



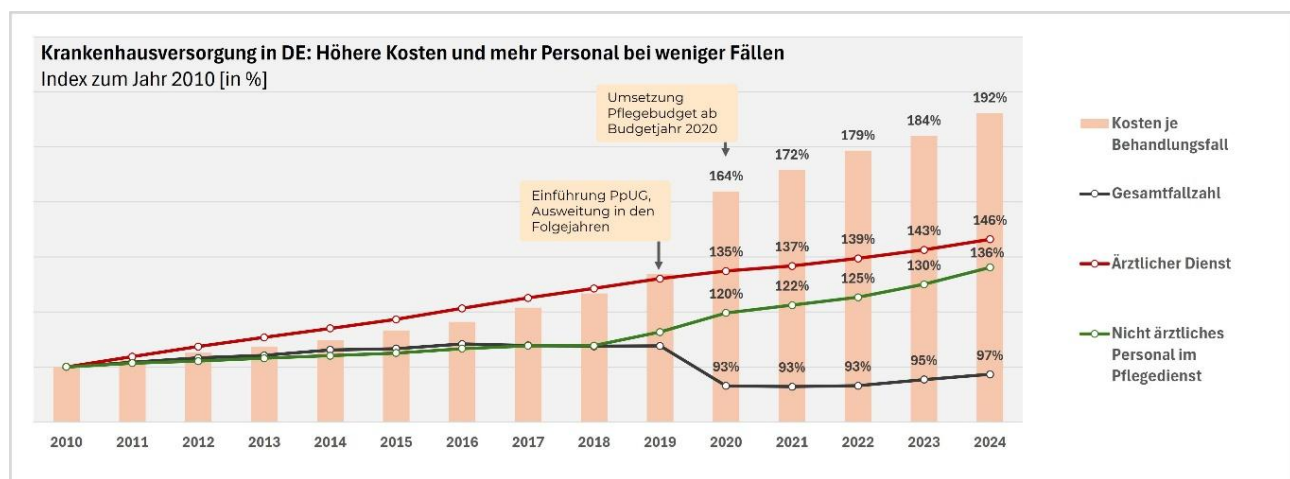
17.06.2026

Stellungnahme des BDPK zum Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)

I. Vorbemerkung

Die Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen sollen deutliche Einsparungen zur Entschuldung der Krankenkassen realisieren. Die Kliniken sind dazu bereit, wenn sie auf der Seite ihrer Ausgaben Möglichkeiten erhalten, die Kosten senken zu können. Um wirksame Maßnahmen ergreifen zu können, müssen die wesentlichen Ursachen des Kostenanstiegs in den Blick genommen werden. Diese liegen vor allem in zwei Entwicklungen:

1. Stark steigende Preise, hervorgerufen durch internationale Krisen und Kriege, auf die Kliniken keinen Einfluss haben, die sie aber bezahlen müssen.
2. Eine Gesundheitspolitik der letzten Bundesregierungen, die in der Annahme gehandelt haben, mit immer mehr nicht evidenzbasierten Personalvorgaben eine bessere Patientenversorgung und eine höhere Zufriedenheit der in den Kliniken Beschäftigten zu erreichen. Die Fallkosten sind dadurch auf Rekordhöhe gestiegen, ohne dass sich die Versorgung verbessert hätte.



Wenn für Kliniken nur so viel ausgegeben werden kann, wie auch eingenommen wird, müssen den Kliniken auch Handlungsspielräume für die wirtschaftliche Klinikführung zurückgegeben werden, um diese Einsparungen realisieren und Kosten senken zu können.

Eine Empfehlung der Finanzkommission Gesundheit lautete, dass der Bund kostendeckende Krankenkassenbeiträge für die Bürgergeldempfänger bezahlt. Stattdessen bietet der Bund nun 250 Millionen mehr Beiträge für Bürgergeldbeziehende an und kürzt zeitgleich die Zuschüsse für versicherungsfremde Leistungen in Höhe von 2 Milliarden EUR, die zweifelsfrei vom Staat und nicht



von den Versicherten der GKV zu finanzieren sind. Dies ist ein tiefer Griff in die Taschen der GKV-Versicherten, der das Vertrauen in die Politik nachhaltig schwächt. Käme auch der Bund seiner Verpflichtung nach, würden sich die Belastungen für alle anderen fairer verteilen.

II. Änderungen für Krankenhäuser

Zu Artikel 1 Nr. 25 Buchstabe b, § 71 SGB V: Grundlohnrate abzüglich 1 Prozentpunkt

Diese Maßnahme bremst den Anstieg der Basisfallwerte und damit der Krankenhausfallkosten auf ein Niveau unterhalb des Zuwachses der GKV-Einnahmen. Für die GKV-Seite schließt diese Maßnahme zweifelsfrei die „Schere zwischen Einnahmen und Ausgaben“ und wird als wirksam angesehen.

Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Kliniken weiterhin mit deutlich stärker steigenden Preisen konfrontiert sind, etwa bei medizinischem Bedarf, Energie und Lebensmitteln. Hinzu kommen erhebliche Kostensteigerungen im Personalbereich oberhalb der Grundlohnentwicklung durch höhere Tarifabschlüsse im Bereich des TVöD, der als Richtwert für viele andere Tarifverträge gilt. Diese Deckungslücke darf nicht einfach den Kliniken aufgebürdet werden, ohne ihnen gleichzeitig Möglichkeiten zu geben, entsprechende Einsparungen zu realisieren.

Daher muss die Regelung entsprechend flankiert werden:

- **Aussetzung der Personalvorgaben PpUG und PPP-RL**

Rund 65 % der Kosten eines Krankenhauses sind Personalkosten. Die größte Gruppe der Beschäftigten in deutschen Krankenhäusern sind die Pflegefachkräfte, deren Zahl vor allem durch zentralistische und verbindliche Personalvorgaben des Bundes bestimmt werden. Die Bundesregierung definiert damit diesen Kostenblock, während sie die Refinanzierung gleichzeitig einschränken will. Das kann so nicht funktionieren.

Es müssen dringend die nicht evidenzbasierten „Pflegepersonaluntergrenzen“ (PpUG) und die „Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie“ (PPP-RL) für die Zeit der Begrenzung der Steigerungsraten im Pflegebudget außer Kraft gesetzt werden. Dazu werden die Regelungen des § 137 i SGB V in der Zeit von 2027 bis 2029 außer Kraft gesetzt. Dies würde einen erheblichen Bürokratieabbau mit sich bringen, der zu einer finanziellen Entlastung des GKV-Systems führt (vgl. zur konkreten Kritik an PpUG und PPP-RL die Erläuterungen unter IV). Durch die Aussetzung der Personalvorgaben entsteht kein Versorgungsrisiko für die Patientinnen und Patienten, weil für bestimmte Behandlungen dezidiertere Qualitätsvorgaben bestehen, die sich auf Prozesse, Qualifikationen, Therapieinhalte und Behandlungsdauern beziehen (vgl. z. B. OPS 855.2). Verbindliche Personalvorgaben hemmen zudem die Einführung innovativer pflegeentlastender Maßnahmen. Die Chance auf Prozessoptimierung durch Digitalisierung und KI wird vertan, weil die Kliniken von der Einführung solcher Innovationen nicht profitieren, sie müssen die gleiche Anzahl von Personal vorhalten.

Gesetzliche Anpassungsvorschläge:

Aussetzung von § 137 i SGB V als gesetzliche Ermächtigung des BMG

Aussetzung der vom BMG erlassenen Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) nach § 137i Abs. 3 S. 1 SGB V samt Sanktions- und Nachweisvereinbarung von DKG und GKV-SV

Aussetzung von § 136 a Abs. 2 SGB V als gesetzliche Ermächtigung des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Erlass der PPP-RL

Ergänzung des § 136a Abs. 2 S. 1 SGB V wie folgt:

„Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V in der Fassung vom 19.09.2019, zuletzt geändert am 18.06.2025, tritt mit dem Inkrafttreten des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz für die Jahre 2027 bis 2029 außer Kraft.“

sowie weitere Folgenänderungen

- **Grundlohnrate ohne Verhandlungen auf LBFW anwenden**

Die Veränderungsrate wird unmittelbar als Veränderungswert angewendet. Es finden keine weiteren Verhandlungen mit den Krankenkassen dazu statt. Zudem wird der Orientierungswert dabei nicht abgeschafft, sondern lediglich ausgesetzt.

Gesetzliche Anpassungsvorschläge:

Ergänzung des § 10 Abs. 6 KHEntgG sowie des § 9 Abs. 1 Nr. 5 BPfIV wie folgt:

„Abweichend wird für die Jahre 2027 bis 2029 die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch unmittelbar als Veränderungswert wirksam.“

Zu Artikel 3 Nr. 3, § 6a KHEntgG: Pflegebudget

Zur Eindämmung der Kostensteigerungen im Bereich des Pflegepersonals hat die GKV-Finanzkommission vorgeschlagen, die Pflegekosten wieder in das DRG-System zurückzugliedern. Die Rückgliederung ist im Hinblick auf die ordnungspolitischen Fehlanreize des Pflegebudgets ausdrücklich zu unterstützen. Der Gesetzentwurf hält jedoch weiterhin an diesem fragwürdigen Instrument fest und deckelt den Kostenzuwachs, der durch mehr Pflegepersonal entsteht.

