



Deutscher Evangelischer  
Krankenhausverband e.V.

Im Verbund der  
**Diakonie** 

## Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)

Der Deutsche Evangelische Krankenhausverband e. V. (DEKV) nimmt zum vorliegenden Referentenentwurf vom 16. April 2026 Stellung.

Die für die Verbände vorgesehene Frist zur Stellungnahme ist angesichts der Tragweite und Komplexität des vorliegenden Gesetzesentwurfs deutlich zu kurz bemessen. Der Entwurf enthält zentrale Regelungen mit erheblicher Auswirkung auf die Versorgung und Finanzierung im Krankenhausbereich, deren Bewertung eine sorgfältige fachliche Prüfung erfordert. Gerade weil bei vielen Vorschriften die konkrete Ausgestaltung im Detail entscheidend ist, besteht die Gefahr, dass unter den gegebenen zeitlichen Rahmenbedingungen wesentliche Aspekte nicht hinreichend gewürdigt werden können. Vor diesem Hintergrund konzentrieren sich die fachlichen Anmerkungen des DEKV im Rahmen dieser Stellungnahme auf ausgewählte zentrale Punkte. Weitere Aspekte sowie vertiefende Anpassungsvorschläge werden wir im parlamentarischen Verfahren aufgreifen und einbringen.

Die evangelischen Krankenhäuser übernehmen Verantwortung für eine qualifizierte medizinische und pflegerische Versorgung der Menschen in unserem Land. Ihr Handeln ist vom christlichen Menschenbild und vom diakonischen Auftrag geprägt. Der DEKV erkennt die finanzpolitische Herausforderung ausdrücklich an. Nicht jede Kürzung ist per se falsch. Falsch wäre jedoch eine Sparpolitik, die den Krankenhäusern Mittel entzieht, ohne ihnen zugleich die Möglichkeit zu geben, wirtschaftlich tragfähige Strukturen zu entwickeln. Genau darin liegt derzeit die Gefahr.

Die Einsparvorschläge berühren den Krankenhausbereich in einer Phase tiefgreifender Umstrukturierung durch die Krankenhausreform. In dieser Lage sind pauschale Kürzungen besonders problematisch. Wer Konsolidierung will, muss Bedingungen schaffen, unter denen Krankenhäuser effizienter arbeiten können: mit weniger Bürokratie, mehr Flexibilität, mehr sektorenübergreifender Versorgung, verlässlicher Finanzierung pflegerischer und medizinischer Leistungen sowie einer fairen Lastenverteilung zwischen Beitrags- und Steuerfinanzierung. Andernfalls droht ein kalter Strukturwandel, der weder gesundheitspolitisch gewollt noch sozial verantwortbar ist.

## **1. Veränderung der Regelungen (§6 KHEntgG) zur Ermittlung des Veränderungswertes und zur Tarifraterate für eine dauerhafte Umsetzung einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik im Krankenhausbereich**

Der Vorschlag ist in seiner vorgesehenen Ausgestaltung für die Krankenhäuser unmittelbar bestandsgefährdend.

Es entsteht eine Finanzierungslücke, die nicht nur strukturell angelegt ist, sondern sich mit der Zeit weiter ausweitet. Grund dafür ist, dass die realen Kostensteigerungen der Krankenhäuser nicht angemessen in der Vergütung berücksichtigt werden. Schon das derzeitige System sorgt dafür, dass die Erlösentwicklung hinter den tatsächlichen Kosten zurückbleibt. Vor diesem Hintergrund fehlt den geplanten Kürzungen eine sachliche Notwendigkeit. Sie erscheinen weniger als begründete Maßnahme, sondern eher als willkürlicher Eingriff.

Häufig wird in diesem Zusammenhang auf erwartete Effizienzgewinne verwiesen. Diese bleiben im Entwurf jedoch weitgehend abstrakt. Weder werden sie quantifiziert noch durch konkrete Reformmechanismen unterlegt. Effizienzgewinne entstehen nicht durch pauschale Kürzungen, sondern durch gezielte strukturelle Verbesserungen. Zugleich werden bestehende Effizienzpotenziale im Krankenhausbereich durch regulatorische Vorgaben und hohe bürokratische Anforderungen vielfach gehemmt. Krankenhäuser müssen die Möglichkeit erhalten, durch den Abbau von Überregulierung, effizienter zu arbeiten. Ansonsten bleibt der Verweis auf Effizienz ein rein legitimatisches Argument. Hinzu kommt ein zeitlicher Versatz bei der Berücksichtigung von Kostenentwicklungen. Gerade dieser Nachlauf führt dazu, dass insbesondere Tariflohnsteigerungen regelmäßig nicht vollständig ausgeglichen werden. Die Abschaffung von Instrumenten wie der Tarifraterate und der Meistbegünstigungsklausel verschärft die Lage zusätzlich.

