

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV- Beitragssatzstabilisierungsgesetz) aus Sicht der Krankenhäuser

Fachexpertise



Inhalt

Inhaltsverzeichnis

1. Bewertungsgrundlage.....	3
2. Drohender kalter Strukturwandel vor Beschlussfassung des GKV- Beitragssatzstabilisierungsgesetzes.....	4
3. Verschärfter kalter Strukturwandel durch Beschlussfassung des GKV- Beitragssatzstabilisierungsgesetzes.....	7
31. Abkopplung eines höheren Orientierungswerts für die tatsächliche Kostenentwicklung der Krankenhäuser.....	8
32. Streichung der Vollfinanzierung des Pflegeentgelts für die Pflege am Bett.....	10
33. Bürokratie durch Kurzzeitfallpauschalen.....	12
4. Alternatives Konzept zu GKV-Beitragsstabilität.....	13
5. Fazit.....	15
6. Literatur.....	16



1. Bewertungsgrundlage

Grundlage der Auswirkungsanalyse ist die vom Bundeskabinett am 29. April geplante Verabschiedung des Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz) vom 16.04.2024.¹

Eingegangen wird ausschließlich auf Budgetbegrenzungen der Krankenhäuser. Das bisherige Ziel des Krankenhausreformenpassungsgesetzes (KHAG) und seines Vorgängers, des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) war es, limitierte und bisher nicht auskömmliche Krankenhausbudgets auf weniger Krankenhäuser zu verteilen und damit auskömmlich zu gestalten. Damit sollten alle Klinikträger honoriert werden, die mit Unterstützung des Transformationsfonds Leistungen reduzieren, Leistungen an wenigen Klinikstandorten konzentrieren und ggf. Kliniken schließen.

Nun jedoch lautet die Botschaft:

- Das bundesweite Klinikbudget soll zur Stabilisierung der Beitragssätze noch enger limitiert werden.
- Tatsächliche Preisentwicklungen der Krankenhäuser werden in den Jahren 2027 und später nicht berücksichtigt.

Die hier vorliegende Stellungnahme konzentriert sich auf die Auswirkungen des limitierten bundesweiten Klinikbudgets.

¹ Bundesgesundheitsministerium, Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz),
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/S/RefE_BStabG_2026.pdf

2. Drohender kalter Strukturwandel vor Beschlussfassung des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes

Das im Jahr 2026 in Kraft getretene Krankenhausreformatpassungsgesetz (KHAG) hält am limitierten Krankenhausbudget lt. § 123 Abs. 1 KHG fest. Es verursacht damit weiter den kalten Strukturwandel, d.h. die ökonomisch begründete von den Ländern nicht beeinflussbare Schließung bedarfsnotwendiger Krankenhäuser.

Den bundesdeutschen Krankenhäusern fehlen jährlich 11,2 Mrd. Euro für die Deckung ihrer Kosten. Den klinischen Ausgaben im Umfang von 120 Mrd. Euro stehen nur leistungsbezogene Einnahmen im Umfang von 109 Mrd. Euro gegenüber.² Das KHAG gliedert die bisher leistungsabhängigen Fallpauschalen (100%) lediglich in Vorhaltefinanzierung 60% und Fallpauschalen 40% um, ohne zusätzliche Finanzierungsmittel zur Verfügung zu stellen. § 37 KHG Abs. 1 so formuliert:

„(1) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt Vorhaltevolumina als Summe von Vorhaltebewertungsrelationen nach den folgenden Vorschriften. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat bis zum 30. November eines jeden Kalenderjahres für die Ermittlung des Vorhaltevolumens für ein Land für das jeweils folgende Kalenderjahr die nach § 6a Absatz 6 Satz 1 in dem jeweiligen Kalenderjahr übermittelten Daten und die nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das jeweils vorhergehende Kalenderjahr übermittelten Leistungsdaten zu Krankenhausfällen in dem jeweiligen Land, die auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütet werden, zugrunde zu legen und diesen Krankenhausfällen die Vorhaltebewertungsrelationen für das jeweilige Kalenderjahr, für das die Ermittlung erfolgt, zuzuordnen; ...“

	bisher	zukünftig
Ausgaben	120.342.962	120.342.962
Einnahmen leistungsabhängige Fallpauschalen 100% / 40%	109.070.711	43.628.284
Vorhaltefinanzierung 60%		65.442.426
Verlust	-11.272.252	-11.272.252

Abb. 1 Verluste der Krankenhäuser

Aktuelle jährliche 11,2 Mrd. Euro Mindereinnahmen für deutsche Krankenhäuser bleiben also auch zukünftig jährlich 11,2 Mrd. Euro Mindereinnahmen. Bisherige DRG-Fallpauschalenvergütungen werden lediglich zu Vorhaltevergütungen umgegliedert.

