

GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz

- Argumentationspapier des BMG mit Kommentaren der DKG -

IV. Leistungserbringer

Krankenhäuser

- Die Ausgaben für die stationäre Versorgung stellen den mit Abstand größten Kostenblock in der GKV:

→ 2025 wurden mehr als 111 Mrd. Euro für Krankenhausbehandlungen ausgegeben.

→ 2024 waren es noch rund 102 Mrd. Euro – ein Plus von fast 10 % in nur einem Jahr.

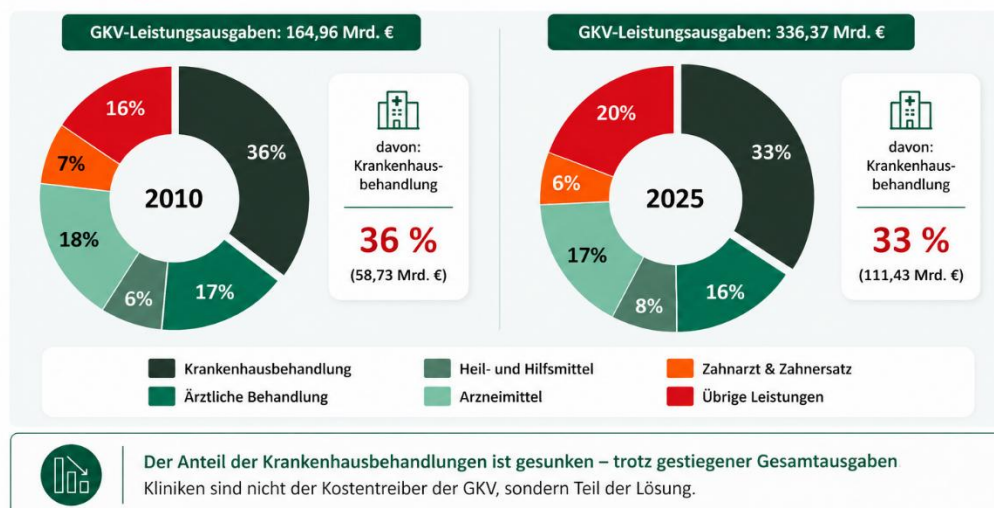
Kommentar DKG

Die Krankenhäuser sind nicht der Kostentreiber der GKV-Ausgaben. Tatsächlich haben die Krankenhäuser in den vergangenen 15 Jahren maßgeblich zur Stabilisierung der GKV-Financen beigetragen. Die amtlichen Statistiken belegen, dass die GKV-Krankenhausausgaben durchschnittlich langsamer angestiegen sind als deren Ausgaben für Arztpraxen, Arzneimittel und für ihren eigenen Verwaltungsapparat. Im Zeitraum der Jahre 2010 bis 2025 ist der Anteil der Krankenhausausgaben an den gesamten GKV-Leistungsausgaben von 35,6 auf 33,1 Prozent gesunken.

Die Kliniken sind nicht der Kostentreiber der GKV!



Der Anteil der Krankenhausbehandlungen an den GKV-Leistungsausgaben ist in den letzten 15 Jahren gesunken.



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (2025): KJ 1-Statistik, KM 1/13-Statistik

Zudem ist zu beachten, dass in dem Block Krankenhausausgaben (111 Mrd. €) die Ausgaben für Arzneimittel im Krankenhaus (rund 9 Milliarden €) inkludiert sind, während diese Ausgaben bei anderen Leistungserbringern gesondert ausgewiesen werden.

Der überproportionale Anstieg der GKV-Ausgaben für die Krankenhausbehandlung im Jahr 2025 in Höhe von 9,6 % ist im Wesentlichen die Folge der Refinanzierung (teils periodenfremder) realer und notwendiger Personal- und Sachkostensteigerungen (Veränderungswert und Tarifraten), politisch gewollter Effekte (Pflegebudget) und des

vom Bund finanzierten Rechnungszuschlags. Korrigiert man den Ausgabenanstieg um diese Effekte liegt der tatsächliche Anstieg der KH-Ausgaben auch 2025 niedriger als der aller GKV-Ausgaben.

- Seit der Umstellung auf einen IST-Kosten-Ausgleich der Pflegepersonalkosten im Jahr 2020 sind die Ausgaben um 67 % gestiegen.
 - Gewünschter Nachholeffekt bei den Löhnen der Pflegekräfte hat stattgefunden - Personalausstattung in der Pflege und in der Folge auch die Arbeitsbedingungen konnten in vielen Bereichen verbessert werden.
 - Gleichzeitig kann ein weiterer, starker Aufwuchs der Ausgaben auf diesem Niveau nicht mehr finanziert werden.

Kommentar DKG

Der starke Ausgabenanstieg seit 2020 ist vor allem ein politisch gewollter Effekt, ausgelöst durch die Einführung des Pflegebudgets: Pflegepersonal wurde aufgebaut (+30%) und Tarifsteigerungen wurden endlich vollständig finanziert. Allein bis 2024 sind rund 46.000 zusätzliche Pflegekräfte in den Krankenhäusern eingestellt worden; gleichzeitig sind die Personalkosten je Vollzeitstelle aufgrund tariflicher Entwicklungen um rund 10.000 Euro gestiegen. Dies kann aber kein Argument sein, jetzt politisch eine Rolle rückwärts zu machen und mit den Kürzungsmaßnahmen einen Personalabbau einzuleiten und die tarifgerechte Refinanzierung der Pflegepersonalkosten zu streichen.

- Auch im Krankenhaus kehren wir zur einnahmeorientierten Ausgabenpolitik zurück. Vergütungsanstiege bei den stationären Leistungen werden auf die tatsächliche Kostenentwicklung (Orientierungswert), maximal jedoch die Grundlohnrate (2027 bis 2029 mit Abschlag von jeweils 1%-Punkt) begrenzt. Die bisher geltende Regelung, dass hierbei stets der höhere Wert zu berücksichtigen ist, wird zurückgenommen.

Kommentar der DKG

*Die Politik kehrt im Krankenhausbereich **nicht** zur einnahmeorientierten Ausgabenpolitik zurück, sondern stellt die Krankenhäuser als einzigen Leistungserbringerbereich noch darüber hinaus substantiell schlechter. Es soll nämlich nicht die Veränderungsrate (Einnahmen der GKV -1%) als Maßstab für die Erlösentwicklung für die Kliniken dienen, sondern vielmehr der in der Vergangenheit vielfach darunter liegende Orientierungswert.*

Die vorgesehene Regelung („Schlechterstellungsklausel“) führt zu einer strukturellen und wachsenden Finanzierungslücke, da tatsächliche Kostensteigerungen der Krankenhäuser nicht ausreichend refinanziert werden. Die bestehende Systematik sichert bereits heute zu, dass die Vergütungen nie stärker steigen können als die tatsächlichen Kostensteigerungen der Krankenhäuser. Dies zeigen auch die konkreten Steigerungen der Landesbasisfallwerte in den letzten Jahren, denn zwischen 2022 und 2025 sind die Preise der Kliniken um 3,66% geringer gestiegen als die vom Statistischen Bundesamt festgestellte „Krankenhausinflationsrate“, der Orientierungswert.

Die Finanzkommission begründet ihre scharfen Kürzungen bei den Kliniken mit falschen Zahlen



Kosten-Erlös-Schere seit 2022		
Jahr	STATIS Statistisches Bundesamt	GKV
2022	6,07 %	2,32 %
2023	6,95 %	4,43 %
2024	4,24 %	5,93 %
2025	2,98 %	4,36 %
Summe (indexiert)	21,78 %	18,12 %



Kostenanstieg

versus

Erlösanstieg

= -3,66 %



Bei den Krankenhäusern gibt es keine Übergewinne, die man abschöpfen kann.
Die Regierung treibt die Kliniken noch tiefer in die roten Zahlen!

- Die erst 2024 erfolgte Gesetzesanpassung zur vollen Refinanzierung der Tarifsteigerungen in allen Berufsgruppen hat dazu geführt, dass Tarifierhöhungen vollständig an die Beitragszahler weitergereicht werden konnten.
 - Tarifsteigerungen, die die Obergrenze übersteigen, sollen im Krankenhausbereich wie bis 2024 nur noch zur Hälfte vergütungserhöhend berücksichtigt werden können.
 - Damit erreichen wir, dass weiterhin faire Löhne gezahlt werden aber zugleich auch die Refinanzierbarkeit wieder stärker in die Tarifverhandlungen einfließen.

Kommentar der DKG

Es ist falsch, dass Tarifsteigerungen in der Vergangenheit vollständig an die Beitragszahler weitergereicht werden konnten, da die Tarifraten zum einen nicht alle Tarifelemente berücksichtigt (keine Urlaubstage, Freizeitausgleiche etc.) und zum anderen nur die Leittarifwerke (TVöD und TV-Ärzte VKA) berücksichtigt werden können. Die Tarifraten sind ein zentrales Instrument, um tarifbedingte Personalkostensteigerungen oberhalb des Veränderungswertes vollständig zu refinanzieren, und damit für die wirtschaftliche Stabilität der Krankenhäuser unverzichtbar. Ohne dieses Instrument droht eine erneute systematische Unterfinanzierung der Personalkosten, wie sie bereits in der Vergangenheit zu erheblichen Defiziten beigetragen hat. Die Annahme, bestehende Mechanismen wie Orientierungswert und Veränderungswert würden eine ausreichende Refinanzierung gewährleisten, ist unzutreffend, da diese lediglich eine Obergrenze setzen und keinen automatischen Ausgleich sicherstellen. Zudem basiert der Veränderungswert auf rückblickenden Daten und verstärkt dadurch zeitliche Verzerrungen bei der Finanzierung aktueller Kostensteigerungen.

- Auch beim individuell verhandelten Pflegebudget der Krankenhäuser gilt: Steigerungen sind zukünftig grundsätzlich nur bis zur maßgeblichen Obergrenze möglich, also der tatsächlichen Kostenentwicklung oder der Grundlohnrate (in den Jahren 2027 bis 2029 abzüglich minus 1 Prozentpunkt).
 - Ausnahmen: Zusätzliches Personal, das zur Erfüllung von bestimmten Personalvorgaben (insbesondere durch Gesetz, Verordnung oder G-BA) benötigt wird, soll auch weiterhin voll refinanziert werden; auch die hälftige Berücksichtigung der Tarifsteigerungen kann sich erhöhend auswirken.

Kommentar der DKG

Die geplanten Neuregelungen zum Pflegebudget bedeuten einen grundlegenden Systemwechsel. Das bisherige Selbstkostendeckungsprinzip soll ab 2027 aufgegeben und durch ein an das Vorjahresbudget anknüpfendes, über den Veränderungswert gedeckeltes System ersetzt werden. Mehrkosten sollen künftig nicht mehr ausgeglichen werden, während Minderkosten weiterhin vollständig budgetwirksam werden. Damit entsteht ein einseitiger Anpassungsmechanismus nach unten, der die Krankenhäuser faktisch zu einer strategischen Unterschreitung ihrer Budgets zwingt. Steigende Löhne, strukturelle Veränderungen und reale Mehrbedarfe werden künftig grundsätzlich nicht mehr sachgerecht abgebildet. Die Folge ist ein erheblicher Druck zur Unterschreitung der Budgets, weil jede Überschreitung wirtschaftlich zulasten der Krankenhäuser geht, während Unterschreitungen systematisch verfestigt werden.

Besonders problematisch ist, dass diese Deckelung unabhängig von der künftigen Leistungsstruktur und damit weitgehend losgelöst von den Zielen der Krankenhausreform ausgestaltet werden soll. Strukturelle Leistungsverlagerungen und Konzentrationsprozesse können nur sehr begrenzt nachvollzogen werden. Gerade für Krankenhäuser der flächendeckenden Versorgung droht damit ein sukzessiver Abbau der Pflegepersonalausstattung und eine erneute Schwächung der Attraktivität des Pflegeberufs.

Die vorgesehene Ausnahmeregelung zur Erfüllung von Personalvorgaben reicht nicht aus, insbesondere wenn – wie in der Gesetzesbegründung ausgeführt – auf die für das Pflegebudget völlig ungeeigneten Pflegepersonaluntergrenze abgestellt wird.

Streichung der zusätzlichen Vergütung für pflegeentlastende Maßnahmen

Zusätzlich soll auch die zusätzliche Vergütung für pflegeentlastende Maßnahmen gestrichen werden. Die pflegeentlastenden Maßnahmen sind ein zentraler Bestandteil der Pflegefinanzierung, da sie Pflegefachkräfte von fachfremden Tätigkeiten entlasten und so Effizienz, Versorgungsqualität und Attraktivität des Pflegeberufs stärken. Eine Streichung würde dazu führen, dass unterstützendes Personal sofort abgebaut und Aufgaben wieder auf Pflegekräfte verlagert werden, was langfristig Kosten erhöht und die Fachkräftesituation verschärft.