

Gemeinsame Stellungnahme der Wissenschaftsministerinnen und -minister der Bundesländer Baden-Württemberg, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein zum geplanten GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz

Präambel

Das GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz verfolgt ein zentrales Anliegen: die Begrenzung der Beitragsdynamik sowie die Sicherung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung. Dieses Ziel wird ausdrücklich unterstützt, da stabile Beitragssätze eine wesentliche Voraussetzung für soziale Ausgewogenheit und wirtschaftliche Verlässlichkeit darstellen. Vor diesem Hintergrund ist es grundsätzlich nachvollziehbar, dass der Bund Maßnahmen ergreifen muss, um die Finanzsituation der GKV zu konsolidieren.

Allerdings begegnet der Gesetzentwurf in seiner konkreten Ausgestaltung erheblichen Bedenken. Insbesondere die grundsätzliche Stoßrichtung ist dabei kritisch zu hinterfragen, da der Fokus auf allein kurzfristigen Entlastungseffekten liegt, während strukturelle Reformansätze zur nachhaltigen Stabilisierung nur begrenzt erkennbar sind. Ohne weitergehende Maßnahmen zur Ausgabensteuerung und zur Stärkung der Einnahmeseite erscheint die langfristige Tragfähigkeit der GKV weiterhin nicht gesichert.

Es gilt das Ziel mit Augenmaß und ausgewogenen Maßnahmen zu erreichen. Die Ausgaben der GKV stellen den wesentlichsten Anteil der Einnahmen der Leistungserbringenden dar. Bei zu drastischen und zu einseitigen Anpassungen und Kürzungen wird die Existenz der Leistungserbringenden bedroht, da auch sie wirtschaftlich arbeiten müssen. Aus Sicht der Wissenschaftsminister/-innen der Länder liegt der Fokus dabei auf der Entwicklung der Universitätskliniken.

Festzustellen ist, dass die im Gesetzesentwurf vorgesehene Einsparungen und Begrenzungen der Vergütung erneut in besonderem Maße die Krankenhausversorgung und hier insbesondere die Krankenhäuser und somit auch die Universitätsmedizin treffen. Dies erfolgt in einer Phase, in der die

wirtschaftliche Situation bereits maximal angespannt ist und bei den Krankenhäusern keine Rücklagen mehr vorliegen.

Nach Angaben des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) können bereits heute 75 % der Universitätskliniken nur defizitär betrieben werden. Alleine für die Universitätskliniken wird damit gerechnet, dass der vorgelegte Gesetzesentwurf zu einer Belastung von rd. 800 Mio. € pro Jahr führen wird. Da bereits jetzt ein überwiegender Anteil der Universitätskliniken erhebliche Verluste erwirtschaftet und auch keine Rücklagen mehr existieren, kann dies nicht aufgefangen werden.

Die Situation in den Landeshaushalten ist ebenfalls angespannt, so dass auch hier keine einfache weitere Übernahme der anlaufenden Verluste mehr möglich sein wird. Im Raum steht daher als Konsequenz des vorgelegten Entwurfs ein Wegbrechen von dringend benötigten Versorgungs-, Forschungs- und Lehrstrukturen. Dies gilt es für die Bevölkerung in Deutschland zu verhindern, um auch zukünftig eine universitäre Gesundheitsversorgung sicherzustellen.

Universitätskliniken sind ein elementarer Bestandteil der Versorgung. Ohne sie ist Lehre, Forschung, Translation und damit der Fortschritt in der medizinischen Versorgung nicht möglich. Universitätskliniken kommt als Einrichtungen der Maximalversorgung eine tragende Rolle sowohl in der Gesundheitsversorgung als auch in Krisen- oder Bündnisfällen zu. Als Bestandteil der kritischen Infrastruktur ist es von wesentlicher Bedeutung, dass das Vorhalten bestimmter Behandlungskapazitäten nicht gefährdet ist.

Gerade in Universitätskliniken werden Patienten/-innen mit schweren, seltenen oder komplexen Erkrankungen behandelt. Zudem zeigt sich im Zusammenspiel mit der Versorgung in Hochschulambulanzen, wie die angestrebte Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung gelingen kann. Der vorliegende Gesetzentwurf gefährdet unmittelbar die dauerhafte Versorgung der Bevölkerung, da er zu einer starken Unterfinanzierung bei den Leistungserbringern führen wird.

Besonders hervorzuheben sind dabei die Begrenzungen der Vergütungsanstiege beim Landesbasisfallwert und bei den Hochschulambulanzen, sowie weiterhin die geplanten Begrenzungen und Kürzungen beim Pflegebudget, die Veränderungen bei den Prüfquoten des MD und der Schwellenwerte sowie die Einführung eines verbindlichen Zweitmeinungsverfahrens. Mit dem vorliegenden Papier soll auf diese Aspekte näher eingegangen werden, verbunden mit Vorschlägen zu möglichen Anpassungen.

Zu den Punkten im Einzelnen:

Begrenzung der Vergütungsanstiege (Art. 1 Nr. 25 und Art. 3 Nr. 2 u. Nr. 6):

Neuregelung

Ein wesentlicher Aspekt des Gesetzentwurfes ist die zukünftige Begrenzung der Vergütungsanstiege der Krankenhäuser durch eine Deckelung. Dies soll durch die Aufgabe der sogenannten „Meistbegünstigungsklausel“ erfolgen, indem die Krankenhausvergütung maximal um den Veränderungswert steigen kann, selbst wenn die realen Kosten der Krankenhäuser (Orientierungswert) darüber liegen. Auch für die Psychiatrie werden die Vergütungen entsprechend begrenzt.

Position

Dieses Vorhaben ist aus Sicht aller Krankenhäuser und insbesondere der Hochschulkliniken hochproblematisch, da es ein unzutreffendes Verständnis der Krankenhausfinanzierung aufzeigt. Auch die bisher gültige Regelung stellt keinen Automatismus für den Vergütungsanstieg dar, sondern bildet lediglich eine Obergrenze für die Verhandlungen des Landesbasisfallwertes. An diesen Verhandlungen sind bislang und zukünftig neben Krankenhausvertretungen auch die Landesverbände der GKV beteiligt. Im Rahmen dieser Obergrenze wurden in den meisten Fällen der Verhandlungen gemeinsame Ergebnisse erzielt. Wenn diese Ergebnisse nun durch die GKV kritisiert werden, bleibt die eigene Verantwortung hierfür durch die GKV unbeachtet. Es ist unredlich, Vergütungsanstiege durch Verhandlungen zu akzeptieren und diese Ergebnisse dann zu kritisieren. Es ist vielmehr die Aufgabe der GKV, in diesen Verhandlungen die eigene Finanzlage angesichts knapper werdender Mittel zu vertreten und entsprechend zu verhandeln. Die nunmehr vorgenommene Gesetzesänderung verlagert diese Verantwortung vollständig auf die Krankenhäuser.

Wesentlich zu bedenken ist, dass die vorgesehene Regelung zu einer systematischen Unterfinanzierung der Krankenhäuser führen wird, die sich über die Jahre deutlich verstärken wird. Liegt bei den Krankenhäusern der vom Statistischen Bundesamt rückwirkend ermittelte Kostenanstieg, welcher über den Orientierungswert angegeben wird, über der Veränderungsrate der GKV-Einnahmen, so gilt bisher gemäß der Meistbegünstigungsklausel der Orientierungswert als Höchstwert für die Verhandlungen. Mit der nun vorgesehenen Änderung wird dies aufgehoben. Liegt der Veränderungswert unter dem Orientierungswert, bildet der Veränderungswert die Obergrenze. Ist allerdings

die im Orientierungswert abgebildete Kostenentwicklung der Krankenhäuser kleiner als der allgemeine Kostenanstieg im Veränderungswert, wird wiederum der Orientierungswert zugrunde gelegt. Es gilt also grundsätzlich der niedrigere Wert. In der Vergangenheit hat sich jedoch regelmäßig gezeigt, dass die Kostenanstiege in den Krankenhäusern über den GKV-Einnahmen lagen. Es wird daher zu einer Unterdeckung der realen Krankenhauskosten führen, welche durch fehlende Rücklagen nicht mehr aufgefangen werden können. Verstärkt wird dies dadurch, dass die Basis für das nächste Jahr der bereits zu niedrige Wert ist, was zu einem immer stärkeren Anstieg der ungedeckten Kosten führt. Ergänzend ist für die Jahre 2027 - 2029 eine weitere willkürliche, pauschale und rein normativ begründete Absenkung von einem Prozentpunkt vorgesehen. Das verschärft die finanzielle Situation der Krankenhäuser nochmals und trifft Hochschulkliniken mit ihrem hochkomplexen Leistungsportfolio und entsprechenden Kostenstrukturen in besonderem Maße. Mit der vorgesehenen Systematik der grundsätzlichen Heranziehung des niedrigeren Referenzwertes können Differenzen strukturell nie ausgeglichen werden. Dies zementiert wirtschaftliche Defizite und wird die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser nachhaltig und dauerhaft einschränken. Aktuell befinden sich die Krankenhäuser in einer intensiven und herausfordernden Lage, da der Umstellungsprozess der Krankenhausreform begonnen hat. Den Hochschulkliniken soll künftig eine noch größere Bedeutung zukommen. In einer Phase des Umbruchs, der von großen organisatorischen Herausforderungen und strukturellen Umstellungen geprägt ist, wird sich die mit dem Gesetzentwurf geplante Änderung der Finanzierungssystematik noch deutlich stärker negativ auswirken.

