



05.10.2026

Stellungnahme des BDPK zu den Änderungsanträgen der Regierungsfractionen zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung - Folgeregelungen zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz

Vorbemerkung

Wir bedauern sehr, dass offensichtlich kein Dialog und keine kritische Befassung mit den Änderungsanträgen gewünscht ist. Für die Prüfung der Änderungsanträge und die Verfassung der Stellungnahme blieb gerade ein Arbeitstag. Viele Verbände haben angesichts dieses Zeitrahmens keine Möglichkeit, ihre Mitglieder in die Meinungsbildung einzubinden.

Dieses Vorgehen mit den anhörungsberechtigten Verbänden befördert ebenfalls die Politikverdrossenheit, wo doch eigentlich angesichts der letzten Wahlergebnisse Vertrauensbildung angezeigt wäre.

Zu ausgewählten Änderungsanträgen (ÄA) im Einzelnen:

ÄA 1

Zu Nr. 2 (Artikel 1a neu, § 115f SGB V neu)

Beabsichtigte Regelung:

Während nur noch für das Jahr 2027 die Hybrid-DRG beibehalten werden sollen, werden für diesen Zeitraum neue Regelungen für die Vergütung der als Hybrid-DRG vereinbarten oder festgesetzten Leistungen, die ohne eine Übernachtung im Jahr 2027 erbracht werden, festgelegt: Wird eine vereinbarte oder festgesetzte Leistung ohne Übernachtung erbracht, erfolgt die Vergütung der als Hybrid-DRG bestimmten Leistung abweichend vollständig nach der regionalen Euro-Gebührenordnung gemäß § 87a Abs. 2 S. 5 SGB V, wenn der Eingriff im Kalenderjahr 2027 erfolgt ist - unabhängig davon, ob die Leistung von Vertragsärzten oder Krankenhäusern erbracht wird.

Bewertung:

Diese Umstellung der Abrechnung von Hybrid-DRG würde angesichts der beabsichtigten Abschaffung der Hybrid-DRG zum 01.01.2028 (vgl. unten) lediglich für noch 1 Jahr (2027) gelten und wird angesichts des damit verbundenen Aufwands abgelehnt. Sinnvollerweise sollte stattdessen für 2027 an den bestehenden Regelungen festgehalten werden. Im Übrigen würde eine solche Regelung auch den Anreiz liefern, weniger oder keine Leistungen ohne Übernachtung zu erbringen.

Zu Nr. 3 (Artikel 2a neu)

Beabsichtigte Regelung:

Zum 01.01.2028 werden die Hybrid-DRGs abgeschafft. Ab dann gelten die Regelungen für die Kurzzeitfallpauschalen.

Bewertung:

Die Streichung der Regelungen für die Hybrid-DRG wird im Hinblick auf die Einführung der Kurzzeitfallpauschalen befürwortet.

ÄA 2 (Artikel 1 Nr. 6, §§ 73b, 87a, 87b SGB V)

Beabsichtigte Regelung:

Der Fixkostendegressionsabschlag (FDA) soll für die Verträge in der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) und die entbudgetierten Leistungen in der allgemeinen hausärztlichen Versorgung und im Versorgungsbereich der Kinder- und Jugendmedizin keine Anwendung mehr finden.

Bewertung:

Die Streichung des FDA wird befürwortet. Allerdings stellt sich die Frage, weshalb der FDA für Krankenhäuser trotz Streichung nach dem Jahr 2027 noch für die Jahre bis 2029 weiter gelten soll. Der FDA muss auch für den Krankenhausbereich gänzlich und mit sofortiger Wirkung gestrichen werden. Anderenfalls konterkariert der FDA die vom Gesetzgeber gewünschte Spezialisierung der Krankenhäuser.

ÄA 3

Zu Nr. 1 (Artikel 1a neu, § 275c SGB V)

Beabsichtigte Regelung:

Es wird eine weitere Prüfquotenklasse, die eine Prüfquote von 1 Prozent vorsieht, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen eines Krankenhauses bei mindestens 90 Prozent liegt, eingeführt. Die neue Prüfquotenklasse findet Anwendung ab dem 1. Januar 2027.

