



Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung „GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz“

Berlin, 18. Juni 2026

Anlässlich der öffentlichen Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages am 22. Juni 2026 nimmt der Deutsche Evangelische Krankenhausverband e. V. (DEKV) Stellung zum Vorhaben eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz) vom 26. Mai 2026.

Der Deutsche Evangelische Krankenhausverband (DEKV) erkennt die Notwendigkeit an, die Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung zu stabilisieren und hierzu auch Ausgabenbegrenzungen in den Blick zu nehmen. Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen stellen die Krankenhäuser jedoch vor erhebliche finanzielle und existenzielle Herausforderungen.

Entscheidend ist, unter welchen Rahmenbedingungen dies erfolgt. Zusätzlicher wirtschaftlicher Druck kann nur dann zu den beabsichtigten Anpassungen führen, wenn die Krankenhäuser gleichzeitig die Möglichkeit erhalten, auf veränderte Rahmenbedingungen unternehmerisch zu reagieren und bestehende Effizienzpotenziale zu heben.

Aus Sicht des DEKV besteht die akute Gefahr, dass Einsparmaßnahmen ihre beabsichtigte Wirkung verfehlen, wenn sie nicht mit einer konsequenten Deregulierungsoffensive bei personellen und strukturellen Vorgaben einhergeht. Andernfalls drohen notwendige Strukturveränderungen erschwert zu werden, ohne dass die wirtschaftliche Stabilität des gesamten Gesundheitssystems nachhaltig verbessert wird. Dies kann die Versorgungssicherheit der Bevölkerung beeinträchtigen und die Umsetzung der notwendigen Krankenhausreform erheblich belasten.

Die nachfolgenden Änderungsvorschläge des DEKV verfolgen daher das Ziel, die berechtigten Anliegen der Beitragssatzstabilisierung mit den Erfordernissen einer leistungsfähigen und zukunftssicheren Krankenhausversorgung in Einklang zu bringen. Sie sollen dazu beitragen, die finanziellen Belastungen für die gesetzliche Krankenversicherung zu begrenzen, ohne die Handlungsfähigkeit der Krankenhäuser und die Versorgung der Patientinnen und Patienten zu gefährden.

Forderungen des DEKV im Detail:

1. Neugestaltung der Finanzierung der Pflegepersonalkosten (§ 6a Abs. 2 und 2a KHEntgG)

Der DEKV lehnt die mit § 6a Abs. 2a KHEntgG vorgesehene Begrenzung der Entwicklung des Pflegebudgets auf den Veränderungswert ab.

Änderungsvorschlag

Der DEKV spricht sich für eine strukturelle Neuordnung der Pflegefinanzierung durch die Rückführung der Pflegepersonalkosten in das DRG-System aus. Dies bedeutet:

- Wiedereingliederung der Pflegepersonalkosten in das DRG-System ab 2027 durch Anpassung von § 17b Abs. 4 KHG und § 6a KHEntgG,
- Neukalkulation der DRG-Kostengewichte durch das InEK unter vollständiger Einbeziehung der Pflegepersonalkosten.

Begründung

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Begrenzung des jährlichen Anstiegs des Pflegebudgets auf den Veränderungswert stellt eine pauschale und problematische Sparmaßnahme zulasten der Krankenhäuser dar.

Die vorgesehene Regelung steht der Krankenhausreform entgegen:

Das Pflegebudget soll auf dem Basisjahr 2026 und damit vor Einführung der Leistungsgruppen festgeschrieben werden. Krankenhäuser, die infolge der Strukturreform Leistungen konzentrieren und dadurch mehr Fälle mit höherem Pflegebedarf versorgen, können diesen zusätzlichen Pflegebedarf aus einem starr begrenzten Budget nicht finanzieren. Eine Konzentration von Leistungen in Verbindung mit einer qualitativ hochwertigen pflegerischen Versorgung wird dadurch erschwert.

Die vorgesehene Regelung ist ungerecht und belohnt ineffiziente Pflegestrukturen:

Krankenhäuser, die Pflegekapazitäten über den tatsächlichen Bedarf hinaus aufgebaut haben, insbesondere durch die Übertragung pflegeferner Tätigkeiten auf Pflegekräfte, würden von einem höheren Ausgangsniveau des Pflegebudgets profitieren. Krankenhäuser hingegen, die ihren Personaleinsatz am Pflegebedarf der Patientinnen und Patienten ausgerichtet und effiziente pflegerische Versorgungsmodelle entwickelt haben, würden benachteiligt, da ihr Pflegebudget auf einem niedrigeren Niveau festgeschrieben würde. Kosteneinsparungen durch Ambulantisierung, Leistungsabgabe und den Aufbau effizienter Pflegeprozesse werden durch den Minderkostenausgleich, also die Rückzahlung eingesparter Pflegepersonalkosten unattraktiv.

