Ort. Voraussetzung hierfür ist insbesondere ein konsequenter Abbau bürokratischer Vorgaben sowie ein stärkeres Vertrauen in die Leistungserbringer. Zusätzliche Prüf- und Kontrollmechanismen wirken dem entgegen und binden Ressourcen, die dringend für die Patientenversorgung benötigt werden.[14]

[14] Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat in einem Positionspapier 55 konkrete Vorschläge zur Entbürokratisierung auf den Tisch gelegt, die wir allesamt unterstützen.

Unsere Vorschläge, die zu tragfähigeren Einsparungen führen würden:

- Konsequente Finanzierung versicherungsfremder Leistungen durch den Bund: Vollständige und regelgebundene Übernahme dieser Leistungen, insbesondere für Bürgergeldbeziehende, zur Entlastung der Beitragszahler und Vermeidung systemwidriger Belastungen.
- Umsteuern des Gesundheitssystems von der Kuration zur Prävention und Gesundheitsförderung: Der Gesetzentwurf muss den Vorschlag der FinanzKommission, Steuern auf Tabak, Alkohol und zuckergesüßte Erfrischungsgetränke zu erhöhen umsetzen. Wir schlagen vor, daraus einen Präventionsfonds zu bilden, der gezielt für Präventionsleistungen zur Verfügung stehen soll.
- Stärkung unternehmerischer Handlungsspielräume der Krankenhäuser: Abbau übermäßiger Regulierung und Detailsteuerung zugunsten eigenverantwortlicher, wirtschaftlicher und versorgungsorientierter Entscheidungen vor Ort.
- Konsequenter Bürokratieabbau: Reduktion von Prüf-, Nachweis- und Dokumentationspflichten, die keinen unmittelbaren Mehrwert für die Patientenversorgung haben und erhebliche Ressourcen binden.

III. Einzelbewertung

§ 27b SGB V – Zweitmeinung

Wir unterstützen ausdrücklich das Ziel, die Patientensouveränität zu stärken, die Qualität medizinischer Entscheidungen zu sichern und Transparenz im Behandlungsprozess zu fördern. Das bestehende Zweitmeinungsverfahren hat sich hierfür als geeignetes Instrument etabliert und wird von den Einrichtungen aktiv getragen.

Die nun vorgesehene Weiterentwicklung des § 27b SGB V, insbesondere die Verknüpfung der Vergütung einzelner Eingriffe mit einer zwingend nachzuweisenden Einholung einer Zweitmeinung, ist jedoch differenziert zu bewerten.

Der Gesetzentwurf geht ausdrücklich davon aus, dass im Bereich planbarer Eingriffe ein strukturelles Problem übermäßiger oder nicht indizierter Leistungen besteht, dem durch eine verschärfte Ausgestaltung des Zweitmeinungsverfahrens begegnet werden müsse. Diese Annahme greift zu kurz.

Bereits heute bestehen in der Versorgung mehrstufige Prüfmechanismen: Die Indikationsstellung erfolgt in der Regel im vertragsärztlichen Bereich und wird im Krankenhaus nochmals fachlich überprüft, häufig auch interdisziplinär. Faktisch existieren damit bereits Zweitmeinungsverfahren in der Versorgung. Diese Verfahren sind zwar nicht mit der Zweitmeinung nach § 27b SGB V gleichzusetzen; sie zeigen jedoch, dass medizinische Entscheidungen in der Praxis regelmäßig nicht eindimensional, sondern unter zusätzlicher fachlicher Kontrolle getroffen werden.

Eine pauschale Verpflichtung zur Zweitmeinung verkennt diese bestehenden Prozesse und suggeriert ein generelles Misstrauen gegenüber ärztlichen Entscheidungen. Das bisherige Zweitmeinungsverfahren ist bewusst als freiwilliges Instrument ausgestaltet, das auf dieser Grundlage gestärkt werden sollte. Diese Ausrichtung entspricht einem modernen Verständnis von Patientenautonomie.

Die vorgesehene verbindliche Verknüpfung der Vergütung mit dem Nachweis einer eingeholte Zweitmeinung stellt einen Paradigmenwechsel dar. Sie zwingt Patientinnen und Patienten unabhängig von der individuellen Situation zu zusätzlichen Arztkontakten und verzögert unter Umständen notwendige Behandlungen.

Zudem bestehen erhebliche Zweifel an der praktischen Umsetzbarkeit. Bereits heute ist die Zahl qualifizierter Zweitmeinungsanbieter begrenzt. Eine kurzfristige Ausweitung würde zwangsläufig zu verlängerten Wartezeiten führen, insbesondere in ländlichen Regionen.

Konkrete Versorgungsdaten verdeutlichen die strukturelle Problematik: Bundesweit stehen jährlich lediglich 551 registrierte Zweitmeinungsärzte[15] für 229.834 Knieendoprothesen im Jahr 2025 zur Verfügung. Dies entspricht rechnerisch rund 417 Verfahren je Arzt und Jahr – zusätzlich zur regulären Versorgung. Eine flächendeckende und zeitnahe Durchführung erscheint vor diesem Hintergrund kaum realistisch.

Auch regional zeigt sich die Unumsetzbarkeit deutlich: Selbst in Großstädten mit mehreren spezialisierten Einrichtungen ist nicht ersichtlich, dass ausreichende Kapazitäten für ein verpflichtendes Zweitmeinungsverfahren kurzfristig in dem erforderlichen Umfang aufgebaut werden könnten, während bereits ein einzelnes großes Krankenhaus mehrere hundert entsprechende Fälle jährlich behandelt. Dies führt zwangsläufig zu erheblichen Wartezeiten und Versorgungsengpässen.

Diese Verzögerungen sind medizinisch keineswegs neutral. Ein erheblicher Anteil der Patientinnen und Patienten befindet sich bereits in fortgeschrittenen Krankheitsstadien, in denen konservative Therapieoptionen ausgeschöpft sind. Gerade bei Knieendoprothesen liegt der Anteil dieser Fälle bei etwa 70 bis 80 %. Für diese Patientengruppe stellt eine Verzögerung keine bloße Verschiebung dar, sondern kann zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands führen und im Einzelfall sogar invasivere Eingriffe erforderlich machen. In der Praxis entstehen dadurch zusätzliche Verzögerungsketten: Da Patienten zunächst aus dem Behandlungsprozess herausgenommen, zurückgestellt und für die Wartezeit auf Zweitmeinungstermine in konservative Therapiepfade gelenkt werden. In Fallkonstellationen, in denen die konservative Therapie ausgeschöpft ist und eine OP

[15] Vgl. G-BA, Zweimeinungsverfahren: Zahl der Zweitmeinenden steigt weiter, https://www.g-ba.de/service/fachnews/239/

somit unausweichlich indiziert ist, muss daher grundsätzlich auf ein Zweitmeinungsverfahren verzichtet werden.