Es muss bedacht werden, dass sich Krankenhäuser nur über die Leistungen finanzieren. GKV-Patientinnen und -Patienten bilden dabei den Großteil der Leistungen ab. Zudem ist auch die Abrechnung der Selbstzahler und Privatversicherten an diese Finanzierungsgrundsätze gebunden. Wenn durch die Gesellschafter die absehbar drastisch ansteigenden Verluste nicht übernommen werden können, droht durch diese Regelung eine starke Zunahme der Insolvenzen. Durch die Übernahme der Verluste erfolgt somit auch eine Verlagerung der Finanzproblematik auf die Kommunen, die freigemeinnützigen und privaten Träger, sowie im Falle der Hochschulkliniken auf die Länder.

Da parallel auch entsprechende Regelungen für die in der Bundespflegesatzverordnung definierte Finanzierung der psychiatrischen Versorgung vorgesehen sind (Art. 5 Nr. 1), werden alle Bereiche der Hochschulkliniken von den Vergütungsbegrenzungen erfasst. Vielfach übernehmen die Hochschulkliniken gerade im Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung die

umfassende Versorgung komplexer psychiatrischer Fälle. Eine Begrenzung der Vergütung in diesem Bereich, der ohnehin durch einen erheblichen Angebotsmangel geprägt ist, wirkt sich erheblich auf die Versorgung aus.

Die Konsolidierung der GKV wird daher zu einem wesentlichen Teil durch die Übernahme der Verluste in anderen Bereichen finanziert. Jedoch sind bei den Krankenhäusern und deren Trägern die finanziellen Reserven aufgrund der ohnehin schon mangelhaften Finanzierung der vergangenen Jahre aufgebraucht. Krankenhäuser werden gezwungen sein, auf diese Anpassungen mit einer Einschränkung der Versorgung zu reagieren, um Verluste zu begrenzen. Es drohen lange Wartezeiten, erhebliche Probleme in der Versorgung von Patientinnen und Patienten und ein hoher Kostendruck für die Beschäftigten. Diese Rahmenbedingungen werden die Attraktivität der Gesundheitsberufe trotz eines bereits bestehenden erheblichen Fachkräftemangels weiter reduzieren. Darüber hinaus ist auch die Ausbildung von ärztlichen Berufen und Gesundheitsfachpersonal bedroht, wenn Hochschulkliniken Leistungen einschränken oder nicht mehr vollständig anbieten können. Es gilt, dies unbedingt zu vermeiden, um keine nachhaltigen Probleme im Gesundheitswesen zu schaffen, die künftig nicht mehr kurzfristig korrigierbar sind.

Anpassungsbedarf

Wenn der Anstieg der Vergütungen im Krankenhaus begrenzt werden soll, sollte dabei weiterhin auf die Eigenverantwortlichkeit der GKV gesetzt werden. D.h., die Meistbegünstigungsklausel sollte wie bisher bleiben und lediglich der Modus der Verhandlungen zum Landesbasisfallwert angepasst werden. Um hier die GKV in der Verhandlung zu unterstützen, könnte im § 10 Abs. 3 KHEntgG folgende neue Nr. 8 eingefügt werden:

die Entwicklung der Einnahmen der GKV.

Die in Artikel 3 vorgesehenen Anpassungen der Bundespflegesatzverordnung sind ersatzlos zu streichen.