Es wird weiter Insolvenzen und Klinikschließungen geben. Sie werden sich sogar verstärken.

² Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Bürgerinformation Krankenhausreform 2025 einfach erklärt, <https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13372130999/B%C3%BCrgerinformation+Krankenhausreform+2025.pdf?t=1734590978>

Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern
Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz) aus Sicht der Krankenhäuser

Zur Berechnung der jährlich fehlenden 11,2 Mrd. Euro:

Bereinigte Kosten insgesamt ¹		Erstattungen bzw. Vergütungen durch ...							
Jahr	Zahlungen an die Ausgleichsfonds (§ 17a KHG, § 13 PflAFinV)		Jahr	GKV	PKV *)	Unfallvers. **)	Privat **)	Gesamt	Ergebnis
	einschließlich	ohne							
2020		104.662.196	2020	87.911.000	9.591.000	1.197.000	1.592.000	100.291.000	-4.371.196
2021		109.329.884	2021						
2022		114.195.802	2022		11.520.000				
2023		120.342.962	2023	93.950.000	12.140.122	1.279.227	1.701.362	109.070.711	-11.272.252

*) geschätzt, Hochrechnung Kosten 2022/2023
 **) geschätzt, Hochrechnung GKV 2020/2023

Quelle 2023: DeStatis, Kostennachweis der Krankenhäuser

https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhauser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/statistischer-bericht-grunddaten-krankenhaeuser-2120611237005.xlsx?__blob=publicationFile&v=6

Alle Kostenträger für Krankenhäuser 2020, Bundesgesundheitsministerium, Daten des Gesundheitswesens 2022

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/230223_BMG_DdGW_2022.pdf

Bundeszentrale für politische Bildung, Ausgaben und Finanzierung des Gesundheitssystems

<https://www.bpb.de/themen/gesundheitspolitik/549730/ausgaben-und-finanzierung-des-gesundheitswesens/>

Deutsche Krankenhausgesellschaft, Eckdaten der Krankenhausversorgung

https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/3_Service/3.3_Zahlen-Fakten/Foliensatz_KHstatistik20241119.pdf

Wissenschaftliches Institut der PKV, Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten

<https://www.wip-2024.de/mehrumsatz-und-leistungsausgaben-der-privatversicherten-jahresbericht-2024.pdf>

Abb. 2: Detailberechnung der fehlenden 11,2 Mrd. Euro ³

Und das hat gravierende Folgen:

- 79% der bundesdeutschen Krankenhäuser erwarten 2024 rote Zahlen. ⁴
- Die Insolvenzen bundesdeutscher Krankenhäuser erreichen einen Höhepunkt. ⁵
- Bereits heute gibt es viele Regionen mit mehr als 30 Fahrzeitminuten zum nächstgelegenen Allgemeinkrankenhaus mit Basisnotfallversorgung und ggf. schwerwiegenden Risiken bei lebensbedrohenden Erkrankungen bzw. Verletzungen. In Bayern sind beispielsweise 160 PLZ-Regionen betroffen. ⁶

³ DeStatis, Kostennachweis der Krankenhäuser,

https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhauser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/statistischer-bericht-grunddaten-krankenhaeuser-2120611237005.xlsx?__blob=publicationFile&v=6,

Bundesministerium für Gesundheit, Kennzahlen, Daten, Bekanntmachungen,

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/230223_BMG_DdGW_2022.pdf, Bundeszentrale für politische Bildung, Ausgaben und Finanzierung des

Gesundheitssystems, <https://www.bpb.de/themen/gesundheitspolitik/549730/ausgaben-und-finanzierung-des-gesundheitssystems/>, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Eckdaten der Krankenhausversorgung,

https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/3_Service/3.3_Zahlen-Fakten/Foliensatz_KHstatistik20241119.pdf, Wissenschaftliches Institut der PKV, Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten - Jahresbericht 2024, [WIP-2024-Mehrumsatz und Leistungsausgaben der Privatversicherten Jahresbericht 2024.pdf](https://www.wip-2024.de/mehrumsatz-und-leistungsausgaben-der-privatversicherten-jahresbericht-2024.pdf)

⁴ Das Krankenhaus, Wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser erreicht historischen Tiefpunkt,

<https://daskrankenhaus.de/aktuelles/news/80-der-krankenhaeuser-mit-negativem-jahresergebnis>

⁵ Curacon, Daseinsvorsorge vs. Wirtschaftlicher Schiefelage - Kommunale Kliniken und ihre Träger in der Krise,

<https://www.curacon.de/neuigkeiten/neuigkeit/daseinsvorsorge-vs-wirtschaftlicher-schiefelage>

⁶ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Klinische Unterversorgung,

<https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/unterversorgung/>

Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern
Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz) aus Sicht der Krankenhäuser

In einer Simulationsrechnung haben wir ermittelt: Um das komplette Defizit der Krankenhäuser im Umfang von 11,2 Mrd. Euro abzudecken, müssten 579 der aktuell 1.841 bundesdeutschen Krankenhäuser mit einer Bettengröße bis 199 Betten schließen. ⁷ Basis sind die Grunddaten der Krankenhäuser 2023, Fach 23111-08.

[zur Inhaltsübersicht](#)

23111-08: Aufgestellte Betten, Berechnungs-/Belegungstage und Patientenbewegung nach Krankentypen, 2023

Gegenstand der Nachweisung ¹	Kranken- häuser insgesamt	Aufgestellte Betten			
		insgesamt	darunter		
			Intensiv- betten	Beleg- betten	
Anzahl					
Krankenhäuser insgesamt	1 874	476 924	26 158	7 690	
nach der Bettenzahl					
KH mit 0 Betten ²	66	-	-	-	
KH mit 1 bis 49 Betten	366	7 636	60	1 394	
KH mit 50 bis 99 Betten	223	16 234	591	973	
KH mit 100 bis 149 Betten	230	28 319	1 353	873	
KH mit 150 bis 199 Betten	166	28 580	1 361	379	
Zwischensumme	1 051	80 769			7154 von 80769 Betten 55,11 % 579
KH mit 200 bis 299 Betten	251	61 351	2 734	1 464	
KH mit 300 bis 399 Betten	177	60 476	2 629	801	
KH mit 400 bis 499 Betten	142	62 732	2 951	585	
KH mit 500 bis 599 Betten	79	43 308	2 391	344	
KH mit 600 bis 799 Betten	85	59 022	3 300	555	
KH mit 800 und mehr Betten	89	109 266	8 788	322	
nach der Trägerschaft					
Öffentliche Krankenhäuser	534	223 709	13 935	2 065	-600
Freigemeinnützige Krankenhäuser	590	154 780	7 568	3 048	1 241
Private Krankenhäuser	750	98 435	4 655	2 577	

Ausgangsbasis 120 Mrd. Euro

Berechnung Fehlbetrag
1,8 Mrd. Euro
1,50 %

Berechnung Fehlbetrag
11,2 Mrd. Euro
9,33 %

Krankenhäuser insgesamt 28
Betten insgesamt 7.154
Krankenhäuser insgesamt 175
Betten insgesamt 44.513

7154 von 80769 Betten
55,11 %
579

ca.- 600 Krankenhäuser

Krankenhäuser 2024 (globale Statistik, destatis)
<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft/Umwelt/Gesundheit/Krankenhauser/Tabellen/gd-krankenhaeuser-jahre.html>
1.841

Abb.: Potenziell zuschließende Krankenhäuser zwecks ausreichender Finanzierung der verbleibenden Krankenhäuser – Simulationsrechnung ⁸

Wir reden also von einem finanziell begründeten Krankenhausschließungsbedarf im Umfang von etwa 600 bundesdeutschen Krankenhäusern. Aus 1.841 bundesdeutschen Krankenhäusern (Stand 2024) verblieben dann gerade noch 1.241, d.h. **etwa 1/3 aller Krankenhäuser könnten verschwinden.**

⁷ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Auswirkungsanalyse: Klinikschließungspotenzial aufgrund des Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG),

⁸ Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser 2023,

https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhauser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/statistischer-bericht-grunddaten-krankenhaeuser-2120611237005.xlsx?__blob=publicationFile&v=6

3. Verschärfter kalter Strukturwandel durch Beschlussfassung des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes

Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz wird den kalten Strukturwandel noch verschärfen. In den personalintensiven Krankenhäusern setzt es an 2 Stellen an:

- Es negiert reale Tarifsteigerungen und andere Kostenentwicklungen der Krankenhäuser, die oberhalb der „durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen“ nach § 71 Abs. 3 SGB V liegen, bisher festgelegt im Orientierungswert nach § 10 Abs. 6 KHEntgG.
- Es stoppt die Selbstkostendeckung bzw. Vollfinanzierung des Pflegebudgets für die Pflege am Krankenbett, indem es die entsprechende Vergütung ebenfalls limitiert und an den Veränderungswert koppelt.

31. Abkopplung eines höheren Orientierungswerts für die tatsächliche Kostenentwicklung der Krankenhäuser

Bisher wurde den Krankenhäusern unter Ausklammerung eines vollfinanzierten Pflegebudgets eine jährliche bundesweite Budgetsteigerung gewährt. Sie errechnete sich als jeweils höhere Veränderungswert aus folgenden beiden Komponenten:

... „durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen“ nach § 71 Abs. 3 SGB V⁹ und

... dem Orientierungswert, „der die tatsächlichen Kostenentwicklungen der Krankenhäuser ohne die Kostenentwicklung des Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen wiedergibt“ nach § 10 Abs. 6 KHEntg.¹⁰

Wir zitieren die sogenannte „Meistbegünstigungsklausel“ in § 10 Abs. 6 KHEntgG:

„Unterschreitet der Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, entspricht der Veränderungswert der Veränderungsrate; hiervon abweichend entspricht der Veränderungswert für das Jahr 2026 dem nach Satz 1 im Jahr 2025 veröffentlichten Orientierungswert. Überschreitet der Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene den Veränderungswert gemäß § 9 Absatz 1b Satz 1 und § 9 Absatz 1 Nummer 5 der Bundespflegesatzverordnung.“

Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz kehrt die bisherige „Meistbegünstigungsklausel“ jetzt in eine „Minderbegünstigungsklausel“ um.

Wir zitieren die geplante Änderung, § 9 Abs. 1b KHEntgG:

„Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren mit Wirkung für die Vertragsparteien auf Landesebene bis zum 31. Oktober jeden Jahres den Veränderungswert für die Begrenzung der Entwicklung des Basisfallwerts nach § 10 Absatz 4; für das Jahr 2026 entspricht der Veränderungswert dem nach § 10 Absatz 6 Satz 1 im Jahr 2025 veröffentlichten Orientierungswert. Überschreitet der Orientierungswert nach § 10 Absatz 6 Satz 1 die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene den Veränderungswert in Höhe der Veränderungsrate. Unterschreitet der Orientierungswert nach § 10 Absatz 6 Satz 1 die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene den Veränderungswert in Höhe des Orientierungswerts.“

⁹ Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), § 71 Beitragssatzstabilität, besondere Aufsichtsmittel, https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_71.html

¹⁰ Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), <https://www.gesetze-im-internet.de/khentgg/BJNR142200002.html#BJNR142200002BJNG000900000>

Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern
Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz) aus Sicht der Krankenhäuser

Die oft die Veränderungsrate übersteigende Kostenentwicklung der Krankenhäuser, insbesondere aufgrund höherer Tarifabschlüsse, ist zukünftig nicht refinanziert. Die jährlichen Mindereinnahmen der Krankenhäuser werden sich noch erhöhen.

