



**DIE KATHOLISCHEN
KRANKENHÄUSER**
Kath. Krankenhausverband Deutschland e.V.



Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(18)
gel. VB zur öffent. Anh. am
22.06.2026 - GKV
18.06.2026

STELLUNGNAHME

**zum Kabinettsentwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)**

Stand: 17.06.2026

INHALT

Präambel	3
Bewertung der Regelungsinhalte im Einzelnen.....	6
Begrenzung der Vergütungsanstiege	6
Streichung bzw. Umkehr der Meistbegünstigungsklausel	7
Tarifrefinanzierung	9
MD-Prüfungen	11
Pflegebudget	15
Psychiatrie und Psychosomatik	18
Kurzzeitpauschalen	18
Zweitmeinungsverfahren	20
Versorgungsverträge Rehabilitation.....	23
Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf	24
Sofortige Deregulierung und Entbürokratisierung im Krankenhausbereich.....	24

Präambel

Der Katholische Krankenhausverband Deutschland (KKVD) unterstützt ausdrücklich das Ziel, einen weiteren Anstieg der Zusatzbeiträge für die Versicherten zu vermeiden und die Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nachhaltig zu stabilisieren.

Die im Kabinettsentwurf vorgesehenen Maßnahmen verlagern die Konsolidierungslasten jedoch in erheblichem Umfang auf die Krankenhäuser. Diese sollen bereits im Jahr 2027 Kürzungen von rund fünf Milliarden Euro tragen. Nach den vorliegenden Berechnungen steigt die Belastung in den Folgejahren weiter an und wird bis 2030 voraussichtlich rund zehn Milliarden Euro jährlich erreichen. Damit werden Krankenhäuser, die sich bereits heute in einer wirtschaftlich äußerst angespannten Lage befinden, überproportional zur Finanzierung der GKV-Stabilisierung herangezogen.

Demgegenüber leisten andere Leistungsbereiche einen deutlich geringeren Beitrag zu den vorgesehenen Einsparungen. Gleichzeitig wird der Bundeshaushalt faktisch zulasten der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler entlastet. Insbesondere die Finanzierung der Gesundheitskosten von Grundsicherungsempfängerinnen und -empfängern durch den Bund bleibt weiterhin deutlich hinter den tatsächlichen Ausgaben der GKV zurück.

Der Bundesrat teilt diese Einschätzung ausdrücklich und fordert eine Dynamisierung des Bundeszuschusses zum Gesundheitsfonds sowie eine kostendeckende Finanzierung der Gesundheitsausgaben von Bürgergeldempfängerinnen und -empfängern durch den Bund. Nach Berechnungen der Finanzkommission Gesundheit könnten hierdurch rund 12 Milliarden Euro jährlich zur Stabilisierung der GKV-Finzen mobilisiert werden.

Besonders kritisch ist, dass auch der Kabinettsentwurf 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.

Der KKVD führt folgende Kritikpunkte an:

1. Der Gesetzentwurf verkennt die dramatische wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser, die bereits heute flächendeckend unter massivem finanziellem 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, da es keine Hinweise oder Möglichkeiten enthält, wie die Krankenhäuser ihrerseits Effizienzpotentiale heben könnten. Stattdessen werden weiterhin höhere Anforderungen an Personalstruktur, neuen Dokumentations- und Nachweisverpflichtungen eingeführt. Damit führt das Gesetz lediglich zu unverhältnismäßig hohen, pauschalen Vergütungskürzungen in Höhe von rund 5 Milliarden Euro zulasten der Krankenhäuser, die sich bis 2030 auf rund 10 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 Tariftreuregelungen 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, die Pädiatrie 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.

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.

- 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, Personal, Digitalisierung und strukturelle Weiterentwicklung zu investieren und damit die Umsetzung der Reform erheblich gefährdet.
- 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 und Resilienz 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.

Bewertung der Regelungsinhalte im Einzelnen

Begrenzung der Vergütungsanstiege

§ 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.

Auch der Bundesrat lehnt die vorgesehene Begrenzung der Vergütungsentwicklung sowie den zusätzlichen Abschlag von einem Prozentpunkt ausdrücklich ab. Er warnt vor einer dauerhaften Unterfinanzierung der Krankenhäuser und einer weiteren Verschärfung der wirtschaftlichen Lage der Einrichtungen.

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.“~~

§ 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.“~~

Streichung bzw. Umkehr der Meistbegünstigungsklausel

§ 9 Absatz 1b KHEntgG und § 10 Absatz 6 KHEntgG sowie § 9 BPfIV – 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.

Der Bundesrat fordert ebenfalls die Beibehaltung der bisherigen Regelung. Nach seiner Auffassung drohen bei einer Abschaffung der Meistbegünstigungsklausel zusätzliche Insolvenzen sowie eine Verlagerung der finanziellen Belastungen auf Länder, Kommunen sowie freigemeinnützige und private Träger.

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 Verhandlungskorridors², 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 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

² Verhandlungs- bzw. Korridorobergrenze: Veränderungsrate (Grundlohnrate) plus ein Drittel der Differenz von Orientierungsrate und Veränderungsrate

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 KHEntg vor:

§ 9 Absatz 1b:

Kein neuer Absatz 1b.

§ 10 Absatz 6:

Kein neuer Absatz 6.

Wir schlagen folgende Änderungen in § 9 BPfIV vor:

Absatz 1:

Keine Streichung von Nummer 5.

Tarifrefinanzierung

§ 10 Abs. 5 KHEntg und § 3 Abs. 4 Satz 1 BPfIV – Anrechnung „Tarifrate“

Die vorgesehene Reduzierung der Tarifrefinanzierung auf lediglich 50 Prozent der Erhöhungsrates wird aus Sicht der katholischen Krankenhäuser entschieden abgelehnt. Tarifvertraglich vereinbarte Vergütungssteigerungen sind für die Krankenhäuser nicht beeinflussbar und müssen vollständig umgesetzt werden. Sie stellen keine freiwilligen Mehrausgaben dar, sondern sind zwingende Folge tarifvertraglicher Verpflichtungen und Voraussetzung für die Gewinnung und Bindung qualifizierter Fachkräfte.

Gerade die katholischen Krankenhäuser sind in besonderem Maße betroffen: Rund 99 Prozent der Einrichtungen wenden die Arbeitsvertragsrichtlinien (AVR) des Deutschen Caritasverbandes an. Sie ist das maßgebliche Tarifwerk für die rund 204.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die dort vereinbarten Vergütungssteigerungen müssen unabhängig davon finanziert werden, ob die Kosten vollständig refinanziert werden oder nicht. Eine Kürzung der Tarifrefinanzierung führt deshalb unmittelbar zu Finanzierungslücken.

Der Bundesrat weist in seiner Stellungnahme auch darauf hin, dass mehrere Maßnahmen des Gesetzentwurfs tarifgebundene Einrichtungen strukturell benachteiligen. Tarifbindung sei jedoch eine wesentliche Voraussetzung für Fachkräftesicherung und Versorgungstabilität.

Dies wiegt umso schwerer, als Personalkosten den mit Abstand größten Kostenblock der Krankenhäuser darstellen. In Allgemeinkrankenhäusern entfallen regelmäßig rund 60 Prozent der Gesamtkosten auf das Personal, in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen sogar bis zu 80 Prozent. Tarifsteigerungen wirken sich daher unmittelbar und dauerhaft auf die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser aus.

Die Tarifraten nach § 10 Abs. 5 KHEntgG trägt genau diesem Umstand Rechnung. Sie sollen den Teil der Tarifsteigerungen berücksichtigen, der oberhalb des Veränderungswertes liegt und andernfalls nicht refinanziert würde. Eine Kürzung auf 50 Prozent bedeutet, dass Krankenhäuser einen erheblichen Teil der tarifbedingten Mehrkosten dauerhaft selbst tragen müssen.