Hier sind dringend folgende Änderungen vorzunehmen:

- **Rücknahme der geplanten Streichung pflegeentlastender Maßnahmen.**

Durch die vorgesehene Streichung gehen Möglichkeiten und Anreize verloren, Pflegepersonal wirksam durch Prozessoptimierung, Digitalisierung und Robotics zu entlasten. Auch diese notwendigen Maßnahmen werden von den teuren und fragwürdigen Personalvorgaben behindert.

Gesetzliche Anpassungsvorschläge:

Streichung des vorgesehenen Abzugs der pflegeentlastenden Maßnahmen in § 6a Abs. 2 S. 10 KHEntgG ab dem Jahr 2027 und weiterer Folgeänderungen



- **Aufhebung der Eingrenzung auf bestimmte Tätigkeiten**

Die mit dem KHAG vorgenommene Begrenzung des Pflegebudgets um hauswirtschaftliche, logistische, administrative oder technische Tätigkeiten ist nicht umsetzbar und muss gestrichen werden. Das ist auch problemlos möglich, weil zunächst der Kostenzuwachs des Pflegebudgets komplett begrenzt ist. Deshalb sind keine komplizierten und bürokratischen Regelungen auf Stellenebene notwendig, die eine Aufspaltung in pflegerische Tätigkeiten an Patientinnen und Patienten und in pflegeferne Tätigkeit vorsehen, deren Personalkosten nicht im Pflegebudget berücksichtigt werden sollen.

Gesetzliche Anpassungsvorschläge:

Streichung des § 6a Abs. 2 Satz 12 KHEntgG und weiterer Folgeänderungen

Zu Artikel 1 Nr. 66, § 275c Abs. 2 SGB V: Anpassung der MD-Prüfquoten und der Schwellenwerte

Dieser Maßnahme liegt die Annahme zugrunde, dass durch eine Erhöhung der Prüfquoten sowie der Schwellenwerte die Abrechnungsqualität der Krankenhäuser verbessert und dadurch Einsparungen für die GKV erzielt werden könnten. Für den Vorwurf einer unzureichenden Abrechnungsqualität existiert jedoch kein belastbarer statistischer Nachweis. Vielmehr zeigt sich in der Praxis, dass Krankenkassen MD-Prüfungen gezielt zur Generierung von Wettbewerbsvorteilen einsetzen und diese daher nicht verdachts-, sondern potenzialorientiert veranlassen.

Die vorgesehene Anpassung führt zu einer erheblichen Ausweitung des Prüfgeschehens und steigert damit auch den bürokratischen Aufwand für alle Beteiligten im Gesundheitswesen. Nach Schätzungen wird die Anzahl der MD-Prüfungen um zusätzliche 2,3 Millionen steigen, was allein bei den Medizinischen Diensten als Prüfinstanz Kosten in Höhe von 900 Millionen Euro verursachen würde (vgl. Schroeders, N. 2026, BibliomedManager, 06.05.2026). Die Krankenhäuser werden gleichzeitig gezwungen, erhebliche Ressourcen in präventive Dokumentation und juristische Absicherung zu investieren. Aus Effizienzgründen ist diese vorgesehene Anpassung daher ersatzlos zu streichen.

Gesetzliche Anpassungsvorschläge:

Streichung der vorgesehenen Änderung des § 275c Abs. 2 S. 4 SGB V und weiterer Folgeänderungen

Zu Artikel 4 Nr. 2, § 17 b KHG: Kurzzeitfallpauschalen

Die vom Gesetzgeber bislang vorangetriebenen Maßnahmen zur Reduzierung der Verweildauer über AOP- und Hybrid-DRG-Leistungen erweisen sich aus Sicht der Krankenhäuser als finanziell kaum umsetzbar. Es fehlen die hierfür erforderlichen Strukturen, in deren Aufbau die Krankenhäuser in diesen unsicheren Zeiten nicht investieren können.

Vor diesem Hintergrund unterstützt der BDPK die Einführung von Kurzzeitfallpauschalen. Mit den neuen Fallpauschalen im Kurzliegerbereich wird den Krankenhäusern ermöglicht, die Behandlungsdauer eigenständig am medizinischen Bedarf der jeweiligen Patientinnen und Patienten auszurichten, anstatt sich an zentralistisch vorgegebenen Verweildauern zu orientieren. Für eine erfolgreiche Umsetzung der Kurzzeitfallpauschalen ist es aber wichtig, dass mit ihrer Einführung zugleich redundante Vorgaben abgebaut werden. Hierzu zählen insbesondere die

Regelungen zu den Hybrid-DRG nach § 115f SGB V. Zu denken wäre ist zudem an eine sinnvolle Ausweitung dieser neuen Finanzierungsform, da diese aktuell lediglich Fälle mit einer Behandlungsdauer von bis zu drei Kalendertagen und maximal zwei Übernachtungen umfasst.

Gesetzliche Anpassungsvorschläge:

Streichung des § 115f SGB V sowie weitere Folgeänderungen

III. Änderungen für Rehabilitationseinrichtungen

Zu Artikel 1 Nr. 40 und 41, § 111 Abs. 5, § 111c Abs. 3 SGB V: Beibehaltung der Refinanzierung von Personalkosten bis zur Höhe von Tarifgehältern in Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen

Die geplante Streichung des Satzes, dass „die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglicher Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann“, wird abgelehnt.

Tarifverträge haben nach Auffassung der Bundesregierung einen wichtigen sozialpolitischen Stellenwert. Die Bezahlung von Mitarbeitenden in Rehabilitationseinrichtungen in Höhe von Tarifverträgen als wirtschaftlich einzuordnen, ist eine wichtige Errungenschaft. Die vorgesehene Streichung dieser Regelung setzt Anreize, keine Tarifverträge zu schließen oder sie aufzukündigen. Es ist wichtig, die Mitarbeitenden fair zu bezahlen, denn die Rehabilitationseinrichtungen konkurrieren im Wettbewerb mit anderen Gesundheitsdienstleistern um dringend benötigte Fachkräfte. Dies gelingt ihnen nur, wenn auch sie Löhne in Höhe von Tarifverträgen zahlen können.

Aus diesem Grunde sollte auf die Streichung des Satzes „Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglicher Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann.“ verzichtet werden. Es bleibt dabei, dass die Vergütungssätze nur im Rahmen der Grundlohnsummenentwicklung steigen. Genau wie im Krankenhausbereich sollten allerdings Kostensteigerungen bis zur Höhe von Tariflöhnen zu 50 % oberhalb des Grundlohnes ausgeglichen werden können.

Gesetzliche Anpassungsvorschläge:

Ergänzung der vorgesehenen Änderung in §§ 111 Abs. 5 Satz 2 bis 4, 111c Abs. 3 Satz 2 bis 4 um folgende Sätze:

„Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglicher Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Führt die Bezahlung von Gehältern zu einer Vergütungssatzforderung oberhalb der Obergrenze nach Satz 2, werden die darüber hinausgehenden Kosten zu 50% ausgeglichen.“



IV. Weiterführende Erläuterungen: Kritikpunkte an PpUG und PPP-RL

Die größte Schwäche der **Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG)** liegt in ihren kleinteiligen, abteilungs- und schichtbezogenen Vorgaben für den Personaleinsatz. Diese lassen kaum Flexibilität zu, da sie nicht an die tatsächliche Belegung des Krankenhauses angepasst werden können. Zudem verursachen sie einen zusätzlichen Dokumentationsaufwand für die Einrichtungen. Hinzu kommt, dass bislang nicht nachgewiesen werden konnte, dass Pflegekräfte tatsächlich entlastet oder die Versorgungsqualität verbessert wurde. Vielmehr geben 80,4 % des Pflegepersonals an, dass die PpUG die Arbeitsbelastung nicht reduziert haben. Zudem berichten 62,9 % der befragten Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren, keine Veränderung in der Patientenversorgung infolge der PpUG festgestellt zu haben (vgl. Bericht über die Auswirkungen der Pflegepersonaluntergrenzen gemäß § 137i Absatz 6 SGB V, 2024).

Ein vergleichbares Problem besteht auch bei der **Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)**. Mit dem Ziel der Qualitätsverbesserung beauftragte der Gesetzgeber im Jahr 2016 den G-BA mit neuen, evidenzbasierten Personalvorgaben für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung. Da die zugrunde liegende Studie jedoch fachlich nicht verwertbar war, basiert die PPP-RL letztlich ohne Evidenz im Wesentlichen auf der Psychiatrie-Personalverordnung aus dem Jahr 1991. Besonders deutlich wird die unzureichende Berücksichtigung moderner Therapiekonzepte in den zentral festgelegten Minutenwerten pro Berufsgruppe. Diese bilden den tatsächlichen Versorgungsbedarf nicht ab, da starre Vorgaben den patientenindividuellen Behandlungsplänen der heutigen Versorgung widersprechen. Beispielsweise sieht die PPP-RL pauschal hohe Pflegeanteile vor, obwohl Patientinnen und Patienten mit Angststörungen, Depressionen oder Essstörungen oftmals nicht bettlägerig sind und eher therapeutische Unterstützung als klassische Pflege benötigen.

Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK) vertritt seit über 70 Jahren die Interessen von mehr als 1.000 Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken in privater Trägerschaft. Als deutschlandweit agierender Spitzenverband setzt er sich für eine qualitativ hochwertige, innovative und wirtschaftliche Patientenversorgung in Krankenhäusern und Rehabilitations-/Vorsorgekliniken ein.