DIE KATHOLISCHEN KRANKENHÄUSER
Kath. Krankenhausverband Deutschland e.V.

STELLUNGNAHME

zu den Regelungsvorschlägen zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung und zu den Folgeregelungen zum GKV-Beitragsstabiliserungsgesetz

Der Katholische Krankenhausverband Deutschland e. V. (KKVD) bedankt sich für die Möglichkeit, zu den vorliegenden Änderungsanträgen zum Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung sowie zu den weiteren vorgesehenen gesetzlichen Änderungen zum GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz Stellung zu nehmen.

Die Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD enthalten eine Reihe von Regelungen, die für die katholischen Krankenhäuser von erheblicher Bedeutung sind. Wir begrüßen einzelne der vorgesehenen Änderungen, sehen bei anderen Regelungen jedoch weiteren Anpassungsbedarf. Aufgrund der kurzfristigen Übermittlung der Dokumente nehmen wir im Folgenden zu den aus Sicht unserer Mitgliedshäuser besonders relevanten Punkten Stellung.

ÄA 2 – Artikel 1 Nummer 6 – §§ 73b, 87a, 87b SGB V

Streichung des Fixkostendegressionsabschlags in der HzV und bei Haus- und Kinderärzten

Der KKVD begrüßt die vorgesehene Streichung des Fixkostendegressionsabschlags. Die mit dem Änderungsantrag verfolgte Zielsetzung sollte zum Anlass genommen werden, auch die Regelungen zum Fixkostendegressionsabschlag im stationären Bereich anzupassen.

Der Fixkostendegressionsabschlag sollte bei Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern vollständig entfallen. Die Transformation der Krankenhauslandschaft führt zu einer stärkeren Konzentration und Spezialisierung von Leistungen. Werden Krankenhausstandorte geschlossen, Leistungen verlagert oder Standorte in kleinere Versorgungseinheiten wie SÜV oder MVZ umgewandelt, müssen die aufnehmenden Krankenhäuser zusätzliche Patientinnen und Patienten versorgen und ihre Kapazitäten entsprechend anpassen.

Der Fixkostendegressionsabschlag wirkt dieser notwendigen Anpassung entgegen: Für verlagerungsbedingt zusätzliche Leistungen wird die Vergütung über drei Jahre gekürzt,

obwohl das aufnehmende Krankenhaus zusätzliche Kapazitäten vorhalten und seine Strukturen an das höhere Leistungsvolumen anpassen muss. Solche Leistungsverlagerungen sollten daher vollständig vergütet werden. Dies ermöglicht den aufnehmenden Krankenhäusern, erforderliche Investitionen und strukturelle Anpassungen zur Bewältigung des zusätzlichen Versorgungsauftrags zu finanzieren.

Änderung

§ 4 Abs. 2a KHEntgG
Satz 3 wird wie folgt angepasst:

> „Abweichend von Satz 1 ist für Leistungen, die durch eine Verlagerung von Leistungen zwischen Krankenhäusern begründet sind, die nicht zu einem Anstieg der Summe der effektiven Bewertungsrelationen im Einzugsgebiet des Krankenhauses führt, der ~~**für das Krankenhaus anzuwendende**~~ Abschlag nach Satz 1 ~~**in halber Höhe**~~ **nicht** anzuwenden; diese Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern sind vom Krankenhaus auf der Grundlage von Informationen, die den Beteiligten nach § 18 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes im Einzugsgebiet des Krankenhauses vorliegen, glaubhaft darzulegen."

ÄA 3 – Artikel 1a neu – § 275c SGB V

Einführung einer Prüfquotenklasse von 1 Prozent für Krankenhäuser mit geringen Auffälligkeiten in der Krankenhausabrechnung

Mit dem GKV-BStabG werden zum 1.1.2027 die MD-Prüfquoten und zugleich die Schwellenwerte für ihre Zuordnung deutlich erhöht. Die nun vorgesehene Prüfquote von 1 % ab 90 % unbeanstandeten Abrechnungen entlastet besonders unauffällige Krankenhäuser, ändert aber nichts an der Verschärfung für die übrigen Häuser.

Eine hohe MD-Beanstandungsquote lässt sich nicht mit fehlerhaften oder missbräuchlichen Abrechnungen gleichsetzen. Ein erheblicher Teil der Prüfungen betrifft die stationäre Behandlungsnotwendigkeit und die Verweildauer (primäre und sekundäre Fehlbelegung). Gegenstand des Streits ist damit häufig nicht die Kodierung, sondern die retrospektive Bewertung, ob eine stationäre Aufnahme bzw. die Dauer der Behandlung medizinisch erforderlich war.

Problematisch ist dies vor allem bei sekundären Fehlbelegungen aufgrund fehlender Anschlussversorgung. Stehen nach Abschluss der Krankenhausbehandlung etwa Pflegeheimplätze, ambulante Pflege, Kurzzeitpflege oder Rehabilitation nicht rechtzeitig zur Verfügung, kann eine Entlassung trotz abgeschlossener akutstationärer Behandlung

medizinisch oder sozial nicht verantwortbar sein. Wird die weitere stationäre Versorgung vom MD dennoch als medizinisch nicht erforderlich bewertet, wird die Vergütung gekürzt.

Damit wird das finanzielle Risiko fehlender Anschlussversorgung auf die Krankenhäuser verlagert. Sie können die Verfügbarkeit nachstationärer Angebote nicht steuern, müssen aber entscheiden, ob eine sichere Entlassung möglich ist. Fehlen geeignete Versorgungsangebote, stehen sie vor der Wahl, Patientinnen und Patienten dennoch zu entlassen oder die weitere Versorgung ohne entsprechende Vergütung sicherzustellen. Höhere Prüfquoten verschärfen diesen Konflikt, ohne das zugrunde liegende Versorgungsproblem zu lösen.

Hinzu kommt der erhebliche bürokratische Aufwand des ausgeweiteten Prüfregimes. Im zweiten Quartal 2026 erreichten nach GKV-Daten 642 Krankenhäuser bzw. 40,1 % mindestens 60 % unbeanstandete Abrechnungen.[1] Die mit dem GKV-BStabG bereits beschlossene Anhebung der Schwelle für die 5-%-Prüfquote von 60 % auf 80 % führt dazu, dass Krankenhäuser künftig einer höheren Prüfquote unterliegen können, ohne dass sich ihre Abrechnungsqualität verändert hat. Gleichzeitig wurden die bisherigen Prüfquoten von 5, 10 und 15 % auf 5, 20 und 40 % angehoben. Der Änderungsantrag ergänzt dieses System lediglich um eine Prüfquote von 1 % für Krankenhäuser mit mindestens 90 % unbeanstandeten Abrechnungen. Eine Trägerberechnung für drei Krankenhäuser zeigt bei einer Prüfquote von 40 % einen Anstieg von 15.000 auf 67.000 Prüffälle und ein Erlösrisiko von rund 25 Mio. Euro.

Zusätzlich erweitert § 17c Abs. 1 Satz 3 KHG den Prüfauftrag des MD: Abrechnungsrelevante Auffälligkeiten sind künftig auch dann einzubeziehen, wenn sie nicht Anlass für die Einschaltung des MD waren. Es werden damit nicht nur wesentlich mehr Fälle, sondern auch mehr Sachverhalte je Fall geprüft.

Die dafür erforderliche Prüfbürokratie verursacht selbst erhebliche Kosten. Eine Hochrechnung kommt bereits für das niedrigere Prüfregime des Kabinettsentwurfs auf rund 3,4 Mio. Prüffälle und zusätzliche Kosten allein beim MD von fast 900 Mio. Euro.[2] Die DfGM kalkuliert mit 1,8 Arbeitsstunden auf Krankenhausseite je Prüfung und einem zusätzlichen Bedarf von rund 820 Vollzeitäquivalenten in den Krankenhäusern; einschließlich MD und Krankenkassen werden rund 1.700 zusätzliche Vollzeitstellen veranschlagt.[3]

Damit ist auch die Wirtschaftlichkeit der Verschärfung zu hinterfragen: Den durch zusätzliche Prüfungen angestrebten Einsparungen stehen erhebliche zusätzliche Personal- und

[1] GKV-Spitzenverband, Auswertungen: 2. Quartal 2026, online abrufbar
[2] Schroeders, MD-Prüfungen würden sich verdreifachen, 06.05.2026, online abrufbar
[3] Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling e.V.: Kontrolle außer Kontrolle, 28.05.2026, online abrufbar, S. 30f.

Verwaltungskosten bei MD, Krankenkassen und Krankenhäusern gegenüber. Ressourcen werden für die nachträgliche Prüfung von Behandlungsfällen gebunden, ohne dass dadurch fehlende Anschlussversorgung geschaffen oder die Patientenversorgung verbessert wird.

Die mit dem GKV-BStabG eingeführte Verschärfung der Prüfquoten und Schwellenwerte sollte daher zurückgenommen und die automatische Erweiterung des MD-Prüfauftrags gestrichen werden.

Änderungen

§ 275c SGB V

a) Absatz 2 Satz 4 wird wie folgt angepasst:

„Die quartalsbezogene Prüfquote nach Satz 2 wird vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen für jedes Quartal auf der Grundlage der Prüfergebnisse des vorvergangenen Quartals ermittelt und beträgt:

1. bis zu 5 Prozent für ein Krankenhaus, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen an allen durch den Medizinischen Dienst geprüften Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung bei 60 Prozent oder mehr liegt,
2. bis zu 10 Prozent für ein Krankenhaus, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen an allen durch den Medizinischen Dienst geprüften Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung zwischen 40 Prozent und unterhalb von 60 Prozent liegt,
3. bis zu 15 Prozent für ein Krankenhaus, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen an allen durch den Medizinischen Dienst geprüften Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung unterhalb von 40 Prozent liegt."

b) In Absatz 2 Satz 6 wird die Angabe „50 Prozent" durch die Angabe „20 Prozent" ersetzt.

§ 17c KHG

In Absatz 1 wird Satz 3 gestrichen: ~~„Der Medizinische Dienst hat abrechnungsrelevante Auffälligkeiten, die er im Rahmen einer Prüfung feststellt, in seine Prüfung einzubeziehen, auch wenn die Auffälligkeiten nicht Anlass der Einschaltung des Medizinischen Dienstes sind."~~

ÄA 4 – Artikel 9a neu, 9b neu und 9c neu – § 8 KHEntgG, § 38 KHG, § 8 BPflV

Rechnungszuschlag ab 2027 für nicht-universitäre somatische und psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser*;*

Rechnungszuschlag 2027 für Universitätskliniken und ab 2028 stattdessen Erhöhung Zuschlag für spezielle Vorhaltung von Universitätskliniken

Die zusätzlichen Mittel für die Krankenhäuser in Höhe von insgesamt 550 Mio. Euro sind zu begrüßen. Dies gilt besonders für die Bereitstellung von 450 Mio. Euro über einen Rechnungszuschlag für nicht-universitäre Krankenhäuser. Da diese zusätzlichen Mittel jedoch nicht basiswirksam sind und keine nachhaltige Lösung für die strukturelle Unterfinanzierung darstellen, bleibt letztlich nur ein begrenzter Einmaleffekt. Rund 70 % der Krankenhäuser schreiben rote Zahlen. Allein für den Defizitausgleich kommunaler Krankenhäuser beziffert der Deutsche Landkreistag die Belastung der Kommunen auf 5 bis 6 Mrd. Euro.[4] Freigemeinnützige Krankenhäuser verfügen regelmäßig nicht über eine vergleichbare Absicherung durch öffentliche Träger.

Neben dem Rechnungszuschlag ist daher eine Verbesserung der regulären Krankenhausvergütung erforderlich. Hierzu sollten die mit dem GKV-BStabG eingeführten Begrenzungen des Veränderungswertes zurückgenommen werden: Der Abschlag von einem Prozentpunkt auf die Veränderungsrate für 2027 bis 2029 sollte entfallen. Ab 2030 sollte wieder der jeweils höhere Wert aus Orientierungswert und Veränderungsrate maßgeblich sein (Meistbegünstigungsklausel). Zudem sollten Tarifsteigerungen wieder zu 100 % refinanziert werden.

Eine dauerhaft auskömmliche Krankenhausfinanzierung sollte über die regulären Vergütungsmechanismen sichergestellt werden und nicht von limitierten Zuschlägen abhängen.

ÄA 10 – Art. 1 Nr. 15a, 20a, 20b, 20c, 21a, 21b – §§ 115g, 275a, 276, 278, 280, 283 SGB V

Prüfungen des Medizinischen Dienstes bei sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen, Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen

Die vorgesehene gesetzliche Festlegung des Medizinischen Dienstes als Prüfinstanz für die Qualitätsanforderungen sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen (SÜV) sowie die zusätzliche Einbeziehung des Medizinischen Dienstes Bund in die Ausgestaltung des Prüfverfahrens lehnen wir ab.SÜV sollen gerade keine Krankenhäuser im bisherigen Sinne sein. Ihr Leistungsprofil ist auf die sektorenübergreifende Versorgung ausgerichtet und verbindet ein begrenztes Spektrum stationärer Leistungen mit ambulanten und pflegerischen Angeboten. Auch der nach § 115g Abs. 3 SGB V vereinbarte stationäre Leistungskatalog ist auf weniger komplexe internistische und geriatrische Behandlungsfälle ausgerichtet.

[4] Deutsche Krankenhausgesellschaft, Pressemitteilung vom 19.3.2026, online abrufbar

Vor diesem Hintergrund wäre es kontraproduktiv, für SÜV ein zusätzliches MD-Prüfregime zu etablieren. Es besteht die Gefahr, dass damit die aus dem klassischen Krankenhausbereich bekannten kleinteiligen Struktur- und Nachweisanforderungen auf eine Versorgungsform übertragen werden, die gerade flexibler und sektorenübergreifend ausgestaltet sein soll. Zusätzliche Prüf- und Dokumentationspflichten würden erhebliche Bürokratie verursachen und die Entwicklung dieser neuen Versorgungsform unnötig erschweren.

Dies gilt umso mehr, als ein wesentlicher Teil des Leistungsspektrums der SÜV perspektivisch im ambulanten Bereich liegen soll. Für die vertragsärztliche Versorgung besteht kein vergleichbares regelhaftes MD-Prüfregime. Es wäre daher widersprüchlich, eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung allein aufgrund ihres verbleibenden stationären Leistungsanteils umfassenden zusätzlichen MD-Prüfungen zu unterwerfen.Bereits nach geltendem Recht müssen die Vertragspartner nach § 115g Abs. 3 SGB V Anforderungen an Qualität, Patientensicherheit und Dokumentation sowie ein aufwandsarmes Prüfverfahren vereinbaren. Diesen Gestaltungsspielraum gilt es zu erhalten. Eine gesetzliche Festlegung des MD als zusätzliche Prüfinstanz ist hierfür weder erforderlich noch sachgerecht.

Besonders kritisch ist, dass die Ergebnisse der MD-Prüfungen künftig auch bei der Vereinbarung des Gesamtvolumens der SÜV zu berücksichtigen sind und die Nichterfüllung der Anforderungen grundsätzlich Auswirkungen auf die Abrechnungsfähigkeit haben soll. Damit erhält die zusätzliche MD-Prüfung unmittelbare vergütungsrechtliche Bedeutung.

Die Prüfung der Qualitätsanforderungen sollte daher weiterhin von den Vertragspartnern so ausgestaltet werden können, dass sie dem besonderen, sektorenübergreifenden Charakter der SÜV Rechnung trägt und auf ein Mindestmaß an Bürokratie beschränkt bleibt.

DIE KATHOLISCHEN KRANKENHÄUSER
Kath. Krankenhausverband Deutschland e.V.

Kontakt:
Katholischer Krankenhausverband Deutschland e.V.
Bernadette Rümmelin
Geschäftsführerin
Tel. 030 240 83 68-10
kkvd@caritas.de

Der **Katholische Krankenhausverband Deutschland e. V.** vertritt als Fachverband bundesweit 244 Krankenhäuser an 320 Standorten sowie 52 Reha-Einrichtungen mit insgesamt 204.000 Mitarbeitenden. Jährlich werden hier 3 Millionen Patient:innen stationär und 2,5 Millionen Patient:innen ambulant versorgt. Mit Umsätzen von 16 Milliarden Euro pro Jahr sind die katholischen Krankenhäuser zudem ein wichtiger Wirtschaftsfaktor.

739.410 Menschen arbeiten beruflich in den 25.453 Einrichtungen und Diensten, die der **Caritas** bundesweit angeschlossen sind. Sie werden von mehreren hunderttausend Ehrenamtlichen und Freiwilligen unterstützt. Von den beruflichen Mitarbeitenden sind 293.603 in den Einrichtungen und Diensten der Gesundheitshilfe tätig, 183.809 arbeiten in der Kinder- und Jugendhilfe, 126.790 in der Altenhilfe, 87.276 in der Behindertenhilfe/Psychiatrie, 41.320 bei weiteren sozialen Hilfen und 6612 in der Familienhilfe. 57,25 Prozent aller Mitarbeitenden der Caritas pflegen, begleiten und betreuen Menschen in stationären Einrichtungen wie Krankenhäusern oder Pflegeheimen, 25 Prozent arbeiten in Tageseinrichtungen wie Kindergärten oder Werkstätten für Menschen mit Behinderung.