

Angriff auf Sozialstaat, Versicherte, Kliniken und Beschäftigte

Bewertung des GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz

Am 30. März legte die »Finanzkommission Gesundheit« ihre »Empfehlungen zur Stabilisierung des Beitragsatzes zur Gesetzlichen Krankenversicherung ab 2027« vor. Der Bericht umfasst 483 Seiten und 66 Empfehlungen. Schon zwei Wochen später veröffentlichte Gesundheitsministerin Nina Warzen den Referentenentwurf zu einem »GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz«, der 157 Seiten umfasst und die meisten der Empfehlungen enthält. Die enge zeitliche Taktung spricht eher gegen die Unabhängigkeit der Kommission und mehr für eine enge Abstimmung der Ergebnisse von Anfang an. Die Verbände bekamen knapp vier Tage Zeit, um zu dem Entwurf Stellung zu nehmen. Nur weitere 13 Tage später hat das Kabinett dem Gesetzesentwurf am 29. April mit kleinen Änderungen zugestimmt. Das weitere parlamentarische Verfahren ist genauso eng getaktet: Am 11. Juni findet die erste Lesung im Bundestag statt. Die öffentliche Experten-Anhörung ist am 22. Juni, der Gesundheitsausschuss soll am 24. Juni beschließen, das Parlament in 2. und 3. Lesung am 26. Juni, der Bundesrat am 10. Juli.

Die große Eile beim Durchwinken der Sparvorschläge legt den Verdacht nahe, dass das Ganze in trockene Tücher gebracht werden soll, bevor sich Widerstand entwickeln kann. Dennoch war der Protest von allen Seiten erheblich und hat auch schon zu ein paar wenigen Rückziehern geführt: Im Kabinettsentwurf taucht die vorher vorgesehene Kürzung des Krankengeldes um 5 % nicht mehr auf, die Höhe der Beiträge für bisher beitragsfrei Mitversicherte wird von 3 auf 2,5 % reduziert und auch die Refinanzierung der Tarifsteigerungen in den Krankenhäusern wird, statt sie vollständig zu streichen, »nur« um 50 % gekürzt.

Die Beitragslücke der gesetzlichen Krankenkassen für 2027 wird auf 15,3 Mrd. Euro geschätzt, und sie soll bis 2030 auf 40,4 Mrd. anwachsen. Unabhängig von der Frage, ob diese Prognose stimmt oder ob sie aus Legitimationsgründen für die geplante Einsparorgie übertrieben wurde, lässt sich feststellen, dass es bei den Kassen sowohl ein Einnahmen- als auch ein Ausgabenproblem gibt.

Die Antworten des Gesetzesentwurfes, wie dieses Defizit beseitigt werden soll, umschiffen alle wesentlichen Fragen und beschränken sich – im Sinne einer klassischen Austeritätspolitik – auf Einsparungen bei den Leistungserbringern und höhere Belastungen für die Versicherten. Außen vor bleiben die grundsätzlichen Mängel bei der Finanzierung der Daseinsvorsorge und der Qualität der Versorgung. Nur stichwortartig seien genannt:

- Kein Schwerpunkt der Medizin auf Prävention und Verbesserung der Arbeits- und Lebensbedingungen der Menschen, was die Kosten langfristig am deutlichsten senken würde.
- Keine Einheitsversicherung und keine volle Verbeitragung aller Einkünfte, was alle Finanzprobleme rasch und solidarisch beseitigen würde.

- Keine Überwindung der Sektorentrennung und der doppelten Facharztschiene, was ebenfalls die Qualität der Versorgung und die Kosten positiv beeinflussen würde.
- Weiterhin das Festhalten an der Organisation der ambulanten Versorgung (Niedergelassene) als lukratives Kleingewerbe, statt einer flächendeckenden Einrichtung von Ambulatorien.
- Kein Angehen der Riesenprofite der Pharma- und Hilfsmittelindustrie.
- Keine Abschaffung der finanziellen Steuerung im stationären Bereich über Fallpauschalen (DRG), die jede Mengenausweitung finanziell belohnen und damit erhebliche Kosten verursachen.

Die im Gesetzentwurf enthaltenen Belastungen und Einsparungen belaufen sich auf 16 Mrd. Euro in 2027 und steigern sich jährlich bis auf 38 Mrd. Euro in 2030. Zudem sind sie extrem ungleich verteilt:

- Die Bundesregierung kürzt den Kassen den Bundeszuschuss für Familienleistungen (Schwangerschaft, Kinderversicherung) von 14,5 auf 12,5 Mrd. Euro jährlich. Der dafür angekündigte Einstieg in die Refinanzierung der Gesundheitsversorgung der Bürgergeldbezieher*innen fällt dagegen äußerst schäbig aus: Der Bund übernimmt 2027 250 Mio. Euro, langsam ansteigend bis 2031 auf 2 Mrd. Euro. Die Gesamtkosten der Gesundheitsversorgung der Bürgergeldbezieher*innen, die den Kassen bisher aufgebürdet wurden, betragen ca. 12 Mrd. Euro. Die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen ist eindeutig eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und nicht die der gesetzlich Versicherten. Die jetzt vorgenommene Verrechnung des Bundeszuschusses mit den Kosten für Bürgergeldbezieher*innen führt also dazu, dass die Kassen das Haushaltsloch der Bundesregierung auffüllen sollen und nicht umgekehrt. Es geht um ca. 5 Mrd. Euro, die den Kassen bis 2031 so abgezapft werden.
- Die Pharmaindustrie wird weitgehend geschont und kommt in 2027 mit 1,1 Mrd. Euro davon, obwohl sie Riesengewinne einfährt.¹
- Die Niedergelassenen Ärzt*innen werden in 2027 mit 2,7 Mrd. Euro belastet, genau wie die Arbeitgeber.²
- Die Versicherten sind anfangs mit 3,7 Mrd. Euro mehrbelastet, 2030 liegt die Mehrbelastung dann bei 5,6 Mrd. Euro.³
- Die Krankenhäuser und ihre Beschäftigten sehen sich zusätzlichen Belastungen von 5,1 Mrd. Euro in 2027 und von fast 15 Mrd. Euro in 2030 ausgesetzt.⁴

Auf die Belastungen für die Versicherten, die Krankenhäuser und ihre Beschäftigten, sowie auf ihre dramatischen Auswirkungen soll im Weiteren näher eingegangen werden. Folgende Verschärfungen sind geplant:

Versicherte

- **Höhere Zuzahlungen für Medikamente: 10 %, mindestens 7,50, höchstens 15 Euro (bisher 5 bzw. 10 Euro).** (SGB5 §61)

1 »Spargesetz: Ärzte, Krankenhäuser, Versicherte sollen zahlen – Pharma wird geschont«, Deutsche Ärzteblatt online vom 16.04.2026, basierend auf dem Referentenentwurf

2 Ebenda

3 Kabinettsentwurf S. 5

4 Pressemitteilung der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 29.04.2026, S. 2, basierend auf dem Kabinettsentwurf

- Höhere Zuzahlungen für Heilmittel, häusliche Pflege, außerklinische Intensivpflege: 10 % höchstens 15 Euro je Anwendung (bisher 10 Euro). (SGB5 §61)
- Höhere Zuzahlungen bei stationärem Aufenthalt im Krankenhaus: 15 Euro je Kalendertag (bisher 10 Euro). (SGB5 §61)
- Die Zuzahlungen werden dynamisiert und erhöhen sich jedes Jahr um die Veränderungsrate. (SGB5 §61)
- Reduzierung der Festzuschüsse für Zahnersatz von 60 auf 50 % und bei regelmäßigen Untersuchungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen von 70 auf 60 %. (SGB5 §55)
- Bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses während einer Krankheit wird das Krankengeld auf 60 % (um 5 %) gekürzt. (SGB5 §47)
- Bei Teilrente wg. Alters von mehr als 2/3 der Vollrente bekommen die Rentenbezieher bei Krankheit kein Krankengeld mehr. (SGB5 §50)
- Angekündigt mit einem anderen Gesetz: Einführung einer Zuckersteuer, die den Kassen »in geeigneter Weise« zukommen soll.

Bewertung: Zuzahlungen treffen zunächst Kranke und Alte mehr als Junge und Gesunde. Trotz der Belastungsgrenzen (2 % der Bruttoeinnahmen, für chronisch Kranke 1 %) bedeuten sie für Arme eine stärkere Belastung als für Gutverdiener. Damit sind sie das Gegenteil von solidarischer Finanzierung, worauf die gesetzlichen Kassen eigentlich aufbauen. Gerade diejenigen, die eh schon benachteiligt sind, werden nochmals belastet. Die soziale Spaltung nimmt zu. Die Dynamisierung verstärkt diesen Effekt. Es ist durchaus wahrscheinlich, dass gerade Ärmere aus Geldmangel notwendige Leistungen nicht in Anspruch nehmen, was wiederum ihren Gesundheitszustand verschlechtern kann. Außerdem sind die Zuzahlungen ein drastischer Bruch der paritätischen Finanzierung. Die Kapitaleigner werden einseitig entlastet, die Beschäftigten belastet. Es besteht aber nicht nur die finanzielle Benachteiligung. Schlimmer noch ist die unverändert bestehende Ungleichheit von sozial Benachteiligten in Bezug auf ihre Versorgung. Sie haben längere Wartezeiten, höhere Krankheitsraten, einen schlechteren Outcome bei vielen Behandlungen und sie sterben Jahre früher.⁵

Eine Zuckersteuer belastet, wie alle Verbrauchssteuern, ebenfalls Niedrigverdiener*innen stärker als Gutverdiener*innen und Reiche. Die Belastung beträgt laut Kabinettsentwurf (S. 4) 500 Mio. Euro pro Jahr. Das zahlen im Wesentlichen die eh schon Benachteiligten. Außerdem ist es bezeichnend, dass der Bundesregierung zum Thema Prävention nichts anderes einfällt als Steuererhöhungen.

- Verkürzung der Frist für die Beantragung von Rehabilitationsmaßnahmen und für einen Antrag auf Altersrente von 10 auf 4 Wochen. (SGB5 §51)
- Zweitmeinung wird Pflicht bei bestimmten »mengenanfälligen« Erkrankungen. Wird die Zweitmeinung nicht eingeholt, besteht ein Abrechnungsverbot für die jeweiligen Leistungserbringer. (SGB5 §27b)
- Einführung einer Teilarbeitsunfähigkeit, wenn der Versicherte sich dazu in der Lage sieht. (SGB5 §44c)
- Kassen dürfen ohne Einwilligung der Versicherten Beratungen (elektronisch, schriftlich, telefonisch) durchführen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Der Versicherte hat die Möglichkeit zum Widerspruch (SGB5 §44)

5 Siehe z.B. Deutsches Ärzteblatt 12/99, »Armut und Gesundheit: Soziale Dimension von Krankheit vernachlässigt«

Bewertung: Die Fristverkürzungen setzen Menschen, die sich in schwieriger gesundheitlicher Lage befinden, zusätzlich unter Druck. Wird die Frist versäumt, hat dies gesundheitliche, und finanzielle Nachteile.

Das Recht auf die freiwillige Einholung einer Zweitmeinung ist gut. Hier wird aber aus dem Recht eine Pflicht. Den Versicherten wird diese Verpflichtung auch aufgebürdet, wenn kein Bedarf besteht, denn die Leistungserbringer werden die Leistung ohne Zweitmeinung nicht durchführen (Abrechnungsverbot). Angesichts der bestehenden Engpässe und Wartezeiten bei der ärztlichen Versorgung kann dies sehr mühsam und zeitaufwändig sein. Folge können fortbestehende Beschwerden und ggf. die Verschlechterung des Gesundheitszustandes sein.

Teilkrankschreibungen, auch wenn sie als »freiwillig« ausgedeutet werden, sind problematisch. Jeder abhängig Beschäftigte weiß, welcher Druck in einem Betrieb ausgeübt werden kann, um die »Freiwilligkeit« zu erzwingen.

Auch die Beratung zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, ohne dass sie vom Versicherten angefordert wurde, ist eine Maßnahme, um mehr Druck aufzubauen. Die vorgesehene Widerspruchsmöglichkeit wird absehbar selten wahrgenommen werden, weil man Nachteile befürchtet. Das Ganze ist eine Vorstufe zu Sanktionen, wenn man die Beratung nicht annimmt, bzw. sie zu keinem Ergebnis führt.

- **Die Möglichkeit zur beitragsfreien Mitversicherung von (Ehe-) Partner*innen wird stark reduziert. Es erfolgt ein Beitragszuschlag in Höhe von 2,5 % auf das beitragspflichtige Einkommen des/der arbeitenden Partner*in. Beitragsfreiheit besteht nur noch bei Partner*innen mit Kindern bis 7 Jahre, bei Versorgung behinderter Kinder, bei zu pflegenden Angehörigen und nach Erreichen der Regelaltersgrenze. (SGB5 §242b)**

Bewertung: Auch hier handelt es sich um eine einseitige finanzielle Belastung der Beschäftigten und um einen Bruch der Parität. Die Kapitaleigner zahlen nichts. Gesundheitsministerin Warken verkauft diese Maßnahme als »gelebte Frauenpolitik«. ⁶ Das Gegenteil ist der Fall. Die Altersgrenze für Kinder ist willkürlich und zu niedrig und sicher keine gelebte Familienpolitik. Hier soll ein Zwang zur Arbeitsaufnahme erzeugt werden. Die Entscheidung von Partner*innen, ob beide arbeiten oder nicht, sollte aber entsprechend der individuellen Situation und den jeweiligen Bedürfnissen fallen und nicht durch finanziellen Druck.

- **Erhöhung Beitragsbemessungsgrenze und der Versicherungspflichtgrenze um 3600 Euro im Jahr (SGB5 §223 und §6)**

Bewertung: Die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze ist ein Schritt in die richtige Richtung, aber ein unzureichender. Die Erhöhung erfolgt nur einmalig, eine Kopplung an das Niveau der Rentenversicherung und damit auch eine Dynamisierung wäre besser. Sie beinhaltet aber immer noch nicht die Einbeziehung Aller (auch Beamter) und aller Einkommensarten. Im Referentenentwurf war geplant nur die Beitragsbemessungsgrenze und nicht auch die Versicherungspflichtgrenze zu erhöhen. Dann hätte zusätzlich die Gefahr bestanden, dass sich ein Teil der betroffenen Gutverdiener in die privaten Krankenversicherungen verabschieden und damit die Finanznot der gesetzlichen Kassen noch größer wird. Zum einen, weil ihre Beiträge fehlen und zum anderen, weil Gutverdienende ein deutlich geringeres Krankheitsrisiko haben und damit weniger Kosten verursachen.