Am Ende steht eine Entwicklung, bei der sich Kosten- und Vergütungsdynamik zunehmend voneinander lösen. Das schwächt die finanzielle Stabilität der Krankenhäuser spürbar. Die vorgesehenen Regelungen laufen damit auf eine Sparmaßnahme hinaus, deren Begründung nicht trägt und deren Last einseitig bei den Kliniken liegt.

### **Änderungsvorschlag**

Die vorgesehene Bindung der Vergütungsentwicklung an den Orientierungswert oder die niedrigere Grundlohnrate darf nicht als starre absolute Obergrenze ausgestaltet werden. Der geplante Abschlag von jeweils 1 Prozentpunkt in den Jahren 2027 bis 2029 ist zu streichen.

Die volle Refinanzierung von Tarifsteigerungen darf nicht entfallen.

### **Begründung**

Krankenhäuser tragen in erheblichem Umfang Kosten, die kurzfristig weder disponibel noch beliebig absenkbar sind. Dazu zählen insbesondere Personalkosten mit Tarifentwicklungen, Kosten für medizinischen Bedarf, Energie- und andere Sachkosten, Ausgaben für IT- und Cybersicherheit sowie gesetzlich oder untergesetzlich vorgegebene Qualitätsanforderungen. Werden Vergütungssteigerungen dauerhaft unter diese Kostenentwicklungen gedrückt, entsteht eine strukturelle Unterfinanzierung.

Der DEKV schlägt deshalb vor, Ausnahmen für nachgewiesene Mehrkosten ausdrücklich zuzulassen, insbesondere für:

- Tarifsteigerungen,
- gesetzliche Qualitätsvorgaben,
- Notfall- und Vorhaltekosten,
- regionale Besonderheiten der Grund- und Regelversorgung,
- Fachkliniken, besondere Einrichtungen, Geburtshilfe, Pädiatrie und Psychiatrie.

Notwendig ist darüber hinaus eine Härtefallregelung für bedarfsnotwendige Krankenhäuser und Spezialversorger erforderlich. Auch regionale Kriterien müssen berücksichtigt werden.

Bei einem Wegfall der vollständigen Tarifierfinanzierung ist eine systematisch größer werdende Finanzlücke zwischen unvermeidlich entstehenden Personalkosten und Erlösen zu erwarten. Dieses System hat bereits in der Vergangenheit erheblich zu den wirtschaftlichen Problemen der Krankenhäuser beigetragen. Es wurde erst mit dem zum 1. Januar 2025 in Kraft getretene Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) endgültig beseitigt.

## **2. Begrenzung Pflegebudget (§ 6a KHEntgG)**

Der DEKV lehnt die vorgesehene Begrenzung des Pflegebudgets im bestehenden System ab, unterstützt jedoch ausdrücklich eine strukturelle Neuordnung der Pflegefinanzierung im Sinne einer Rückführung der Pflegepersonalkosten in das DRG-System.

Die vorgesehene Deckelung des Pflegebudgets auf den Veränderungswert, die mit einer zusätzlichen Absenkung um einen Prozentpunkt in den Jahren 2027 und 2028 verbunden wird, ist in der vorliegenden Form abzulehnen. Der Entwurf behebt die strukturellen Probleme nicht, sondern beschränkt lediglich dessen Wachstum, während Fehlanreize des bestehenden Systems fortbestehen.

Hinzu kommt eine zweite, nicht quantifizierbare Erlösreduktion: Ab 2026 sollen Tätigkeiten ohne unmittelbaren Patientenbezug aus der Refinanzierung herausgenommen werden. Diese Regelung ist pflegfachlich und rechtlich unscharf definiert. Sie wirkt rückwirkend in laufende Budgetvereinbarungen hinein und erzeugt in Kombination mit der Deckelung einen doppelten, für die Krankenhäuser nicht planbare Mindererlöse.

Schwerwiegend ist zudem der Widerspruch zur laufenden Krankenhausstrukturreform: Das Pflegebudget wird am Basisjahr 2026 und damit vor Einführung der Leistungsgruppen fixiert. Häuser, die durch die Strukturreform Leistungen konzentrieren und dadurch mehr Fälle mit höherem Pflegebedarf versorgen, können diesen wachsenden Bedarf aus einem starren Budget nicht finanzieren.

### **Änderungsvorschlag**

Der DEKV fordert in grundsätzlicher Übereinstimmung mit der Empfehlung Nr. 27 der Finanzkommission Gesundheit die Pflegepersonalkosten ab 2027 wieder in das DRG-System zu überführen und die Zweckbindung des separaten Pflegeanteils aufzuheben. Konkret sind folgende Maßnahmen umzusetzen:

- Wiedereingliederung der Pflegepersonalkosten in das DRG-System ab 2027 durch Anpassung von § 17b Abs. 4 KHG und § 6a KHEntgG,
- Neukalkulation der DRG-Kostengewichte durch das InEK unter vollständiger Einbeziehung der Pflegepersonalkosten,
- Bürokratische Instrumente wie die PPR 2.0 sind auszusetzen und Dokumentationsaufwände auf ein Mindestmaß zu reduzieren, um Kapazitäten für die Patientenversorgung freizusetzen,
- Perspektivisch sollten Pflegeleistung stärker an Versorgungsqualität und -ergebnissen gemessen werden, etwa anhand bundeseinheitlicher Qualitätsindikatoren.

### **Begründung**

Pflege ist wesentliche Voraussetzung einer qualitativ hochwertigen und menschlichen Krankenhausversorgung. Für evangelische Krankenhäuser ist eine am individuellen Bedarf orientierte Pflege zudem Ausdruck ihres diakonischen Auftrags.

Der Entwurf behandelt Symptome, nicht Ursachen. Das strukturelle Problem des seit 2020 geltenden Pflegebudgets liegt im Prinzip des Ist-Kostenausgleichs: Kostensteigerungen werden automatisch refinanziert, Effizienzgewinne führen zu einer Absenkung der künftigen Budgetbasis.

Der Anstieg der Pflegepersonalkosten ist nicht nur Folge ineffizienter Mittelverwendung, sondern auch Ergebnis bewusst verbesserter Versorgungsstandards, besserer Arbeitsbedingungen und tariflicher Anpassungen. Eine pauschale Begrenzung ignoriert folgende strukturellen Treiber:

- Überdurchschnittliche Tarifabschlüsse in der Pflege, die im Wettbewerb um knappes Fachpersonal erforderlich waren,
- Vorgaben zur Mindestbesetzung (PpUG, PPR 2.0), die Personalmehraufwand erzwungen haben,
- Strukturelle Verschiebungen hin zu mehr Teilzeitbeschäftigung,
- Erhöhte Fallschwere in Häusern mit spezifischem Versorgungsauftrag.

Damit trifft eine pauschale Deckelung Krankenhäuser, die das Pflegebudget sachgerecht und qualitätsorientiert eingesetzt haben, ebenso wie solche mit tatsächlichem Effizienzpotenzial. Das Instrument ist strukturell zu undifferenziert.

Vor dem Hintergrund weiterhin überdurchschnittlicher Tarifabschlüsse ist absehbar, dass sich das refinanzierbare Pflegepersonal mittelfristig auf das Niveau der Pflegepersonaluntergrenzen reduziert. Die PpUG sichern jedoch lediglich Mindeststandards – Spielräume für Qualifikationsmix, akademisierte Pflege und Weiterentwicklung entfallen damit weitgehend.

Die Rückführung in das DRG-System hingegen koppelt das Budget automatisch an den tatsächlichen Case Mix des jeweiligen Hauses. Damit entfällt der Widerspruch zur Krankenhausstrukturreform: Häuser, die durch Leistungskonzentration mehr Fälle mit höherem Pflegebedarf übernehmen, erhalten automatisch eine höhere Vergütung. Die jährliche Systemanpassung durch das InEK stellt sicher, dass sich veränderte Versorgungsrealitäten in den Bewertungsrelationen niederschlagen. Verbindliche PpUG verhindern, dass die Reform zu einem Abbau unter das medizinisch notwendige Maß führt.

### **3. Entfall der zusätzlichen Finanzierung pflegeentlastender Maßnahmen (§ 6a KHEntgG)**

Ein vollständiger Wegfall der Finanzierung pflegeentlastender Maßnahmen ist nicht sachgerecht.

#### **Änderungsvorschlag**

Die bisherige pauschale Finanzierung sollte nicht ersatzlos gestrichen, sondern in ein pflegeinnovatives Fördermodell überführt werden.

