KRANKENHAUS STATT FABRIK
bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert

# Bewertung der Änderungen des GKV-Beitragsstabilisierungsgesetzes (GKV-BStabG)

Am 15.10.2026 wurden zusammen mit der Verabschiedung des Notfallgesetzes von den Koalitionsfraktionen diverse Änderungen des GKV-BStabG im Bundestag eingebracht und verabschiedet. Hier die für die Versicherten, die Krankenhäuser und die Beschäftigten wichtigsten Änderungen und ihre Bewertung:

1. **Die Hybrid-DRG (»spezielle sektorengleiche Vergütung«) werden ab 2028 wieder abgeschafft. Stattdessen werden die Kurzzeitfallpauschalen (KZFP) weiterentwickelt. KZFP liegen vor bei Fällen mit einem stationären Aufenthalt von bis zu 3 Tagen, bzw. bis zu 2 Übernachtungen. Es gibt keine untere Grenzverweildauer. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) soll einen Grouper (Softwarelösung zur richtigen Zuordnung der Fälle) entwickeln, der festlegt, was als Kurzzeitfallpauschale abgerechnet wird bzw. was weiter unter den Katalog für ambulantes Operieren (AOP-Katalog) oder unter die normalen DRG fällt. Der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) müssen in einer Vereinbarung sicherstellen, dass die KZFP keine Mehrkosten verursachen.**

   **2027 werden Leistungen ohne Übernachtung, die unter den Hybrid-Katalog fallen, sowohl bei den Niedergelassenen als auch bei den Krankenhäusern nach der Eurogebührenordnung, basierend auf dem einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) für Niedergelassene, abgerechnet. Leistungen mit Übernachtung, die unter den Hybrid-Katalog fallen, werden weiterhin nach dem Hybrid-Katalog abgerechnet.**

   ***Bewertung:*** *Die Abschaffung der Hybrid-DRG ist gut. Sie waren der Versuch, die Krankenhäuser unter finanziellen Gesichtspunkten dazu zu zwingen, immer mehr Patient*innen ambulant zu behandeln und sie in den niedergelassenen Bereich zu überführen. Es spricht nichts gegen ambulante Behandlung, wenn sie aus medizinischen, pflegerischen und sozialen Gründen möglich ist. Genau darum ging und geht es aber nicht. Da die Hybrid-DRG auf einer Mischfinanzierung aus den Kosten der Krankenhäuser (hoch wegen der größeren Vorhaltekosten) und der Niedergelassenen beruhen, war von vorneherein klar, dass die Niedergelassenen die Gewinner und die Krankenhäuser die Verlierer dieses Systems sein werden. Zusätzlich wurde angestrebt die Vergütung schrittweise auf das Niveau der Vergütung der Niedergelassenen (EBM) zu reduzieren, was die Finanznot der Krankenhäuser noch mehr gesteigert hätte. Ob die KZFP hier besser sind, muss bezweifelt werden. Zunächst kommt das auf die*

*Kalkulation durch das InEK und damit auf die Höhe der Vergütung an. Was sich aber keinesfalls ändert ist, dass auch die KZFP Preise sind und damit Gewinne oder Verluste ermöglichen. Wie bei jeder finanziellen Steuerung bedeutet das, dass das gemacht wird, was sich lohnt und das unterlassen wird, was sich nicht lohnt. Und es bedeutet auch, dass immer am Personal gespart werden muss, weil das der größte Kostenfaktor wird. Die Auswirkungen auf die Patient*innen und die Qualität der Versorgung sind von den DRG bekannt. Letztlich hilft nur die Abschaffung aller DRG und die Selbstkostendeckung.*

2. **Einführung einer neuen Prüfquote von nur 1 % bei über 90 % unbeanstandeter Rechnungen**

   ***Bewertung:*** *Die Zahl der Prüfungen von Abrechnungen der Krankenhäuser wurde durch das GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz massiv erhöht: Prüfquote von 20 % bei 65 – 80 % unbeanstandeter Rechnungen (bisher 10 % bei 40 bis 60 %), Prüfquote von 40 % bei unter 65 % unbeanstandeter Rechnungen (bisher 15 % bei unter 40 %). Die Einführung dieser neuen Stufe ist Augenwischerei. 90 % unbeanstandete Rechnungen haben nur ein Bruchteil der Krankenhäuser, insbesondere sehr kleine und sehr spezialisierte Krankenhäuser, die nur sehr wenige verschiedene Leistungen abrechnen. Für alle anderen bleibt es bei einer starken Ausdehnung der Prüfungen und damit bei noch mehr Aufwand und Bürokratie. Dazu muss man wissen, dass es bei den meisten Beanstandungen nicht um klare Falschabrechnungen geht, sondern um die Frage, ob ein Patient überhaupt hätte aufgenommen werden müssen oder ob er früher entlassen hätte werden können. Das sind eigentlich medizinische Sachfragen, die ohne finanzielle Beeinflussung geklärt werden müssten. Natürlich versucht der MD im Auftrag der Kassen möglichst viele Rechnungen anzuzweifeln und natürlich versuchen die Krankenhäuser möglichst lukrativ abzurechnen. Das lässt sich aber nicht durch eine immer weiter anschwellende Flut von Prüfungen verhindern, sondern nur durch eine Änderung der Finanzierung: vollständige Vergütung des festgestellten Bedarfs, ohne Gewinn- und Verlustmöglichkeit.*

3. **Die bisherigen Vorgaben für die Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgern (süV) werden drastisch reduziert und völlig ins Belieben von GKV und DKG gestellt. Bisher waren tagesgleiche degressive Pflegesätze vorgesehen.**

   **Die Prüfung der von GKV und DKG festgelegten Qualitätskriterien (QK) für süV erfolgt durch den Medizinischen Dienst (MD). Wenn das Krankenhaus die QK mehr als einen Monat nicht erfüllt, besteht eine Informationspflicht der Kassen und des MD. Wenn der MD den Zulassungsbescheids widerruft, wird auch das Land informiert. Leistungen dürfen nur abgerechnet werden, wenn die QK erfüllt sind.**

   **Nicht geändert wurden die süV-Regelungen zu Hybrid-DRG (süV sind nicht zugelassen) und zum AOP-KATALOG (süV sind nur zugelassen für Leistungen, die auch stationär erbracht werden dürfen).**

   ***Bewertung:*** *Die neue gesetzliche Regelung vollzieht die eh schon bestehende Vereinbarung zwischen DKG und GKV (»Vergütungsvereinbarung süV«) nach, die eigentlich dem alten Gesetzestext widersprochen hat. Damit wird die Vereinbarung von GKV und DKG nachträglich legitimiert. Bisherige sinnvolle gesetzliche Regelungen werden dabei aber gestrichen. Unter anderem fällt die Berücksichtigung der konkreten Kosten bei der Finanzierung der süV weg. Insbesondere fällt die vollständige Berücksichtigung der Pflegepersonalkosten und die Steigerung entsprechend dem Veränderungswert weg. Auch die Beachtung der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PPUGV) bei der Finanzierung fällt weg. Das setzt den massiven Angriff auf die Beschäftigten und insbesondere die Pflege, der schon mit dem*

*GKV-BStabG eingeleitet wurde, bei den süV fort. Zwar gilt die PPUGV noch, aber sie muss nicht mehr vollständig finanziert werden.*

*Auch die Prüfung der QK der süV durch den MD entspricht den Regelungen bei den QK der Leistungsgruppen in den anderen Krankenhäusern. Es wurde vermutlich bisher nur vergessen sie ins Gesetz aufzunehmen. Es bleibt bei unserem Vorbehalt, dass die Prüfung dieser QK eigentlich Ländersache ist und durch eine neutrale Stelle durchgeführt werden muss und nicht durch den MD, der im Interesse der Kassen agiert. Die Länder haben den Versorgungsauftrag und damit auch die Pflicht die Qualität der Versorgung zu gewährleisten und zu prüfen.*

*GKV und DKG haben in einem gemeinsamen Schreiben an das Bundesgesundheitsministerium gefordert, dass den süV die Möglichkeit eröffnet wird Hybrid-DRGs und alle Leistungen nach dem AOP-Katalog abzurechnen. Bei den Hybrid-DRGs hat sich das durch ihre Abschaffung erledigt. Leistungen nach dem AOP-Katalog dürfen nach den bisherigen Regelungen nur in den Fällen abgerechnet werden, für die das Krankenhaus auch zur stationären Behandlung zugelassen ist. Das reduziert natürlich die Abrechnungsmöglichkeiten der süV erheblich (nur allgemeine Innere und Geriatrie) ist aber sinnvoll, weil in allen anderen Fällen das know-how überhaupt nicht vorhanden ist, insbesondere auch nicht die Möglichkeit stationär weiter zu behandeln, wenn das notwendig wird.*

4. **Die Verwaltungskosten der Krankenkassen dürfen nur noch um die Veränderungsrate minus 1 % steigen.**

   **Die Kassen müssen wieder über Erhöhungen des Zusatzbeitrags informieren.**

   ***Bewertung:*** *Für die Krankenkassen gilt dasselbe wie für Krankenhäuser: Eine pauschale Deckelung geht zulasten der Beschäftigten und der Qualität. Wenn durch eine geringe Lohnentwicklung und durch hohe Arbeitslosigkeit die Einnahmen der Kassen sinken, gibt es keinen Grund anzunehmen, dass die Verwaltungskosten der Kassen dann ebenfalls sinken.*

   *Die Streichung der Informationspflicht der Versicherten durch die Kassen bei Zusatzbeitragserhöhungen durch das GKV-BStabG war inakzeptabel. Die jetzige Korrektur ist das Mindeste.*

5. **Für die Steigerung der Vergütung für Haushaltshilfe, häusliche Krankenpflege und außerklinische Intensivpflege gilt jetzt auch die sog. Grundlohnsummensteigerung (Einnahmensteigerung der Krankenkassen) als Obergrenze (Deckel), wie für alle anderen Bereiche. In den Jahren 2027 bis 2029 wird sie zusätzlich um 1 % gekürzt.**
   **Bei tarifgebundenen oder kirchlichen Arbeitgebern in diesem Bereich wird auch hier die Kürzung der Tarifrate (Tariferhöhungen, die über dem Veränderungswert liegen) auf 50 % angewandt.**

   ***Bewertung:*** *Auch hier gilt, dass die sog. »Einnahmenorientierte Ausgabenpolitik«, also die Deckelung den Grundprinzipien der Daseinsvorsorge widerspricht, weil dann nicht mehr der tatsächliche Bedarf im Zentrum steht, sondern die Finanzierbarkeit. Opfer sind die Patient*innen und die Beschäftigten. Der festgestellte Bedarf muss vollständig finanziert werden (Selbstkostendeckung). Gewinne müssen verboten werden, Verluste sind auszugleichen.*

   *Die Abschaffung der vollständigen Refinanzierung der Tarifabschlüsse wird dazu führen, dass Tarifabschlüsse gedrückt werden oder/und versucht wird, sie durch Personaleinsparungen auszugleichen. Steigen die Löhne nicht mehr adäquat, wird sich die Personalknappheit weiter verschärfen.*

6. **Die in einer Protokollerklärung zur Verabschiedung des GKV-BStabG den Ländern zugesagten 450 Mio. Euro für Krankenhäuser (ohne Unikliniken) werden ab 1.1.2027 in Form eines Zuschlags von 27,30 Euro pro Patient gezahlt. Der Zuschlag ist zeitlich nicht begrenzt.**

   **Die ebenfalls zugesagten 100 Mio. Euro für Unikliniken werden 2027 in Form eines Zuschlags von 50 Euro pro Patient gezahlt. Ab 2028 werden die 100 Mio. Euro zur Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken, zusätzlich zu den bisherigen 75 Mio. Euro entsprechend ihrem jeweiligen Vorhaltebudget auf die Kliniken aufgeteilt.**

   ***Bewertung:*** *Die 450 Mio. Euro für Krankenhäuser machen nach Berechnungen der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (BWKG) für die Kliniken im Land eine Reduzierung der Belastungen von 825 Mio. Euro jährlich auf 765 Mio. Euro aus, also um 60 Mio. Euro. Man sieht das Finanzproblem verringert sich minimal, bleibt aber im Wesentlichen bestehen. Auch eine zusätzliche Belastung von 765 Mio. Euro ab 2027 ist untragbar und bedeutet für viele Krankenhäuser das Aus. Der Zuschlag ist zwar momentan zeitlich nicht begrenzt. Wird er aber in einer weiteren Sparrunde gestrichen, bedeutet das, dass die bis dahin gezahlten Gelder nicht die Basis der Berechnung der folgenden Jahre erhöhen, wie es bei jeder Erhöhung des Landesbasisfallwerts der Fall wäre.*

   *Bereits mit dem KHVVG haben die 36 Hochschulkliniken eine Sondervergütung von 75 Mio. Euro jährlich ab 2028 erhalten. Jetzt kommen ab 2027 nochmals 100 Mio. Euro dazu. Diese Sondervergütung entlastet direkt die Haushalte der Länder. Anders ausgedrückt, die Zustimmung zum GKV-BStabG wurde erkauft.*

7. **Neu eingeführt wird eine Zuzahlung von 15 Euro für notfallmedizinische Versorgung und Notfalltransport.**

   ***Bewertung:*** *Die jetzige »Gleichbehandlung« macht es nicht besser. Hier gilt dasselbe wie für alle anderen Zuzahlungen: 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. Die soziale Spaltung nimmt zu. Gerade Ärmere werden 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.*

**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

KRANKENHAUS STATT FABRIK

bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert