KRANKENHAUS STATT FABRIK
bedarfsgerecht · gemeinwohlorientiert

Angriff auf Sozialstaat, Versicherte, Kliniken und Beschäftigte

Bewertung des GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz

Am 30. März legte die »Finanzkommission Gesundheit« ihre »Empfehlungen zur Stabilisierung des Beitragssatzes zur Gesetzlichen Krankenversicherung ab 2027« vor. Der Bericht umfasst 483 Seiten und 66 Empfehlungen. Schon zwei Wochen später veröffentlichte Gesundheitsministerin Nina Warken den Referentenentwurf zu einem »GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz«, 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 Gesetzentwurf am 29. April mit kleinen Änderungen zugestimmt. Das weitere parlamentarische Verfahren war genauso eng getaktet: Der Gesundheitsausschuss befasste sich am 8. Juli mit diversen Änderungen, die erst zwei Tage vorher bekannt gemacht wurden und beschloss sie gegen die Stimmen der Opposition. Das Parlament stimmte dem Gesetz in 2. und 3. Lesung am 10. Juli in namentlicher Abstimmung mit 319 zu 286 Stimmen zu. Der Bundesrat hat am selben Tag mehrheitlich beschlossen, den Vermittlungsausschuss nicht anzurufen.

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. Weitere Änderungen (teils Verschärfungen, teils minimale finanzielle Entlastungen) werden bei der Bewertung der einzelnen Regelungen angesprochen. Um die Anrufung des Vermittlungsausschusses durch den Bundesrat zu verhindern, legte die Bundesregierung eine Protollnotiz vor, die ebenfalls in die Bewertung einbezogen worden ist.

Die Beitragslücke der gesetzlichen Krankenkassen für 2027 wird (Stand Kabinettsbeschluss) auf 15,3 Mrd. Euro geschätzt, und sie soll bis 2030 auf 40,4 Mrd. anwachsen. Neuere Zahlen gehen von einem noch höheren Defizit aus (19 Mrd.). Unabhängig von der Frage, ob diese Prognose stimmt oder aus Legitimationsgründen für die geplante Einsparorgie übertrieben worden ist, lässt sich feststellen, dass es bei den Kassen sowohl ein Einnahmen- als auch ein Ausgabenproblem gibt.

Die Antworten des Gesetzentwurfes, 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 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 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[1]. Sie sind extrem ungleich verteilt:

- Die Bundesregierung kürzt den Kassen den Bundeszuschuss für Familienleistungen (Schwangerschaft, Kinderversicherung) von 14,5 Mrd. Euro auf 13,15 Mrd. Euro und ab 2028 auf 12,95 Mrd. jährlich (Kürzung ist 450 Mio. geringer als im Kabinettsentwurf). Der dafür angekündigte Einstieg in die Refinanzierung der Gesundheitsversorgung der Bürgergeldbezieher*innen fällt dagegen äußert schäbig aus: Der Bund übernimmt 2027 750 Mio. Euro, langsam ansteigend bis 2031 auf 2,75 Mrd. Euro (Der Betrag ist ab 2031 um 750 Mio. höher als im Kabinettsentwurf). Die Gesamtkosten der Gesundheitsversorgung der Bürgergeldbezieher, die den Kassen bisher aufgebürdet wurden, betragen ca. 12 Mrd. Euro. Es wird also nur ein Bruchteil der tatsächlichen Kosten übernommen. 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 führt also dazu, dass die Kassen in den Jahren 2027 und 2028 das Haushaltsloch der Bundesregierung füllen sollen und nicht umgekehrt (-900 Mio). Danach beträgt die Beteiligung des Bundes an den Kosten von 12 Mrd. im Saldo gerade einmal 1,2 Mrd., also 10 %.

1 Stand Kabinettsbeschluss, die weitere Entwicklung der Einsparungen durch die Änderungen des Gesundheitsausschusses sind in ihrem Umfang nicht zusammenfassend dokumentiert.

- Die Pharmaindustrie wird weitgehend geschont und kommt in 2027 mit 1,1 Mrd. Euro davon, obwohl sie Riesengewinne einfährt.[2]
- Die Niedergelassenen werden in 2027 mit 2,7 Mrd. Euro belastet, genau wie die Arbeitgeber.[3]
- Die Versicherten werden anfangs mit 3,7 Mrd. Euro mehr belastet, 2030 sind es dann schon 5,6 Mrd. Euro.[4]
- Auf die Krankenhäuser und ihre Beschäftigten kommen 2027 zusätzliche Belastungen in Höhe von 5,1 Mrd. Euro zu, die bis 2030 auf fast 15 Mrd. Euro steigen.[5]

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 Euro, höchstens 15 (bisher 5 bzw. 10 Euro). (SGB5 §61)
- Höhere Zuzahlungen für Heilmittel, Hilfsmittel, 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)
- 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:

Jede Zuzahlung trifft Kranke und Alte mehr als Junge und Gesunde. Trotz der Belastungsgrenzen (2 % der Bruttoeinnahmen, für chronisch Kranke 1 %) bedeutet 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. Auf die im Kabinettsentwurf geplante Dynamisierung wird (vorerst) verzichtet. 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

2 »Spargesetz: Ärzte, Krankenhäuser, Versicherte sollen zahlen – Pharma wird geschont«, Deutsches Ärzteblatt online vom 16.04.2026, basierend auf dem Referentenentwurf
3 Ebenda
4 Kabinettsentwurf S. 5
5 Pressemitteilung der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 29.4.26, S. 2, basierend auf dem Kabinettsentwurf

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 die Versorgung. Sie haben längere Wartezeiten, höhere Krankheitsraten, einen schlechteren Outcome bei vielen Behandlungen und sie sterben Jahre früher.[6]

Eine Zuckersteuer belastet, wie alle Verbrauchssteuern, ebenfalls Niedrigverdiener stärker als Gutverdiener 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 zum Thema Prävention der Bundesregierung nichts anderes einfällt als Steuererhöhungen.

- 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 12 Jahre oder wenn das Kind behindert ist. Ausnahmen gelten auch bei zusätzlicher Pflege eines/einer Angehörigen, bzw. einer Freistellung nach Pflegezeitgesetz, bei Pflegegrad 3, bei Bezug einer Erwerbsminderungsrente, bei einem Grad der Behinderung von mindestens 60 % 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«.[7] *Das Gegenteil ist der Fall. Die Altersgrenze für Kinder ist willkürlich 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. Die durch die Änderungen des Gesundheitsausschusses aufgenommenen Ausnahmeregelungen sind das Mindeste, wirken aber nur für einen geringen Teil der Betroffenen. Für die große Masse bleibt es bei der Verschlechterung*

- Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze und der Versicherungspflichtgrenze um 3.600 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.

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

6 Siehe z.B. Deutsches Ärzteblatt 12/99 Armut und Gesundheit: Soziale Dimension von Krankheit vernachlässigt

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

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.

- 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) zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit durchführen. Der Versicherte hat die Möglichkeit zum Widerspruch. (SGB5 §44)
- Die Verpflichtung der Kassen, bei Beitragserhöhungen die Versicherten schriftlich auf ihr Kündigungsrecht hinzuweisen, entfällt. (SGB 5 § 175)

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« ausgeschildert 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.

Der Entfall des schriftlichen Hinweises auf das Kündigungsrecht bei Beitragserhöhungen wurde durch die Änderungen des Gesundheitsausschusses neu aufgenommen.

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 (BPflV §3), den Reha-Kliniken (SGB5 §111) und den sektorenübergreifenden Versorgern (süV) (KHEntgG §6c) das zu vereinbarende Budget. Ab 2030 gilt: 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 aber niedriger, gilt er. Die Deckelung gilt auch für die ambulanten Behandlungsbereiche der Krankenhäuser. (SGB5 §130)
- 2027 bis 2029 gilt nur die Veränderungsrate und sie wird 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. Tarifrate, die die tarifvertraglich vereinbarten Lohnerhöhungen abbildet, und die neben dem Orientierungswert in die mögliche Steigerung der Vergütung einfließt, wird ab 2026 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 BPflV §5). Dies gilt für alle Versorgungsbereiche.

Bewertung:

Die Anbindung 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 sinken?

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 kauffähigen 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. Suggeriert wird, dass es keine Alternativen gäbe. Das ist nicht richtig. Die Einbeziehung aller Menschen und aller Einkünfte in eine Einheitsversicherung und die Übernahme versicherungsfremder Leistungen durch den Staat wären 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 abgeschlos-

*sen.[8] 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. Den Patient*innen drohen eine schlechtere Versorgung durch weniger und gestressteres Personal und weniger Krankenhäuser. Für die Beschäftigten bedeutet es Personalabbau, vermehrte Arbeitshetze und Tarifflucht. Ein weiteres Problem ist: Die Krankenhäuser werden versuchen müssen, ihre Einnahmeausfälle durch Fallzahlsteigerungen (und damit auch unnötige Behandlungen) zu kompensieren – ein weiterer Anstieg von Über- und Fehlversorgung.*

Suggeriert wird, dass die Kosten der Krankenhäuser explodiert seien und deshalb gegengesteuert werden müsste. Dies ist schlicht unwahr. Die Ausgaben der Krankenkassen für Krankenhäuser sind seit 2010 langsamer gewachsen als in den anderen Leistungsbereichen.[9] 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.[10]

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 und Anwendung des in diesem Jahr deutlich niedrigeren Orientierungswerts statt der Veränderungsrate).

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 ändern, was bisher nicht erfolgt ist.[11] 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 werden oder/und 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 Tarifrate) unterstellt, die beseitigt werden müsse und ohne Probleme auch beseitigt werden könne. Auch das ist nicht richtig. Die Tarifrate umfasst nämlich nur die Auswirkungen von Tariferhöhungen, die über dem vorher festgestellten (und veralteten – siehe oben) Orientierungswert hinausgehen. Man kann zudem nicht einerseits ein Tariftreuegesetz verabschieden und andererseits die aus den Tarifverträgen entstehenden Kosten nicht refinanzieren. Man kann auch nicht einerseits 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 Orien-

8 Roland Berger, Krankenhausstudie 2025

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

10 Robin Heber/Matthias Offermanns, Gesundheits- und Krankenhausausgaben im europäischen Vergleich

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

tierungswert um 1 Prozent weiter abgesenkt und die erhöhend wirkende Veränderung der Beitragsbemessungsgrenze nicht angerechnet. Dies senkt die Vergütung nicht nur in den betreffenden Jahren, sondern senkt die Einnahmen dauerhaft ab, weil die Erhöhungen in den Folgejahren auf einer niedrigeren Basis aufsetzen.

Die Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte (ePA) stellt einen erheblichen Mehraufwand dar, der nach bisheriger Rechtslage durch einen Zuschlag pro Fall ausgeglichen wurde. Der Entfall dieses Zuschlags gilt für alle Bereiche und bedeutet eine um 770 Mio. Euro geminderte Vergütung.[12]

- Auch das Pflegebudget zur kostendeckenden Finanzierung der Pflege am Bett wird gedeckelt (s.o.). Ausgangspunkt für die Deckelung sind die tatsächlich entstandenen Pflegepersonalkosten in 2026. Ab 2027 sind entstandene Mehrkosten im Verhältnis zum vorjährig vereinbarten Pflegebudget im Folgejahr nicht zu berücksichtigen. Minderkosten müssen an die Kassen zurückgezahlt werden. (KHEntgG §6a)
- Die Herausnahme von bestimmten Tätigkeiten (administrativ, logistisch, hauswirtschaftlich, technisch) aus dem Pflegebudget gilt ab 2027. (KHEntgG §6a)
- Die Finanzierung von »pflegeentlastenden Maßnahmen«, bisher in Höhe von 2,5 % des Pflegebudgets (ca. 700 Mill. Euro), wird abgebaut (auf 0,34 % in 2027 und auf 0,17 % in 2028). Ab 2029 werden sie 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. Gewinne waren verboten. 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 zigtausende von Stellen abgebaut, um Gewinne zu machen oder wenigstens die Verluste zu reduzieren. Die Einführung des Pflegebudgets hat hier zu einer Umkehr geführt. Die Stellenzahl nahm zu und die Vergütung wurde besser. Nun wird behauptet, das 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 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 die Einhaltung

12 Kabinettsentwurf S. 78

*der PPUGV ein Qualitätskriterium für die Zuteilung von Leistungsgruppen sein sollte (KHVVG), hatte der Ministerpräsident Niedersachsens darauf hingewiesen, dass 50 % aller Krankenhäuser in seinem Land hier Probleme bekommen würden.[13] Im Gegensatz zur o.g. PPUGV ist die »Pflegepersonalregelung 2.0« eine echte Personalbemessung, weil sie anhand des tatsächlichen Pflegeaufwands der Patient*innen berechnet wird. Sie ist seit 2024 in Kraft und wird auch heute noch in kaum einem Krankenhaus erfüllt. Deswegen weigerte sich auch das Bundesgesundheitsministerium sie endlich scharf zu schalten, also ihre Verletzung mit Sanktionen zu belegen. Jetzt wird sie sogar ganz wieder abgeschafft (s.u.). 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. Es 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 und 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 DRG und ihre kostendeckende Refinanzierung, als erster Schritt zur vollständigen Abschaffung der DRG.

Auch die schrittweise 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 die Mittel für vereinbarte, aber nicht besetzte Personalstellen und für nicht zweckentsprechend eingesetzte Mittel im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum zurückzuzahlen und es ist eine entsprechende Absenkung des Budgets vorzunehmen. (BPflV §3)
- Auch hier wird die Tarifrate auf die Hälfte der bisherigen Rate (75 %) reduziert. (BPflV §3)

13 Deutsches Ärzteblatt, Online-Ausgabe vom 17.03.2026, »Krankenhausreform: Niedersachsen sieht weiter Probleme«

- 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 (»Pauschalierendes 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. Hinzukommt, 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 eingeengt.

- Die »Pflegepersonaluntergrenzenverordnung« (PPUGV) wird als Qualitätskriterium für die Leistungsgruppen (Anlage 1 zu SGB5 §135e) abgeschafft und ersetzt durch eine allgemeine Formulierung (»Die Qualitätskriterien nach Satz 1 Nummer 2 Buchstabe c) [personelle Ausstattung] haben sich insbesondere auf das ärztliche Personal und das Pflegepersonal zu beziehen.«). (SGB5 §135e)

Bewertung:

Die PPUGV regelt eine absolut ungenügende Minimalbesetzung nur für die »Pflege am Bett« und nur für einen Teil der Bereiche (sog. »pflegesensitive Bereiche« – welcher Bereich ist nicht pflegesensitiv!?). Dass nicht einmal dieses Minimum ein Qualitätskriterium der Leistungsgruppen sein soll, sagt viel über die von der Bundesregierung angeblich angestrebte Qualitätssteigerung aus. Statt einer verbindlichen Regelung erfolgt eine allgemein gehaltene und damit nutzlose Aufforderung an einen »Ausschuss zur Weiterentwicklung der Leistungsgruppen und Qualitätskriterien«, in dem die Kassen die Hälfte der Stimmen haben, Vertreter der Beschäftigten in der absoluten Minderheit sind und der sowieso nur Empfehlungen aussprechen darf. Die Relativierung der PPUGV ist aber nur die Begleitmusik zum nächsten massiven Angriff auf die Pflege:

- Abschaffung der Pflegepersonalregelung (SGB5, §137k) und der entsprechenden Verordnung und Ersetzung durch eine allgemeine Formulierung. (»Die zugelassenen Krankenhäuser … sind verpflichtet, eine bedarfsgerechte Personalausstattung in Bereichen der unmittelbaren Patientenversorgung im Krankenhaus sicherzustellen. Sie haben die zu diesem Zweck erforderlichen Maßnahmen zu treffen.«)
- Abschaffung der wissenschaftlichen Weiterentwicklung der PPR. (SGB5 §137l)

- Abschaffung der Verordnungsermächtigung für eine ärztliche Personalbemessung. (SGB5 §137m)
- Abschaffung der Kommission, die Empfehlungen zur Personalbemessung für weitere Gesundheitsberufe erarbeiten sollte. (SGB5 §137n)

Bewertung:

*Die Pflegepersonalregelung (PPR 2.0) wurde gemeinsam von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), ver.di und dem Deutschen Pflegerat (DPR) entwickelt. Sie basiert auf der Pflegepersonalregelung, die 1992 zur Bekämpfung des damaligen Pflegenotstandes eingeführt wurde. Auf der Basis des täglichen Pflegebedarfs jedes einzelnen Patienten wird die Zahl der Pflegekräfte ermittelt, die notwendig sind, um die Patient*innen zu versorgen. Die Kassen waren verpflichtet die notwendigen Stellen zu refinanzieren. Sie wurde bereits 1997 wieder abgeschafft, als klar wurde, wie viele Stellen fehlen und wie teuer es werden würde, sie zu besetzen. Nach der DRG-Einführung und den dadurch ausgelösten Sparorgien auf dem Rücken der Pflege war die PPR 2.0 ein echter und durch die Gewerkschaft ver.di hart erkämpfter Fortschritt. Sie gilt seit 2024, allerdings werden Verstöße noch nicht mit Sanktionen belegt. Es gibt nur umfassende Meldepflichten. Die Abschaffung der PPR ist ein massiver Angriff auf die Arbeitsbedingungen in der Pflege und die Qualität der Versorgung. Eine Studie mit über 400.000 chirurgischen Patient*innen in 300 Krankenhäusern in neun verschiedenen europäischen Ländern zeigt: Einen Patienten pro Pflegekraft mehr zu versorgen (sieben statt sechs Patient*innen) erhöht die Rate der Todesfälle um 7 %.[14] Die Fortschritte der letzten Jahre werden mit einem Federstrich zunichte gemacht. Sinnvoll wäre gewesen das Pflegebudget an die PPR zu koppeln. Dann gäbe es ein objektives Kriterium, wieviel Personal notwendig ist und wieviel die Kassen dann auch finanzieren müssen.*

*Parallel zur Abschaffung der PPR wurden dann auch noch alle anderen Ansätze zur Einführung einer Personalbemessung bei den Ärzt*innen und bei anderen Berufsgruppen abgeräumt, obwohl es bitter notwendig wäre grundsätzlich festzulegen, wieviel Personal der jeweiligen Berufsgruppe für eine gute Versorgung notwendig ist. Genau das ist für die Neoliberalen und die Bundesregierung das Problem. Die Idee eine Personalbemessung und ein spitz abgerechnetes »Budget« (eigentlich Selbstkostendeckung) zu fordern, hatte sich nach den Erfolgen der Pflege stark verbreitet. Wenn es Personalbemessungen gibt, wird auch klar, dass man mit Preisen (DRGs) nicht mehr weiterkommt. Die Forderung, die Vollkräfte die – objektiv gemessen – notwendig sind, auch zu finanzieren, wäre zu stark geworden. Die längst überfällige Abschaffung der DRGs, oder zumindest die Herausnahme aller Personalkosten aus den DRGs und ihre kostendeckende Refinanzierung, wäre immer unabweisbarer geworden. Deshalb wurde hier die Reißleine gezogen. Diese Maßnahme hat nichts mit dem angeblichen unabweisbaren Sparzwang aufgrund der Defizite der Kassen zu tun. Das sieht man auch daran, dass die Abschaffung der PPR – zumindest kurzfristig – keinen Euro mehr einspart. Die Argumentation, dass damit endlich Bürokratie abgebaut würde, ist hohl, wenn man gleichzeitig die Bürokratie im Zusammenhang mit den DRGs, z.B. die Prüfquoten (s.u.), und die Vorhaltevergütung, massiv weiter ausbaut. Hier geht es um den Abbau von Schutzrechten für Beschäftigte und Patient*innen und nicht um Bürokratie.*

Prof. Boris Augurzky, ausgewiesener Befürworter von neoliberalen »Lösungen« für das Gesundheitswesen, hat am 10.6. in einem Interview mit »medhochzwei« vorgeschlagen, dass die Krankenhäuser

14 Linda H. Aiken e.A., »Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries. A retrospective observational study«, in: Lancet, 24. Mai 2014; Nr. 383 (9931), S. 1824-1830

einfach nur 8 % ihres Personals abbauen sollen, dann wären die Erlöseinbußen des GKV-BStabG schon aufgefangen. Weiter führte er aus: »Allerdings brauchen die Krankenhäuser dafür Gestaltungsfreiheit, die ihnen in den vergangenen Jahren immer mehr entzogen wurde. Eine Vielzahl an regulatorischen Vorgaben – vom Gesetzgeber, der Selbstverwaltung und Tarifverträgen – erlauben es oft nicht, das Personal effizient einsetzen zu können.«[15] Genau diesen Abbau von Regeln hat die Bundesregierung mit der Abschaffung der Personalbemessung und der Einschränkung der Bedeutung der PPUGV umgesetzt. In den neoliberalen Fantasien von schlankem Staat und Deregulierung passen natürlich auch keine Tarifverträge. Am besten fänden die Befürworter es, wenn die Preise für die gesundheitliche Versorgung endlich frei ausgehandelt werden könnten und die individuelle Kaufkraft das Angebot und die Nachfrage regeln würde. Das wäre aber das Ende der Daseinsvorsorge und des Schutzes von finanziell oder gesundheitlich benachteiligten Menschen. Man sieht: bei diesem Angriff geht es nicht nur um die Personalbemessung, es geht um viel Grundsätzlicheres: Ist Gesundheitsversorgung Daseinsvorsorge oder schreitet die marktwirtschaftliche Umformung weiter voran?

- Einführung von gesondert kalkulierten Kurzeitfallpauschalen (KZFP) für Fälle mit max. 2 Übernachtungen und 3 Behandlungstagen. Die Vergütung ist unabhängig von der tatsächlichen Verweildauer. Festgestellte Kostensenkungen durch die KZFP senken die Summe der vereinbarten Vergütung ab. (KHG §17b)
- Ab 2028 Fallzusammenführung (und damit nur eine DRG abrechenbar) immer, wenn innerhalb von 30 Tagen die Aufnahme in derselben Hauptdiagnosegruppe erfolgt. (KHEntgG §8)
- Entgelte für »Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden« (NUB-Entgelte) gibt es nur noch für Hochschulkliniken und bestimmte Krankenhäuser, die noch zu beschließende Qualitätskriterien erfüllen. (SGB5 §137h)

Bewertung:

*Dies ist, wie die Einführung der Hybrid-DRG, ein weiterer Versuch zu einer 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 betroffenen Patienten und seiner Angehörigen möglich ist.*

*Das Problem ist, dass genau diese Abwägung nicht erfolgt. Die Entscheidung ambulant oder stationär, 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*

15 https://www.medhochzwei-verlag.de/Video/Details/202178

z.B. ein Patient mit orthopädischer Operation, die komplikationslos verlaufen ist und der 4 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.

Eine Fallzusammenführung gab es bisher nur bei der gleichen oder bei sehr ähnlicher Diagnose. Sie bezog sich im Wesentlichen auf Komplikationen. Hauptdiagnosegruppen (z.B. »Atmungsorgane«, »Kreislaufsystem«, »Verdauungsorgane«) umfassen jeweils hunderte von verschiedenen Diagnosen bzw. DRGs. Fallzusammenführungen auf Basis der Hauptdiagnosegruppe sind eine schlichte Vergütungskürzung ohne jeden sachlichen oder medizinischen Grund. Hier nur zwei Beispiele für die Willkürlichkeit dieser Regelung: Ein Patient mit Operation am Knie, der danach stürzt und sich den Schenkelhals bricht muss als 1 Fall behandelt werden und zwar unabhängig davon in welches Krankenhaus er wieder aufgenommen wird. Dasselbe gilt für einen Patienten mit Magengeschwür, bei dem nach erfolgreicher Behandlung ein Darmtumor entdeckt wird.

*Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NuB) sind innovative und kostenintensive Therapieansätze, die noch nicht in der DRG-Kalkulation enthalten sind. Sie können unter bestimmten Bedingungen (Regelung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach Prüfung der Wirksamkeit) über gesonderte Entgelte abgerechnet werden. Es spricht nichts dagegen an die Anwender solcher NuB Qualitätsanforderungen zu stellen. Im Kontext des gesamten Spargesetzes ist aber zu vermuten, dass auch hier eine Einnahmekürzung – vor allem für kleinere Krankenhäuser – vorgenommen werden soll. Umgekehrt führt das Verbot der gesonderten Vergütung der NUB in (kleineren) Krankenhäusern, die die Kriterien nicht erfüllen, dazu, dass die Patient*innen dieser Krankenhäuser von innovativen Therapien ausgeschlossen werden. In solchen Fällen droht Abwanderung und noch größere Finanzprobleme.*

- Die Prüfquoten für Prüfungen des Medizinischen Dienstes (MD) werden verschärft: Prüfquote von 5 % aller Abrechnungen bei mehr als 80 % unbeanstandeter Rechnungen (statt bisher 60 %), 20 % (statt 15 %) Prüfquote bei 65 bis 80 % (statt 60 bis 80 %) unbeanstandeter Rechnungen, 40 % (statt 25 %) Prüfquote bei unter 65 % (statt 60 %) unbeanstandeter Rechnungen, bei unter 50 % (statt 20 %) unbeanstandeter Rechnungen sind zusätzliche Prüfungen zulässig.
- Erhöhung des Strafaufschlags von 400 auf 500 Euro bei unter 80 % für jeden beanstandeten Fall (zusätzlich zur Rückzahlung des Differenzbetrags), Erhöhung der Aufwandspauschale, die die Kassen zahlen müssen, wenn keine Minderung erfolgt ebenfalls auf 500 Euro (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 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 Scherflein 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. Bereits im Kabinettsentwurf wurde die Zahl der Prüfungen deutlich erhöht, nach den Änderungen des Gesundheitsausschusses wurden sie nochmals erhöht. Folge ist eine nochmalige Erhöhung des Aufwandes und noch mehr Kürzungen der Vergütung, was die Finanznot der Krankenhäuser weiter steigert. 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 eine 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 finanzieller Steuerungen abschafft und eine am Bedarf ausgerichtete Selbstkostendeckung einführt.

- Erhöhung »eines Rechnungszuschlags« (Details noch offen) um 450 Mio. Euro für Krankenhäuser (ohne Hochschulkliniken).
- Erhöhung des Zuschlags für die besondere Vorhaltung der Universitätskliniken um 100 Mio. Euro ab dem Jahr 2027.
- In der Psychiatrie soll auf die »differenzierte Datenübermittlung zum Pflegepersonal« verzichtet werden.

Bewertung:

In einer Protokollerklärung der Bundesregierung werden den Ländern die oben genannten »Verbesserungen« zugesagt. Ob und wie sie dann umgesetzt werden, ist rechtlich unverbindlich. 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. Hinzu kommt, dass »Zuschlag« bedeutet, dass diese Gelder nicht die Basis der Berechnung der folgenden Jahre erhöhen, also nicht weiterwirken, sondern mit dem Auslaufen der Zuschläge wegfallen.

Bereits mit dem KHVVG haben die 36 Hochschulkliniken eine Sondervergütung von 75 Mio. Euro ab 2028 erhalten. Jetzt kommen nochmals 100 Mio. Euro dazu und die sollen bereits ab 2027 fließen. Diese Sondervergütung für Unikliniken, die ja direkt die Haushalte der Länder entlasten, dürfte die Bereitschaft das Gesetz nicht in den Vermittlungsausschuss zu schicken, deutlich erhöht haben. Anders ausgedrückt, die Zustimmung wurde erkauft.

*Auch in der Psychiatrie wird die bestehende Personalbemessung mit dem Argument des Bürokratieabbaus aufgeweicht. Zwar bleibt die Regelung selbst (noch) bestehen, die Reduktion der Details der Meldepflicht bedeutet aber konkret, dass Personal leichter verschoben werden kann, um Lücken zu füllen und dass Verstöße nicht mehr so genau verfolgt werden können. Auch hier stimmt also die Hauptrichtung, weg von einer verbindlichen Personalbemessung und Abbau von Schutzrechten für Beschäftigte und Patient*innen verkauft als Bürokratieabbau.*

Gesamtfazit: Kanzler 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. Auch nach der Verabschiedung des Gesetzes in Bundestag und Bundesrat muss der Widerstand weiter organisiert werden. Protestaktionen sind dringend notwendig. Es geht um die Verteidigung der Einrichtungen der Daseinsvorsorge und um die Verhinderung der weiteren Vermarktwirtschaftlichung der Gesundheitsversorgung. Die Beschäftigten der Krankenhäuser, insbesondere die Pflege, müssen sich wehren. Es geht darum, dass die PPR in den einzelnen Krankenhäusern weiter als Maßstab für eine korrekte Personalbesetzung herangezogen wird. Hier sind die betrieblichen Interessenvertretungen (Betriebsräte, Personalräte, Mitarbeitervertretungen) gefordert, den drohenden Personalabbau zu verhindern. Ver.di hat es ja vor der gesetzlichen Regelung der PPR geschafft in etlichen großen Kliniken Entlastungstarifverträge durchzusetzen. Auch wenn eine einheitliche gesetzliche Regelung sinnvoller wäre als der »Häuserkampf«, ist in der jetzigen Situation die einzig adäquate Antwort, die Ausweitung von Kämpfen um solche Entlastungstarifverträge.

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