Gefährdung der Hochschulambulanzen (Art. 1 Nr. 43):

Neuregelung

Die Hochschulambulanzen (HSA) stellen eine ganz besondere, einmalige Versorgungsform dar. Sie bieten ein einmaliges Angebot, welches in dieser Form nicht noch einmal im Gesundheitswesen

angeboten wird. In diesem Angebot werden Patientinnen und Patienten über die Sektorengrenzen hinweg versorgt, wenn dies auf Grund der Art, der Schwere oder der Komplexität der Erkrankung notwendig ist. Darüber hinaus haben diese Einrichtungen auch eine wesentliche Funktion im Bereich der praktischen Ausbildung. Gerade die Entwicklungen der jüngsten Vergangenheit haben gezeigt, wie wichtig diese besondere Behandlungsform ist. In diesem Rahmen wurden z.B. in den Hochschulkliniken Long-Covid-Ambulanzen aufgebaut, die nun wesentlich dazu beitragen, eine Versorgung für dieses besondere Krankheitsbild sicherzustellen. Die HSA sind daher neben den bereits dargestellten Aspekten ein wichtiger Faktor, um die ambulante Versorgung weiterzuentwickeln.

Positionierung / Anpassungsbedarf

Mit den vorgesehenen Änderungen im Art. 1 Nr. 43 (§ 120 SGB V) soll die Vergütung dieser Behandlungsform auf Basis der Grundlohnsummenentwicklung gedeckelt werden. Wie bereits im Bereich der Meistbegünstigungsklausel dargestellt, führt diese Deckelung zu einer immer stärkeren Unterdeckung der Kosten. Zwangsläufig wird dann dieses Angebot sukzessive zurückgefahren und ggf. ganz eingestellt. Dies wäre ein erheblicher Verlust für die Versorgungsqualität. Die vorgesehene Änderung sollte daher ersatzlos gestrichen werden. Schon jetzt unterliegt dieser Bereich den Verhandlungen vor Ort. In diesen Verhandlungen können die Vertreter der Gesetzlichen Krankenversicherungen dafür Sorge tragen, dass die Vergütungsanstiege in einem angemessenen Rahmen bleiben. Hierzu ist keine gesetzliche Anpassung notwendig.

Begrenzungen und Kürzungen beim Pflegebudget (Art. 3 Nr. 3):

Neuregelung

Mit dem Gesetzentwurf ist vorgesehen, dass ab dem Jahr 2027 das Pflegebudget des jeweiligen Vorjahres die Grundlage für das des Folgejahres bilden wird. Steigerungen des Pflegebudgets sind ab 2027 nur noch maximal in der Höhe des Veränderungswertes möglich. Ausnahmen hiervon sind nur in geringfügigen Umfang möglich. Weiterhin ist vorgesehen, dass Mehrkosten nicht mehr ausgeglichen werden, Minderkosten aber vollständig zurückgezahlt werden müssen. Die pflegeentlastenden Maßnahmen sollen ab 2027 vollständig entfallen.

Positionierung

Das Pflegebudget wurde mit der Zielsetzung eingeführt, eine gute Personalausstattung der Krankenhäuser beim Pflegepersonal zu fördern. Auf Grund dessen wurde auch im Bereich der Pflege

am Bett ein Selbstkostendeckungsprinzip eingeführt. Krankenhäuser wurden ihre Kosten für das Pflegepersonal vollständig refinanziert. Damit entfiel für die Krankenhäuser der wirtschaftliche Anreiz, am Pflegepersonal zu sparen. Dies war eine wichtige und richtige Entscheidung zur Stärkung der Pflege.

Eng damit verbunden war auch eine Ausweitung der Vorgaben für eine Mindestpersonalausstattung. In immer mehr Bereichen der Krankenhäuser wurde ein Verhältnis von Anzahl der Pflegekräfte pro Patientenzahl normativ vorgegeben. Damit wurde der Pflegepersonalbedarf in den Krankenhäusern erheblich erhöht und eine gute pflegerische Qualität sichergestellt. Hochschulkliniken mit ihrem breiten Leistungsspektrum werden mittlerweile nahezu vollständig von diesen Vorgaben erfasst. Trotz des bisher erfolgten Personalaufwuchses in der Pflege ist dennoch festzustellen, dass zahlreiche Krankenhäuser nicht durchgehend die entsprechenden Vorgaben einhalten können. Gerade große Krankenhäuser mit einem großen Leistungsangebot haben bei der Erfüllung Probleme, da angesichts des Fachkräftemangels keine weiteren Arbeitskräfte zur Verfügung stehen. Gerade Hochschulkliniken unternehmen daher beispielsweise bereits erhebliche Anstrengungen, um Pflegepersonal im Ausland zu rekrutieren.

Wenn nun das Pflegebudget faktisch eingefroren wird, wird die Erfüllung der Personalvorgaben zukünftig nahezu unmöglich. Die Personalkostensteigerungen lagen in den vergangenen Jahren aufgrund der Tarifabschlüsse deutlich über den Steigerungen des Veränderungswertes. Wenn diese Kosten künftig nicht mehr refinanziert werden sollen, entkoppeln sich die Personalvorgaben und die daraus entstehenden Kosten zunehmend. Daraus resultiert eine erhebliche Zunahme der Belastung der Pflegekräfte oder eine Leistungseinschränkung durch die Krankenhäuser, um die Personalvorgaben zu erfüllen. Hierbei helfen auch die minimalen Ausnahmen für den Anstieg des Pflegebudgets nicht. Wenn ein Einfrieren des Pflegebudgets politisch gewollt ist, müssten konsequenterweise zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung die Mindestpersonalvorgaben mindestens flexibilisiert werden, damit die Krankenhäuser den Personaleinsatz effizient steuern könnten.

Weiterhin liegt in der vorgesehenen Ausgestaltung eine starke Asymmetrie vor, da Mehrkosten einseitig vom Krankenhaus zu tragen sind, während Minderkosten zurückzuzahlen sind. Damit wird sich mittel- bis langfristig ein konsequentes Absenken des Pflegebudgets ergeben. Weiterhin ist zu beachten, dass mit dieser Regelung politisch eindeutig vorgegeben wird, dass zukünftig auch wieder im Pflegedienst eine stärkere Effizienz gefordert werden muss. Dies wird zwangsläufig zu Lasten der

Pflegekräfte gehen. Dies ist weder im Interesse der Beschäftigten, noch der Krankenhäuser, noch der Länder. Hochschulkliniken sind dabei nochmal besonders betroffen. Sie werden nicht nur flächendeckend von den Personalvorgaben erfasst, sondern haben in Anerkennung der bereits bestehenden Belastung der Pflegekräfte sog. Entlastungstarifverträge vereinbart. Diese enthalten in der Regel höhere Vorgaben hinsichtlich der Pflegepersonalausstattung, da hierbei auch die Komplexität der medizinischen Leistungen berücksichtigt wird. Die vorgesehene Deckelung des Pflegebudgets wird damit Hochschulkliniken und deren Beschäftigte besonders treffen und die Belastung somit eher erhöhen. Dies kann nicht im gesamtgesellschaftlichen Interesse liegen.

Parallel sollen auch die pflegeentlastenden Maßnahmen gestrichen werden. Diese wurden mit der Absicht eingeführt, dass Pflegefachpersonal sich wieder ihrer Hauptaufgabe widmen und von nicht pflege-spezifischen Aufgaben entlastet werden. Damit sollte eine Weiterentwicklung ermöglicht und den Krankenhäusern hierfür entsprechende Mittel zur Verfügung gestellt werden. Wenn dies nun vollständig und ersatzlos gestrichen wird, wird es damit auch keine Weiterentwicklung geben können, da die Krankenhäuser hierfür keine Ressourcen mehr einsetzen können. Technische Maßnahmen oder eine Unterstützung durch die Digitalisierung von Prozessen und die Implementierung von Künstlicher Intelligenz kann durch die Krankenhäuser nicht erfolgen, da hierfür keine Mittel mehr zur Verfügung stehen. Die Tätigkeit im Pflegedienst wird damit konserviert. Neue innovative Prozesse und Erkenntnisse pflegewissenschaftlicher Forschung können somit nicht in die Praxis überführt werden.

Anpassungsbedarf

Im Hinblick auf die sich aktuell in der Umsetzung befindenden Krankenhausreform und die damit verbundene Einführung der Leistungsgruppen sowie die angestrebte Konzentration der Leistungserbringung wird ein Reformbedarf beim Pflegebudget gesehen. Das aktuelle Pflegebudget stellt sich als starr dar und muss stärker an Mengen- und Leistungsentwicklungen orientiert werden. Im Gesetzentwurf sollte daher ein entsprechender Auftrag an den GKV-Spitzenverband und die DKG adressiert werden, das Pflegebudget unter Einhaltung der Selbstkostendeckung mit einem stärkeren Mengen- und Leistungsbezug weiterzuentwickeln. Hierbei ist insbesondere die Komplexität der Leistungserbringung zu beachten und der daraus resultierende Pflegepersonalbedarf genauer abzubilden. Dabei sollte auch berücksichtigt werden, dass zukünftig das Pflegebudget einen größeren Anreiz und mehr Möglichkeiten für die Integration von akademisch ausgebildeten Pflegekräften