6 Interview mit dem Redaktionsnetzwerk Deutschland, zitiert nach Deutsches Ärzteblatt online vom 17.04.2026

- Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) wird beauftragt, die Vorgaben für Vorsorgeuntersuchungen unter anderem für Hautkrebs zu überprüfen. (SGB5 §25)

Bewertung: Gegen eine regelmäßige Überprüfung solcher Vorgaben spricht nichts. Aus der Begründung der entsprechenden Änderungen geht aber eindeutig hervor, dass es um Einsparungen durch eine Reduzierung der Standards geht. Angesichts der Tatsache, dass Hautkrebs weiterhin auf dem Vormarsch ist und Prävention nicht gerade das Aushängeschild der deutschen Gesundheitspolitik, lässt das aufhorchen. Hier zahlen ggf. die Versicherten nicht mit Geld, sondern mit ihrer Gesundheit.

Krankenhäuser und Beschäftigte

- Alle Einnahmen der Leistungserbringer (auch im ambulanten Bereich) werden auf die Entwicklung der Einnahmen der Kassen (die sog. Grundlohnsummensteigerung oder Veränderungsrate) begrenzt. (KHEntgG §9) In Krankenhäusern wird dementsprechend der Anstieg der Landesbasisfallwerte gedeckelt, in den Psychiatrien (BPfIV §3), den Reha-Kliniken (SGB5 §111) und den sektorenübergreifenden Versorgern (SüV) (KHEntgG §6c) das zu vereinbarende Budget. Ist die vom statistischen Bundesamt festgestellte Preissteigerungsrate für Krankenhäuser und Psychiatrien (der sog. Orientierungswert) höher, gilt trotzdem nur die o.g. Veränderungsrate. Ist der Orientierungswert niedriger, gilt er. Die Deckelung gilt auch für die ambulanten Behandlungsbereiche der Krankenhäuser. (SGB5 §130)
- In 2027 bis 2029 wird die Veränderungsrate bzw. der Orientierungswert (je nach dem, was zum Zuge kommt) pauschal um 1 % gekürzt. (SGB5 §71)
- Die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze (3600 Euro) im Jahr 2027 wird in den Jahren 2028 und 2029 nicht auf die Veränderungsrate angerechnet, was sie niedriger ausfallen lässt. (SGB5 §71)
- Die sog. Tarifraterate, die die tarifvertraglich vereinbarten Lohnerhöhungen abbildet, und die neben dem Orientierungswert in die mögliche Steigerung der Vergütung einfließt, wird um 50 % gekürzt. Dies gilt auch für die Psychiatrien und für das Pflegebudget. (KHEntgG §6 und §10)
- Die Zuschläge für die Befüllung der elektronische Patientenakte (ePA) entfallen. (KHEntgG §5 und BPfIV §5) Dies gilt für alle Versorgungsbereiche.

Bewertung: Die Bindung der Ausgaben der Krankenkassen für Leistungserbringer an ihre Einnahmen wird auch als »einnahmenorientierte Ausgabenpolitik« bezeichnet. Die zugrunde liegende Argumentationsfigur ist völlig wirklichkeitsfremd und klassische Austeritätspolitik. Wenn Beschäftigte weniger verdienen und weniger in Arbeit sind (Hauptgründe für Einnahmeverluste der Kassen), werden sie nicht weniger krank, sondern häufiger. Warum sollten die Kosten der Krankenhausbehandlung in dieser Situation ebenfalls absinken?

Einnahmenorientierte Ausgabenpolitik widerspricht diametral den Grundprinzipien der Daseinsvorsorge. Daseinsvorsorge soll Grundbedürfnisse befriedigen und Grundrechte sicherstellen. Sie macht am tatsächlichen Bedarf der Menschen fest und nicht wie das restliche Wirtschaftssystem an der kaufähigen Nachfrage. Dieser tatsächliche Bedarf muss dann auch finanziert werden, z.B. durch Umverteilung von Vermögen. Die einnahmenorientierte Ausgabenpolitik macht das genaue Gegenteil. Der Bedarf wird den Finanzen untergeordnet. Hier wird oft die Metapher von der schwäbischen Hausfrau, die auch nicht mehr ausgeben kann, als sie hat, angeführt. Was für einen einzelnen Haushalt richtig sein mag, ist es aber noch lange nicht für eine ganze Gesellschaft und für die Sicherstellung der Bedürfnisse gerade

der Benachteiligten. Suggestiert wird, dass es keine Alternativen gäbe. Das ist nicht richtig. Die Einbeziehung aller Menschen und aller Einkünfte in eine Einheitsversicherung und Übernahme versicherungsfremder Leistungen durch den Staat wäre die richtige soziale Alternative.