#### **Begründung**

Pflegeentlastung ist in der Versorgungspraxis kein Randthema. Servicepersonal, Stationsassistenten, digitale Dokumentationshilfen, Transport- und Logistiklösungen oder verbesserte Patientensteuerung können Pflegekräfte wirksam entlasten. Ein ersatzloser Wegfall würde Innovationen bremsen oder verhindern, die die Personalknappheit im Alltag abfedern helfen. Die Pauschalregelung sollte eine unbürokratische Lösung schaffen und die Verhandlungen vor Ort erleichtern. Ein Wegfall dieser pauschalen Finanzierung würde die Profession Pflege zusätzlich belastet werden. Gleichzeitig führt der Wegfall pflegeentlastender Maßnahmen zu zusätzlichem Druck, da digitale Dokumentation, unterstützendes Personal und technische Hilfsmittel nicht mehr refinanziert werden. Einsparungen beim Personal dürfen nicht mit dem Abbau von Maßnahmen einhergehen, die effizienten Personaleinsatz überhaupt erst ermöglichen. Die pflegeentlastenden Maßnahmen in Höhe von 2,5 % des Pflegebudgets müssen daher erhalten bleiben.

### **4. Anpassung der Prüfquoten und Schwellenwerte bei Krankenhausabrechnungen, Erweiterung des MD-Prüfauftrags und Stärkung des Falldialogverfahrens (275c SGB V)**

Die Änderung wird ausdrücklich abgelehnt.

#### **Änderungsvorschlag**

Vorrangig zu stärken ist das Falldialogverfahren als frühzeitiges, digitales und verbindliches Klärungsinstrument zwischen Kostenträgern und Krankenhäusern. Grundsätzlich sollte sich die Quote nicht an den beanstandeten, sondern an den nachträglich korrigierten Rechnungen orientieren. Ausweitung der Prüfquoten und des Prüfauftrags darf nicht einseitig zu Lasten der Krankenhäuser erfolgen.

#### **Begründung**

Ein pauschal ausgeweiteter Prüfdruck bindet auf Krankenseite wie auf Kostenträgerseite erhebliche Personalressourcen, ohne zwingend zur Versorgungsverbesserung beizutragen. Krankenhäuser stehen bereits jetzt unter großem Druck angesichts der noch jungen Regelungen, dass einmal ausgestellte Rechnungen grundsätzlich nicht mehr korrigiert werden dürfen.

Die Erweiterung des MD-Prüfauftrags im schriftlichen Verfahren darf nicht zu einer Prüfkette des gesamten Falles führen. Maßgeblich sollten nur wesentliche, eindeutig abrechnungsrelevante Auffälligkeiten sein. Zugleich müssen Prüf- und Falldialogergebnisse systematisch genutzt werden, um Dokumentation und Kodierung zu verbessern, statt neue Dauerkonflikte zu erzeugen.

Es ist davon auszugehen, dass die Anhebung der Schwellenwerte zu einer Zunahme gerichtlicher Auseinandersetzungen führen werden. Die damit verbundenen, häufig langwierigen Verfahren

verursachen zusätzliche Kosten, die sowohl die Leistungserbringer als auch die gesetzliche Krankenversicherung belasten. Die Mehrkosten bei der GKV würden mittelbar über Beiträge finanziert und stehen damit im Widerspruch zum Ziel der Kostendämpfung.

Berlin, den 20. April 2026



Christoph Radbruch  
Vorsitzender DEKV

Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V.  
Reinhardtstraße 34, 10117 Berlin  
Tel.: +49 (0)30 200 514 19 0  
Mail: [office@dekv.de](mailto:office@dekv.de), Web: [www.dekv.de](http://www.dekv.de)

-----

Der **Deutsche Evangelische Krankenhausverband e.V. (DEKV)** vertritt mit 180 evangelischen Kliniken an 255 Standorten jedes neunte deutsche Krankenhaus. Die evangelischen Krankenhäuser versorgen jährlich mehr als 1,7 Mio. Patientinnen und Patienten stationär und mehr als 3,7 Mio. ambulant. Das ist bundesweit jeder 10. vollstationäre Patient. Mit über 127.400 Beschäftigten und einem Umsatz von mehr als 12 Mrd. € sind sie ein wichtiger Wirtschaftsfaktor. Der DEKV ist der Branchenverband der evangelischen Krankenhäuser und Mitglied im Evangelischen Werk für Diakonie und Entwicklung e.V. und im Präsidium der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Der DEKV setzt sich insbesondere für eine zukunftsorientierte und innovative Krankenhauspolitik mit Trägervielfalt und Qualitätswettbewerb, verlässliche Rahmenbedingungen für die Krankenhausfinanzierung, eine Modernisierung der Gesundheitsberufe und eine konsequente Patientenorientierung in der Versorgung ein.