enthält. Dies könnte beispielsweise durch einen Zuschlag von bis zur Höhe von 5 % des im Vorjahr jeweils vereinbarten Pflegebudgets für Pflegefachpersonen mit pflegebezogenem Hochschulabschluss in patientennahen Aufgaben der Praxisentwicklung, Evidenzimplementierung, Qualitätssicherung, digitalen Prozessgestaltung, pflegebezogenen Daten- und Evaluationsaufgaben, Anleitung oder der erweiterten pflegerischen Versorgung erfolgen. Ergänzend sind Personalvorgaben dahingehend zu flexibilisieren, dass diese den Pflegepersonalbedarf im gesamten Krankenhaus anhand des Leistungsspektrums und zugrundeliegender tarifvertraglicher Regelungen abbilden (Ganzhausansatz). Diese Anpassung böte bei politischem Willen zudem die Möglichkeit, das Pflegebudget anhand dieses Gesamtpersonalbedarfes auszurichten und erst ab Übererfüllung dieser Personalvorgaben zu begrenzen. Damit würde eine qualitativ hochwertige Pflege sichergestellt, das krankenhausindividuelle Leistungsgeschehen berücksichtigt und das Pflegebudget näher an den realen Bedingungen auf den Stationen orientiert werden.

Veränderungen bei den Prüfquoten des MD und der Schwellenwerte (Art .1 Nr. 66):

Neuregelung

Mit dem Gesetzentwurf wird das Verfahren der Medizinischen Dienste (MD) zur Prüfung der Krankenhausrechnungen angepasst. In der aktuellen Systematik werden die Krankenhäuser, die einen hohen Anteil nicht beanstandeter Abrechnungen aufweisen, seltener durch die Medizinischen Dienste geprüft. Die vorliegenden Änderungen haben das Ziel, dass eine deutliche Anhebung der Prüfquoten sowie eine Erhöhung der Schwellenwerte erfolgt.

Positionierung

Die vorgesehenen Änderungen sind aufgrund von mehreren Aspekten nicht nachvollziehbar und werden daher abgelehnt. Grundsätzlich ist zunächst darauf hinzuweisen, dass in § 17c Abs. 7 KHG derzeit noch ein Prüfauftrag offen ist, welcher einen Bericht der DKG und des GKV-Spitzenverband u.a. hinsichtlich der Auswirkungen der entsprechenden Regelungen bis zum 30.06.2026 vorsieht. Die nun vorgelegten Änderungen überraschen daher, da sie den Ergebnissen dieses Berichtes vorgeifen und ihn insofern obsolet machen. Sofern der Bundesregierung die Ergebnisse dieses Berichtes vorliegen, sollten diese öffentlich dargestellt werden. Andernfalls erscheint es nicht

nachvollziehbar, warum dieser Evaluation vorgegriffen werden soll und die grundlegenden Bedingungen bereits angepasst werden.

Die deutlichen Erhöhungen der Prüfquoten sowie die Anhebung des Schwellenwertes bedeuten eine deutliche Ausweitung des Prüfgeschehens in den Krankenhäusern. Damit verbunden wird ein deutlicher Anstieg des bürokratischen Aufwandes bei der GKV, den MD und den Krankenhäusern, was zu erhöhten Kosten führen wird. Diesen Anstiegen stehen einseitige Ausgabenreduzierungen der GKV gegenüber, obwohl entsprechende Kosten im Krankenhaus angefallen sind. Am Beispiel der sekundären Fehlbelegung wird dies deutlich. Die sekundäre Fehlbelegung liegt vor, wenn nach Aktenprüfung durch den MD festgestellt wird, dass eine kürzere Verweildauer ausreichend gewesen wäre. Dabei ist jedoch festzustellen, dass dennoch im Krankenhaus bereits die damit verbundenen Kosten entstanden sind. Eine wirkliche Kostenreduzierung und damit Effizienzsteigerung wird somit nicht erreicht. Es werden stattdessen Mehrkosten zulasten der Krankenhäuser entstehen, die nicht mehr für die direkte Patientenversorgung genutzt werden können.