Die Rückführung in das DRG-System hebt Effizienzreserven:

Die Grenzen des Pflegebudgets werden auch an den wenig praxistauglichen Reparaturversuchen deutlich. Die Regelung des Krankenhausreformenpassungsgesetzes (KHAG) zu § 6a Abs. 2 Satz 12 KHEntgG soll Tätigkeiten ohne unmittelbaren Patientenbezug aus der Refinanzierung herausnehmen. Dies ist pflegfachlich und verhandlungstechnisch kaum umsetzbar und führt zu zusätzlichem Dokumentationsaufwand sowie erneut zu langwierigen und streitbehafteten Budgetverhandlungen.

Mit dem Wegfall des Pflegebudgets würden die Krankenhäuser von einer Vielzahl an Dokumentations- und Nachweispflichten entlastet. Gleichzeitig entfielen häufig langwierige Pflegebudgetverhandlungen. Daraus ergeben sich Einsparpotenziale sowohl für die Krankenhäuser als auch für die Krankenkassen vor Ort.

2. Refinanzierung von Tarifkostensteigerungen

Der DEKV lehnt die vorgesehene Absenkung der Refinanzierungsquote für Tarifkostensteigerungen oberhalb des Veränderungswertes von bislang 100 Prozent auf 50 Prozent ausdrücklich ab.

Änderungsvorschlag

Der DEKV spricht sich für die Beibehaltung einer vollständigen Refinanzierung tarifbedingter Personalkostensteigerungen oberhalb des Veränderungswertes in Höhe von 100 Prozent aus.

Begründung

Die Tarifraten dienen der Refinanzierung tarifbedingter Personalkostensteigerungen, soweit diese den Veränderungswert übersteigen. Sie stellen sicher, dass die tatsächlichen Personalkostenentwicklungen der Krankenhäuser im Vergütungssystem berücksichtigt werden. Die vorgesehene Absenkung der Refinanzierungsquote von 100 auf 50 Prozent führt dazu, dass künftig nur noch die Hälfte der über den Veränderungswert hinausgehenden Tarifsteigerungen ausgeglichen wird. Damit werden tarifvertraglich vereinbarte Personalkostensteigerungen nur noch teilweise refinanziert. Dies wiegt besonders stark, da die Personalkosten mit rund 70 Prozent der größte Kostenblock im Krankenhaus darstellen.

Krankenhäuser haben auf tarifvertraglich vereinbarte Entgeltsteigerungen geringen Einfluss. Dies folgt dem Grundsatz der Tarifautonomie. Werden diese Kostensteigerungen nicht vollständig berücksichtigt, entsteht eine Finanzierungslücke zwischen den tatsächlichen Personalkosten und den verfügbaren Erlösen. Die wirtschaftliche Situation tarifgebundener Krankenhäuser wird sich weiter verschärfen. Freigemeinnützige Krankenhäuser werden durch die gedeckelte Tarifrefinanzierung angesichts hoher regulativ bedingter Personalkostenquoten unmittelbar unter wirtschaftlichen Druck geraten.

Krankenhäusern verbleiben bei einer dauerhaften Unterfinanzierung tarifbedingter Kostensteigerungen nur begrenzte Reaktionsmöglichkeiten. Steigende Löhne erhöhen die Personalkosten je Beschäftigten kontinuierlich und verringern den finanziellen Spielraum der Krankenhäuser. Kann dieser Anstieg nicht refinanziert werden, lässt sich die Finanzierungslücke langfristig nur durch einen Abbau von Personal schließen. Die Absenkung der Refinanzierungsquote steht damit im Widerspruch zum Ziel, ausreichend qualifiziertes Personal für die Patientenversorgung vorzuhalten und die Arbeit in Medizin, Pflege und Therapie als attraktives Berufsfeld zu erhalten.

Die bisherige vollständige Berücksichtigung tarifbedingter Personalkostensteigerungen hat sich als sachgerechter Ausgleich erwiesen, da sie lediglich Kosten refinanziert, die den Krankenhäusern aufgrund tariflicher Vereinbarungen tatsächlich entstehen. Eine dauerhafte Reduzierung der Refinanzierungsquote auf 50 Prozent ist mithin ungerechtfertigt.

