



Stellungnahme

Zu den

Änderungsanträgen zu dem
Entwurf eines Gesetzes zur Reform
der Notfallversorgung –
**Folgeregelungen zum
GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz**
Ausschuss-Drucksache 21(14)107

anlässlich der öffentlichen Anhörung
vor dem Ausschuss für Gesundheit
am 7. Oktober 2026

**Verband der
Privaten Krankenversicherung e.V.**

Gustav-Heinemann-Ufer 74 c
50968 Köln

Telefon (0221) 99 87-0
verband@pkv.de
www.pkv.de

- Es ist problematisch, das Beitragsstabilisierungsgesetz wenige Monate nach seiner Verabschiedung wieder abzuschwächen. Ob die für eine Gegenfinanzierung vorgesehenen Maßnahmen die entsprechende Wirksamkeit entfalten, bleibt abzuwarten.
- Kritisch sind im Bereich der Krankenhausfinanzierung die zusätzlichen Mittel durch Rechnungszuschläge nach dem Gießkannenprinzip. Dadurch wird der notwendige Strukturwandel aufgehalten, Gelegenheitsversorger werden gestärkt, und es werden keinerlei Anreize für Wirtschaftlichkeit, Digitalisierung und Ambulantisierung gesetzt.

I. Allgemeine Anmerkung

Mit den vorgelegten Änderungsanträgen, die an das Gesetz zur Reform der Notfallversorgung angehängt werden sollen, erfolgt in Teilen eine Abkehr von dem im Sommer 2026 beschlossenen Grundsatz der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik. Teilweise noch nicht wirksam gewordene Regelungen sollen durch Ausnahmen oder Zuschüsse abgeschwächt, wenn nicht gar rückgängig gemacht werden. Die vorgeschlagenen Maßnahmen haben zum Teil das Potenzial, zu erheblichen Mehrausgaben zu führen. Ob die für eine Gegenfinanzierung vorgesehenen Maßnahmen die entsprechende Wirksamkeit entfalten, bleibt abzuwarten.

Die Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung darf nicht durch zusätzliche Leistungsausweitungen und Vergütungssteigerungen zulasten der Arbeitgeber und Versicherten gefährdet werden. Dies betrifft insbesondere die zusätzlichen Finanzhilfen für Krankenhäuser in Höhe von insgesamt 550 Mio. Euro jährlich, die unwirtschaftliche Strukturen zementieren.

II. Zu ausgewählten Regelungen des Gesetzentwurfs

Zu Änderungsantrag 1 (Artikel 1a Nr. 4, Artikel 2a, Artikel 9a - § 115f SGB V, § 17b KHG)

Vorgeschlagene Regelung:

Der Änderungsantrag sieht vor, die spezielle sektorengleiche Vergütung gem. § 115f SGB V (Hybrid-DRG) zum Ende des Jahres 2027 auslaufen zu lassen. Für das Jahr 2027 ist eine Übergangsregelung vorgesehen, nach der ohne Übernachtung erbrachte Hybrid-DRG-Leistungen vollständig nach den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung gem. § 87a Abs. 2 Satz 5 SGB V zu vergüten sind. Für Leistungen mit Übernachtung bleiben die bisherigen Hybrid-DRG-Fallpauschale fortbestehen. Die Unterscheidung zwischen mit und ohne Übernachtung erbrachte Hybrid-DRG-Fällen soll über vom InEK zertifizierte Datenverarbeitungslösungen erfolgen. Für Hybrid-DRG-Leistungen ohne Übernachtung sollen die Sachkosten im Jahr 2027 nach den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden. Für Vertragsärzte gilt dies, sofern sie die Qualitätsvoraussetzungen nach § 115b Absatz 1 Satz 5 SGB V erfüllen; für Krankenhäuser gelten die entsprechenden Regelungen des AOP-Vertrags nach § 115b SGB V. Ab 2028 wird § 115f SGB V vollständig gestrichen und die Vergütung über Kurzzeitfallpauschalen nach § 17b KHG in Kraft gesetzt. Dabei soll der Übergang von den Hybrid- auf Kurzzeitfallpauschalen für die Kostenträger ausgabenneutral erfolgen.