Darüber hinaus binden aufwändige Prüfungen mit Verhandlungsrunden Personal in den Krankenhäusern auf verschiedenen Ebenen. Es ist nicht nachvollziehbar, warum ein Bürokratieabbau im Gesundheitswesen gefordert wird, politisch hingegen zusätzliche Bürokratie geschaffen wird. Der vorliegende Gesetzentwurf lässt Kosteneinsparungen bei der GKV, die aus dem Abbau bürokratischer Hürden entstehen könnten, völlig unbeachtet. Stattdessen werden die Krankenhäuser zusätzlich belastet. Vollkommen außer Acht gelassen werden dabei auch die Auswirkungen auf die Liquidität der Krankenhäuser, da ein erhöhtes Prüfaufkommen auch mit einer verzögerten Begleichung der Abrechnungen verbunden ist.

Festzustellen ist ebenfalls, dass insbesondere die Maximalversorger und die Hochschulkliniken von dieser Anpassung negativ betroffen sein werden. In diesen Einrichtungen erfolgen die Versorgung und Behandlung von besonders komplexen Fällen. Einhergehend mit dieser Komplexität der Behandlungen steigt auch die Komplexität der Abrechnung, woraus wiederum umfassendere Prüfungen folgen werden. Grundsätzlich ist das Abrechnungssystem in den letzten Jahren immer komplexer geworden. Damit einher geht eine abnehmende Abgrenzung zwischen der Abrechnung einzelner Leistungen. Eine bewusste Falschabrechnung durch die Hochschulkliniken ist nicht zu beobachten. Vielmehr resultieren hieraus intensive und aufwändige Diskussionen um die Kodierung der

abgerechneten Leistungen. Im Wesentlichen führt dies dazu, dass mehr Aufwendungen in die Dokumentation, Abrechnung und deren Überprüfung durch MD und GKV fließen.

Anpassungsbedarf

Wenn es das Ziel sein sollte, das System zu verbessern, Kosten auf allen Seiten zu reduzieren und auch Bürokratie abzubauen, sollte das Vergütungs- und Abrechnungssystem deutlich vereinfacht werden. Hierzu sollte ein entsprechender Auftrag an den GKV-Spitzenverband und die DKG erfolgen, der zum Ziel hat, das Abrechnungssystem zu vereinfachen.

Einführung eines verbindlichen Zweitmeinungsverfahrens (Art. 1 Nr. 10):

Neuregelung

Die entsprechende Änderung des § 27b SGB V durch Art. 1 Nr. 10 sieht vor, dass eine sukzessive Einführung eines verbindlichen Zweitmeinungsverfahrens für mengenanfällige Eingriffe erfolgt. Wenn ein entsprechender Eingriff durchgeführt wird, ohne dass die Zweitmeinung vorliegt, entfällt der Vergütungsanspruch der erbringenden Einrichtung.

Positionierung

Grundsätzlich ist es zu begrüßen, wenn eine Stärkung der Patientenautonomie erfolgt und diese zu einer überlegten und abgewogenen Entscheidung geführt werden. Jedoch gilt es dabei abzuwägen, dass mit den Maßnahmen keine zu starken Nachteile verbunden sind. Bei einem verpflichtenden Zweitmeinungsverfahren gilt es kritisch abzuwägen, ob die notwendigen Zweitmeinungen in einem angemessenen Zeitrahmen und bei einer angemessenen Entfernung einholbar sind. Dies ist angesichts der knappen fachärztlichen Kapazitäten höchst fraglich. Es besteht die Gefahr, dass es durch das Zweitmeinungsverfahren zu Wartezeiten kommt, aus denen schließlich verzögerte medizinische Behandlungen - möglicherweise dringender Eingriffe - resultieren. Für die Patientinnen und Patienten kann es schwierig werden, eine entsprechende Zweitmeinung einzuholen.