Dabei handelt es sich nicht um einmalige Belastungen. Die Tarifraten fließen in den Landesbasisfallwert ein und prägen damit auch die Finanzierungsgrundlage der Folgejahre. Nicht refinanzierte Tarifsteigerungen führen daher zu einer dauerhaften strukturellen Unterdeckung, die sich Jahr für Jahr fortgeschrieben.

Besonders kritisch ist, dass der Gesetzgeber erst mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) die nahezu vollständige Berücksichtigung der Tarifentwicklung wiederhergestellt hat. Die langjährige Unterfinanzierung tarifbedingter Personalkosten hat wesentlich zur heutigen wirtschaftlichen Schieflage vieler Krankenhäuser beigetragen. Eine erneute Kürzung würde diesen Fehler wiederholen und die finanzielle Stabilisierung der Krankenhäuser konterkarieren.

Krankenhäuser haben kaum Möglichkeiten, solche Finanzierungslücken auszugleichen. Sie können ihre Preise nicht frei festsetzen, sind mit steigenden Sach- und Energiekosten konfrontiert und leiden weiterhin unter einer unzureichenden Investitionsfinanzierung durch die Länder. Die Folge wären steigende Defizite, zusätzliche Liquiditätsprobleme, ein weiterer Investitionsstau und zunehmender wirtschaftlicher Druck auf die Einrichtungen.

Aus Sicht des Katholischen Krankenhausverbandes Deutschlands ist daher eine vollständige Berücksichtigung der Tarifraten erforderlich. Nur eine 100-prozentige Anrechnung stellt sicher, dass tarifvertraglich unvermeidbare Personalkostensteigerungen sachgerecht refinanziert werden und die personellen Grundlagen der Krankenhausversorgung dauerhaft gesichert bleiben.

Wir schlagen folgende Änderungen in § 10 KHEntgG vor:

Absatz 5 Satz 2:

Kein Ersatz der Angabe „100 Prozent“ durch die Angabe „50 Prozent“.

Wir schlagen folgende Änderungen in § 3 BPfIV vor:

Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 Satz 5:

Kein Ersatz der Angabe „75 Prozent“ durch die Angabe „37,5 Prozent“.

MD-Prüfungen

§ 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.³ Im Gegenteil: Die vorliegenden Daten sprechen für eine insgesamt hohe Abrechnungsqualität der Krankenhäuser. Die durchschnittliche Prüfquote liegt derzeit bei etwa 8 bis 8,5 Prozent. Rund 40 bis 45 Prozent der Krankenhäuser liegen in der niedrigsten Prüfquote von 5 Prozent. Darüber hinaus wurden im Jahr 2024 bei insgesamt 1.192.500 MD-Gutachten lediglich 45 Anzeigen wegen besonders schlechter

³ Siehe Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zu den Empfehlungen der Finanzkommission Gesundheit vom 14.02.2026

Abrechnungsqualität registriert. Dies entspricht lediglich 0,004 Prozent aller geprüften Fälle. Die vorhandenen Daten zeigen somit kein strukturelles Qualitätsproblem, das eine Ausweitung der Prüfquoten rechtfertigen würde.⁴

Eine nochmalige Ausweitung des Prüfaufwands bindet personelle Ressourcen, die an anderer Stelle dringend benötigt werden. Jede MD-Prüfung verursacht erheblichen Aufwand durch die Zusammenstellung von Falldokumentationen, die Bearbeitung von Rückfragen, die Erstellung von Stellungnahmen sowie die Begleitung von Widerspruchs- und Streitverfahren. Dieser Aufwand entsteht unabhängig davon, ob die Prüfung am Ende zu einer Rechnungskorrektur führt oder nicht. Die Neuregelung führt daher vor allem zu zusätzlicher Bürokratie, ohne einen erkennbaren Mehrwert für die Patientenversorgung zu schaffen.

Der Bundesrat kommt zu einer vergleichbaren Bewertung. Er sieht in den geplanten höheren Prüfquoten und Schwellenwerten eine erhebliche Ausweitung des bürokratischen Aufwands sowohl für die Krankenhäuser als auch für den Medizinischen Dienst und fordert eine deutlich bürokratieärmere Ausgestaltung der Prüfungen.

Darüber hinaus belastet eine Ausweitung der Prüfquoten nicht nur die Krankenhäuser, sondern das gesamte Gesundheitssystem. Schätzungen zufolge würde die Zahl der MD-Prüfungen von derzeit rund 1,1 Millionen auf bis zu 3,4 Millionen Fälle ansteigen. Dies entspräche rund 2,3 Millionen zusätzlichen Prüfungen pro Jahr. Allein bei den Medizinischen Diensten würden hierdurch zusätzliche Kosten von rund 900 Millionen Euro entstehen. Hinzu kommen die Kosten durch den massiven Personalaufbau im Medizincontrolling in den Krankenhäusern und den Kassen zur Prüfungsvorbereitung und Klärung strittiger Fälle. Das würde vermutlich Kosten in nochmal ähnlicher Höhe erzeugen.⁵

Auch die vorgesehene Anhebung der Schwellenwerte für Vollprüfungen ist kritisch zu bewerten. Sie verschärft den Sanktionscharakter des Systems, obwohl die Zahl der Krankenhäuser mit tatsächlich gravierenden Abrechnungsmängeln verschwindend gering ist. Die höheren Schwellenwerte führen vor allem zu zusätzlichem Dokumentationsaufwand, mehr Streitverfahren, höheren finanziellen Risiken und einer zunehmend defensiven Kodierungspraxis. Betroffen sind damit überwiegend Krankenhäuser mit bereits hoher Abrechnungsqualität, während die wenigen tatsächlichen Problemfälle nicht gezielter adressiert werden.

Zur Erreichung möglicher Einsparziele wäre daher ein anderer Weg sachgerechter: Die bestehenden Prüfquoten und Schwellenwerte sollten beibehalten und stattdessen die Sanktionen bei nachgewiesenen schweren oder wiederholten Abrechnungsverstößen zielgerichtet verschärft werden. Dadurch würden diejenigen Krankenhäuser stärker

⁴ Siehe DKG-Änderungsanträge

⁵ Vgl. Schroeders: MD-Prüfungen würden sich verdreifachen, in f&w am 06.05.2026, online unter <https://www.bibliomedmanager.de/news/md-pruefungen-krankenhaus-buerokratie-kosten>

belastet, die tatsächlich fehlerhaft abrechnen, ohne den Prüf- und Bürokratieaufwand für die große Mehrheit der korrekt abrechnenden Krankenhäuser auszuweiten.

Wir schlagen folgende Änderungen in § 275c SGB V vor:

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“.

Hinzu kommt, dass die Erhöhung der Prüfquoten⁶ 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

⁶ 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.

Der MD muss verpflichtet werden, im Prüfverfahren auch Abrechnungsfehler zugunsten der Krankenhäuser zu berücksichtigen. Krankenhäuser müssen die Möglichkeit erhalten, nachweislich zu niedrig angesetzten 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.

§ 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 Begrenzung – 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.⁷

Wir schlagen folgende Änderungen in § 17c KHG vor:

Absatz 1 nach Satz 2 (Streichung des neuen Satzes):

⁷ Vgl. DKI-Umfrage (2024): Aktuelle Bürokratiebelastung in den Krankenhäusern

~~„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.“~~

Pflegebudget

§ 6a KHEntgG – Pflegebudget

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.