*Konkret wird diese Gesetzesregelung dazu führen, dass die Defizite der einzelnen Krankenhäuser wachsen werden und dass ein noch größerer Teil der Krankenhäuser noch höhere Defizite schreiben wird als schon bisher. 75 % der Krankenhäuser haben das Jahr 2024 mit einem Defizit abgeschlossen.⁷ Angesichts dieser Lage von angeblichen »Sondervergütungen und Doppelfinanzierungen« zu sprechen (Kabinettsentwurf, S. 2) geht meilenweit an der Realität vorbei. Weitere Einsparungen bedeuten noch mehr Insolvenzen und noch mehr Krankenhausschließungen. Für die Beschäftigten bedeutet es Personalabbau, vermehrte Arbeitshetze und Tariffucht. Für die Patient*innen bedeutet das eine schlechtere Versorgung durch gestresstes Personal und weniger Krankenhäuser. Ein weiteres Problem ist: Die Krankenhäuser werden versuchen müssen, ihre Einnahmeausfälle durch die Steigerung der Fallzahlen (und damit auch mehr unnötige Behandlungen) zu kompensieren – ein weiterer Anstieg von Über- und Fehlversorgung.*

Suggestiert wird, dass die Kosten der Krankenhäuser explodiert seien und deshalb gegengesteuert werden müsste. Das ist schlicht unwahr. Die Ausgaben der Krankenkassen für Krankenhäuser sind seit 2010 langsamer gewachsen als in den anderen Leistungsbereichen.⁸ Im internationalen Vergleich (EU und OECD) liegen nach einer aktuellen Studie sowohl bezogen auf das Bruttoinlandsprodukt als auch auf den einzelnen Fall die Kosten in Deutschland am unteren Ende der Vergleichsskala.⁹

Ignoriert wird bei diesen geplanten Einsparungen auch, dass den Krankenhäusern bereits im Vorfeld dieses Gesetzes massive Einsparungen auferlegt wurden. So läuft die Sonderfinanzierung für die Preisschocks der Jahre 2022 und 2023 in Höhe von 4 Mrd. Euro Ende 2026 aus, obwohl die damaligen Preiserhöhungen natürlich als Sockel dauerhaft weiterwirken. Zusätzlich wurden den Krankenhäusern bereits 2026 1,8 Mrd. Euro als Sanierungsbeitrag für die Krankenkassen entzogen (Aussetzung der sog. Meistbegünstigungsklausel für 2026).

Ein weiteres Problem dabei ist, dass der Orientierungswert, also die Preissteigerungsrate der Krankenhäuser, die jährlich vom Statistischen Bundesamt festgelegt wird, die tatsächlichen Kostensteigerungen nicht korrekt abbildet, weil der zugrunde liegende Warenkorb zu wenig krankenhausspezifisch ist. Deshalb wurde das Statistische Bundesamt schon vor Jahren beauftragt, die Berechnung zu verändern, was bisher nicht erfolgt ist.¹⁰ Hinzu kommt, dass die Berechnungen des Orientierungswerts immer um ein Jahr nachhinken, die Kostensteigerungen aber unmittelbar wirken.

Die Abschaffung der vollständigen Refinanzierung der Tarifabschlüsse wird dazu führen, dass Tarifabschlüsse gedrückt und/oder versucht wird, sie durch Personaleinsparungen auszugleichen. Steigen die Löhne nicht mehr adäquat, wird sich die Personalknappheit weiter verschärfen. Auch hier wird eine Doppelfinanzierung (Orientierungswert und Tarifrater) unterstellt, die beseitigt werden müsse und ohne Probleme auch beseitigt werden könne. Auch das ist nicht richtig. Die Tarifrater umfasst nämlich nur die Auswirkungen von Tariferhöhungen, die über dem vorher festgestellten (und veralteten – siehe oben) Orientierungswert hinausgehen. Man kann nicht einerseits ein Tariftreuegesetz verabschieden und andererseits die aus den Tarifen entstehenden Kosten nicht refinanzieren. Man kann auch nicht einerseits

7 Roland Berger, Krankenhausstudie 2025

8 DKG, Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (Stand: 08.05.2026), S. 3

9 Robin Heber, Matthias Offermanns, Gesundheits- und Krankenhausaussgaben im europäischen Vergleich

10 DKG, Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (Stand: 08.05.2026), S. 15

behaupten, dass man die Qualität der Versorgung steigern wolle, bzw. sie wenigstens nicht gefährdet sei, wenn man andererseits den Personalabbau erzwingt und damit wissenschaftlich nachgewiesen die Versorgung verschlechtert.

Als ob das alles nicht genug sei, wird in den Jahren 2028 und 2029 die mögliche Erhöhung der Einnahmen der Krankenhäuser zusätzlich zur Deckelung durch die Veränderungsrate bzw. den Orientierungswert um 1 % weiter abgesenkt und die erhöhend wirkende Veränderung der Beitragsbemessungsgrenze nicht angerechnet.

Die Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte (ePA) stellt einen erheblichen Mehraufwand dar, der nach bisheriger Rechtslage durch einen Zuschlag pro Fall ausgeglichen wird. Der Entfall dieses Zuschlags gilt für alle Bereiche und stellt eine Mindervergütung in Höhe von 770 Mio. Euro dar.¹¹

- Auch das Pflegebudget zur kostendeckenden Finanzierung der Pflege am Bett wird gedeckelt (s.o.). Dies gilt auch für das Pflegebudget der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (SüV). Trotzdem entstandene Mehrkosten im Verhältnis zum Pflegebudget sind im Folgejahr nicht zu berücksichtigen, Minderkosten müssen an die Kassen zurückgezahlt werden. (KHEntgG §6a)
- Die Herausnahme von bestimmten Tätigkeiten (administrative, logistische, hauswirtschaftliche, technische) aus dem Pflegebudget bleibt bestehen. (KHEntgG §6a)
- Die Finanzierung von »pflegeentlastenden Maßnahmen« (bisher in Höhe von 2,5 % des Pflegebudgets), ca. 700 Mill. Euro, wird komplett gestrichen. (KHEntgG §6a)