Überdies führen begrenzte physiotherapeutische Kapazitäten[16] sowie organisatorische Fristen dazu, dass sich medizinisch notwendige Behandlungen nun um Wochen oder Monate verschieben. Die Annahme, konservative Therapien stünden als Alternative kurzfristig und flächendeckend zur Verfügung, ist somit nicht realistisch. Vielmehr kommt es zu weiteren Verzögerungen, die eine Verschlechterung des Gesundheitszustands, längere Krankenhausaufenthalte und steigende Komplikationsraten zur Folge haben können.

Die wirtschaftlichen Auswirkungen auf die Kliniken sind ebenfalls erheblich: Bis zur Einholung der Zweitmeinung der Patienten sind die Kliniken gezwungen OP-Termine auf unbestimmte Zeit zu reservieren. Dadurch entstehen ihnen Erlösverschiebungen in Millionenhöhe.

Hinzu kommt, dass insbesondere qualitätsgesicherte Einrichtungen – etwa zertifizierte Endoprothetikzentren – bereits heute umfassende mehrstufige Prüfprozesse etabliert haben. Das verpflichtende Zweitmeinungsverfahren trifft damit gerade jene Häuser, die bereits ein hohes Maß an Qualitätssicherung gewährleisten, ohne einen zusätzlichen medizinischen Mehrwert zu schaffen.

Zudem ist davon auszugehen, dass ein erheblicher Teil der erwarteten Einsparungen durch zusätzliche Kosten für Organisation, Bürokratie und verlängerte Behandlungsverläufe kompensiert wird.

Sachgerechter wäre es, das bestehende freiwillige Zweitmeinungsverfahren qualitativ weiterzuentwickeln, die Information der Versicherten zu verbessern und digitale bzw. telemedizinische Zugänge auszubauen, ohne die Vergütung des Eingriffs vom Vorliegen eines externen Zweitmeinungsnachweises abhängig zu machen.

<u>Ergänzende Forderungen zum Zweitmeinungsverfahren nach§ 27b SGB V:</u>

1. Einführung verbindlicher Fristen und Ausnahmeregelungen
Das Zweitmeinungsverfahren muss mit klaren Fristen ausgestaltet werden, um Versorgungssicherheit zu gewährleisten. Patientinnen und Patienten müssen innerhalb eines angemessenen Zeitraums – etwa vier Wochen – Zugang zu einer Zweitmeinung oder ggf. konservativen Therapie erhalten.

[16] Offene Stellen bleiben im Schnitt rund 280 Tage unbesetzt, viele Praxen melden Vakanzen aufgrund fehlender Erfolgsaussichten gar nicht mehr. Vgl. Deutscher Verband für Physiotherapie unter https://www.physio-deutschland.de/fachkreise/news-bundesweit/einzelansicht/artikel/offener-brief-an-die-bundesgesundheitsministerium-1.html

Ist dies aufgrund begrenzter Kapazitäten oder fehlender Termine nicht möglich, muss eine verbindliche Ausnahmeregelung greifen: Der Eingriff ist in diesen Fällen auch ohne Nachweis einer Zweitmeinung zu vergüten.

Ohne eine solche Regelung drohen Versorgungsverzögerungen mit negativen gesundheitlichen Folgen.

2. Sicherstellung der wirtschaftlichen Stabilität bei Fallverschiebungen
Ein verpflichtendes Zweitmeinungsverfahren führt zwangsläufig zu Fallverschiebungen und einer stärkeren Konzentration von Leistungen. Gleichzeitig müssen einzelne Häuser – etwa bei Standortschließungen – kurzfristig zusätzliche Patientinnen und Patienten versorgen.

In diesen Fällen ist sicherzustellen, dass entstehende Mehrerlöse vollständig im Krankenhaus verbleiben und nicht abgeschöpft werden. Gerade in der Knieendoprothetik können so schnell zusätzliche Erlöse in Millionenhöhe entstehen, die zur Absicherung der erweiterten Versorgung zwingend erforderlich sind.

Eine Abschöpfung dieser Mittel würde die Aufnahme zusätzlicher Patienten wirtschaftlich unattraktiv machen und die Versorgungssteuerung konterkarieren.

§ 71 SGB V – Veränderungsrate

Die vorgesehenen Änderungen des § 71 SGB V werden abgelehnt. Sie verstärken die bereits bestehende systematische und strukturelle Unterfinanzierung der Krankenhäuser und verschärfen die wirtschaftliche Krise im Krankenhausbereich weiter.

Die geplante dauerhafte Begrenzung der Vergütungsentwicklung auf die Veränderungsrate (durch die Streichung der Ausnahme in Absatz 2 Satz 2), die Nichtberücksichtigung der Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in den Jahren 2028 und 2029 bei der Festlegung der Veränderungsrate sowie der zusätzliche Abschlag von einem Prozentpunkt in den Jahren 2027 bis 2029 führen zu einer fortschreitenden Entkopplung von tatsächlicher Kostenentwicklung und Refinanzierung.

Krankenhäuser sind jedoch unmittelbar und in vollem Umfang von Kostensteigerungen betroffen, insbesondere bei tariflich gebundenen Personalkosten sowie bei Energie- und Sachkosten, gerade vor dem Hintergrund des Irankrieges, der die Energiekosten drastisch steigern lässt. Diese steigen ohne zeitlichen Verzug, während die Refinanzierung systembedingt verzögert erfolgt und durch die vorgesehenen Regelungen zusätzlich begrenzt wird.

Die Folge ist eine sich weiter vertiefende Finanzierungslücke, die von zahlreichen Einrichtungen bereits heute nicht mehr aus eigener Kraft kompensiert werden kann. Dies

beeinträchtigt nicht nur die wirtschaftliche Stabilität der Krankenhäuser, sondern auch ihre Fähigkeit, notwendige Investitionen, Transformationsprozesse und Personalbindung verlässlich zu finanzieren.

Wir schlagen folgende Änderungen in § 71 SGB V vor:

Absatz 2 Satz 2 (keine Streichung):
„Abweichend von Satz 1 ist eine Überschreitung zulässig, wenn die damit verbundenen Mehrausgaben durch vertraglich abgesicherte oder bereits erfolgte Einsparungen in anderen Leistungsbereichen ausgeglichen werden."

Absatz 3 Satz 3 und 4 (Streichung der neuen Sätze):
„~~Die durchschnittliche Veränderungsrate nach Satz 1 wird für die Jahre 2028 und 2029 ohne die Wirkung der außerordentlichen Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in § 223 Absatz 4 Satz 1 ermittelt. Das Ergebnis der Ermittlung nach Satz 1 ist in den Jahren 2027, 2028 und 2029 jeweils um einen Prozentpunkt zu mindern. Die durchschnittliche Veränderungsrate nach den Sätzen 1 bis 4 wird durch Veröffentlichung im Bundesanzeiger bekannt gemacht~~."

§ 111 SGB V – Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

Die vorgesehene Regelung, wonach die Veränderungsrate nach § 71 SGB V künftig wieder die verbindliche Obergrenze für Vergütungssteigerungen im Bereich der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen darstellt, lehnen wir ab.