Der Bundesrat betont ausdrücklich, dass die Einführung der Pflegebudgets einen wesentlichen Reformschritt in der Krankenhausfinanzierung darstellt. Ziel sei die nachhaltige Verbesserung der Personalausstattung und der Arbeitsbedingungen in der Pflege gewesen. Diese Zielsetzungen dürften auch im Rahmen notwendiger Einsparmaßnahmen nicht gefährdet werden.

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 starren Deckelung des Pflegebudgets sprechen wir uns für ein temporäres Einfrieren auf dem aktuellen Niveau mit automatischer Fortschreibung aus. Ausgangsbasis sollten die vom Jahresabschlussprüfer testierten Pflegepersonalkosten des Jahres

2026 sein. Diese Grundlage ist belastbar, nachvollziehbar und vermeidet jährlich wiederkehrende, aufwändige Budgetverhandlungen.

Die so festgelegte Basis muss in den Folgejahren vollständig um die tarifliche Kostenentwicklung in der Pflege fortgeschrieben werden. Dadurch wird sichergestellt, dass tarifbedingte Kostensteigerungen refinanziert werden, ohne dass hierfür jedes Jahr neue Verhandlungen erforderlich sind. Dies schafft Planungssicherheit für Krankenhäuser und Kostenträger gleichermaßen.

Gleichzeitig muss das System ausreichend flexibel bleiben, um auf tatsächliche Veränderungen des Versorgungsbedarfs reagieren zu können. Verändern sich durch Leistungsgruppen, Fallzahlen oder Leistungsverschiebungen die pflegerischen Anforderungen eines Krankenhauses, muss eine entsprechende Anpassung des Pflegebudgets möglich sein. Andernfalls droht eine strukturelle Unterfinanzierung notwendiger Pflegeleistungen.

Für die transparente Abbildung des Pflegebedarfs bleibt die Pflegepersonalregelung PPR 2.0 von zentraler Bedeutung. Im Gegensatz zu den Pflegepersonaluntergrenzen basiert die PPR 2.0 auf einer pflegfachlich fundierten Ermittlung des tatsächlichen Pflegebedarfs der Patientinnen und Patienten. Sie ermöglicht eine nachvollziehbare Verbindung zwischen Versorgungsbedarf und Personaleinsatz und schafft damit die Grundlage für eine sachgerechte Weiterentwicklung der Pflegefinanzierung.

Perspektivisch sollte die PPR 2.0 dazu genutzt werden, parallele Steuerungs- und Nachweisinstrumente wie die Pflegepersonaluntergrenzen schrittweise abzulösen und Doppelregulierungen abzubauen. Dadurch können Bürokratiekosten reduziert, die Transparenz über den tatsächlichen Pflegebedarf erhalten und die vorhandenen Personalressourcen stärker für die unmittelbare Patientenversorgung genutzt werden.

Ein solches Modell begrenzt die Ausgabendynamik, vermeidet jedoch eine pauschale Unterfinanzierung der Pflege. Es verbindet wirtschaftliche Stabilität mit bedarfsgerechter Finanzierung und schafft Einsparpotenziale, ohne die Transparenz über den tatsächlichen Pflegebedarf zu beeinträchtigen.

Wir schlagen folgende Änderungen in § 6a KHEntgG vor:

Absatz 2:

Kein Einfügen von Satz 12 (bzw. Streichung von Satz 12).

Absatz 2a:

§ 6a Absatz 2a wird wie folgt gefasst:

„(2a) ¹Für die Vereinbarung der Pflegebudgets für die Jahre 2027 und 2028 sind die für das Jahr 2026 nach Absatz 3 Satz 4 bestätigten Pflegepersonalkosten Ausgangsgrundlage. ²Soweit die Bestätigung nach Absatz 3 Satz 4 für das Jahr 2026 zum Zeitpunkt der

Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2027 noch nicht vorliegt, ist das Pflegebudget für das Jahr 2027 zunächst auf Grundlage der zuletzt vereinbarten oder festgesetzten Pflegepersonalkosten als vorläufige Ausgangsgrundlage zu vereinbaren.³ Abweichungen zwischen der vorläufigen Ausgangsgrundlage und den nach Absatz 3 Satz 4 bestätigten Pflegepersonalkosten des Jahres 2026 sind im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum vollständig auszugleichen.⁴ Die Ausgangsgrundlage nach Satz 1 ist für die Jahre 2027 und 2028 jeweils automatisch um die Tarifentwicklung für das Pflegepersonal nach § 10 Absatz 5 Satz 3 Nummer 1 fortzuschreiben; einer gesonderten Vereinbarung der Vertragsparteien nach § 11 bedarf es insoweit nicht.⁵ Der für Maßnahmen zur Entlastung von Pflegepersonal nach Absatz 2 Satz 10 erhöhend zu berücksichtigende Betrag bleibt für die Vereinbarungsjahre 2027 und 2028 Bestandteil der fortzuschreibenden Ausgangsgrundlage.⁶ Eine zusätzliche tätigkeitsbezogene Abgrenzung von Pflegepersonalkosten für Tätigkeiten, die nicht der unmittelbaren Patientenversorgung dienen, findet für die Jahre 2027 und 2028 nicht statt.⁷ Für die Vereinbarungsjahre 2027 und 2028 ist ein Nachweis der tatsächlich entstandenen Pflegepersonalkosten nicht erforderlich.⁸ Soweit sich infolge krankenhauserplanerischer Entscheidungen durch die Zuweisung von Leistungsgruppen relevante Veränderungen der Leistungsstruktur oder der Fallzahlen ergeben, können die Vertragsparteien nach § 11 für die Jahre 2027 und 2028 zusätzlich zu der Fortschreibung nach Satz 4 eine leistungsbezogene Erhöhung des Pflegebudgets vereinbaren.⁹ Diese Erhöhung kann die nach Satz 4 fortgeschriebene Ausgangsgrundlage überschreiten.¹⁰ Als Orientierungsgröße können insbesondere die im Pflegeerlöskatalog ausgewiesenen Pflegebewertungsrelationen oder andere vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus auszuweisende pflegerelevante Bewertungsrelationen herangezogen werden.“

Absatz 4:

§ 6a Absatz 4 Satz 5 und 6 werden wie folgt gefasst:

„Ab dem Tag des Inkrafttretens der Vereinbarung einer Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 ist abweichend von Satz 3 für den Rest des jeweiligen Jahres der krankenhauserindividuelle Pflegeentgeltwert nach Satz 3 erhöht um die Tarifierhöhung für den in § 10 Absatz 5 Satz 3 Nummer 1 genannten Bereich anzuwenden. Dabei ist der für das restliche Kalenderjahr anzuwendende krankenhauserindividuelle Pflegeentgeltwert infolge der unterjährigen Vereinbarung entsprechend zu erhöhen.“

Absatz 5:

In § 6a Absatz 5 Satz 3 werden nach dem Wort „abzuwickeln“ die Wörter eingefügt:

„; für die Jahre 2027 und 2028 findet ein Ausgleich tatsächlicher Mehr- oder Minderkosten des Pflegepersonals nicht statt.“

Psychiatrie und Psychosomatik

§ 3 Absatz 3 BPfIV – 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.

Wir schlagen folgende Änderungen in § 3 BPfIV vor:

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

§ 4 BPfIV – 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.

Wir schlagen folgende Änderungen in § 4 BPfIV vor:

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

Kurzzeitpauschalen

17b Absatz 2a KHG – Einführung von Kurzzeitpauschalen

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 Krankenhäuser 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.

§ 8 Absatz 5a KHEntgG – Ausschluss von Kurzzeitpauschalen

Die vorgesehene Regelung in § 8 Absatz 5a KHEntgG wird kritisch gesehen. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Abrechnung von Kurzzeitpauschalen 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 Fehlabbrechnungen erheblich.

Wir schlagen folgende Änderungen in § 8 KHEntgG vor:

Absatz 5a:

Einfügen des Wortes „nicht“ in Satz 1:

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

Zweitmeinungsverfahren

§ 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 eingeholten 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 Zweitmeinungsärzte⁸ 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 somit unausweichlich indiziert ist, muss daher grundsätzlich auf ein Zweitmeinungsverfahren verzichtet werden.

Überdies führen begrenzte physiotherapeutische Kapazitäten⁹ 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

⁸ Vgl. G-BA, Zweimeinungsverfahren: Zahl der Zweitmeinenden steigt weiter, <https://www.g-ba.de/service/fachnews/239/>

⁹ 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>

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.

Ergänzende Forderungen zum Zweitmeinungsverfahren nach § 27b SGB V:

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.

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.

Versorgungsverträge Rehabilitation

§ 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 hatte zum Ziel, die Qualität der Versorgung dauerhaft zu sichern. Sie ist notwendig, um die Anforderungen, die in den RE-Rehabilitation mit dem GKV-SV vereinbart wurden, zu erfüllen. Die Notwendigkeit dieser Ausnahme ist seit Inkrafttreten des GKV-IPREG nicht entfallen. Die aktuell geltende Regelung 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 darüber hinaus zu einer strukturellen Entkopplung von tarifbedingter Kostenentwicklung und Finanzierung. 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

Insbesondere vor dem Hintergrund, dass Rehabilitationsmaßnahmen keine kurzfristigen Ausgaben ohne nachhaltigen Effekt darstellen, ist die vorgesehene Änderung nicht nachvollziehbar. Rehabilitation reduziert Arbeitsunfähigkeitszeiten und Krankenhausaufenthalte. Sie verhindert Pflegebedürftigkeit, stabilisiert chronische Erkrankungen und trägt dazu bei, Frühverrentungen zu vermeiden. Die Gesetzliche Krankenversicherung sowie die Renten- und Pflegesysteme werden langfristig entlastet.

Wir schlagen folgende Änderungen in § 111 SGB V vor:

Absatz 5 Sätze 2 und 3 (Beibehaltung der ursprünglichen Fassung):

²Für Vereinbarungen nach Satz 1 gilt § 71 nicht. ³Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglicher Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden.
~~„Bei der Vergütungsvereinbarung nach Satz 1 stellt die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 die Obergrenze für Vergütungssteigerungen dar. § 71 Absatz 1 bis 3 gilt.“~~

Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf

Sofortige Deregulierung und Entbürokratisierung im Krankenhausbereich

Der KKVD sieht ganz erhebliches Potential für echte Einsparungen im Krankenhausbereich durch die konsequente Umsetzung eines Bürokratieabbaus. Allein durch die Umsetzung der vorgeschlagenen 25 Forderungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft ließen sich bis zu 15 Milliarden Euro pro Jahr einsparen.¹⁰

Besonders dringlich ist der Abbau kostenintensiver Personalvorgaben. In den vergangenen Jahren wurden immer neue Personalbemessungsinstrumente, Nachweispflichten und Kontrollsysteme geschaffen. Die Folge ist, dass ein erheblicher Teil der Personalressourcen nicht mehr in die Patientenversorgung, sondern in Dokumentation, Meldungen und Prüfverfahren fließt. Die DKG schätzt, dass allein durch eine bürokratiearme Ausgestaltung der Personalvorgaben und einen Ganzhausansatz statt kleinteiliger Stations- und Schichtvorgaben rund 11.000 ärztliche und 42.000 pflegerische Vollkräfte für die Versorgung freigesetzt werden könnten. Das jährliche Einsparpotenzial beträgt allein im ärztlichen und pflegerischen Bereich rund 4,8 Milliarden Euro.