Bewertung: 2020 wurde das »Pflegebudget« für die Pflegenden am Bett eingeführt. Es ist eigentlich kein Budget, denn bei Budgets sind Gewinne und Verluste möglich. Es ist echte Selbstkostendeckung wie sie von 1972 bis 1984 für die gesamte Krankenhausfinanzierung gesetzlich vorgeschrieben war. Der Unterschied zu einem Budget ist die Spitzabrechnung am Jahresende: unterjährig zu viel gezahlte Beträge müssen an die Kassen zurückgegeben, zu wenig gezahlte von den Kassen nacherstattet werden.

Die Pflege war das Hauptopfer bei der Einführung des DRG-Systems. Auf ihre Kosten wurde gespart und tausende von Stellen abgebaut, um Gewinne zu machen oder wenigstens die Verluste zu reduzieren. Die Einführung des Pflegebudgets hat hier zu einer Umkehr geführt. Die Zahl der Stellen nahm wieder zu und die Vergütung wurde deutlich besser. Nun wird behauptet, dass Pflegebudget habe seinen Zweck erfüllt und könne wieder abgeschafft werden. Die »Finanzkommission Gesundheit« hat dementsprechend die komplette Abschaffung und Wiedereingliederung in die DRG-Systematik empfohlen. Die Maßnahmen im Gesetzentwurf sind Vorstufen einer solchen Abschaffung. Zwar ist in der jetzt vorgesehenen Regelung zunächst der Bestand des Jahres 2026 gesichert, was besser ist, als wenn die Kosten der Pflege wieder in die DRGs integriert worden wären und direkt für Personalabbau zugänglich wären. Die künftige Deckelung wird aber dazu führen, dass in diesem Bereich wieder Verluste möglich werden und immer dann eintreten werden, wenn die tatsächliche Kostenentwicklung über der Veränderungsrate bzw. dem Orientierungswert liegt (siehe Ausführungen zur allgemeinen Deckelung im obigen Abschnitt). Jeder bessere Tarifabschluss wird bestraft. Das wird wieder zu einem Personalabbau auf Raten, zu Überlastung, schlechterer Versorgung und zu Berufsflucht führen.

Schon die Grundannahme (»Zweck erfüllt«) stimmt nicht. Die seit 2019 geltende »Pflegepersonaluntergrenzenverordnung« (PpUGV), die nur eine absolut unterste Grenze der Personalausstattung darstellt, wird weiterhin nicht überall erreicht. In der Diskussion um die Frage, ob diese Untergrenzen ein Qualitätskriterium für die Zuteilung von Leistungsgruppen sein sollen (KHVVG), hatte der Ministerpräsident

11 Kabinettsentwurf, S. 78

Niedersachsens darauf hingewiesen, dass 50 % aller Krankenhäuser in seinem Land hier Probleme bekommen würden.¹² Im Gegensatz zu den o.g. Untergrenzen ist die »Pflegepersonalregelung 2.0« eine echte Personalbemessung, weil sie anhand des tatsächlichen Pflegeaufwands zur Versorgung der Patient*innen berechnet wird. Sie ist seit 2024 in Kraft und wird auch heute noch in kaum einem Krankenhaus erfüllt. Deswegen weigert sich auch das Bundesgesundheitsministerium sie endlich scharf zu schalten, also ihre Verletzung mit Sanktionen zu belegen. Man sieht also: die zusätzlich geschaffenen Stellen sind bei weitem noch nicht genug. Zweck erfüllt?

Gravierend ist auch eine weitere Folge: Das im Dezember 2024 in Kraft getretene »Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz« (KHVVG) wird zu umfangreichen Krankenhaus- und Abteilungsschließungen, Konzentrationsprozessen und Leistungsverlagerungen führen. Steigern sich hierdurch die Fallzahlen in den »Gewinner-Krankenhäusern« bleibt das Pflegebudget und damit die Zahl der refinanzierten Pflegekräfte trotzdem gedeckelt. Sie könnte nur an die gestiegenen Anforderungen angepasst werden, wenn das Krankenhaus bereit und in der Lage wäre, noch höhere Defizite in Kauf zu nehmen. Das ist kaum vorstellbar. Der Überlastungseffekt und die Verschlechterung der Versorgung werden nochmals gesteigert. Die Finanzkommission und die Bundesregierung aber meinen, dass das alles keinen Einfluss auf die Qualität der Versorgung habe.