Die bislang geltende – und erst vor sechs Jahren mit dem GKV-IPREG eingeführte Ausnahme ermöglicht die Refinanzierung von Mehrkosten der Rehabilitationseinrichtung, die insbesondere durch Tariferhöhungen bei den Gehältern der Mitarbeitenden entstehen. Die Notwendigkeit dieser Ausnahme ist seit Inkrafttreten des GKV-IPREG nicht entfallen. Die bislang geltende Ausnahmeregelung konnte bislang noch keine umfassende Wirkung in den Verhandlungen entfalten, da die mit dem GKV-IPREG ebenfalls eingeführten Rahmenempfehlungen für die Vergütungssatzverhandlungen erst in diesem Jahr abgeschlossen werden konnten.
Die vorgesehene Kopplung an die Veränderungsrate nach § 71 SGB V führt – analog zum Krankenhausbereich – zu einer strukturellen Entkopplung von tatsächlicher Kostenentwicklung und Refinanzierung.

Gerade die tarifgebundenen katholischen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sind in besonderem Maße von steigenden Personalkosten betroffen. Diese Kostenentwicklungen werden durch die Veränderungsrate systembedingt nur verzögert und häufig unvollständig abgebildet. Eine starre Deckelung der Vergütungssteigerungen führt daher zwangsläufig zu Finanzierungslücken. Eine weitere Begrenzung der

Vergütungsentwicklung gefährdet die wirtschaftliche Stabilität der freigemeinnützigen Einrichtungen und damit auch die Sicherstellung der rehabilitativen Versorgung

Wir schlagen folgende Änderungen in § 111 SGB V vor:

Absatz 5 Sätze 2 und 3 (Streichung der neuen Sätze):
„~~Bei der Vergütungsvereinbarung nach Satz 1 stellt die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 die Obergrenze für Vergütungssteigerungen dar. § 71 Absatz 1 bis 3 gilt.~~“

§ 111c SGB V – Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen

Begründung wie unter § 111 SGB V.

Wir schlagen folgende Änderungen in § 111c SGB V vor:

Absatz 3 Sätze 2 und 3 (Streichung der neuen Sätze):
„~~Bei der Vergütungsvereinbarung nach Satz 1 stellt die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 die Obergrenze für Vergütungssteigerungen dar. § 71 Absatz 1 bis 3 gilt.~~“

§ 120 SGB V – Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen

Die vorgesehene Ergänzung, wonach für die Vergütungsregelungen nach § 120 Absatz 2 künftig die Vorgaben des § 71 Absatz 1 bis 3 SGB V gelten sollen, ist kritisch zu bewerten.

Mit der Einbeziehung der Veränderungsrate als verbindliche Obergrenze wird ein bereits im Krankenhausbereich bestehendes Problem systematisch auf weitere Leistungsbereiche übertragen: die Entkopplung von tatsächlicher Kostenentwicklung und Refinanzierung. Gerade in den von § 120 SGB V erfassten Bereichen – insbesondere im Zusammenspiel von ambulanter und stationärer Versorgung – sind die Kostenstrukturen heterogen und dynamisch. Eine pauschale Deckelung über die Veränderungsrate wird dieser Komplexität nicht gerecht und verhindert sachgerechte, leistungsorientierte Vergütungsvereinbarungen. Besonders kritisch ist, dass damit erneut ein Mechanismus angewendet wird, der bereits strukturelle Schwächen aufweist. Die Veränderungsrate basiert auf vergangenen Daten und bildet aktuelle Kostensteigerungen – insbesondere im Personalbereich – nur verzögert und unvollständig ab. Die Folge ist eine systematische Unterfinanzierung, die sich mit jeder weiteren Anwendung dieses Mechanismus verstärkt.

Wir schlagen folgende Änderungen in § 120 SGB V vor:

Absatz 2 Satz 2 (Streichung des neuen Halbsatzes):
„Die Vergütung wird von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Hochschulen oder Hochschulkliniken, den Weiterbildungsambulanzen, den Krankenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen

im Land vereinbart; die Höhe der Vergütung für die Leistungen der jeweiligen Hochschulambulanz gilt auch für andere Krankenkassen im Inland, wenn deren Versicherte durch diese Hochschulambulanz behandelt werden; ~~§ 71 Absatz 1 bis 3 gilt.~~

§ 223 Absatz 3 SGB V – Beitragsbemessungsgrenze

Die vorgesehene Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze ist aus Sicht der katholischen Krankenhäuser als Arbeitgeber differenziert zu bewerten.

Grundsätzlich ist positiv hervorzuheben, dass die Maßnahme an der Einnahmeseite der GKV ansetzt, jedoch führt die vorgesehene außerordentliche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze im Jahr 2027 zu einer unmittelbaren Mehrbelastung der Arbeitgeber, da die Sozialversicherungsbeiträge paritätisch finanziert werden. Für Krankenhäuser bedeutet dies steigende Personalkosten, die nicht durch zusätzliche Erlöse gedeckt sind.

Gerade vor dem Hintergrund der bereits bestehenden strukturellen Unterfinanzierung und der angespannten wirtschaftlichen Lage vieler Einrichtungen verschärft diese Maßnahme die finanzielle Situation weiter. Krankenhäuser haben im Gegensatz zu anderen Branchen nur sehr begrenzte Möglichkeiten, steigende Kosten durch Preisanpassungen zu kompensieren.

Aus unserer Sicht ist dies deshalb kritisch, da der Gesetzentwurf einerseits zusätzliche Arbeitgeberbelastungen auf der Einnahmeseite vorsieht, andererseits aber auf der Ausgabenseite zugleich an einer strikten Begrenzung der Vergütungsentwicklung festhält. Diese doppelte Belastungswirkung trifft personalintensive Einrichtungen wie Krankenhäuser in besonderem Maße.

Überdies sehen wir als wesentliches Problem, dass durch die fehlende gleichzeitige Anhebung der Versicherungspflichtgrenze eine Abwanderung von gesetzlich Versicherten in die PKV erfolgen könnte.

§ 275c Absatz 2 SGB V – Änderung der MD-Prüfquoten

Die vorgesehenen Änderungen des § 275c Absatz 2 SGB V sind aus Sicht des Katholischen Krankenhausverbandes klar abzulehnen.

Zwar bleibt die Systematik der gestuften Prüfquoten formal bestehen, tatsächlich werden jedoch die maßgeblichen Parameter einseitig zulasten der Krankenhäuser verschärft. Dies führt zu einer erheblichen Ausweitung von Prüfungen, Bürokratie und Rechtsunsicherheit, ohne dass im Referentenentwurf eine hinreichend belastbare Begründung erkennbar wäre.