3. Anpassung der Prüfquoten und Schwellenwerte bei Krankenhausabrechnungen, Erweiterung des MD-Prüfauftrags und Stärkung des Falldialogverfahrens (§ 275c SGB V)

Die vorgesehene Änderung wird ausdrücklich abgelehnt und muss vollständig gestrichen werden.

Änderungsvorschlag

Vorrangig zu stärken ist das Falldialogverfahren als frühzeitiges, digitales und verbindliches Klärungsinstrument zwischen Kostenträgern und Krankenhäusern. Der Falldialog muss vor Einschaltung des Medizinischen Dienstes

regelmäßig genutzt werden, soweit der Sachverhalt auf diesem Weg geklärt werden kann. Prüfungen durch den Medizinischen Dienst sind auf konkrete, wesentliche und eindeutige Auffälligkeiten zu beschränken. Eine pauschale Erhöhung der Prüfquoten sowie der Schwellenwerte wird abgelehnt.

Vor weiteren gesetzlichen Änderungen zu den Prüfquoten sowie Schwellenwerten sind die Ergebnisse der gesetzlich vorgesehenen Evaluation des bestehenden Prüfregimes abzuwarten und auszuwerten. Gemäß § 17c Absatz 7 KHG legen der GKV-SV und die DKG dem BMG bis zum 30. Juni 2026 einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der Weiterentwicklung der Krankenhausabrechnungsprüfung vor. Nur dieser Bericht und eine eingehende Analyse der Ergebnisse kann die Grundlage für eine Weiterentwicklung der Prüfquoten sein.

Begründung

Der DEKV erkennt das Ziel einer wirtschaftlichen Mittelverwendung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausdrücklich an. Abrechnungsprüfungen können ein notwendiges Instrument sein, um sachlich nicht gerechtfertigte Abrechnungen zu identifizieren. Die vorgesehene pauschale Anhebung der Prüfquoten und Schwellenwerte ist hierfür jedoch kein geeignetes Mittel. Zudem wird damit gesetzgeberisch das Signal gesendet, die Abrechnungspraxis der Krankenhäuser pauschal unter Verdacht zu stellen.

Ein voreilig pauschal ausgeweiteter Prüfdruck bindet erhebliche Personalressourcen bei Krankenkassen, Medizinischen Diensten und Krankenhäusern. Ohne die Ergebnisse des Berichtes zu kennen, wächst nur Bürokratie und Misstrauen. Daraus resultieren jedoch keine Einsparungen sowie Verbesserungen der Versorgungsqualität oder Patientensicherheit. Im Gegenteil, die Ausweitung der Prüfquoten widerspricht dem politischen Ziel des Bürokratieabbaus im Krankenhausbereich. Zusätzliche Prüfverfahren führen nicht automatisch zu realen Einsparungen. Die personellen Ressourcen müssen bei den Krankenhäusern sowie dem MD aufgebaut werden. Eine nachträgliche Rechnungskürzung kann kurzfristig die GKV-Ausgaben entlasten, senkt aber nicht die Kosten im Versorgungssystem.

Zudem ist mit einem deutlichen Anstieg streitiger Verfahren zu rechnen. Je weiter der Prüfauftrag gefasst wird, desto größer ist das Risiko, dass aus einem konkreten Prüfanlass eine umfassende Prüfung des gesamten Behandlungsfalls entsteht. Dies erhöht den Aufwand auf allen Seiten und dürfte zu zusätzlichen Erörterungs- und Gerichtsverfahren führen. Die damit verbundenen Kosten belasten die gesetzliche Krankenversicherung und die Leistungserbringer. Das ist ein Widerspruch zum Ziel der Beitragssatzstabilisierung.

Das Ziel müssen bürokratiearme anlassbezogene Prüfungen sein. Der Schwerpunkt ist auf die Vermeidung von Streitfällen, digitalen Prozessen und klaren Abrechnungsregeln zu legen. Erforderlich ist vielmehr eine Beschränkung des MD-Prüfauftrags auf konkrete Prüfanlässe, verbunden mit einer systematischen Auswertung der Prüfergebnisse zur Verbesserung von Dokumentation und Kodierung sowie eine Vereinfachung streitanfälliger Abrechnungsregelungen.

Beitragssatzstabilisierung kann nicht durch zusätzliche Bürokratie, verzögerte Liquidität und einseitige Rechnungskürzungen für Krankenhäuser erfolgen. Notwendig ist ein Prüfregime zu implementieren, das Wirtschaftlichkeit sichert, ohne die Versorgung und die Handlungsfähigkeit der Krankenhäuser weiter zu schwächen.

4. Einsetzung einer Ad-hoc-Arbeitsgruppe des BMG zur kurzfristigen Deregulierung im Krankenhaussektor

Deregulierung als notwendiger Baustein zur Stabilisierung der Beitragssätze.

Änderungsvorschlag:

Das Bundesministerium für Gesundheit setzt bis zum 31. Juli 2026 eine Ad-hoc-Arbeitsgruppe ein, um gemeinsam mit der Selbstverwaltung konkrete Deregulierungsmaßnahmen zu identifizieren. Die Arbeitsgruppe legt den Maßnahmenkatalog spätestens bis zum 31. Oktober 2026 vor.

Begründung:

Dem politischen Ziel, die Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung zu stabilisieren und stärker an der Einnahmenentwicklung auszurichten, wird nicht widersprochen. Eine Begrenzung der Ausgabendynamik kann jedoch nicht allein über finanzielle Deckelungen erreicht werden. Wenn die Einnahmeseite der GKV den Rahmen für die Ausgaben setzt, muss den Krankenhäusern im Gegenzug zwingend die Möglichkeit eröffnet werden, eigenverantwortlich und wirtschaftlich zu handeln.

Dies setzt echte unternehmerische Handlungsfreiheit voraus. Krankenhäusern werden engere finanzielle Grenzen gesetzt, ohne ihnen zugleich die notwendigen Instrumente zu geben, um Prozesse effizienter, flexibler und wirtschaftlicher zu gestalten.

Deregulierung ist deshalb keine flankierende Wunschmaßnahme, sondern eine notwendige Voraussetzung. Die Begrenzung der Ausgaben muss den Leistungserbringern gleichzeitig ermöglichen, vermeidbare Kosten ohne Auswirkungen auf die medizinische Qualität zu reduzieren. Eine wirksame Beitragsstabilisierung darf daher nicht nur auf der Ausgabenseite ansetzen, sondern muss zugleich die Kosten- und Aufwandstreiber in der täglichen Leistungserbringung reduzieren.

Die Beteiligung der Selbstverwaltung und die Krankenhauspraxis ist dabei zwingend, weil viele Belastungen nicht allein aus gesetzlichen Vorgaben entstehen, sondern aus deren praktischer Umsetzung in Abrechnungs-, Prüf-, Nachweis-, Dokumentations-, Qualitäts- und Meldeverfahren.

Der 31. Oktober 2026 ist als verbindliches Datum festzulegen. Die Krankenhäuser benötigen Planungssicherheit und spürbare Entlastungen. Nur so kann gewährleistet werden, dass die Beitragsstabilisierung nicht einseitig zulasten der Krankenhäuser erfolgt, sondern mit einer sachgerechten Stärkung ihrer wirtschaftlichen Handlungsfähigkeit verbunden wird.

Ihr Ansprechpartner:

Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V.

Reinhardtstraße 34, 10117 Berlin

Tel.: +49 (0)30 200 514 19 0

Mail: office@dekv.de, Web: www.dekv.de

Der **Deutsche Evangelische Krankenhausverband e.V. (DEKV)** vertritt mit 180 evangelischen Kliniken an 255 Standorten jedes neunte deutsche Krankenhaus. Die evangelischen Krankenhäuser versorgen jährlich mehr als 1,7 Mio. Patientinnen und Patienten stationär und mehr als 3,7 Mio. ambulant. Das ist bundesweit jeder 10. vollstationäre Patient. Mit über 127.400 Beschäftigten und einem Umsatz von mehr als 12 Mrd. € sind sie ein wichtiger Wirtschaftsfaktor. Der DEKV ist der Branchenverband der evangelischen Krankenhäuser und Mitglied im Evangelischen Werk für Diakonie und Entwicklung e.V. und im Präsidium der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Der DEKV setzt sich insbesondere für eine zukunftsorientierte und innovative Krankenhauspolitik mit Trägervielfalt und Qualitätswettbewerb, verlässliche Rahmenbedingungen für die Krankenhausfinanzierung, eine Modernisierung der Gesundheitsberufe und eine konsequente Patientenorientierung in der Versorgung ein.