Handlungsbedarf besteht auch bei den Strukturvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses. Unbestimmte Vorgaben wie die Forderung nach einer Verfügbarkeit von Fachärzten „bei Bedarf jederzeit (24/7)“ führen in der Praxis häufig zu überzogenen Personalvorhaltungen. Die DKG weist darauf hin, dass bereits die Umstellung von Rufbereitschaft auf Bereitschaftsdienst Mehrkosten von bis zu 1,57 Milliarden Euro pro Jahr verursachen kann. Stattdessen sollten Krankenhäuser selbst entscheiden können, ob die Versorgung durch Präsenzdienst, Bereitschaftsdienst oder Rufbereitschaft sichergestellt wird.

Die Verantwortung für Personalsteuerung und Versorgungsorganisation muss wieder stärker bei den Trägern und Krankenhausleitungen vor Ort liegen. Sie kennen die regionalen Versorgungsbedarfe, die verfügbaren Fachkräfte und die tatsächlichen Anforderungen ihrer Patienten besser als zentrale Regulierungsinstanzen. Mehr Vertrauen in die

¹⁰ Vgl. DKG (2026): Deregulierung und Kostensenkung jetzt! 25 Forderungen der Krankenhäuser zur sofortigen Umsetzung, online unter https://www.dkgev.de/fileadmin/Media-pool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemitteilungen/2026/2026-05-08_Anlage_DKG-Stellungnahme_GE_GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz_Deregulierung.pdf

Verantwortlichen vor Ort ermöglicht einen flexibleren Personaleinsatz, innovative Versorgungskonzepte und wirtschaftlichere Strukturen.

Weitere kurzfristig umsetzbare Maßnahmen sind:

- PPUG (Pflegepersonaluntergrenzen) aussetzen bzw. Krankenhäuser bei erfüllter PPR 2.0 davon befreien,
- PPQ (Pflegepersonalquotient) abschaffen,
- stations- und schichtbezogene Nachweise durch standortbezogene Jahresnachweise auf Ganzhausebene ersetzen,
- parallele Dokumentations-, Nachweis- und Meldepflichten streichen,
- Aussetzung zusätzlicher Personalmeldepflichten für den Bundes-Klinik-Atlas,
- Abschaffung des Psych-Personalnachweises,
- Deregulierung der PPP-RL in Psychiatrie und Psychosomatik,
- Abschaffung täglicher Krankenhauskapazitätsmeldungen aus der Pandemiezeit,
- Vereinfachung von Strukturvorgaben und Leistungsgruppen,
- Anpassung der Krankenhausstandortdefinition zur Vermeidung teurer Doppelstrukturen.

Wer die Finanzierungsprobleme der Krankenhäuser lösen will, muss deshalb zuerst die Bürokratiekosten senken. Jede Stunde, die Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte weniger mit Dokumentation und Nachweisen verbringen, steht unmittelbar für die Versorgung der Patienten zur Verfügung. Deregulierung bedeutet daher nicht weniger Qualität, sondern mehr Zeit für Versorgung, geringere Verwaltungskosten und mehr Handlungsspielraum für die Krankenhäuser.

Die Forderung nach einem umfassenden Bürokratieabbau wird ausdrücklich durch den Bundesrat unterstützt. Dieser stellt fest, dass der Krankensektor dringend und nachhaltig von überbordenden bürokratischen Anforderungen entlastet werden muss, um seine wirtschaftliche Leistungsfähigkeit zu erhalten.

Der Bundesrat fordert darüber hinaus, die durch das Krankenhausreformanpassungsgesetz eingeführte Verschärfung der Verknüpfung von Leistungsgruppen mit dem monatscharfen Nachweis der Pflegepersonaluntergrenzen zurückzunehmen und das entsprechende Qualitätskriterium aus Anlage 1 zu § 135e SGB V zu streichen.

Kontakt:

Katholischer Krankenhausverband Deutschland e. V.

Bernadette Rümmelin

Geschäftsführerin

Tel. 030 240 83 68-10

kkvd@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.