Auf den ersten Blick mag die Beibehaltung einer Prüfquote von 5 Prozent für Krankenhäuser mit hoher Abrechnungsqualität wie Kontinuität erscheinen. Tatsächlich wird

diese Schwelle jedoch von bisher 60 Prozent auf 80 Prozent unbeanstandeter Abrechnungen angehoben. Damit wird es für viele Häuser deutlich schwieriger, überhaupt noch in der günstigsten Prüfquotenstufe zu verbleiben.

Zugleich werden die Prüfquoten der mittleren und höheren Stufen deutlich erhöht: von bislang 10 auf 15 Prozent beziehungsweise von 15 auf 25 Prozent. Die vorgesehene Anpassung führt damit faktisch zu einer erheblichen Ausweitung der Prüfdichte und für zahlreiche Krankenhäuser zu einer Verdoppelung oder sogar Verdreifachung der Prüfungen.

Der Neuregelung liegt offenkundig die Annahme zugrunde, dass die Krankenhäuser in größerem Umfang fehlerhaft abrechnen und die Krankenkassen durch das bestehende Prüfquotensystem an berechtigten Rückforderungen gehindert würden. Eine entsprechende Evidenz für eine solche pauschale Verschärfung wird im Entwurf jedoch nicht substantiiert dargelegt.[17]

Eine nochmalige Ausweitung des Prüfaufwands bindet personelle Ressourcen, die in der Versorgung fehlen. Der Aufwand entsteht unabhängig davon, ob die Prüfung am Ende zu einer Rechnungskorrektur führt oder nicht. Die Neuregelung führt daher primär zu zusätzlichem bürokratischem Aufwand.

<u>Wir schlagen folgende Änderungen in § 275c SGB V vor:</u>

Absatz 2 Satz 4 (Streichung des neuen Satzes):
~~„Die quartalsbezogene Prüfquote nach Satz 2 wird vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen für jedes Quartal auf der Grundlage der Prüfergebnisse des vorvergangenen Quartals ermittelt und beträgt ab dem 1. Januar 2027:~~

1. ~~bis zu 5 Prozent für ein Krankenhaus, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen an allen durch den Medizinischen Dienst geprüften Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung bei 80 Prozent oder mehr liegt,~~
2. ~~bis zu 15 Prozent für ein Krankenhaus, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen an allen durch den Medizinischen Dienst geprüften Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung zwischen 60 Prozent und unterhalb von 80 Prozent liegt,~~
3. ~~bis zu 25 Prozent für ein Krankenhaus, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen an allen durch den Medizinischen Dienst geprüften Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung unterhalb von 60 Prozent liegt.~~“

Absatz 2 Satz 6:
Kein Ersatz der Angabe „20 Prozent“ durch die Angabe „40 Prozent“.

[17] Siehe Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zu den Empfehlungen der FinanzKommission Gesundheit vom 14.02.206

Hinzu kommt, dass die Erhöhung der Prüfquoten[18] in Verbindung mit der Ausweitung des Prüfgegenstands (§ 17c Absatz 1 KHG) zu einer erheblichen Verschärfung des Prüfregimes führt. In Kombination mit bestehenden restriktiven Regelungen entsteht ein einseitig belastendes System:

- Nachträgliche Rechnungskorrekturen sind nur unter engen Voraussetzungen und kurzen Fristen möglich und in der Praxis stark eingeschränkt.
- Abrechnungsunterlagen unterliegen strengen Fristen; verspätete Nachweise werden regelmäßig nicht mehr berücksichtigt, auch nicht im Gerichtsverfahren.
- Der MD kann Abrechnungen zulasten der Krankenhäuser korrigieren, ohne dass eine entsprechende Korrekturmöglichkeit zugunsten der Krankenhäuser besteht.

Damit entsteht ein strukturell asymmetrisches Prüfverfahren zulasten der Krankenhäuser.

Ergänzende Forderung zu § 275c SGB V vor:

1. Symmetrische Korrekturmöglichkeiten im Prüfverfahren
Der MD muss verpflichtet werden, im Prüfverfahren auch Abrechnungsfehler zugunsten der Krankenhäuser zu berücksichtigen. Krankenhäuser müssen die Möglichkeit erhalten, nachweislich zu niedrig angesetzte Abrechnungen im laufenden Verfahren zu korrigieren. Dies ist Voraussetzung für ein faires und gerichtsfestes Prüfverfahren.

2. Grundsätzliche Reform des Prüfregimes
Das stark einzelfallbezogene und nachgelagerte Prüfsystem verursacht hohen bürokratischen Aufwand ohne erkennbaren Mehrwert für die Versorgungsqualität. Stattdessen sollten qualitäts- und strukturorientierte Ansätze gestärkt werden. Ein mögliches Vorbild ist das Schweizer Modell mit regelmäßigen externen Qualitäts- und Zertifizierungsprüfungen.

§ 5 Absatz 3g KHEntgG und § 5 Absatz 6 BPflV – Zuschläge für elektronische Patientenakte (ePA)

Die vorgesehene Streichung des Absatzes 3g in § 5 KHEntgG und damit der Wegfall der Zuschläge für die Befüllung der ePA ist nicht sachgerecht und wird abgelehnt.

Nach geltender Regelung erhalten Krankenhäuser für jeden voll- und teilstationären Fall, bei dem Daten in der ePA gespeichert werden, einen Zuschlag in Höhe von 5 Euro. Diese pauschalierte Vergütung trägt dem Umstand Rechnung, dass die Erst- und Folgebefüllung der ePA regelhaft im Behandlungsprozess anfällt und einen zusätzlichen Arbeitsaufwand darstellt. Die vorgesehene vollständige Streichung dieser Zuschläge führt dazu,

[18] Die FinanzKommission geht in ihren Ersten Bericht auf Seite 231 in 2027 von einer Verdopplung des im Jahr 2024 realisierten Prüfumfangs auf zusätzlich 1,3 Millionen Fälle aus.

dass diese Leistungen künftig ohne jede Refinanzierung erbracht werden müssen. Damit entfällt eine bislang anerkannte und sachgerechte Finanzierungsgrundlage.

Die verpflichtende Mitwirkung an der Befüllung der ePA bindet personelle Ressourcen im medizinischen und administrativen Bereich. Die Annahme des Entwurfs, es handele sich hierbei lediglich um delegierbare und zunehmend automatisierte Dokumentationsvorgänge, greift aus Sicht der Krankenhäuser zu kurz.

Gerade die qualitätsgesicherte Auswahl, Prüfung und strukturierte Übermittlung behandlungsrelevanter Informationen verursacht weiterhin Aufwand.

Wir schlagen folgende Änderungen in § 5 KHEntgG vor:

Absatz 3g:
Keine Streichung des Absatzes.

Wir schlagen folgende Änderungen in § 5 BPflV vor:

Absatz 6:
Keine Streichung von Absatz 6.

§ 6 Absatz 3 Satz 5 KHEntgG – Tarifrate und Erlössumme

Die Regelung, wonach das Krankenhausbudget[19] entsprechend erhöht werden muss, wenn es eine zusätzliche Erhöhungsrate für Tarifsteigerungen („Tarifrate“) gibt, und zwar ohne Deckelung[20], muss erhalten bleiben. Die Streichung dieser Regelung lehnen wir ab.