Weiterhin muss auch abgewogen werden, ob die Maßnahme ein gutes Verhältnis von Kosten und Nutzen hat. Durch das Zweitmeinungsverfahren entsteht ein zusätzlicher Aufwand und Bürokratie, welcher sich zunächst in höheren Kosten für die GKV niederschlagen wird. Offen bleibt demgegenüber, ob es wirklich zu einer deutlichen Reduzierung der Eingriffe kommt. Um dies vor einer so starken Änderung vorab zu prüfen, wird daher empfohlen zunächst eine wissenschaftliche Evaluation

des bisherigen Zweitmeinungsverfahrens und dessen Auswirkungen abzuwarten. Derzeit evaluiert die Medizinische Hochschule Brandenburg in Zusammenarbeit mit der revFLect GmbH, ob und in welchem Maße die Zweitmeinungsrichtlinie des G-BA die festgelegten Ziele erreicht oder ob, in welchem Ausmaß und in welcher Weise die Richtlinie ggf. nicht intendierte Folgen hat. Auf Basis dieser Ergebnisse sollte dann das bisherige Zweitmeinungsverfahren angepasst werden.

Anpassungsbedarf

Vor diesem Hintergrund wird auch darauf hingewiesen, dass in der stärkeren Patientensteuerung und -begleitung auch ein großes Einsparungspotential für die GKV gesehen wird, ohne negative Konsequenzen. Hierdurch kann konsequent eine bestmögliche Versorgung sichergestellt werden und eine bestmögliche Behandlung sichergestellt werden. Hierzu sollte daher eine entsprechende gesetzliche Änderung erfolgen.

Fazit

Das Gesetz löst die zugrunde liegenden Probleme nicht, sondern verschiebt die Finanzierungsproblematik im Wesentlichen auf andere Ebenen. Für den Krankenhaussektor werden dies die Träger sein, also auch die Kommunen und Länder. Deren Haushalte werden bei einer Umsetzung zukünftig noch deutlich stärker belastet werden.

Im Sinne einer zielgerichteten Stärkung der Gesundheitsversorgung sollte die strukturelle Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft und aller Versorgungsbereiche vorangetrieben werden. Nur so kann gewährleistet werden, dass die angestrebte Beitragsstabilisierung nicht zu einer Schwächung zentraler Versorgungsstrukturen führt, wodurch wiederum die Kosten der geplanten Krankenhausreform steigen könnten.

Zudem sollten die zur Beitragsstabilisierung der GKV zweifelsohne notwendigen Maßnahmen gleichmäßig und gerecht verteilt werden. Die Erhöhung der monatlichen Beitragspauschale für die Beziehenden von Grundsicherung aufwachsend ab dem Jahr 2027 ist deshalb nur ein erster Schritt in die richtige Richtung, wenn dieser auch hinter den Erwartungen weit zurücksteht. In diesem Zusammenhang ist die Reduzierung des Bundeszuschusses an den Gesundheitsfond ab dem Jahr 2027 allerdings kritisch zu hinterfragen. Versicherungsfremde Leistungen sind gesamtgesellschaftliche Aufwände, die nicht allein von den Beitragszahlenden in die GKV, sondern von der Gesamtheit der Steuerzahlenden zu leisten sind.

Ganz wesentlicher Faktor sollte die deutliche Stärkung der Prävention sein. Sie wird der Schlüssel sein, um die zukünftigen Kosten zu reduzieren, da sie die Krankheitslast deutlich reduzieren kann. Es sollte zwingend der Ansatz „make the healthier choice the easier choice“ verfolgt werden. Ergänzend sollte über Möglichkeiten diskutiert werden, gesundheitlich schädliche Konsumprodukte durch zusätzliche Besteuerung unattraktiver zu machen. Die dadurch generierten staatlichen Einnahmen könnten ggf. zur langfristigen Stabilisierung der GKV-Beiträge dienen und diese stützen. Vor diesem Hintergrund wird die geplante Einführung einer Abgabe auf zuckergesüßte Getränke positiv gesehen, da hier neben der Einnahmeerhöhung für die GKV ein präventiver Effekt für die Gesundheit, insbesondere auch bei Kindern und Jugendlichen zu erwarten ist. Es sollte jedoch sichergestellt werden, dass die damit generierten Einnahmen auch tatsächlich dem GKV-System zugutekommen.

Grundsätzlich müssen im Gesamtkontext der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems die Belange und Besonderheiten der Universitätskliniken deutlich stärker als bisher in die Betrachtung einbezogen werden.

Die Wissenschaftsministerien der Länder stehen hier für Austausch und Beratung zur Verfügung, um gemeinsam zu versuchen bei all der Komplexität eine für alle Seiten tragbare Lösung zu erarbeiten. Gemeinsames Ziel aller Akteure ist es, eine gute Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung in Deutschland jetzt und zukünftig bei angemessenen Beiträgen sicherzustellen.

10. Juni 2026