Die Herausnahme bestimmter (sehr allgemein beschriebener) Tätigkeiten aus dem Pflegebudget ist eine (falsche) Reaktion auf den Versuch vieler Geschäftsleitungen, bestimmte Tätigkeiten wieder in die Pflege, d.h. in das Pflegebudget zurückzuverlagern und so Personalkosten in anderen Bereichen zu sparen. Die Kassen werden dies als Steilvorlage nutzen, um ganze Teile des Pflegebudgets strittig zu stellen, um bereits die Ausgangsbasis für das zukünftig gedeckelte Budget abzusenken. Die Hoffnung, dass durch diese Regelung Pflegekräfte nicht mehr mit zusätzlichen pflegefremden Aufgaben belastet werden, wird sich nicht erfüllen, wenn die Refinanzierung insgesamt immer mehr in Frage gestellt ist.

Am Grundproblem, der Fehlsteuerung über Preise und finanzielle Anreize, ändert sich nichts. Statt das Problem an der Wurzel zu packen, wird hier wieder nur ein Symptom der fehlgeleiteten Krankenhausfinanzierung behandelt. Die Selbstkostendeckung in der Pflege hat einen Weg gewiesen, wie die Fehlsteuerungen des DRG-Systems im Personalbereich (Personalkostendumping zur Gewinnsteigerung/ Verlustreduzierung) zumindest einzugrenzen sind. Notwendig wäre eigentlich die Herausnahme aller Personalkosten aus den DRGs und ihre kostendeckende Refinanzierung, als erster Schritt zur vollständigen Abschaffung der DRGs.

Auch die Abschaffung der Finanzierung von pflegeentlastenden Maßnahmen ist durch nichts gerechtfertigt. Die Arbeitsbedingungen in der Pflege sind weiterhin prekär und wenn man genügend neue Pflegekräfte gewinnen oder vorhandene halten will, braucht es dringend eine Verbesserung der Arbeitssituation.

- In der Psychiatrie sind Mittel für vereinbarte, aber nicht besetzte Personalstellen und für nicht zweckentsprechend eingesetzte Mittel im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum auszugleichen und ist eine entsprechende Absenkung des Budgets vorzunehmen. (BPfIV §3)
- Auch hier wird die Tarifraten auf die Hälfte der bisherigen Rate (75%) reduziert. (BPfIV §3)
- In den gesetzlich vorgeschriebenen Krankenhausvergleich bei Psychiatrien werden jetzt auch Kostendaten einbezogen.

Bewertung: Auch in der Psychiatrie sollte ein Fallpauschalensystem eingeführt werden. Dies scheiterte am Widerstand der Betroffenen. Ergebnis war ein Kompromiss: Es gibt zwar Fallpauschalen (»Pauscha-

12 Deutsches Ärzteblatt online-Ausgabe vom 17.3.26, »Krankenhausreform: Niedersachsen sieht weiter Probleme«

lierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik – PEPP«) aber die Vergütung wird über ein für jedes einzelne Haus ausgehandeltes Budget geregelt. Das ist zwar auch finanzielle Steuerung, ermöglicht aber zumindest die Berücksichtigung von krankenhausindividuellen Besonderheiten. Auch hier wird gedeckelt. Für das Personal gibt es eine verbindliche Personalbemessung (»Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie – PPP-RL«). Können Stellen nicht besetzt werden, wird das Budget gekürzt und die Krankenhäuser müssen in Vorleistung gehen, um wieder Stellen aufzubauen. Hinzu kommt, dass es durch die Deckelung immer schwieriger wird, die gesetzlich vorgegebene Personalbemessung zu erreichen, was dann wiederum zu Sanktionen (Vergütungsabzug) führt.

Für Psychiatrien ist ein Krankenhausvergleich auf der Basis von Leistungen, Besonderheiten und Personalausstattung vorgeschrieben. Er soll den Kassen Einblick in die Effektivität gewähren. Jetzt werden die Kosten in den Vergleich aufgenommen. Damit erhalten die Kassen ein weiteres Druckmittel zur Reduzierung der krankenhausindividuellen Gesamtvergütung nach dem Motto »im anderen Krankenhaus geht es doch auch billiger«. Der Blickwinkel wird wieder einmal auf die finanziellen Aspekte eingengt.

- **Einführung von gesondert kalkulierten Kurzzeitfallpauschalen (KZFP) für Fälle mit max. zwei Übernachtungen und drei Behandlungstagen. Die Vergütung ist unabhängig von der tatsächlichen Verweildauer. Festgestellte Kostensenkungen durch die KZFP senken die Summe der vereinbarten Vergütung ab. (KHG §17b)**
- **Die Kassen und die DKG werden beauftragt zu prüfen, ob die Regelungen für Fallzusammenführungen erweitert werden können. (KHEntgG § 9)**

Bewertung: Das ist, wie die Einführung der Hybrid-DRG, ein weiterer Versuch zur Absenkung der eh schon zu niedrigen Vergütung durch Fallpauschalen. Da auch diese Vergütung nicht ausreichend ist, werden Patient*innen noch schneller durchgeschleust, was dann wieder die Vergütung absenkt – ein klassischer Kellertreppeneffekt. Es soll ein zunehmender finanzieller Druck erzeugt werden, um die ambulante Behandlung von Patient*innen durchzusetzen. Es spricht nichts gegen eine ambulante Behandlung, wenn sie medizinisch/pflegerisch und aufgrund der Situation des/der betroffenen Patient*in und seiner/ihrer Angehörigen möglich ist.