Für die tarifgebundenen katholischen Krankenhäuser ist dies besonders kritisch, weil Tarifsteigerungen im Personalbereich unmittelbar wirksam werden, während ihre Refinanzierung durch die Begrenzung der Erlössumme auf den Veränderungswert zusätzlich eingeschränkt wird.

Wir schlagen folgende Änderungen in § 6 KHEntgG vor:

Absatz 3:
Keine Streichung von Satz 5.

[19] Vereinbarte Erlössumme
[20] Begrenzung durch den Veränderungswert

§ 6a KHEntgG – Pflegebudget (Deckelung Pflegebudget und Streichung pflegeentlastende Maßnahmen)

Die vorgesehenen Änderungen zum Pflegebudget sind aus Sicht der katholischen Krankenhäuser abzulehnen.

Das Pflegebudget wurde eingeführt, um die Pflegepersonalkosten aus dem ökonomischen Wettbewerbsdruck des Fallpauschalen-Systems herauszulösen und die Versorgungsqualität strukturell abzusichern. Es fungiert als qualitätspolitischer Schutzmechanismus. Mit der geplanten Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip und der Einführung eines gedeckelten Fortschreibungssystems ab 2027 wird die Finanzierung der Pflege jedoch von einer bedarfsgerechten Refinanzierungslogik auf eine reine Ausgabenbegrenzung umgestellt. Damit würde die Pflege erneut fiskalischen Begrenzungslogiken unterworfen. Dies widerspricht dem Ziel einer verlässlichen, am Versorgungsbedarf orientierten Patientenversorgung.

Die Orientierung am Vorjahresbudget mit Begrenzung durch den Veränderungswert führt zu einem schrittweisen Abschmelzen der Pflegebudgets. Steigende Personalkosten, insbesondere durch Tarifentwicklungen, werden nicht mehr vollständig refinanziert, während Minderkosten weiterhin abgeschöpft werden. Mehrkosten bei einer Überschreitung der vereinbarten Pflegepersonalkosten durch die tatsächlichen Pflegepersonalkosten sollen künftig gerade nicht mehr ausgeglichen werden. Dies führt zu einer strukturellen Unterfinanzierung der Pflege und gefährdet die Personalentwicklung und konterkariert die pflegepolitisch gewollte Stärkung des Berufsfeldes.

Zudem bleiben notwendige Strukturveränderungen infolge der Krankenhausreform unberücksichtigt. Die Regelung ist damit weder bedarfsgerecht noch zukunftsfähig.

Anstelle einer reinen Deckelung fordern wir die konsequente Orientierung an einer bedarfsgerechten Basis: Eine 100-prozentige Erfüllung der PPR 2.0 stellt die medizinisch notwendige Personalausstattung dar und muss refinanziert werden. Im Gegensatz zu den Pflegepersonaluntergrenzen (PpUGV) ist die PPR 2.0 pflegewissenschaftlich fundiert und bildet aktuell den tatsächlichen Pflegebedarf am realistischsten ab. Eine Weiterentwicklung dieser Personalbemessung mit Blick auf die Ausgestaltung des Pflegebudgets ist jedoch langfristig erforderlich.

Um Befürchtungen einer ineffizienten Ausweitung zu begegnen, schlagen wir eine Wachstumsgrenze vor. Innerhalb dieser Refinanzierungsgrenze von annähernd 100 % des PPR-Solls fordern wir eine verbindliche Berücksichtigung pflegeentlastender Maßnahmen. Krankenhäuser müssen die Möglichkeit haben, bis zu 2,5 % dieses Budgetwerts flexibel für unterstützende Maßnahmen einzusetzen.

Die Refinanzierungsgrenze von 100 % des PPR-Solls einschließlich einer Entlastungskomponente von bis zu 2,5 % bildet eine sachgerechte und wirksame Wachstumsgrenze. Sie

verhindert einen Personalaufbau über den tatsächlichen Bedarf hinaus und sichert zugleich die notwendige Flexibilität für einen modernen Qualifikationsmix vor Ort. Für Krankenhäuser, die sich dieser Ausstattungsgrenze annähern, ist eine Konvergenzphase vorzusehen, um eine planvolle Personalentwicklung zu ermöglichen.

Kritisch bleibt zudem die Sicherung der Bereiche, die die PPR 2.0 derzeit noch nicht abbildet (Intensivstationen, Notaufnahmen, Kreißsaal). Die hierfür teilweise bereits vorliegenden geeigneten Bemessungsinstrumente müssen ebenfalls in die Refinanzierungssystematik einbezogen werden.

Dies gilt in besonderer Weise auch für die Palliativversorgung. Gerade auf Palliativstationen muss eine verlässliche, überdurchschnittliche pflegerische Personalausstattung dauerhaft sichergestellt werden. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin empfiehlt für eine Palliativstation mit 10 Betten in der Frühschicht eine Besetzung mit drei Pflegekräften sowie eine insgesamt deutlich erhöhte pflegerische Personaldichte. Diese Personalkosten der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen müssen weiterhin über das Pflegebudget bedarfsgerecht refinanziert werden. Für katholische Krankenhäuser ist dies von besonderer Bedeutung, da sie in der Palliativversorgung traditionell eine starke Rolle wahrnehmen und hier ein wesentlicher Teil ihres caritativen und seelsorglichen Versorgungsauftrags konkret verwirklicht wird.

Auch die ersatzlose Streichung der Finanzierung pflegeentlastender Maßnahmen wird entschieden abgelehnt. Diese Maßnahmen tragen wesentlich zur Entlastung von Pflegefachpersonen und zur Sicherstellung eines effizienten Qualifikationsmixes bei. Um pflegerische Kernaufgaben bei Fachkräften zu bündeln, müssen Service- und Unterstützungsleistungen verlässlich refinanziert werden.

Statt einer Streichung fordern wir eine pauschale Finanzierung dieser Maßnahmen, um Bürokratie abzubauen und den Krankenhäusern die nötige Flexibilität für wirksame Entlastungskonzepte vor Ort zu geben. Ihr Wegfall würde die Attraktivität des Pflegeberufs weiter schwächen und kann zu Personalabbau zulasten der Versorgungsqualität führen.

Die Streichung der Sätze 5 und 6 in Absatz 4 wird ebenfalls abgelehnt. Sie führt dazu, dass Tarifsteigerungen nicht mehr zeitnah refinanziert werden. Dadurch entsteht eine zusätzliche finanzielle Belastung der Krankenhäuser im laufenden Jahr und die ohnehin eingeschränkte Refinanzierung von Pflegepersonalkosten wird weiter verschlechtert.

<u>Wir schlagen folgende Änderungen in § 6a KHEntgG vor:</u>

Absatz 2:
Keine Einfügung von Satz 12 (bzw. keine Streichung der Sätze 1 bis 5, 9, 10 und 12).