32. Streichung der Vollfinanzierung des Pflegeentgelts für die Pflege am Bett

Um ausreichendes Pflegepersonal für Krankenhäuser zu finanzieren, hatte der Gesetzgeber in § 6a Abs. 2 KHEntgG

„Ausgangsgrundlage für die Ermittlung des Pflegebudgets ist die Summe der im Vorjahr für das jeweilige Krankenhaus entstandenen Pflegepersonalkosten, die den für das Vereinbarungsjahr geltenden Vorgaben zur bundeseinheitlichen Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten nach § 17b Absatz 4 Satz 2 oder Absatz 4a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes entsprechen; abweichend hiervon können die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Vereinbarung nach § 17b Absatz 4 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bestimmen, dass die Anzahl der Vollkräfte ohne pflegerische Qualifikation des Jahres 2018 zugrunde zu legen ist, die die Krankenhausträger an das Statistische Landesamt gemäß der Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser für das Jahr 2018 gemeldet haben. Bei der Ermittlung sind weiterhin die für das Vereinbarungsjahr zu erwartenden Veränderungen gegenüber dem Vorjahr zu berücksichtigen, insbesondere bei der Zahl und der beruflichen Qualifikation der Pflegevollkräfte sowie bei der Kostenentwicklung ...“

Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz aus Sicht der Krankenhäuser lässt tatsächliche Kostensteigerungen in der Pflege nur noch zu, soweit sie mit zwingende Personalsteigerungen aufgrund gesetzlicher Vorgaben beruhen. Es koppelt sich auch komplett von der Tarifsteigerung des Pflegepersonals ab und berücksichtigt auch hier den limitierten niedrigeren Veränderungswert:

„(2a) Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2027 ist das für das Jahr 2026 vereinbarte Pflegebudget. In den Folgejahren ist Ausgangsgrundlage das für das jeweilige Vorjahr vereinbarte Pflegebudget. Das Pflegebudget darf das um den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 2 oder 3 veränderte Pflegebudget des Vorjahres nur überschreiten, soweit die Einhaltung von Personalvorgaben aus Bundesgesetzen, Rechtsverordnungen, die auf Grund des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erlassen worden sind, oder Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses dies erfordert. ...“

Die hat gleich mehrere Konsequenzen:

1. Das ursprüngliche Ziel einer guten Pflege durch gute Personalausstattung in Krankenhäusern wird aufgegeben. Finanziert werden lediglich Pflegepersonalsteigerungen, die auf gesetzlichen Vorgaben beruhen. Es kann umgekehrt für 1 Jahr vorteilhaft sein, Pflegepersonal zu entlassen. Im Folgejahr wird jedoch das Pflegeentgelt aufgrund einer Neuregelung der Bundespflegesatzverordnung abgesenkt: § 3 Abs. 3: *„Für die Jahre ab 2027 gilt, sofern sich auf Grundlage der Nachweise nach § 18 Absatz 2 ergibt, dass eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht vorgenommen wurde oder die hierfür vereinbarten Mittel nicht zweckentsprechend verwendet wurden, dass diese Mittel im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum auszugleichen sind und der Gesamtbetrag in der nächsten Vereinbarung entsprechend abzusenken ist.“*
2. Tarifsteigerungen in der Pflege bleiben oberhalb der Veränderungsrate werden nicht mehr refinanziert. Den Krankenhäusern drohen weitere Mindereinnahmen.
3. Die Pflegequalität in deutschen Krankenhäusern wird aufgrund schlechterer Personalausstattung sinken.
4. Das bürokratische Pflegebudget neben den DRG-Fallpauschalen und Vorhaltebudgets für Leistungsgruppen bleibt bestehen – der finanzielle Vorteil wird den Krankenhäusern jedoch entzogen.

Die durch limitiertes Pflegebudget provozierte Personalbegrenzung in der Pflege steht im krassen Widerspruch zum Anspruch des KHAG für gesteigerte Behandlungsqualität in Krankenhäusern.

33. Bürokratie durch Kurzzeitfallpauschalen

Die bisherige stationäre Krankenhausvergütung, verkürzt aufgegliedert in ...

- DRG-Fallpauschalen (nicht kostendeckend)
- Pflegebudget (kostendeckend)

wurde mit dem KHAG bereits um die Vorhaltevergütung erweitert.

Nun schafft das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz in § 17 b Abs. 2a KHG eine weitere Vergütungsform, die sogenannten „Kurzzeitfallpauschalen“

„(2a) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 vereinbaren bis zum 30. April 2027 auf Basis eines durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bis zum 31. März 2027 zu erarbeitenden Konzepts für geeignete Fallgruppen die Grundlagen einer gesonderten Kalkulation von Bewertungsrelationen für stationäre Behandlungsfälle mit einer Behandlungsdauer von bis zu drei Kalendertagen und maximal zwei Übernachtungen (Kurzzeitfallpauschalen). Eine untere Grenzverweildauer entsprechend der in § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausentgeltgesetzes genannten Vereinbarung ist für die Kurzzeitfallpauschalen nicht zu kalkulieren. Die Kurzzeitfallpauschalen sind erstmalig im Rahmen der Weiterentwicklung des Vergütungssystems für das Jahr 2028 zu kalkulieren und im Entgeltkatalog für das Jahr 2028 auszuweisen. ... Die mit den Kurzzeitfallpauschalen zu vergütenden Fälle werden innerhalb der in Satz 1 genannten maximalen Behandlungsdauer unabhängig von der tatsächlichen Behandlungsdauer vergütet. Die Vertragsparteien stellen bei der jährlichen Weiterentwicklung und Anpassung des Vergütungssystems nach Absatz 2 sicher, dass Kostensenkungen, die sich bei der jährlichen Kalkulation der Kurzzeitfallpauschalen zeigen, zu einer Absenkung der Bewertungsrelationen der Kurzzeitfallpauschalen sowie im Ergebnis auch zu einer Absenkung der Summe der für die Kurzzeitfallpauschalen insgesamt vereinbarten Bewertungsrelationen führen.“

Der Bürokratieaufwand und auch die DV-Abrechnungskosten werden durch neue Vergütungsbestandteile steigen:

- Vorhaltepauschalen
- DRG-Fallpauschalen (nicht kostendeckend)
- Pflegebudget (kostendeckend)
- Kurzzeitfallpauschalen

Der Aufwand einer gesonderten Vergütungsform an sich ist nicht einsichtig. Abschläge für Kurzlieger werden durch gesonderte Fallpauschalen abgelöst. Es ist zu befürchten, dass der Transfer dieser Kurzzeitfallpauschalen von Jahr zu Jahr zu Budgetentnahmen für Krankenhäuser führen wird. Dies macht der Wortlaut des § 17 b Abs. 2a KHG bereits deutlich.

4. Alternatives Konzept zu GKV-Beitragsstabilität

Unsere Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern legte im Februar 2026 jährliche Einsparungsvorschläge und Mehreinnahmen im Gesundheitswesen im Umfang von 58,25 Mrd. Euro vor: ¹¹

- 1 Verzicht auf den Transformationsfonds zur Umsetzung des KHAG
- 2 Abschaffung der DRG-Fallpauschalenabrechnung, dadurch zusätzliches Personal ohne Mehrkosten im Umfang von jährlich 11,1 Mrd. Euro
- 3+4 Einführung einer Bürgerkrankenversicherung anstelle der GKV und PKV
- 5 Verzicht auf Klinikgewinne, insbesondere bei privaten Klinikbetreibern
- 6 Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze zur Krankenversicherung für Großverdiener

lfd. Nr.	Kostenvorteile der Selbstkostendeckung	Klinisches Personal Mitarbeiter	Klinisches Personal Vollzeit	Euro Mrd.	pro Jahr
1	Einsparung der Transparenzfonds zur Umsetzung des KHVVG			50	5
2	Mehr Personal weg vom Computer hin zum Patienten	166.400	126.150	11,1	11,1
3	Geschätzte 50% Verwaltungskosten GKV, 12,7 Mrd. Euro			6,3	6,3
4	Geschätzte 50% Verwaltungskosten PKV, 0,977 Mrd. Euro			0,45	0,45
5	Gewinne der 4 größten Klinikbetreiber (2021)			0,9	0,9
6	Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze			33,5	33,5
Summe				102,25	57,25

Quelle:

- 1 Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz
https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2024/0501-0600/532-24.pdf?__blob=publicationFile&v=1
- 2 Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Krankenhausstatistik 2023
<https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/aktuelles/kh-statistik-2023/>
- 3 Bundesministerium für Gesundheit, Anlage 1 Finanzielle Entwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung einschließlich der landwirtschaftlichen Krankenkasse 1 im 1.-4. Quartal 2023
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/GKV/PM_Anlage_Finanzentwicklung_der_GKV_im_Q4_2023.pdf
- 4 Versicherungsbote, Die Verwaltungskosten der PKV-Versicherer
<https://www.versicherungsbote.de/id/4908166/chapter/1/Die-Verwaltungskosten-der-PKV-Versicherer/>
- 5 Statista, Die vier größten privaten Klinikbetreiber (Helios, Rhön Klinikum, Asklepios und Sana)
<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/322501/umfrage/gewinn-der-groessten-privaten-klinikbetreiber-in-deutschland/>
- 6 Eigenberechnung mit weiteren Quellenangaben

Die hier aufgezeigten Finanzierungsvorschläge sichern die Finanzierung der aktuellen Gesundheitsleistungen, vermeiden Leistungskürzung und machen Klinikkonzentrationen bzw. Klinikschließungen überflüssig. Sie sichern damit die flächendeckende klinische Versorgung in Deutschland.

¹¹ Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Bedarfsgerechte kommunale Kliniklandschaft - Sicherung der flächendeckenden klinischen Versorgung am Beispiel Bayern,
<https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13431319799/Projektstudie+Bedarfsgerecht+kommunale+Kliniklandschaft.pdf?t=1776964108>

Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern
Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz) aus Sicht der Krankenhäuser

Die Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze haben wir gesondert berechnet:

Wie viele Mehreinnahmen für die Krankenkasse bringen kombiniert ...

- a) Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze
b) **Bürgerkrankenversicherung**, damit solidarische Beteiligung aller bisherigen Beitragszahler GKV und PKV

Aktuelle Einnahmen der Krankenversicherung

	Mrd. Euro
a) GKV 2024	297,0
b) PKV 2024	43,8
Summe Einnahmen Krankenkassen Mrd.	340,8

Fiktive Einnahmen der Krankenversicherung

c) Bruttoeinkommen private Haushalte	2564,0
d) Beitragssatz GKV	14,60 %
Summe fiktive Einnahmen Krankenkassen Mrd.	374,3
Zusätzliche Einnahmen für die Gesundheit:	33,5

- 1 GKV, 2024
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KV45_1-4_Quartal_2024_Internet.pdf
- 2 PKV, 2024
<https://www.pkv.de/verband/presse/meldungen/aktualisierte-pkv-daten-fuer-2024/>
- 3 Deutsche Bundesbank, Monatsbericht Bundesbank
<https://www.bundesbank.de/resource/blob/650786/fb4ff39152a3497b7d3980387c6f9cf0/472B63F073F071307366337C94F8C870/ix8-data.pdf>
- 4 Lohn-Info, Sozialversicherungsbeiträge 2025 - Beitragssätze, Beitragsbemessungsgrenzen und Rechengrößen
<https://www.lohn-info.de/sozialversicherungsbeitraege2025.html>

Sie steht für eine solidarische Beteiligung aller Einkommen an der Krankenversicherung und ermöglicht ggf. sogar weitere Versicherungsleistungen. Sie belastet nicht vorrangig die Verdiener kleiner und mittlerer Einkommen. Sie entspricht auch dem mehrheitlichen Anspruch der Bevölkerung nach einer gerechteren Verteilung des Wohlstands: *„81 Prozent, also vier von fünf Bürgerinnen und Bürgern, sind der Meinung, der wirtschaftliche Wohlstand im Land sei ungerecht verteilt. Nur 15 Prozent halten den Status quo für gerecht.“*¹²

¹² Tagesschau, Mehrheit hält Wohlstand für ungerecht verteilt,
<https://www.tagesschau.de/inland/deine-meinung-zahlt-wohlstand-100.html>

5. Fazit

Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz belastet die ohnehin defizitären Krankenhäuser mit weiteren budgetabsenkenden Maßnahmen:

- der Abkopplung eines höheren Orientierungswerts für die tatsächliche Kostenentwicklung der Krankenhäuser
- der Abkehr von der Vollfinanzierung des Pflegeentgelts für die Pflege am Bett
- der bürokratischen Implementierung von Kurzzeitfallpauschalen, verbunden mit perspektivisch sinkender Vergütung.

Aufgrund steigender Defizite werden weitere Krankenhäuser von Insolvenzen, Schließungen und Leistungskürzungen bedroht.

Die Pflegequalität im Krankenhaus wird durch Abkehr von der Vollfinanzierung des Pflegeentgelts verschlechtert.

6. Literatur

Mit der **Krankenhausreform** befassen sich unter anderem:

Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Stellungnahme zum Referentenentwurf des Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung – NotfallG (Stand 22.04.2026),

<https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13524835899/Stellungnahme+zum+Referentenentwurf+des+Gesetzes+zur+Reform+der+Notfallversorgung+%E2%80%93+%28NotfallG%29+2027.pdf?t=1776965381>

Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Auswirkungsanalyse: Klinikschließungspotenzial einer modifizierten Krankenhausreform und Beitragsstabilität der schwarz-roten Bundesregierung,

<https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13427896199/Auswirkungsanalyse+Klinikschlie%C3%9Fungspotenzial+einer+modifizierten+Krankenhausreform+der+schwarz-roten+Bundesregierung.pdf?t=1749136909>

Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Lauterbachs Krankenhausreform - Auswirkung in Ballungsregionen, Kommentar Ausgabe 3_25, https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13408368099/Kommentar+Ausgabe+3_25.pdf?t=1744653504

Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Selbstkostendeckung der Krankenhäuser - Reale Finanzierungsalternative zu Lauterbachs Krankenhausreform,

<https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13365751699/Selbstkostendeckung+der+Krankenh%C3%A4user+-+Reale+Finanzierungsalternative+zu+Lauterbachs+Krankenhausreform.pdf?t=1734590890>

Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Projektstudie 30 Fahrzeitminuten für bayerische Krankenhäuser Notstand der wohnortnahen klinischen Versorgung und Lösungsansätze,

<https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/app/download/14769859632/30+Fahrzeitminuten+f%C3%BCr+bayerische+Krankenh%C3%A4user+-+Notstand+der+wohnortnahen+klinischen+Versorgung+und+L%C3%B6sungsans%C3%A4tze.pdf?t=1709287533>

Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Bewertung des Gesetzes zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz, Projektstudie zum Krankenhaustransparenzgesetz (Entwurf 11.08.2023)

<https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/app/download/14751272132/Bewertung+des+Gesetzes+zur+F%C3%B6rderung+der+Qualit%C3%A4t+der+station%C3%A4ren+Versorgung+durch+Transparenz.pdf?t=1694690764>

Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Bewertung der Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung der Regierungskommission - Prognose über die Zukunft deutscher Krankenhäuser

<https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/app/download/14700414432/Gro%C3%9Fe+Krankenhausreform+-+Bewertung+der+dritten+Empfehlung+der+Regierungskommission+aktualisiert.pdf?t=1688465585>

Bündnis Klinikrettung, Selbstkostendeckung der Krankenhäuser,

https://www.gemeingut.org/wordpress/wp-content/uploads/2022/11/2022-10_Studie_Selbstkostendeckung_Buendnis_Klinikrettung.pdf

Klaus Emmerich, Krankenhausreform 2023, Lauterbachs organisiertes Kliniksterben,

<https://www.epubli.com/shop/krankenhausreform-2023-9783757514273>

Mit einem umfassenden **Alternativkonzepten** befassen sich:

Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern, Bedarfsgerechte kommunale Kliniklandschaft - Sicherung der flächendeckenden klinischen Versorgung am Beispiel Bayern,

<https://kliniksterben.jimdofree.com/app/download/13431319799/Projektstudie+Bedarfsgerecht+kommunale+Kliniklandschaft.pdf?t=1749136982>

Bündnis Klinikrettung, Ja zur besseren Krankenhausstruktur – nein zu Lauterbachs Leveln. Das Modell des Bündnis Klinikrettung für bundeseinheitliche Krankenhausstruktur im Sinne einer flächendeckenden, bedarfsgerechten Krankenhausversorgung,

https://www.gemeingut.org/wordpress/wp-content/uploads/2023/03/2023-03-13_Buendnis-Klinikrettung_Modell_bedarfsgerechte_Krankenhausstruktur.pdf

© 2026

Aktionsgruppe Schluss mit Kliniksterben in Bayern

Autor: Klaus Emmerich, Klinikvorstand i.R.,

Egerländerweg 1

95502 Himmelkron

Tel.: 0117 - 9153415

E-Mail: klaus_emmerich@gmx.de

<https://schlusskliniksterbenbayern.jimdofree.com/>