Bewertung:

Die Intention, mit der Einführung einer neuen Prüfquotenklasse Krankenhäuser, die einen besonders hohen Anteil unbeanstandeter Abrechnungen haben und bei denen folglich kaum Auffälligkeiten festzustellen sind, von Prüfungen zu entlasten, wird seitens des BDPK befürwortet. Allerdings bleibt die mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz eingeführte massive Erhöhung der Prüfquoten sowie der Schwellenwerte bestehen. Den Abrechnungsprüfungen liegen überwiegend Sachverhalte zu Grunde, in denen Dokumentationsfehler beanstandet werden. Die in Rede stehende medizinische Leistung wurde hingegen ohne Zweifel erbracht. Die mit dem GKV-

Beitragssatzstabilisierungsgesetz erfolgte 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). Daher regen wir an, die Erhöhung der Prüfquoten sowie der Schwellenwerte ersatzlos zu streichen

ÄA 4

Zu Artikel 9a (§ 8 KHEntgG) und Artikel 9c (§ 8 BPflV)

Beabsichtigte Regelung:

Für nicht-universitäre Krankenhäuser werden dauerhaft 450 Millionen Euro jährlich durch einen Rechnungszuschlag gewährt: Bei Patientinnen und Patienten, die ab dem 1. Januar 2027 zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden, wird ein Zuschlag in Höhe von 27,30 Euro berechnet und gesondert in der Rechnung ausgewiesen. Der Zuschlag wird bei der Ermittlung der Erlösausgleiche nicht berücksichtigt.

Bewertung:

Der BDPK befürwortet ausdrücklich die so erfolgte Umsetzung des mit der Protokollerklärung von der Bundesregierung zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz gegebenen Versprechens. Bei der Ermittlung der Zuschlagshöhe handelt es sich um ein pragmatisches Verfahren; wir erlauben uns an dieser Stelle jedoch den Hinweis, dass die aus dem Jahr 2024 zu Grunde gelegten Krankenhausfälle sich in den Jahren 2025 und 2026 möglicherweise gesteigert haben und sich somit ein höherer Zuschlag ergeben könnte. Zudem könnten Kliniken mit niedriger Fallschwere und hoher Fallzahl gegenüber Kliniken mit hoher Fallschwere und niedriger Fallzahl bevorzugt werden.

ÄA 10

Zu Nr. 1 (Artikel 1, § 115g SGB V, § 275a SGB V)

Beabsichtigte Regelung:

Die Ergebnisse der Prüfungen des Medizinischen Dienstes sind bei den Vereinbarungen auf der Ortsebene zu berücksichtigen; ergibt die MD-Prüfung, dass die maßgeblichen Anforderungen an Qualität, Patientensicherheit und Dokumentation nicht erfüllt sind, sollen die entsprechenden Entgelte grundsätzlich nicht berechnet werden dürfen. Darüber hinaus sollen Leistungen grundsätzlich weder vereinbart noch abgerechnet werden dürfen, wenn der Einrichtung für den jeweiligen Leistungszeitraum keine MD-Bescheinigung über die Erfüllung dieser Anforderungen übermittelt wurde. Weiter sind zu Regelungen in der Vereinbarung nach § 115g Abs. 3 SGB V (SÜV-Leistungskatalog), die die Prüfung durch den Medizinischen Dienst betreffen, durch die Vertragsparteien auf Bundesebene zukünftig das Benehmen mit dem Medizinischen Dienst Bund herzustellen.

Bewertung:

Das Prüfergebnis darf zu keinem pauschalen Abrechnungsverbot führen; ein negatives Prüfergebnis sollte unbedingt mit den jeweiligen Landesplanungsbehörden - welche für die Bestimmung eines Krankenhausstandortes als Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung zuständig sind (§ 6c KHG) - abgestimmt werden, da diese den Bedarf ihres Landes einschätzen können und diesen womöglich trotz negativem Prüfergebnis als gegeben sehen. Diese Konstellationen müssen bei der Etablierung eines Prüfverfahrens für Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen mitgedacht werden.

Beabsichtigte Regelung:

Es gibt eine neue allgemeinere Regelung zu den zu vereinbarenden Entgelten.

Bewertung:

Die neue Regelung eröffnet den Vertragsparteien auf Bundesebene Spielraum bei der Vereinbarung der näheren Einzelheiten nach § 9 Abs. 1 Nr. 10 KHEntgG und wird befürwortet.

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 Rehabilitationskliniken ein.