Absatz 2a (neu):
Kein neuer Absatz 2a.

Absatz 4:
Keine Streichung der Sätze 5 und 6.

§ 6c KHEntgG – Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen

Die vorgesehenen Änderungen des § 6c begrenzen die Finanzierungsgrundlagen sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen zusätzlich und sind aus unserer kritisch zu bewerten.

Während bislang die Pflegepersonalkosten vollständig und entsprechend der tatsächlichen Entwicklung im Gesamtvolumen berücksichtigt werden, sollen zukünftige Kostensteigerungen nur noch bis zur Höhe des Veränderungswertes refinanziert werden.
Mit der Streichung des Mehrkostenausgleichs für Pflegepersonalkosten entfällt – auch hier – ein wichtiges Sicherungsinstrument. künftig soll bei einer Überschreitung der vereinbarten Pflegepersonalkosten durch die tatsächlichen Pflegepersonalkosten kein Ausgleich dieser Mehrkosten mehr erfolgen.

Kostensteigerungen, die über den vereinbarten Rahmen hinausgehen, verbleiben künftig vollständig bei den Einrichtungen. Gleichzeitig bleibt der Minderkostenausgleich bestehen. Dies führt zu einer einseitigen Risikoverlagerung zulasten der Krankenhäuser und verschlechtert die Kalkulationssicherheit erheblich.

Die zusätzliche Verknüpfung des Gesamtvolumens mit dem Veränderungswert – wie auch in den anderen Bereichen – führt zu einer systematischen Begrenzung der Budgetentwicklung. Auch bei den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen werden sich in Zukunft strukturelle Finanzierungslücken verfestigen.

Insgesamt bremsen die hier vorgesehenen Regelungen den Aufbau und die Weiterentwicklung dieser wichtigen neuen Versorgungsform, da wirtschaftliche Risiken steigen und Planungssicherheit sinkt und steht damit im Wesentlichen Widerspruch zu den politischen Zielsetzungen der Krankenhausreform.

<u>Wir schlagen folgende Änderungen in § 6c KHEntgG vor:</u>

Absatz 2:
Keine Änderung von Satz 4 und 6.

Absatz 3:
Keine Änderung von Satz 3 und 4.

§ 8 Absatz 5a KHEntgG – Ausschluss von Kurzzeitfallpauschalen

Die vorgesehene Regelung in § 8 Absatz 5a KHEntgG wird kritisch gesehen. Der Entwurf sieht vor, dass die Abrechnung von Kurzzeitfallpauschalen ausgeschlossen ist, wenn die jeweilige Leistung im AOP-Katalog enthalten ist.

Durch diese strikte Trennung entstehen faktisch drei parallele Vergütungssysteme (AOP, Hybrid-DRG, Kurzliegerbereich) mit unterschiedlichen und nicht ausreichend aufeinander abgestimmten Übergängen. Während perspektivisch Leistungen aus dem Kurzliegerbereich in den ambulanten Bereich überführt werden können, fehlt es im Gegenzug an einer ausreichenden Durchlässigkeit in den Kurzliegerbereich.

Gerade im AOP-Katalog enthaltene Leistungen können im Einzelfall mit einem erhöhten Ressourcenaufwand verbunden sein, der eine (kurz-)stationäre Behandlung erforderlich macht (Behandlung innerhalb eines Belegungstages). In diesen Fällen muss es möglich sein, diese Leistungen sachgerecht im Kurzliegerbereich abzubilden und zu vergüten.

Die Krankenhäuser benötigen hier mehr Flexibilität: Einerseits trägt der Kurzliegerbereich dazu bei, Verweildauern zu reduzieren, andererseits muss gewährleistet sein, dass ambulante Fälle bei erhöhtem Behandlungsaufwand unkompliziert im Kurzliegerbereich abgerechnet werden können. Ohne eine solche beidseitige Durchlässigkeit steigt das Risiko von Fehlsteuerungen und Fehlabrechnungen erheblich.

<u>Wir schlagen folgende Änderungen in § 8 KHEntgG vor:</u>

Absatz 5a:
Einfügen des Wortes „nicht“ in Satz 1:
„(5a) Die Berechnung der in § 17b Absatz 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Kurzzeitfallpauschalen ist **nicht** ausgeschlossen, wenn die Leistung in dem Katalog nach § 115b Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch enthalten ist. Näheres regeln die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.“

§ 9 Absatz 1 Nummer 3 KHEntgG – Prüfauftrag zur Erweiterung der Fallzusammenführung

Zunächst ist festzuhalten, dass der Gesetzentwurf den Selbstverwaltungspartnern lediglich einen Prüfauftrag erteilt: Bis zum 30. Juni 2027 soll geprüft werden, inwieweit eine Erweiterung der Fallzusammenführung wirtschaftlich geboten und medizinisch vertretbar ist. Bereits dieser Prüfauftrag wird jedoch von uns entscheidend kritisch bewertet, da er die Weichen für eine potenzielle Ausweitung stellt.

Die Fallzusammenführung greift unmittelbar in die Vergütungssystematik ein und birgt das Risiko, medizinisch eigenständige Behandlungsanlässe nachträglich

zusammenzufassen und damit wirtschaftlich abzuwerten. Gerade bei multimorbiden oder besonders vulnerablen Patientinnen und Patienten sind wiederholte oder getrennte Behandlungen häufig medizinisch unumgänglich und nicht künstlich trennbar.

Eine Ausweitung der Fallzusammenführung würde dazu führen, dass wirtschaftliche Erwägungen stärker in den Vordergrund rücken als medizinische Notwendigkeiten. Dies setzt Fehlanreize zulasten einer bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen Versorgung.

Zudem ist mit einer Zunahme von Abgrenzungsproblemen, Prüfverfahren und bürokratischem Aufwand zu rechnen. Die bereits bestehenden Unsicherheiten in der Abrechnung würden weiter verstärkt.

Aus unserer Sicht ist daher entscheidend, dass bestehende Regelungen nicht ausgeweitet werden, ohne die Versorgungsrealität angemessen zu berücksichtigen. Medizinisch begründete Behandlungsverläufe müssen auch künftig sachgerecht und vollständig vergütet werden. Eine pauschale oder wirtschaftlich motivierte Ausdehnung der Fallzusammenführung wird daher abgelehnt.

§ 9 Absatz 1 Nummer 7 KHEntgG – Erhöhungsrate für Tariferhöhungen („Tarifrate“)

Die vorgesehene Streichung von § 9 Absatz 1 Nummer 7 KHEntgG wird entschieden abgelehnt.

Die Regelung zur Vereinbarung einer Erhöhungsrate für Tariferhöhungen war bislang ein zentrales Instrument, um tariflich bedingte Kostensteigerungen, insbesondere im Personalbereich, zumindest teilweise systematisch in der Krankenhausfinanzierung abzubilden. Mit ihrem Wegfall entfällt ein wichtiges Element zur Sicherstellung der Refinanzierung steigender Personalkosten.

Gerade vor dem Hintergrund der aktuellen und absehbaren Tarifentwicklungen im Gesundheitswesen führt die Streichung zu erheblichen Risiken für die wirtschaftliche Stabilität der Krankenhäuser. Tariftreue ist zu Recht politisch gewollt und zur Sicherstellung der Fachkräftegewinnung und -bindung notwendig. Werden diese Kostensteigerungen nicht mehr gesondert berücksichtigt, droht eine strukturelle Unterfinanzierung.

Krankenhäuser können diesen Kosten nicht ausweichen. Rund 99 Prozent der katholischen Krankenhäuser sind an die Arbeitsvertragsrichtlinien (AVR) der Caritas gebunden, das maßgebliche Tarifwerk für die rund 204.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

In Kombination mit weiteren geplanten Begrenzungsmechanismen verstärkt sich dieser Effekt zusätzlich. Krankenhäuser geraten dadurch in die Lage, steigende Personalkosten

aus bestehenden Budgets decken zu müssen, was zu Einsparzwängen an anderer Stelle zu negativen Auswirkungen auf Personalstruktur und Versorgungsqualität führen wird. Hinzu kommt, dass erst mit dem KHVVG[21] eine nahezu vollständige Tariffinanzierungeingeführt wurde, so dass die langjährige Unterfinanzierung der Personalkosten in den Vorjahren erheblich zur schlechten finanziellen Lage der Krankenhäuser beigetragen hat.

Aus Sicht der katholischen Krankenhäuser ist die Streichung daher unvertretbar. Es bedarf weiterhin eines verlässlichen Mechanismus zur Abbildung von Tarifsteigerungen in der Krankenhausfinanzierung, um die Leistungsfähigkeit und Attraktivität des Sektors langfristig zu sichern.

Wir schlagen folgende Änderungen in § 9 KHEntgG vor:

Absatz 1:
Keine Streichung von Nummer 7.

§ 9 Absatz 1b KHEntgG und § 10 Absatz 6 KHEntgG sowie § 9 BPflV – Dauerhafte Streichung der Meistbegünstigungsklausel

Die vorgesehene dauerhafte Streichung der Meistbegünstigungsklausel wird entschieden abgelehnt, da sie zu einer dauerhaften, basiswirksamen Kürzung der Betriebsmittel der Krankenhäuser führt und sich damit unmittelbar negativ auf die Versorgung auswirkt.

Die Meistbegünstigungsklausel ist ein zentraler Ausgleichsmechanismus innerhalb der bestehenden Finanzierungslogik. Bislang bildete der Orientierungswert die tatsächliche Kostenentwicklung der Krankenhäuser auch nur unzureichend ab: Es fehlt der direkte Bezug zu tatsächlichen Kostensteigerungen, die Berücksichtigung von Sachkosten ist unzureichend und ein spezifischer Krankenhauswarenkorb etc. fehlt weiterhin.

Durch die Meistbegünstigungsklausel konnten in der Vergangenheit zumindest in gewissen Maßen diese Systemdefizite kompensiert werden, indem es gewisse Spielräume gab. Erst mit dem KHVVG wurde die Kappung des Verhandlungskorridors[22], wenn der Orientierungswert über der Veränderungsrate lag, aufgehoben. Zuvor führte die Regelung über Jahre dazu, dass selbst nachgewiesene Kostensteigerungen nicht vollständig refinanziert wurden.

Selbst wenn die Datengrundlage zur Ermittlung des Orientierungswerts verbessert und eine realitätsnähere Kostenschätzung ermöglicht würde, bliebe das Grundproblem bestehen: Solange die Veränderungsrate als starre Obergrenze wirkt und bei

[21] Rückwirkend ab 2024
[22] Verhandlungs- bzw. Korridorobergrenze: Veränderungsrate (Grundlohnrate) plus ein Drittel der Differenz von Orientierungsrate und Veränderungsrate

Unterschreiten des Orientierungswertes greift, werden tatsächliche Kostensteigerungen weiterhin gedeckelt.

Damit werden den Krankenhäusern dauerhaft und basiswirksam notwendige Betriebsmittel entzogen. Eine solche Systematik ist weder sachgerecht noch mit den realen Rahmenbedingungen der Krankenhäuser vereinbar.

Eine solche systematische Begrenzung der Erlöse widerspricht zudem den Grundsätzen einer ordnungsgemäßen wirtschaftlichen Betriebsführung. Kosten, die den Krankenhäusern durch die Leistungserbringung entstehen, müssen vollständig und verlässlich refinanziert werden.

Die geplante Regelung würde die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser weiter verschärfen und das Risiko flächendeckender Insolvenzen deutlich erhöhen. Insbesondere freigemeinnützige Krankenhäuser wären hiervon in besonderem Maße betroffen. Statt bestehende Ausgleichsmechanismen abzubauen, müssen die Finanzierungsstrukturen nachhaltig und verlässlich gestaltet werden. Erforderlich ist insbesondere eine zeitnähere Abbildung der tatsächlichen Kostenentwicklung, beispielsweise durch flexiblere Anpassungsmöglichkeiten der Landesbasisfallwerte.

Eine dauerhafte Unterfinanzierung infolge der Streichung der Meistbegünstigungsklausel und weiterer Refinanzierungsmechanismen würde zwangsläufig zu Personalabbau und damit zu einer Gefährdung der Versorgungsqualität führen. Wir fordern daher den Erhalt der Meistbegünstigungsklausel.

Wir schlagen folgende Änderungen in § 9 und § 10 KHEntgG vor:

§ 9 Absatz 1b:
Kein neuer Absatz 1b.

§ 10 Absatz 6:
Kein neuer Absatz 6.

Wir schlagen folgende Änderungen in § 9 BPflV vor:

Absatz 1:
Keine Streichung von Nummer 5.

17b Absatz 2a KHG – Einführung von Kurzzeitfallpauschalen

Die Einführung eines Kurzliegerbereichs für stationäre Behandlungsfälle mit einer Aufenthaltsdauer von maximal drei Kalendertagen (zwei Übernachtungen) wurde von uns wiederholt gefordert und wird ausdrücklich begrüßt.

Um die Fehlanreize des Hybrid-DRG-Bereichs hierbei nicht zu wiederholen, ist es notwendig, Fälle mit sehr kurzen Verweildauern systematisch in den Krankenhäusern zu belassen und sie nicht einer einseitigen „Rosinenpickerei“ durch niedergelassene Ärzte auszusetzen. Nur wenn echte Anreize für Krankenhäusern geschaffen werden, wie z. B. durch den Wegfall der unteren Verweildauern, und den Krankenhäusern eine ausreichende Flexibilität eingeräumt wird, die Verweildauer im Kurzliegerbereich unter medizinischen Gesichtspunkten an den individuellen Behandlungsbedarf anzupassen, gelingt es, das Ambulantisierungspotenzial auszubauen, ohne Risiken für die Versorgungsqualität einzugehen.

Entscheidend ist zudem ein sachgerechtes und praxistaugliches Zusammenspiel von AOP, Hybrid-DRG und Kurzliegerbereich. Die Fehlentwicklung einer überhasteten Ausgliederung von Fallzahlen wie im Hybrid-DRG sollten hier nicht wiederholt werden und zudem muss eine leistungsgerechte Vergütung erfolgen und nicht wie beim Hybrid-DRG-Bereich eine Übervergütung einfacher Fälle erfolgen, die in den niedergelassenen Bereich wandern, und eine Untervergütung von komplexen Fällen, die weiterhin am Krankenhaus verbleiben.

§ 17c Absatz 1 KHG – Ausweitung des Prüfgegenstands

Die vorgesehene Ausweitung des Prüfauftrags des Medizinischen Dienstes (MD) bewerten wir äußerst kritisch.

Während sich die Prüfung bislang primär auf den konkreten Prüfauftrag beschränkte, soll sie künftig alle abrechnungsrelevanten Auffälligkeiten umfassen, die im Rahmen der Prüfung festgestellt werden, unabhängig vom ursprünglichen Anlass. Damit droht eine weitere Ausuferung der Prüfverfahren.

Der immense Bürokratieaufwand lähmt jetzt schon die Kliniken und ist organisatorisch, personell und auch finanziell kaum noch zu stemmen. Die geplante Regelung, dem MD faktisch die Befugnis zu erteilen, ohne konkreten Anlass jegliche Aspekte einer Abrechnung zu prüfen, käme einem „Freifahrtschein“ für permanente Vollprüfungen gleich. Dies konterkariert das Ziel einer vertrauensvollen Zusammenarbeit und ist daher komplett abzulehnen.

Bereits heute verwenden Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte im Durchschnitt rund drei Stunden ihrer täglichen Arbeitszeit für Dokumentationspflichten. Anstatt diese Belastung weiter zu erhöhen, ist das Gegenteil erforderlich: ein konsequenter Bürokratieabbau – zur Steigerung der Effizienz, zur Steigerung der Arbeitszufriedenheit und zur Begegnung – zumindest teilweise – des Fachkräftemangels. Nach Berechnungen des DKI würde bereits eine Entlastung von nur einer Stunde Bürokratie pro Tag rechnerisch

Kapazitäten von rund 21.600 Vollkräften im ärztlichen Bereich und etwa 47.000 Vollkräften im Pflegedienst freisetzen.[23]

Wir schlagen folgende Änderungen in § 17c KHG vor:

Absatz 1 nach Satz 2 (Streichung des neuen Satzes):
„~~Der Medizinische Dienst hat abrechnungsrelevante Auffälligkeiten, die er im Rahmen der Prüfung feststellt, in seine Prüfung einzubeziehen, auch wenn die Auffälligkeiten nicht Anlass der Einschaltung des Medizinischen Dienstes sind.~~“

§ 3 Absatz 3 BPflV – Rückzahlung bei Unterschreitung der vereinbarten Stellenzahl

Die Pflicht zur Rückzahlung nicht zweckentsprechend verwendeter Mittel ist zwar grundsätzlich nachvollziehbar, führt in der Praxis jedoch zu unverhältnismäßiger Bürokratie, finanzieller Unsicherheit und eingeschränkter Flexibilität. Gerade katholische Krankenhäuser, die einen umfassenden Versorgungsauftrag erfüllen, benötigen Spielräume, um Mittel bedarfsgerecht im Sinne der Patientinnen und Patienten einsetzen zu können.

Die Begründung zu Absatz 4 und 5 (Streichung der Tarifrate) entspricht der Argumentation zu § 9 Absatz 1 Nummer 7 KHEntgG. Wir verweisen auf die dortigen Ausführungen zur existenziellen Bedeutung der Refinanzierung von Tarifsteigerungen.

Wir schlagen folgende Änderungen in § 3 BPflV vor:

Absatz 3 (Streichung der neuen Sätze):
Keine neuen Sätze 8 bis 10.

Absatz 4 („Tarifrate“):
Keine Streichung von Absatz 4.

Absatz 5 (Erhöhter Basisentgelt (= Alternative zur „Tarifrate“):
Keine Streichung von Satz 4 und 5.

§ 4 BPflV – Leistungsbezogener Vergleich

Die geplante Einbeziehung von Kostendaten wird zwangsläufig dazu führen, dass die Budgetverhandlungen noch kleinteiliger, zeitintensiver und streitbehafteter werden. Dies widerspricht dem Ziel einer bürokratiearmen Krankenhausverwaltung und wird aus diesem Grund abgelehnt.

[23] Vgl. DKI-Umfrage (2024): Aktuelle Bürokratiebelastung in den Krankenhäusern

Wir schlagen folgende Änderungen in § 4 BPflV vor:

Absatz 1 Satz 2:
Streichung der Worte „und Kosten“ in Nummer 1:
„1. die der letzten Budgetvereinbarung zugrunde gelegten Leistungen ~~und Kosten~~,“

Kontakt:
Katholischer Krankenhausverband Deutschland e. V.
Bernadette Rümmelin
Geschäftsführerin
Tel. 030 240 83 68-10
kkvd@caritas.de

Deutscher Caritasverband e.V.
Dr. Elisabeth Fix
Verbindungsbüro Bundespolitik
0151 16759875
elisabeth.fix@caritas.de

Der **Katholische Krankenhausverband Deutschland e. V.** vertritt als Fachverband bundesweit 244 Krankenhäuser an 320 Standorten sowie 52 Reha-Einrichtungen mit insgesamt 204.000 Mitarbeitenden. Jährlich werden hier 3 Millionen Patient:innen stationär und 2,5 Millionen Patient:innen ambulant versorgt. Mit Umsätzen von 16 Milliarden Euro pro Jahr sind die katholischen Krankenhäuser zudem ein wichtiger Wirtschaftsfaktor.

739.410 Menschen arbeiten beruflich in den 25.453 Einrichtungen und Diensten, die der **Caritas** bundesweit angeschlossen sind. Sie werden von mehreren hunderttausend Ehrenamtlichen und Freiwilligen unterstützt. Von den beruflichen Mitarbeitenden sind 293.603 in den Einrichtungen und Diensten der Gesundheitshilfe tätig, 183.809 arbeiten in der Kinder- und Jugendhilfe, 126.790 in der Altenhilfe, 87.276 in der Behindertenhilfe/Psychiatrie, 41.320 bei weiteren sozialen Hilfen und 6612 in der Familienhilfe. 57,25 Prozent aller Mitarbeitenden der Caritas pflegen, begleiten und betreuen Menschen in stationären Einrichtungen wie Krankenhäusern oder Pflegeheimen, 25 Prozent arbeiten in Tageseinrichtungen wie Kindergärten oder Werkstätten für Menschen mit Behinderung.