Bewertung:

Die durch Anpassung des § 17b Abs. 2a Satz 8 KHG vorgesehene Vorgabe an die Vertragsparteien, durch den Übergang von einer Hybrid-DRG-Vergütung auf eine Vergütung kurzer stationärer Krankenhaufälle durch Kurzzeitfallpauschalen im Jahr 2028 keine Mehrausgaben für die Kostenträger entstehen zu lassen, ist sinnvoll. Um einer Ausweitung der Hybrid-DRG-Fälle mit Übernachtung im Jahr 2027 entgegenzuwirken, sollte auch das Abrechnungsjahr 2026 als Bezugsgröße mit in die Mehrausgabenbegrenzung aufgenommen werden. Weiterhin sollte auch

über das Jahr 2028 hinaus eine Begrenzung des Vergütungsanstiegs für Kurzzeitfallpauschalen vorgesehen werden. Hierzu sollte eine klarstellende Regelung im Gesetz aufgenommen werden, dass die mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz in § 9 Absatz 1b KHEntgG vorgesehene globale Begrenzung der Vergütungsanstiege auf die Veränderungsrate (mit einem zusätzlichen Abschlag von einem Prozentpunkt für die Jahre 2027 bis 2029) auch für die Vergütung durch Kurzzeitfallpauschalen Anwendung findet.

Um einer wirtschaftlich induzierten Mengenausweitung stationärer Behandlungsfälle infolge der Einführung stationärer Kurzzeitfallpauschalen vorzubeugen, sollten zudem effektive Mechanismen zur Erlösbegrenzung bei Mengenausweitungen, etwa Mehrleistungsabschläge, im Gesetz vorgesehen werden. Der Auftrag an die Vertragsparteien auf Bundesebene gem. § 9 Abs. 1 Nr. 11 KHEntgG, Vorgaben zur Verhinderung einer missbräuchlichen Fallzahlausweitung vorzusehen und Sanktionsmöglichkeiten einzelner Krankenhäuser zu beschließen, sind nicht ausreichend, um finanziellen Fehlanreizen entgegenzuwirken.

Zu Änderungsantrag 4 (Artikel 9a bis 9c neu - § 8 Abs. 13 und 14 KHEntgG, § 8 Abs. 8 und 9 BPfIV, § 38 Abs. 2 Satz 1 KHG)

Vorgeschlagene Regelung:

Für nicht-universitäre Krankenhäuser werden dauerhaft 450 Millionen Euro jährlich durch einen Rechnungszuschlag von 27,30 Euro pro Fall gewährt. Der Zuschlag für die besondere Vorhaltung der Universitätskliniken wird ab dem Jahr 2027 um 100 Millionen Euro erhöht. Dies wird umgesetzt durch einen Rechnungszuschlag in Höhe von 50,00 Euro pro Fall in Universitätskliniken.

Bewertung:

Vor dem Hintergrund dramatisch gestiegener Leistungsausgaben der Kostenträger im stationären Bereich in den letzten Jahren waren die im Zuge des BStabG beschlossenen Reformen zu den Einnahmen und Ausgaben der GKV, die sich aufgrund der Einheitlichkeit der Entgelte im stationären Sektor teilweise auch auf die PKV auswirken, zwingend geboten. Der Gesetzgeber ist hierbei mit Augenmaß vorgegangen und hat nicht alle Reformpotentiale, welche die Finanzkommission Gesundheit in ihrem Bericht vom 30. März 2026 identifiziert hat, ausgeschöpft.

Es ist der falsche Weg, diese Reformen nun sofort wieder durch von den Beitragszahlern aufzubringende Mittel an die Krankenhäuser in Höhe von über einer halben Milliarde Euro jährlich abzuschwächen. Die von besonderen Vorhaltekosten betroffenen Krankenhausbereiche wie Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Uni, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin erhalten bereits zusätzliche Fördermittel (vgl. § 39 KHG). Für strukturelle Veränderungen an Plankrankenhäusern und deren Digitalisierung sowie Modernisierung stehen den Krankenhäusern Mitteln aus dem Transformations- und Krankenhauszukunftsfonds zur Verfügung. Für die Übernahme von Investitionskosten im Wege der öffentlichen Förderung sind die Länder gesetzlich zuständig. Es bedarf daneben schlicht keiner weiteren Mittel in der vorgesehenen Größenordnung durch Rechnungszuschläge nach dem Gießkannenprinzip, wodurch überholte Strukturen

zementiert, auch qualitätsschwache Krankenhäuser bzw. Gelegenheitsversorger gestärkt und keinerlei Anreize für Wirtschaftlichkeit, Digitalisierung und Ambulantisierung gesetzt werden.

Zudem sei darauf hingewiesen, dass der Protokollerklärung der Bundesregierung vom 10. Juli 2026 zufolge die Kosten für die in Rede stehenden Zuschläge „innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung gehoben werden sollen“. Der nun vorliegende Änderungsantrag 4 geht darüber hinaus und betrifft alle Patientinnen und Patienten.

Regelungsvorschlag:

Der Änderungsantrag 4 wird ersatzlos gestrichen.

Zu Änderungsantrag 10 (Artikel 1, Artikel 10 a)

Vorgeschlagene Regelung:

Änderungsantrag 10 nimmt in §§ 115g und § 275a SGB V den Medizinischen Dienst als Prüfinstanz für die Qualitätskriterien auf; mit ihm haben die Vertragsparteien diese Kriterien im Benehmen zu vereinbaren. Weiterhin wird die Vergütung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen neu geregelt. Die bisherigen kleinteiligen gesetzlichen Vorgaben zu den krankenhausindividuellen Tagesentgelten, ihrer Degression und der Aufteilung des Gesamtvolumens sollen entfallen. Stattdessen sollen die Vertragsparteien auf Bundesebene nähere Vorgaben zu den Entgelten, ihrer Weiterentwicklung sowie zu Mehr- und Mindererlösausgleichen vereinbaren. Die Vertragsparteien vor Ort setzen diesen Rahmen um. Das bislang vorgesehene Gesamtvolumen bleibt bestehen.

Bewertung:

Der Verband der Privaten Krankenversicherung begrüßt grundsätzlich die im Änderungsantrag vorgesehene Neufassung des § 6c KHEntgG. Die Streichung der bisherigen detaillierten Vorgaben zu krankenhausindividuellen Tagesentgelten zugunsten einer offenen Formulierung der abrechenbaren Entgelte und die Übertragung der näheren Ausgestaltung auf die Vertragsparteien nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 KHEntgG ermöglichen es, einen bundeseinheitlichen Rahmen zu schaffen, der auf Ortsebene handhabbar umgesetzt werden kann. Dieser Gestaltungsspielraum ermöglicht es den Vertragsparteien nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 KHEntgG, die Vergütungssystematik künftig weiterzuentwickeln, ohne dass hierfür erneut der Gesetzgeber tätig werden muss.

Zugleich bitten wir um eine Ergänzung des § 6c Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 KHEntgG. Die Vorschrift sollte klarstellen, dass bei der Vereinbarung von Mehr- und Mindererlösausgleichen auch Erlöse aus Leistungen nach § 39e SGB V zu berücksichtigen sind, soweit diese in Betten einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung erbracht werden.

Die Notwendigkeit dieser Ergänzung ergibt sich daraus, dass die Bestimmung als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung nach § 6c KHG für den gesamten Krankenhausstandort gilt und eine Differenzierung der Betten nach unterschiedlichen Leistungsbereichen gesetzlich

nicht vorgesehen ist. Die für die Einrichtung vereinbarten Finanzierungselemente können daher auch der Erbringung von Leistungen nach § 39e SGB V zugutekommen. Die hieraus erzielten Erlöse stehen in einem unmittelbaren wirtschaftlichen Zusammenhang mit den vereinbarten Versorgungskapazitäten und sollten deshalb bei der Ermittlung und dem Ausgleich von Mehr- und Mindererlösen berücksichtigt werden.

Andernfalls bliebe ein Erlösbereich außerhalb der Ausgleichsmechanik, obwohl die entsprechenden Leistungen unter Nutzung derselben personellen, räumlichen und organisatorischen Ressourcen erbracht werden. Dies könnte zu einer sachlich nicht gerechtfertigten Besserstellung führen und wäre mit einer transparenten und leistungsgerechten Ausgestaltung des Gesamtvolumens nur schwer vereinbar.

Regelungsvorschlag zu § 6c Abs. 1 S. 2 Nr. 4:

„Mehr- und Mindererlösausgleiche einschließlich der Erlöse aus Leistungen nach § 39e SGB V, soweit diese in Betten der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung erbracht werden.“

Zu Änderungsantrag 12 (Artikel 10m)

Vorgeschlagene Regelung:

Die Neuregelung sieht Folgeänderungen des Arzneimittelrabattgesetzes (AMRabG) vor, die aufgrund des mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz eingeführten Preismoratoriums für Impfstoffe nach § 130a Abs. 3f SGB V erforderlich sind.

Nach § 1 Abs. 1 S. 1 AMRabG haben pharmazeutische Unternehmen künftig den Unternehmen der Privaten Krankenversicherung sowie den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften ausdrücklich den Abschlag nach § 130a Abs. 3f SGB V zu gewähren. Zudem wird § 4 AMRabG um einen Verweis auf § 130a Abs. 3f SGB V erweitert.

Bewertung:

Mit der vorgesehenen Anpassung des Arzneimittelrabattgesetzes wird ein Redaktionsversehen geheilt. Die Regelung stellt sicher, dass der neu eingeführte Preismoratoriumsabschlag für patent- oder unterlagengeschützte Impfstoffe, wie der nahezu wortgleiche Preismoratoriumsabschlag für verschreibungspflichtige Arzneimittel gem. § 130a Abs. 3a SGB V auch, den Unternehmen der Privaten Krankenversicherung und den Beihilfeträgern zugutekommt. Damit trägt die Regelung dazu bei, Preissteigerungen bei den betreffenden Impfstoffen zu begrenzen und dadurch die Arzneimittelausgaben der Kostenträger zu reduzieren.