Das Problem ist, dass genau diese Abwägung nicht erfolgt. Die Entscheidung ambulant oder stationär zu behandeln wird unter finanziellen Gesichtspunkten getroffen – was lohnt sich und was lohnt sich nicht. Außerdem gibt es diese ambulanten Behandlungsmöglichkeiten, in der eine so große Zahl von Patient*innen versorgt werden soll, überhaupt nicht. Auch die ambulante Versorgung wird immer prekärer.

Wenn Patient*innen innerhalb bestimmter Fristen wegen einer gleichen oder ähnlichen Diagnose wieder aufgenommen werden müssen, dürfen diese Fälle nach der bisher geltenden Regelung nicht getrennt abgerechnet werden, sondern werden zu einem Fall zusammengefasst. Die Finanzkommission Gesundheit hatte vorgeschlagen, diese Regelung auf alle Fälle – unabhängig von der Diagnose – innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung auszudehnen. Das würde dazu führen, dass z.B. ein Patient mit orthopädischer Operation, die komplikationslos verlaufen ist und der vier Wochen später einen Herzinfarkt erleidet, als ein Fall behandelt werden muss, und zwar unabhängig davon in welches Krankenhaus er wieder aufgenommen wird. Die Kommission erhofft sich dadurch eine Einsparung von bis zu 2,1 Mrd. Euro, die natürlich dann den Krankenhäusern zusätzlich fehlen. Medizinisch gesehen ist der Vorschlag absurd. Die Bundesregierung hatte offensichtlich auch gewisse Zweifel und hat sich auf die Erteilung eines Prüfauftrags beschränkt.

- Die Prüfquoten für Prüfungen des Medizinischen Dienstes (MD) werden verschärft: Prüfquote von 5 % aller Abrechnungen bei 80 % unbeanstandeter Rechnungen (statt bisher 60%), Prüfquote von 15 % bei 60–80 % unbeanstandeter Rechnungen, Prüfquote von 25 % bei unter 60 % unbeanstandeter Rechnungen. (SGB5 §275c)
- Recht des MD abrechnungsrelevante Auffälligkeiten in seine Prüfung einzubeziehen, auch wenn sie nicht Gegenstand der ursprünglichen Prüfung waren. (KHG §17c)
- Prüfung der Regelungen zur Fallzusammenführung durch Vertragsparteien (Kassen und Krankenhäuser). (KHEntgG §9)
- Prüfung durch die Vertragsparteien, ob der Falldialog (Besprechung strittiger Fälle und pauschale Einigung vor Einbeziehung des MD) noch ausgeweitet werden kann. (KHG §17c)

Bewertung: Das DRG-System bedeutet einen ungeheuren bürokratischen Aufwand an finanzbezogenen Dokumentationen und Überprüfungen aller einzelnen Fälle. Da das System finanzgesteuert ist, versuchen sowohl die Krankenhäuser als auch die Kassen ihr Schäflein ins Trockene zu bringen. Versuche der Krankenhäuser möglichst lukrativ abzurechnen werden von Kassenseite mit einer enormen Kontrollflut beantwortet, was ebenfalls einen riesigen Bürokratieaufwand bedeutet und dazu führt, dass die Spirale sich weiterdreht. Dem hat der Gesetzgeber versucht durch maximale Prüfquoten Einhalt zu gebieten. Jetzt sollen diese Regelungen deutlich aufgeweicht werden, sprich die Zahl der Prüfungen wird nochmals zunehmen. Das zugrunde liegende Problem lässt sich so nicht lösen. Eine Lösung gibt es nur, wenn die finanzielle Steuerung – also der Versuch die Leistungserbringung durch finanzielle Anreize für die Leistungserbringer zu steuern – abgeschafft wird. Finanzielle Steuerung ist Gift für die Ziele und Zwecke der Daseinsvorsorge. Nötig wäre stattdessen Bedarfsplanung, eine sachgerechte Bedarfssteuerung und dann eine vollständige Finanzierung des festgestellten Bedarfs. Die Frage, ob und wie ein Patient behandelt wird, darf nicht von den Einnahmemöglichkeiten des jeweiligen Leistungserbringers abhängig sein. Das kann nur gelingen, wenn man das DRG-System und andere Formen der finanziellen Steuerung abschafft und eine am Bedarf ausgerichtete Selbstkostendeckung einführt.

Gesamtfazit: Bundeskanzler Friedrich Merz hat in der Pressekonferenz nach dem Kabinettsbeschluss dieses Gesetz als »eine der größten Sozialreformen der letzten Jahrzehnte« bezeichnet. Tatsächlich ist es der größte Angriff auf den Sozialstaat und die Daseinsvorsorge. Die Gegenwehr muss bis zur Entscheidung im Parlament organisiert werden. Protestaktionen sind dringend notwendig!

Bündnis Krankenhaus statt Fabrik

V.i.S.d.P. Dr. Nadja Rakowitz

Mobil: 0172 – 185 8023

info@krankenhaus-statt-fabrik.de

www.krankenhaus-statt-fabrik.de

KRANKEN HAUS
STATT **FABRIK**
bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert