



**Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft**

Stellungnahme

der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di

zum

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragsstabilisie- rungsgesetz)

zur Erörterung am 20. April 2026

Berlin, 19. April 2026

ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft
Bundesverwaltung – Fachbereich Gesundheit,
Soziale Dienste, Bildung und Wissenschaft
Bereich Gesundheitswesen/Gesundheitspolitik
Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin

Gesamtbewertung

Mit dem vorliegenden Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung setzt das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) einen Großteil der Empfehlungen der Finanzkommission Gesundheit (FKG) um. Im Entwurf wird das Ziel der Beitragssatzstabilität als zentraler Leitgedanke formuliert. Um dieses Ziel zu erreichen, orientiert sich das BMG an den beiden Leitprinzipien, welche die Kommission in ihrer Empfehlung formuliert hat. Einerseits sollen Preise und Vergütungen in allen Leistungsbereichen an die Entwicklung der Einnahmen gekoppelt werden. Kostensteigerungen sollen künftig auf die Grundlohnrate nach § 71 Absatz 3 SGB V begrenzt sein, was ver.di aufgrund der massiven Konsequenzen für die Versorgungssicherheit und -qualität der Bevölkerung und für die Beschäftigten im Gesundheitswesen kategorisch ablehnt. Die Ausgaben im Gesundheitssystem entwickeln sich nach anderen Faktoren als die Grundlohnrate. Am Versprechen der bedarfsorientierten Behandlung und Versorgung entsprechend dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse darf nicht gerüttelt werden. Auch die geplanten Kürzungen beim Krankengeld lehnt ver.di entschieden ab. Der vorliegende Entwurf hat eine erhebliche Schiefelage, er belastet vor allem Versicherte bzw. Patient*innen und Beschäftigte im Gesundheitswesen – die aufgrund der Tatsache, dass sie selbst GKV-versichert sind, doppelt getroffen werden. Während Krankenhäuser zu einem großen Teil durch die Maßnahmen in ihrer Existenz bedroht würden, bleibt die Pharmaindustrie weitestgehend von Sparmaßnahmen verschont.

Die vorgelegten Maßnahmen bieten keine Lösungen für eine faire und nachhaltige Finanzierung der GKV. In weiten Teilen sind sie sowohl aus gesundheits- als auch aus sozialpolitischer Sicht äußerst kritisch zu bewerten und deshalb ganz überwiegend abzulehnen. ver.di setzt sich klar für Reformen im Gesundheitswesen und dessen faire und nachhaltige Finanzierung ein. Nach dem Prinzip „starke Schultern müssen mehr tragen als schwache“ ist die Einnahmeseite zu stärken, versicherungsfremde Leistungen sind aus Steuermitteln zu finanzieren und mittel- und langfristig braucht es Strukturreformen für eine flächendeckende bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Die Verengung der Maßnahmen auf den Bereich der Ausgabenseite lässt die grundlegenden Herausforderungen und Chancen, die sich auf der Einnahmenseite bieten, völlig außer Acht. Hinzu kommt, dass die einseitige Sicht auf Preise die große Gefahr birgt, dass nicht mehr der Bedarf im Fokus steht, eine Verschlechterung der Versorgung wird damit willentlich in Kauf genommen.

War die Kommission noch an den engen Auftrag gebunden, ausschließlich Sparmaßnahmen zu empfehlen, so kann diese Prämisse nicht für die Bundesregierung gelten; der Gesetzgeber ist an Fragen der Verhältnismäßigkeit und Erforderlichkeit gebunden – diesen Anforderungen entspricht der Entwurf in keiner Weise.

Auch die vorgeschlagene Erhöhung der Zuzahlungen um 50 Prozent stellt eine nicht zu unterschätzende finanzielle Belastung der Versicherten dar und das in Zeiten, wo die Bundesregierung parallel Bürger*innen

aufgrund der gestiegenen Energiepreise finanziell entlasten will. Nachgewiesenermaßen haben Zuzahlungen auch keine Steuerungswirkung, stellen jedoch Zugangsbarrieren für finanziell schwächere Personen dar. Ausgerechnet Haushalte mit geringem Einkommen werden überproportional belastet, da sie einen größeren Anteil ihres verfügbaren Einkommens für die Gesundheitsversorgung aufbringen müssen.

Auch die Absenkung des Krankgeldzahlbetrages von 70 auf 65 Prozent und die Deckelung der Bezugsdauer auf insgesamt 78 Wochen und alle Krankheiten zusammen innerhalb von drei Jahren und zusammengefasst für alle festgestellten Erkrankungen statt wie bisher je einzelner, festgestellter Erkrankung lehnt ver.di entschieden ab. Krankheit ist bereits heute eines der größten Armutsriskiken. Längere Arbeitsunfähigkeit geht schon jetzt mit erheblichen Einkommenseinbußen einher. Die geplanten Maßnahmen verschärfen dieses Problem und stehen damit im Widerspruch zum sozialstaatlichen Anspruch, gesundheitliche Risiken solidarisch abzusichern; sie verstärken zudem Problematiken der Preisbelastung, Inflationsauswirkungen und Kaufkraftfragen. Zudem würde dieser Reformgedanke die Kosten der GKV zur Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) verschieben, weil zu erwarten ist, dass die Anträge auf Erwerbsminderungsrenten erheblich steigen würden.

Für völlig verfehlt erachtet ver.di den Ansatz, im Bereich der stationären Versorgung angesichts einer desaströsen gesamtwirtschaftlichen Situation im Krankenhaussektor weitere Einsparungen voranzutreiben, die primär zulasten der Beschäftigten im Krankenhausbereich gehen. Mit der avisierten Streichung der erst durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz 2024 eingeführten vollständigen Tarifrefinanzierung für Krankenhausbeschäftigte und einem Zurückgehen auf den Stand vor Umsetzung des Krankenhausstrukturgesetzes (KSHG) 2015, mit dem eine erste Verbesserung der Tarifrefinanzierung eingeführt wurde, stellt sich der Referentenentwurf gegen die finanzielle Grundlage einer dringend erforderlichen Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Krankenhausbereich. Tarifgebunde Träger würden benachteiligt, damit steht das Vorhaben diametral zur Verpflichtung des Gesetzgebers – auch entsprechend der EU-Mindestlohnrichtlinie und der dort vorgesehenen Maßnahmen - für eine Stärkung der Tarifbindung und -anwendung in Deutschland zu sorgen.

Während sich viele Bundesländer der politischen Verantwortung für eine konsequente, bedarfsgerechte Versorgungsplanung sowie eine bedarfsdeckende Investitionsfinanzierung der stationären Versorgung entziehen, wird die ökonomische Krise vieler Krankenhäuser so zusätzlich verschärft. Mit der Streichung der Meistbegünstigungsklausel werden die Anpassungsmöglichkeiten der Krankenhauspreise in einer ökonomisch höchst angespannten Situation für Krankenhäuser verschlechtert, was zusätzlichen Einspardruck zulasten des Krankenhauspersonals generiert und das Insolvenzrisiko weiter erhöht. ver.di kritisiert die gesetzgeberische Untätigkeit hinsichtlich der drängenden Notwendigkeit, das dysfunktionale Fallpauschalensystem und die hierdurch begünstigte Logik der Fallzahlausweitung bei ständigem Kostensenkungsdruck durch eine vollumfängliche, bedarfsdeckende Vorhaltefinanzierung zu ersetzen und so die beschriebene strukturelle Misere in der stationären Versorgung endlich wirksam anzugehen.

Die ebenfalls vorgesehene Deckelung des Pflegebudgets durch Einführung der Obergrenze einer jährlich festzusetzenden Veränderungsrate inklusive zusätzlicher Abschläge in den Jahren 2027 bis 2029 bedeutet faktisch die Abkehr vom Ziel, mit einer kostendeckenden Pflegepersonalkostenfinanzierung den mit Einführung des DRG-Systems etablierten Teufelskreis aus personeller Unterbesetzung, Überlastung der Krankenhausbeschäftigten und fortgesetzten Einsparungen zulasten des Krankenhauspersonals durchbrechen zu wollen. Es droht eine Verschärfung des Fachkräftemangel im Krankenhaus- und Pflegebereich. Ohne das Pflegebudget als refinanzierende Grundlage einer bedarfsgerechten Pflegepersonalbemessung werden die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten im Krankenhausbereich wie auch die Qualität in der stationären Versorgung erneut ökonomischen Sach- und Sparzwängen untergeordnet, während die durch das Fallpauschalensystem gegebene Möglichkeit zur Renditemaximierung und -abschöpfung in der stationären Versorgung bestehen bleibt. ver.di lehnt dies in aller Deutlichkeit ab.

Insgesamt führen die vorgesehenen Änderungen zu einer weiteren Verschärfung sozialer Ungleichheiten. Höhere Eigenbeteiligungen, Leistungskürzungen und Einschränkungen bei Lohnersatzleistungen treffen insbesondere vulnerable Bevölkerungsgruppen. Die Maßnahmen stehen damit konträr zur Förderung von gesundheitlicher Chancengleichheit und könnten langfristig sogar zu höheren Folgekosten führen, etwa durch verzögerte Inanspruchnahme notwendiger medizinischer Leistungen.

Weiterhin ist zu kritisieren, dass die Maßnahmen zu einer weiteren Erosion der paritätischen Finanzierung der GKV beitragen. Dass Arbeitnehmer*innen und Arbeitgeber*innen zu gleichen Teilen finanzieren, ist ein Grundprinzip der GKV. Die Maßnahmen im Gesetzentwurf verschieben dieses Gleichgewicht zunehmend zu Ungunsten der Versicherten. Die einseitige Belastung der Versicherten erfolgt einerseits direkt durch Zuzahlungen, andererseits durch Leistungskürzungen und die Begrenzung von Ausgabensteigerungen, die letztendlich zu einem Absinken der Versorgungsqualität oder gar zu Versorgungsengpässen führen können. Dem gegenüber stehen mit der Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und der von Arbeitgebern im Rahmen geringfügiger Beschäftigungsverhältnisse zu tragende Beiträge lediglich zwei Maßnahmen, welche die Arbeitgeberseite deutlich weniger belasten.

Auch die Bundesregierung darf sich ihrer finanziellen Verantwortung für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung nicht entziehen. Obwohl die Finanzkommission Gesundheit (FKG) entsprechende Empfehlungen gegenüber dem BMG gemacht hat, beteiligt sich die Bundesregierung nicht an der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die im Entwurf vorgesehene Verschiebung der Darlehensrückzahlungen ist keine finanzielle Unterstützung, sondern lediglich eine temporäre aufschiebende Maßnahme. ver.di fordert die Bundesregierung dringend auf, der GKV die versicherungsfremden Leistungen aus Steuermitteln kostendeckend zu erstatten, in erster Linie sind dies die Aufwände für die Gesundheitsversorgung der Bürgergeldbezieher*innen. Allein mit dieser Maßnahme könnten 12 Milliarden Euro an Mehreinnahmen realisiert werden.

Ein weiterer wichtiger Baustein in diesem Zusammenhang ist die Dynamisierung des Bundeszuschusses, der seit 2017 unverändert bei 14,5 Mrd. Euro liegt. Vor dem Hintergrund der hohen Preissteigerungen im Gesundheitsbereich geht die unterbliebene Anpassung des Zuschusses mit einem erheblichen Kaufkraftverlust für die GKV einher. Auch hier stiehlt sich der Bund bislang aus der Verantwortung. ver.di fordert deshalb – wie von der FKG empfohlen – die Dynamisierung des Bundeszuschusses sowie darüberhinausgehend eine systematische Kopplung des Betrags an die Ausgabenentwicklung der GKV. Das würde Planungssicherheit schaffen und sicherstellen, dass gesamtgesellschaftliche Aufgaben dauerhaft auch aus Steuermitteln finanziert werden.

Zur nachhaltigen Stabilisierung der Einnahmenseite der gesetzlichen Krankenversicherung ist eine Ausweitung der Finanzierungsbasis notwendig. Zentrale Ansatzpunkte hierfür sind insbesondere eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung, eine deutliche Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze sowie der erleichterte Zugang von Beamtinnen und Beamten zur pauschalen Beihilfe und zur Mitgliedschaft in der GKV. Die im Entwurf enthaltene Regelung einer einmaligen Anhebung der Beitragsbemessungsobergrenze um 300 Euro ist grundsätzlich zu begrüßen, birgt jedoch Risiken für die GKV, wenn sie nicht durch die Anhebung der Versicherungspflichtgrenze begleitet wird. Gemeinsam mit den im Entwurf enthaltenen Leistungskürzungen und der Einschränkung der beitragsfreien Mitversicherung könnte diese Maßnahme dazu führen, dass insbesondere für die GKV wichtige Gutverdienende in die private Krankenversicherung (PKV) wechseln.

Auch wenn steuerliche Maßnahmen aufgrund der Ressortverantwortlichkeiten nicht in diesem Entwurf enthalten sind, weist ver.di darauf hin, dass diese unbedingt – wie von der Kommission empfohlen – durch die Bundesregierung in Betracht gezogen werden müssen. Dazu gehört insbesondere eine stärkere Besteuerung gesundheitsschädlicher Produkte wie Alkohol, Tabak und zuckerhaltige Lebensmittel. Diese steuerlichen Mehreinnahmen müssen dann jedoch zur Stabilisierung der Beiträge der GKV verwendet und nicht – wie jetzt die geplante Erhöhung der Tabaksteuer für andere Maßnahmen verwendet werden. Neben einer finanziellen Lenkungswirkung zugunsten der GKV hätte dies gleichzeitig präventive Effekte. Ergänzend dazu wäre eine Senkung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel, Medizinprodukte und Hilfsmittel sinnvoll, um die Versorgungskosten zu reduzieren und die Versicherten zu entlasten.

Langfristig hält ver.di eine Weiterentwicklung der GKV zu einer Bürgerversicherung, in die alle Bürgerinnen und Bürger unabhängig von ihrem Erwerbsstatus einzahlen, für notwendig. Eine solche Reform würde die Finanzierungsbasis verbreitern und die Risikostruktur des Systems verbessern. Einheitliche Vergütungsstrukturen könnten darüber hinaus zu einer gerechteren Verteilung der verfügbaren Ressourcen im Gesundheitswesen beitragen.

ver.di kritisiert die Missachtung fachlicher und demokratischer Grundsätze im vorliegenden Beteiligungsverfahren scharf. Die Vorschläge der Finanzkommission Gesundheit wurden am 30.03.2026 dem BMG vorgelegt. Mit Zugang des Referentenentwurfs am 16.04. und Fristsetzung einer Verbändebeteiligung bis zum 20.04., 09:00 Uhr, wird ein inakzeptabel kurzes Zeitfenster zur Beteiligung gesetzt, das sich zudem über

ein Wochenende erstreckt. Angesichts der Komplexität der Regelungen und der weitreichenden Konsequenzen für Versicherte, Patient*innen und Beschäftigte im Gesundheitswesen wäre eine ausreichend bemessene Frist für einen vollumfänglichen und qualitätsgesicherten Beteiligungsprozess, der den Stellenwert demokratischer Verfahrensstandards respektiert, dringend erforderlich.

Bewertung einzelner Änderungen

Nr. 40 (§ 111 SGB V), Nr. 51 (§ 132 SGB V), Nr. 52 (§ 132a SGB V), Nr. 53 (§ 132I SGB V), Nr. 4 (§ 9 KHAG) - Aufhebung der Tarifierfinanzierung für alle Versorgungsbereiche

Zu den Änderungen wird an dieser Stelle aufgrund ihrer gleichartigen Intention gesammelt Stellung genommen. Die einzelnen Änderungen werden im weiteren Verlauf der Stellungnahme behandelt.

Der Referentenentwurf sieht vor, die geltende gesetzliche Grundlage für Tarifierfinanzierungen in allen Versorgungsbereichen aufzuheben.

Bewertung

Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di lehnt die Aufhebung geltender Tarifierfinanzierungsregeln kategorisch ab. Die erforderlichen Verbesserungen der Arbeitsbedingungen und Aufwertung einzelner Berufsgruppen und das Gewinnen und Halten von Fachkräften in allen Gesundheitsberufen werden durch diese Streichung aktiv behindert. Auch den Beschäftigten in psychiatrischer und psychosomatischer Versorgung, somatischer Versorgung, ambulanter medizinischer Behandlungspflege und Rehabilitationseinrichtungen wird eine folgenschwere Geringschätzung des Stellenwertes ihrer Arbeit vermittelt. In der Folge wird für alle Versorgungsbereiche der Druck wachsen, höhere Tarifabschlüsse durch andere Einsparmaßnahmen beim Personal zu kompensieren. Es besteht das hohe Risiko, dass der Arbeitskräftemangel durch verschlechterte Arbeitsbedingungen forciert und Personal in den Leistungsbereichen abgebaut wird. Mit dramatischen Folgen für die Versorgungsqualität und -sicherheit der Bevölkerung. Angesichts der äußerst schwierigen ökonomischen Situation im gesamten Sektor der Gesundheitsversorgung und der herausgehobenen Bedeutung, die der täglichen Arbeit der Beschäftigten in allen Versorgungsbereichen zukommt, ist dies weder zu rechtfertigen noch hinzunehmen. Gerade in ländlichen Regionen ist zu befürchten, dass ambulante Pflegedienste und Rehaeinrichtungen aus der Versorgung gehen müssen und damit bereits bestehende Engpässe verschärft werden. In der Konsequenz führt es dazu, dass Pflegebedürftige und Menschen mit Beeinträchtigungen stattdessen in Krankenhäuser eingeliefert oder anderweitig stationär versorgt werden müssen. Dies widerspricht dem Ziel, Menschen so lange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit zu versorgen. Es ist zu befürchten, dass Arbeitgeber versuchen, dieser Streichung durch Tariffucht zu begegnen. Dieses Vorhaben steht diametral zur Verpflichtung des Gesetzgebers – auch entsprechend der EU-Mindestlohnrichtlinie und der dort vorgesehenen Maßnahmen zur Stärkung der Tarifbindung/Tarifanwendung in Deutschland – zu sorgen; das Vorhaben ist damit auch aus unionsrechtlicher Sicht bedenklich.

Änderungsvorschlag

Streichung der Nr. 40, Nr. 51, Nr. 52, Nr. 53, Nr. 4

Artikel 1 – Änderungen des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V)

Nr. 1 - Verbot der Erstattung homöopathischer Leistungen (§§ 2, 11 SGB V)

Der Änderungsvorschlag sieht vor, dass Leistungen nur noch unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet werden dürfen. Homöopathische und anthroposophische Leistungen und Arzneimittel werden explizit von der Erstattung im Rahmen der Satzungsleistungen ausgeschlossen.

Bewertung

Die Regelungsänderung wird von ver.di begrüßt, da somit dem Grundsatz der evidenzbasierten Medizin Rechnung getragen wird. ver.di vertritt grundsätzlich die Position, dass nur solche Leistungen erstattet werden soll, deren medizinischer Nutzen nachgewiesen ist.

Änderungsbedarf

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 2 – Anpassung der beitragsfreien Mitversicherung (§§ 3, 10, 242 SGB V)

Die Regelung sieht vor, dass Ehegatten und Lebenspartner*innen nicht mehr beitragsfrei mitversichert sind. Ab 2028 soll für Mitglieder mit mitversicherten Ehegatten oder Lebenspartner*innen ein Beitragszuschlag von 3,5 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen anfallen. Ausgenommen hiervon sind: Ehegatten und Lebenspartner*innen mit Kindern bis zum vollendeten siebten Lebensjahr, mit Kindern mit Behinderungen, die im Haushalt wohnen und Personen, die Angehörige pflegen, sowie Rentner*innen beziehungsweise Personen oberhalb der Regelaltersgrenze.

Bewertung

Die Regelung wird von ver.di abgelehnt, weil sie eine starke Belastung von Familien darstellt. Darüber hinaus schwächt der Vorschlag die paritätische Finanzierung der GKV, da der Beitrag allein von den Arbeitnehmer*innen zu entrichten ist. Problematisch ist in diesem Zusammenhang auch, dass die Maßnahme gemeinsam mit den ebenfalls im Gesetz enthaltenen Leistungskürzungen sowie der Anhebung der Beitragsbemessungsobergrenze dazu geeignet ist, freiwillig versicherte Gutverdiener*innen aus der GKV zu treiben. Es besteht die Gefahr, dass in größerem Maße Höchstzahler in die PKV abwandern. Als Differenzierungskriterium für eine Mitversicherungsdauer das Lebensalter von Kindern von mitversicherten Lebenspartner*innen oder Ehegatt*innen zu nehmen, erscheint sowohl willkürlich als auch nicht sachgerecht. Schlussendlich ist die Regelung auch deshalb abzulehnen, weil sie zu großen bürokratischen Aufwänden im Nachweisverfahren führt und auch das Einsparpotenzial aufgrund der Vielzahl der Ausnahmen kleiner als angegeben erscheint.

Änderungsbedarf

ver.di wirbt für die Streichung des Regelungsvorschlags. Hilfsweise wäre eine Regelung einzuführen, die den Beitrag hälftig zu je 1,75 Prozent im Sinne einer paritätischen Finanzierung auf die Arbeitgeber und den Arbeitnehmer verteilt. Darüber hinaus ist eine Finanzierung über Steuermittel in Erwägung zu ziehen.

Nr. 3 – Begrenzung der Verwaltungsausgaben (§ 4 SGB V)

Nr. 4 – Halbierung der Werbemittel (§ 4a SGB V)

Nr. 54 – Digitaler Versand von Informationsschreiben (§ 175 SGB V)

Nr. 71 – Außertarifliche Bezahlung von Führungskräften bei Krankenkassen, deren Landesverbänden, Kassenärztlichen Vereinigungen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem MD sowie dem MD Bund (§ 411 SGB V)

Die Regelungen werden aufgrund ihres Sachzusammenhangs im Folgenden gemeinsam adressiert.

Die Regelung Nr. 3 sieht vor, dass die jährliche Erhöhung der Nettoverwaltungsausgaben die Grundlohnrate nach § 71 Absatz 3 SGB V nicht überschreiten darf. Dies Obergrenze bezieht sich auf die gesamten Nettoverwaltungsausgaben der Krankenkasse im Verhältnis zur Anzahl ihrer Versicherten im Jahresdurchschnitt. Hierzu gehören sowohl personelle als auch sachliche Verwaltungskosten. Verwaltungskosten, die im Bereich Sicherheit der Informationstechnologie anfallen sind von der Begrenzung ausgenommen.

Die Regelung Nr. 4 sieht eine Halbierung der Werbekosten pro Versicherten vor. Der aktuelle Soll-Wert aus den geltenden Wettbewerbsgrundsätzen wird von 0,15 Prozent der Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB V auf 0,075 Prozent je Mitglied abgesenkt. Aktuell würde die Regelung eine Absenkung von sechs auf drei Euro im Jahr bedeuten.

Die Regelung Nr. 54 sieht vor, dass die Informationsschreiben zur Anpassung der Zusatzbeiträge künftig auch digital versendet werden können. Hierdurch können Druck- und Portokosten eingespart werden.

Die Regelung Nr. 71 begrenzt die Vergütung für außertariflich beschäftigte Führungskräfte in den genannten Institutionen. Erhöhungen können maximal um die Höhe der Grundlohnrate und nur alle sechs Jahre oder zu Beginn einer neuen Amtsperiode durchgeführt werden. Für die Jahre 2027 bis 2029 gibt es einen 1-prozentigen Abschlag auf die Grundlohnrate.

Bewertung

ver.di begrüßt das Ziel des Gesetzgebers auch in der Verwaltung der GKV wirtschaftlich mit den Versichertenbeiträgen zu haushalten. Aus diesem Grund stimmt ver.di den Regelungen Nr. 4 und Nr. 54 zu. Die Begrenzung der Vergütung von außertariflich beschäftigten Führungskräften wird im Sinne einer wirtschaftlichen Mittelverwendung ebenfalls begrüßt, da sie exzessive Gehaltssprünge begrenzt und zur Akzeptanz im System beiträgt.

Die Kopplung der gesamten **Verwaltungskosten** an die Grundlohnrate lehnt ver.di jedoch kategorisch ab. Diese Regelung führt faktisch zu einem harten Deckel für Vergütungssteigerungen der Verwaltungsangestellten – obwohl die Finanzkommission GKV selbst bestätigt, dass die Verwaltungskosten kein Kostentreiber sind: Die Nettoverwaltungsausgaben betragen nur 4 % der GKV-Gesamtausgaben (13,3 Mrd. € in 2025). Die persönlichen Verwaltungsausgaben stiegen zwischen 2015 und 2025 nur um durchschnittlich 2,4 % pro Jahr – trotz 5,3 % mehr Versicherten und 3 % weniger Beschäftigten. Die sächlichen Verwaltungskosten (+4,0 % p. a.) sind keine Verschwendung, sondern Folge von Digitalisierungspflichten und höheren Sicherheitsanforderungen. Trotzdem wird nun ausgerechnet hier ein Deckel eingeführt – obwohl die Verwaltung nachweislich effizienter arbeitet. Die Folgen wären kontraproduktiv und belasten Beschäftigte wie Versicherte unnötig: Wenn notwendige Lohnsteigerungen nicht mehr refinanziert werden könnten, hätte dies Personalabbau und Arbeitsverdichtung zur Folge, obwohl die Kassen bereits mit weniger Personal mehr Versicherte bedienen. Modernisierungsprojekte müssten gestrichen oder verschoben werden. Die Ausnahme für IT-Sicherheit ist unzureichend. Schließlich geht es bei den verpflichtenden Maßnahmen zur Cybersicherheit um den Schutz der Gesundheitsdaten aller gesetzlich Versicherten in Deutschland.

Änderungsbedarf

Die Regelung Nr. 3 ist so anzupassen, dass Veränderungen bei den Personalkosten nicht an die Grundlohnrate gekoppelt sind. Es wird weiterhin ausgangsoffene Tarifverhandlungen geben.

Nr. 7 - Beauftragung des G-BA zur Überprüfung der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie (GU-RL) sowie der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (§ 25 SGB V)

Die Regelung sieht vor, dass der G-BA mit der Überprüfung der beiden genannten Richtlinien beauftragt wird. Die beiden Richtlinien betreffen die allgemeinen Gesundheitsuntersuchungen für Erwachsene nach § 25 SGB V (Check-up) sowie die Hautkrebsfrüherkennung.

Bewertung

ver.di begrüßt die wissenschaftliche Überprüfung der beiden Richtlinien. Im Sinne der evidenzbasierten Medizin ist es erforderlich, dass Richtlinien kontinuierlich an den Stand der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse angepasst werden.

Änderungsbedarf

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 8 – Einholen einer Zweitmeinung (§27 b)

Vorgesehen ist, dass Versicherte für planbare Eingriffe Anspruch auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung erhalten, sofern für die zugrunde gelegte Indikation das Risiko besteht, dass sie auch aus wirtschaftlichen Erwägungen heraus festgestellt wurde. Abs. 3 soll regeln, dass der Gemeinsame Bundesausschuss ab dem 01. Januar 2027 jährlich mindestens einen planbaren Eingriff bestimmt, für den die Einholung einer Zweitmeinung Voraussetzung für die Vergütung des Eingriffs ist.

Bewertung

ver.di begrüßt grundsätzlich die in Abs. 1 vorgesehene Klarstellung, dass Versicherte Anspruch auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung vor Durchführung eines planbaren Eingriffs haben. Diese freiwillige Maßnahme stärkt die Patientensouveränität und kann dazu beitragen, unnötige medizinische Eingriffe, die sich aus primär wirtschaftlich motivierten Indikationen ergeben, zu reduzieren. Kritisch sieht ver.di hingegen die in Abs. 3 vorgeschlagene Beauftragung des Gemeinsamen Bundesausschusses mit der Definition von Leistungen, für die die Einholung einer Zweitmeinung die Voraussetzung sein soll. Damit wird Patient*innen das Erfordernis einer Suche nach einem geeigneten Arzt oder einer geeigneten Einrichtung zur Ausstellung einer Zweitmeinung samt verfügbarer zeitlicher Kapazitäten und Terminengpässen bei den Ärzten übertragen. Dies korrespondiert in keiner Weise mit der unzureichenden hausärztlichen und insbesondere fachärztlichen Versorgung in strukturschwachen, dünn besiedelten Regionen oder schlecht versorgten Mittelzentren sowie dem im Zuge der Krankenhausreform forcierten Konzentrationsprozess stationärer Versorgungskapazitäten. Solange der Gesetzgeber keinen Weg aufzeigt, mit dem Patient*innen mit einer entsprechenden Indikation eine ärztliche Zweitmeinung innerhalb einer vertretbar kurzen Frist verbindlich vermittelt werden kann, ohne dass sie hierbei selbst die Last oftmals vergeblicher Terminsuchen und der gesundheitlichen Folgerisiken tragen müssen, ist von einer derartigen Regelung strikt abzusehen.

Änderungsbedarf

Streichung des Abs. 3.

Nr. 15 – Teilarbeits(un)fähigkeit, Teilkrankengeld (§§ 44c, 44d SGB V)

Nr. 28 – Vorrangstellung der Teilarbeitsunfähigkeit (§ 74 SGB V)

Zu beiden Regelungen wird aus Gründen des Sachzusammenhangs gemeinsam Stellung bezogen.

Die Regelung sieht die Einführung einer sogenannten Teilarbeitsunfähigkeit vor. § 44c Absatz 1 SGB V bildet die zentrale rechtliche Grundlage dafür, dass Versicherte während einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit freiwillig eine teilweise Arbeitsleistung erbringen können. Voraussetzung hierfür ist, dass eine ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit infolge einer nicht nur geringfügigen Erkrankung vorliegt, deren Dauer

voraussichtlich mehr als vier Wochen beträgt. Wenn nach ärztlicher Einschätzung trotz dieser Arbeitsunfähigkeit eine teilweise Ausübung der bisherigen beruflichen Tätigkeit möglich ist und diese der Genesung nicht entgegensteht, soll die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt gemeinsam mit dem Versicherten eine einvernehmliche Entscheidung über die Umstellung auf eine Teilarbeitsunfähigkeit (Teil-AU) treffen. Vorgesehen ist, dass die Teilarbeitsunfähigkeit in drei Stufen 25, 50 und 75 Prozent festgelegt werden kann. Sie bezieht sich auf die Restleistungsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz. Gleichzeitig wird die Zustimmung des Arbeitgebers benötigt. So soll sichergestellt werden, dass betriebliche Belange sowie arbeitsschutzrechtliche Anforderungen berücksichtigt werden. Der Arbeitgeber wird dazu verpflichtet innerhalb von sieben Tagen eine Entscheidung über die Möglichkeit einer teilweisen Arbeitsaufnahme zu schaffen. Sollte keine Entscheidung getroffen werden, greift eine Genehmigungsfiktion. Der G-BA wird beauftragt, die bereits von ihm getroffenen Regelungen zur Feststellung und Ausgestaltung der Arbeitsunfähigkeit um die zur Teil-AU nach § 44c SGB V zu ergänzen. Die Vorschriften des Entgeltfortzahlungsgesetzes zur Lohnfortzahlung bleiben von den Regelungen zur Teil-AU unberührt.

Ergänzt werden soll § 44c SGB V durch § 44d SGB V, der die Ausgestaltung des Teilkrankengeldes regelt. Das Teilkrankengeld wird für den Anteil der Arbeitszeit gezahlt, den eine erkrankte Person aufgrund eingeschränkter Arbeitsfähigkeit nicht leisten kann. Der Arbeitgeber vergütet die tatsächlich erbrachte Arbeitsleistung, während die GKV den krankheitsbedingt ausgefallenen Anteil durch Teilkrankengeld ausgleicht. Die Höhe richtet sich nach den allgemeinen Regeln des Krankengeldes (§ 47 SGB V), wird jedoch anteilig entsprechend dem Umfang der Arbeitsunfähigkeit berechnet. Insgesamt ergibt sich häufig ein höheres Gesamteinkommen als beim vollständigen Krankengeldbezug, da zusätzlich ein anteiliges Arbeitsentgelt gezahlt wird.

§ 74 SGB V regelt, dass gegenüber der stufenweisen Wiedereingliederung (SWE) vorrangig zu prüfen ist, ob Versicherte eine teilweise Ausübung ihrer bisherigen Tätigkeit trotz einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit während des Entgeltfortzahlungszeitraums nach § 44c SGB V oder während des Krankengeldbezugszeitraums nach § 44d SGB V ausüben können.

Bewertung

Die Einführung einer Teil-AU mit korrespondierendem Teilkrankengeld ist kategorisch abzulehnen. Dieses Vorhaben wird ebenfalls auf dem Rücken der Beschäftigten ausgetragen, die sich, während sie AU sind, Diskussionen und Drucksituationen zu Fragen möglicher Teilarbeitsfähigkeit aussetzen müssen. Zudem ist es doch gerade ein Zeichen von Langzeiterkrankungen, dass Personen schwer und nachhaltig erkrankt sind - diese sollen nun aber bei Erkrankungen von mehr als 4 Wochen in den Druck der Teilarbeitsfähigkeit kommen. Das schadet der Genesungsperspektive der Beschäftigten und trägt im Zweifelsfall dazu bei, die Krankheitslast nicht im kürzest möglichen Zeitraum zu beseitigen. Zudem finden bereits in vielen anderen Bereichen des Arbeitsverhältnisses Fragen von „Freiwilligkeit“ vermehrt Eingang in die öffentliche Diskussion, weshalb sie besonders kritisch zu begleiten sind. Es liegt in Arbeitsverhältnissen jedoch in der Natur

der Sache begründet, dass Freiwilligkeit nicht gegeben oder durch das asymmetrische Machtverhältnis zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer nicht im Sinne des Arbeitnehmers ausgestaltbar ist – dieses Ungleichgewicht darf nicht auch noch auf die Genesungsperspektiven von Beschäftigten ausgedehnt werden.

. Besonders problematisch ist auch, dass die Präventionsverantwortung nicht im Gesetz verankert werden soll. Weder die Arbeitgeber noch die Krankenkassen werden in die Pflicht genommen, um gesundheitsgerechte Arbeitsbedingungen für die Betroffenen herzustellen. In ihrer jetzigen Ausgestaltung ist die Regelung daher primär als Instrument zur Flexibilisierung der Arbeitsfähigkeit zu Lasten der Beschäftigten und zugunsten der Arbeitgeber zu verstehen. Weitere Probleme sieht ver.di bei der praktischen Umsetzung. Die Behandler*innen verfügen in der Regel nicht über detaillierte Kenntnisse der konkreten Arbeitsbedingungen und haben keinen Zugang zu Gefährdungsbeurteilungen und der Gleichen. Bereits heute ist in vielen Betrieben der betriebliche Gesundheitsschutz unzureichend, Gefährdungsbeurteilungen werden nur unzureichend vorgenommen, auch das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) nach § 167 SGB IX findet unzureichend statt und ist noch immer keine zwingende Wirksamkeitsvoraussetzung für arbeitgeberseitig veranlasste personenbedingte Kündigungen.

Die Kombination aus Teil-AU, verkürzten Fristen zur Beantragung von Rehabilitationsmaßnahmen (§ 51 SGB V) und der Absenkung des Krankengeldzahlbetrages könnte dazu führen, dass der Druck auf erkrankte Beschäftigte weiter steigt, frühzeitig wieder (teilweise) arbeitsfähig zu sein – im Zweifel auf Kosten ihrer Gesundheit.

Änderungsbedarf

Die Regelung ist deshalb in Gänze abzulehnen.

Nr. 16 - Höhe des Kinderkrankengeldes (§ 45 SGB V)

Nr. 17 – Höhe des Krankengeldes, Krankengeld nach Beendigung eines Beschäftigungsverhältnisses (§ 47 SGB V)

Nr. 18 – Dauer des Krankengeldbezugs (§ 48 SGB V)

Die beiden Regelungsvorschläge werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam bewertet.

Die Regelung sieht vor, dass die Höhe des Auszahlungsbetrags von Krankengeld und Kinderkrankengeld um fünf Prozentpunkte gekürzt wird. Weiterhin wird die maximale Bezugsdauer insgesamt, unabhängig von der Grunderkrankung fix auf 78 Wochen innerhalb eines Dreijahreszeitraums – bezogen auf alle Krankheiten in diesem Zeitraum - festgelegt. Darüber hinaus wird festgelegt, dass Krankengeld im laufenden Bezug ab dem Zeitpunkt der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses auf die Höhe des Arbeitslosengeldes begrenzt wird.

Bewertung

Die Absenkung des Krankengeldes und Kinderkrankengeldes um fünf Prozentpunkte ist eine deutliche Verschlechterung der sozialen Absicherung für die Versicherten. Sie bedeutet für die Versicherten in einer

ohnehin bereits schweren Situation einen weiteren Einkommensverlust und trägt somit insbesondere bei Personen mit geringem Einkommen zur Erhöhung des Armutsrisikos bei; zudem werden Inflationsrisiken, Preisbelastungen noch weiter auf die erkrankten Beschäftigten verlagert; am Ende sinken Kaufkraft weiter. Mit der Absenkung der Höhe des Kinderkrankengeldbezugs wird zudem für Eltern erkrankter Kinder, die in der Betreuungsleistung und Genesungsbegleitung sind und ohnehin mit einem in keiner Weise mit der Realität korrespondierenden, da viel zu kurzen maximalen Bezugszeitraum pro Jahr konfrontiert sind, eine zusätzliche und nicht zu rechtfertigende Belastung geschaffen. Der Vorschlag wird von ver.di strikt abgelehnt.

Die Begrenzung der Bezugsdauer auf insgesamt maximal 78 Wochen innerhalb von drei Jahren wird ebenfalls kategorisch abgelehnt. Sie führt zur Schlechterstellung von Versicherten mit mehreren aufeinanderfolgenden Erkrankungen und verstärkt nochmals das Armutsrisiko. Das im besonderen Teil des Entwurfs angeführte Missbrauchspotenzial trägt als Begründung nicht. Es gibt keine empirischen Nachweise, dass eine relevante Zahl von Versicherten absichtlich die Diagnose wechselt. Die Maßnahme ist daher als eine pauschale Einschränkung aller Versicherten ohne empirische Evidenz zu bewerten. Ebenfalls abgelehnt wird, dass Krankengeld im laufenden Bezug ab dem Zeitpunkt der Beendigung eines Beschäftigungsverhältnisses auf die Höhe des Arbeitslosengeldes begrenzt wird – hier gelten dieselben Ablehnungsgründe wie vorangehend in diesem Absatz bereits beschrieben. Im Entwurf wird dies mit einer „systemgerechten“ Angleichung begründet, in der Realität werden an dieser Stelle aber unterschiedliche Schutzkonzepte miteinander vermischt und eine substantielle Schlechterstellung der Versicherten herbeigeführt. Krankengeld sichert krankheitsbedingte Einkommensausfälle ab, während Arbeitslosengeld an die Arbeitsfähigkeit anknüpft. Zudem führt dieser Vorschlag zu erheblichen Kostensteigerungen bei der Gesetzlichen Rentenversicherung, da die Anträge auf Erwerbsminderungsrenten dadurch zwangsläufig steigen werden – in diesem Kontext weisen zudem gleich an dieser Stelle darauf hin, dass wir die Verkürzung der Fristen von 10 auf 4 Wochen für möglichen diesbezügliche Rentenanträge ebenfalls ablehnen, weil auch dies dazu führt, dass Personen vorzeitig in niedrige Erwerbsminderungsrenten zulasten der GRV abgeschoben werden.

Änderungsbedarf

Vollständige Streichung der vorgeschlagenen Maßnahmen.

Ggf. Nr. 20 – Zusammenspiel Flexi-Rente und Krankengeld (§ 50 SGB V)

Die Regelung des § 50 SGB V ordnet das zeitliche Nebeneinander von Krankengeld und anderen Leistungsansprüchen mit dem Ziel, den Doppelbezug von Entgeltersatzleistungen öffentlicher Träger zu vermeiden. Für Versicherte der gesetzlichen Rentenversicherung, die eine Altersrente in voller Höhe erhalten, ist der Anspruch auf Krankengeld ausgeschlossen. Mit dem Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom

Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexirentengesetz) haben sich auch zusätzliche unbeabsichtigte Gestaltungsmöglichkeiten ergeben. So wurde möglich, dass Versicherte formal eine sehr hohe Teilrente (bis zu 99,99 Prozent) beziehen und gleichzeitig Anspruch auf Krankengeld haben und somit praktisch zwei Entgeltersatzleistungen gleichzeitig beziehen können. Die Neuregelung sieht nun vor, dass höchstens zwei Drittel der Vollrente bezogen werden dürfen, damit ein Krankengeldanspruch besteht.

Bewertung

Die Regelung ist aus der Sicht von ver.di nachvollziehbar, weil Mitnahmeeffekte und eine faktische Doppelleistung verhindert.

Änderungsbedarf

Keine Änderungen.

Nr. 21 – Frist zur Beantragung der Rehabilitation (§ 51 SGB V)

Die Regelung sieht vor, dass die Mitwirkungspflichten beim Bezug von Krankengeld verschärft werden. Versicherte haben künftig nicht mehr zehn Wochen, sondern nur noch vier Wochen Zeit, ihren Mitwirkungspflichten nachzukommen. Das erhöht den Druck auf erkrankte Versicherte.

Bewertung

Aus sozialpolitischer Sicht ist dieser Vorschlag kritisch zu bewerten. Diese Regelung erzeugt zusätzlichen Druck auf ohnehin bereits erkrankte Versicherte, ohne dass der finanzielle Nutzen erkennbar ist. Bereits heute gelten beim Krankengeld Mitwirkungspflichten. Eine weitere Fristverkürzung verschiebt die Last stärker auf Versicherte, die sich ohnehin in einer gesundheitlich belastenden Situation befinden und ggf. aus Gründen, die in ihrer Erkrankung liegen, nicht in der Lage dazu sind – dieses Vorhaben steht diametral dem Genesungsprozess entgegen.

Änderungsbedarf

Vollständige Streichung der vorgeschlagenen Maßnahmen.

Nr. 22 – Kürzung der befundbezogenen Festzuschüsse für zahnärztliche Leistungen um 50 Prozent (§ 55 SGB V)

Die Regelung sieht vor, dass der feste Anteil Kostenübernahme für Zahnersatz in der Regelversorgung ab 2027 wieder um 50 Prozent auf das Niveau von 2021 abgesenkt wird. Ferner verschlechtert sich die Bonusregelung, sodass künftig bei guter Vorsorge nur noch ein Zuschuss von 60 Prozent (fünf Jahre) und 65

Prozent (10 Jahre) erreicht werden kann. In Härtefällen werden die Kosten weiterhin voll übernommen. Wenn ein Zahnersatz noch vor Ende 2026 genehmigt wurde, gelten weiterhin die alten Regelungen.

Bewertung

Die Regelung wird von ver.di abgelehnt. Der Vorschlag beinhaltet eine klassische Leistungskürzung und bedeutet für die Versicherten künftig erhöhte Eigenanteile. Die gleichzeitige Absenkung der Bonusregelungen schwächt zudem Anreize zur regelmäßigen Vorsorge und damit die Prävention.

Änderungsbedarf

Die vorgeschlagenen Maßnahmen sind ersatzlos zu streichen.

Nr. 23 – Erhöhung der unteren und oberen Zuzahlungsgrenzen um 50 Prozent (§ 61 SGB V)

Die Regelung sieht vor, dass die untere und obere Zuzahlungsgrenze zu Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung wie z. B. Medikamente um jeweils 50 Prozent auf mindestens 7,50 Euro und maximal 15 Euro angehoben wird. Zusätzlich sollen die Zuzahlungsgrenzen dynamisiert und an die Grundlohnrate angepasst werden. Die aktuell bestehenden Belastungsgrenzen von zwei bzw. einem Prozent für Chroniker*innen bleiben bestehen.

Bewertung

Die Erhöhung und Dynamisierung der Zuzahlungsgrenzen werden von ver.di strikt abgelehnt, weil sie aus sozialpolitischer aber auch aus wirtschaftlicher Sicht kritisch zu bewerten sind, auch wenn formal Belastungsgrenzen bestehen. Zuzahlungen wirken grundsätzlich regressiv, weil sie unabhängig vom Einkommen erhoben werden und damit Haushalte mit geringem Einkommen überproportional belasten. Die Erhöhung bedeutet für die Versicherten eine spürbare Mehrbelastung im Alltag. Es ist davon auszugehen, dass die Erhöhung der Zuzahlung bei finanzschwachen Personen eine erhebliche Steuerungswirkung entfalten kann und schlussendlich dazu führen kann, dass notwendige Leistungen aus Kostengründen verzögert oder gar nicht in Anspruch genommen werden. Diese zusätzliche Dynamisierung verschärft diesen Effekt langfristig, weil die Eigenbeteiligung kontinuierlich steigt, ohne dass ein Bezug zur individuellen finanziellen Leistungsfähigkeit besteht. Auf diese Weise wird die strukturelle Verschiebung der Finanzierungslast immer weiter in Richtung der Versicherten verstetigt. Grundsätzlich ist der Vorschlag auch aus Systemsicht abzulehnen, denn im Endergebnis bedeutet er eine schleichende Erosion der paritätischen Finanzierung der GKV und damit auch eine Verabschiedung aus dem Solidarprinzip. Zuzahlungen sind verdeckte Beitragserhöhungen für Versicherte, ohne dass dies in der paritätischen Beitragslogik sichtbar wird. Zudem leiden die Kaufkraft in Deutschland, Armutsrisiken steigen, hinzu kommt der in dem Reformvorhaben enthaltene Vorschlag verringertes Krankengeldzahlung, die einer Erhöhung der Kosten für Erkrankte diametral entgegensteht.

Änderungsbedarf

Die vorgeschlagenen Maßnahmen sind ersatzlos zu streichen.

Nr. 25 – Grundsätzliche Anbindung an die Grundlohnrate; Nicht-Berücksichtigung Anhebung der Beitragsbemessungsobergrenze, Abschlag 2027-2029 (§ 71 SGB V)

Die Regelung sieht vor, dass die Grundlohnrate in allen Leistungsbereichen verbindlich als feste Obergrenze gilt. Die Verrechnung von Einsparungen und Mehrausgaben in unterschiedlichen Bereichen ist künftig nicht mehr zulässig. Es wird zudem klargestellt, dass die in § 223 Absatz 4 Satz 1 SGB V geregelte außerordentliche Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze um monatlich 300 Euro im Jahr 2027 keine Wirkung auf die Grundlohnrate in den Jahren 2028 und 2029 hat. Die Bundesregierung geht davon aus, dass die Grundlohnrate in den Jahren 2027 bis 2029 mit schätzungsweise durchschnittlich rund 4 Prozent voraussichtlich noch deutlich höher liegen wird als im langfristigen Schnitt und damit wesentlich oberhalb der geschätzten Entwicklung der Einnahmen der Krankenkassen von 2,5 Prozent. Aus diesem Grund wird an dieser Stelle ein Abschlag in Höhe von einem Prozent festgelegt, sodass die Grundlohnrate auf rund 3 Prozent prognostiziert wird.

Bewertung

Die Regelung bildet das Herzstück der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik, die den Entwurf in seiner Gänze prägt. Sie ermöglicht eine rigorose Kontrolle der Ausgaben mit der Brechstange und trägt kurzfristig zur Stabilisierung der GKV-Finanzen bei. Das ist fiskalisch nachvollziehbar, aber mit fatalen gesundheitspolitischen und wirtschaftlichen Auswirkungen. Problematisch ist insbesondere, dass die Regelung völlig undifferenziert wirkt. Die starre Kopplung ignoriert, dass die Kostenentwicklung in den unterschiedlichen Leistungsbereichen des Gesundheitswesens ganz eigenen Dynamiken folgen. Dadurch besteht die Gefahr, dass notwendige Vergütungsanpassungen – etwa zur Sicherung von Personal oder zur Finanzierung neuer Leistungen – nicht mehr möglich sind (zur Notwendigkeit der Bindung an Tariflöhne etc wurde vorangehend bereits einiges geschrieben, auch zur Notwendigkeit der Berücksichtigung der Vorgaben der EU-Mindestlohn-RL im Kontext Tarifbindung/Tarifanwendung). Ebenfalls kritisch zu sehen ist, dass keine Priorisierung innerhalb des Systems mehr stattfinden kann. Wenn einzelne Bereiche höhere finanzielle Bedarfe haben, können diese nicht mehr durch Einsparungen in anderen Bereichen ausgeglichen werden. Durch den Reformvorschlag drohen erhebliche Qualitätsverluste in der Versorgung, die unmittelbar aus schlechteren Arbeitsbedingungen, höherer Arbeitsverdichtung und Personalabbau resultieren. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn Personal nicht mehr wettbewerbsfähig vergütet werden kann. Die Regelung bedeutet das Aus für die vollständige Tariffinanzierung. In Bereichen, wo bereits heute Arbeitskräftemangel besteht, wird dies die Situation weiter verschärfen. Schlussendlich besteht die Gefahr, dass Kosten nicht minimiert werden, sondern lediglich im Rahmen von Leistungsbegrenzungen, längeren Wartezeiten oder höheren privaten Zuzahlungen an die Versicherten durchgereicht werden.

Änderungsbedarf

Die Regelung ist in ihrer Gänze abzulehnen.

Nr. 41 – Begrenzung der Refinanzierung von Vergütungssteigerungen für Rehabilitationseinrichtungen (§ 111c SGB V)

Auch für Rehabilitationseinrichtungen soll die Begrenzung von Ausgabensteigerungen durch Bindung an die Veränderungsrate erfolgen.

Bewertung

ver.di lehnt die Deckelung der Ausgabenentwicklung durch Begrenzung anhand der Veränderungsrate ab. Nach der Deutschen Rentenversicherung (DRV) ist die gesetzliche Krankenversicherung der zweitgrößte Finanzierer medizinischer Rehabilitationsleistungen. In der DRV ist zum 01.01.2026 eine neue Vergütungsordnung für die Rehabilitation in Kraft getreten, die bereits zu Verunsicherungen in der Branche führt. Eine zusätzliche Begrenzung der Vergütungsentwicklung in der GKV würde diese Unsicherheiten weiter verstärken.

Vor dem Hintergrund des bestehenden Arbeitskräftemangels in Rehabilitationseinrichtungen ist zudem von besonderer Relevanz, dass eine Begrenzung von Ausgaben- und Vergütungssteigerungen die Gewinnung und Bindung von Fachkräften erschweren. Insofern sind neben negativen Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten aufgrund einer fehlenden Refinanzierungsgrundlage für den erforderlichen Personalaufbau auch Folgen für die Versorgungsqualität zu erwarten.

Änderungsbedarf

Nr. 41 ist zu streichen.

Nr. 61 – Anhebung der Beitragsbemessungsobergrenze (§ 223 SGB V)

Die Regelung sieht eine einmalige Anpassung der Beitragsbemessungsobergrenze um 3600 Euro im Jahr vor.

Bewertung

Zur nachhaltigen Stabilisierung der Einnahmeseite der gesetzlichen Krankenversicherung ist aus der Sicht von ver.di eine weitere Ausweitung der Finanzierungsbasis notwendig. Die Anhebung der Beitragsbemessungsobergrenze wird grundsätzlich positiv bewertet, geht jedoch nicht weit genug. Höhere Einkommen werden so stärker für die Finanzierung der GKV herangezogen, was grundsätzlich dem Solidarprinzip entspricht. Allerdings bleibt die Maßnahme unvollständig, wenn nicht die Versicherungspflichtgrenze ebenfalls

angehoben wird. Die jetzige Regelung birgt Risiken für die GKV. Gemeinsam mit den im Entwurf enthaltenen Leistungskürzungen und der Abschaffung der beitragsfreien Mitversicherung könnte die alleinige Anhebung der Beitragsbemessungsobergrenze dazu führen, dass insbesondere für die GKV wichtige Gutverdiener*innen in die private Krankenversicherung (PKV) wechseln.

Änderungsbedarf

Die Beitragsbemessungsgrenze sollte auf das Niveau im Bereich der Rentenversicherung angehoben und die Versicherungspflichtgrenze analog zur Beitragsbemessungsobergrenze ebenfalls auf das entsprechende Niveau angehoben werden. Darüber hinaus sollte die Beitragsgrundlage auf andere Einkommen wie beispielsweise Kapitalerträge oder Mieteinkünfte erweitert werden.

Artikel 3 - Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 2 – Streichen der Tariffinanzierung für Krankenhausbeschäftigte

Laut vorliegenden Gesetzentwurfs soll Satz 5 des § 6 Abs. 3 KHEntgG gestrichen werden. Dieser bildet gegenwärtig die Grundlage für die vollständige und unterjährige Refinanzierung von Tarifierhöhungen für Krankenhausbeschäftigte. In der Folge wäre die Tariffinanzierung nur noch bis zur Höhe der jährlich ermittelten Veränderungsrate für alle Krankenhausbeschäftigten zulässig.

Bewertung

Die vorgesehenen Änderungen gehen unmittelbar zulasten der Krankenhausbeschäftigten und werden von ver.di aus diesem Grund deutlich kritisiert und abgelehnt. Durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) wurde erstmals 2024 festgelegt, dass eine vollständige Refinanzierung der Tarifsteigerungen für alle Krankenhausbeschäftigten gilt – Tarifverträge gelten ausdrücklich als wirtschaftlich. Zuvor galt, dass eine vollständige Tariffinanzierung nur für das Pflegepersonal im Krankenhaus zustande kommt, während Tarifierhöhungen für das nichtpflegerische Krankenhauspersonal nur zu 50 Prozent refinanziert wurden. Die Streichung des Satz 5 des § 6a würde den vormaligen Status quo sogar noch verschlechtern. In Verbindung mit der in Nr. 25 - § 71 SGB V vorgesehenen Ausgabenbegrenzung durch Orientierung am Veränderungswert, für den die Grundlohnrate zudem in den Jahren 2027 bis 2029 noch um einen Prozentpunkt reduziert werden soll, wird eine Obergrenze in der Refinanzierung festgeschrieben, die es zuvor so nicht gab.

Für Krankenhausbeschäftigte bedeutet dies, dass Tarifsteigerungen von ihren jeweiligen Krankenhäusern künftig an anderer Stelle refinanziert werden müssten. Angesichts einer schwierigen wirtschaftlichen Situation vieler Krankenhäuser und der gegenwärtig durch die Krankenhausreform angestoßenen Transforma-

tionsprozesse würde eine Situation erzeugt, in der erforderliche tariflich geregelte Erhöhungen der Personalkosten krankenhausseitig durch Maßnahmen wie Querfinanzierungen oder Einsparungen in anderen Bereichen aufgefangen werden müssen. Dabei steht außer Frage, dass Steigerungen der tariflichen Löhne aller Krankenhausbeschäftigten durch gute Tarifabschlüsse zwingend erforderlich sind, um die Attraktivität der Berufsbilder zu steigern, Fachkräfte zu gewinnen und im Beruf zu halten und ein hohes Qualitätsniveau in der stationären Versorgung sicherzustellen. In Verbindung mit den berufsgruppenübergreifend hohen Arbeitsbelastungen im Krankenhaus ist die vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen hierzu eine entscheidende Voraussetzung. Tarifautonomie wird durch die Begrenzung ausgehebelt, da notwendige Lohnsteigerungen nicht mehr refinanziert werden könnten. Zudem verstärkt dieses Regelungsvorhaben Inflationsrisiken und Preisbelastungen; darüber hinaus gilt auch an dieser Stelle, dass Deutschland die Verpflichtungen aus der EU-Mindestlohn-Richtlinie einzuhalten und für mehr Tarifbindung/Tarifanwendung zu sorgen – der hiesige Regelungsvorschlag bewirkt das Gegenteil und ist deshalb auch rechtlich problematisch.

Änderungsbedarf

ver.di fordert die Streichung von Nr. 2 nachdrücklich, die geltenden Regelungen des § 6 Abs. 3 S. 5 KHEntgG dürfen nicht angetastet werden; die vollständige Tarifrefinanzierung muss beibehalten werden und ausgangsoffene Tarifverhandlungen weiterhin möglich bleiben.

Nr. 3 - Änderungen der geltenden Regelungen des Pflegebudgets, § 6a KHEntgG

Vorgesehen ist, die im § 6a festgeschriebene Ausgestaltung des krankenhausindividuellen Pflegebudgets dahingehend zu ändern, dass künftig keine Refinanzierung aller Pflegepersonalkosten im Krankenhaus mehr ermöglicht wird. Der Anstieg des Pflegebudgets soll stattdessen künftig begrenzt werden, indem ab 2027 das jährlich am jeweiligen Vorjahr als Ausgangsgrundlage zu orientierende Pflegebudget höchstens um den Veränderungswert nach § 9 Abs. 1b S. 2, 3 erhöht werden darf. Eine Überschreitung des Veränderungswertes soll zulässig sein, sofern es die Einhaltung gesetzlicher Vorgaben oder Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) erforderlich macht. Differenzen zwischen tatsächlichen und vereinbarten Pflegepersonalkosten sind durch Ausgleich von Minderkosten für das jeweilige Folgejahr sowie durch Nichtausgleich von Mehrkosten zu verrechnen. Für Pflegepersonal, das nicht in einem direkten Arbeitsverhältnis mit einem Krankenhaus steht, soll der Teil der Vergütung, der über das tarifvertraglich vereinbarte Arbeitsentgelt für das Pflegepersonal mit direktem Arbeitsverhältnis hinausgeht, nicht im Pflegebudget berücksichtigt werden. Nicht durch das Pflegebudget abgedeckt werden sollen Pflegepersonalkosten für Tätigkeiten, die nicht in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen

und in Kreißsälen dienen. Eine Möglichkeit, in der pflegeentlastende Maßnahmen pauschal mit 2,5% des Budgets berücksichtigt werden können, ist nicht weiter vorgesehen.

In Verbindung mit der in Nr. 25 - § 71 SGB V vorgesehenen Ausgabenbegrenzung durch Geltung der zu ermittelnden Veränderungsrate, auf die in den Jahren 2027 bis 2029 eine Reduzierung um einen Prozentpunkt erfolgt, ergibt sich für das Pflegebudget ein zusätzlicher Absenkungseffekt unterhalb der Grundlohnrate.

Bewertung

Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di lehnt auch die vorgesehene Begrenzung des Pflegebudgets strikt ab. Es gelten zum einen die vorangehend beschriebenen Kritikpunkte. Zudem kritisiert ver.di, dass durch den Ansatz einer Begrenzung des Pflegebudgets die Beschäftigten in der Krankenhauspflege wieder regelhaft mit flächendeckender personeller Unterbesetzung und daraus resultierender Überlastung konfrontiert würden, da die Refinanzierung in der Krankenhauspflege erneut an finanziellen Zwängen statt an den Erfordernissen einer bedarfsgerechten Versorgung ausgerichtet wäre. Die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen im Jahr 2020 war ein dringend erforderlicher Schritt, um die Pflegebeschäftigten in Krankenhäusern vor den Auswirkungen kontinuierlicher Zwänge zur Kostenminimierung durch Personalabbau im Rahmen des dysfunktionalen DRG-Systems zu schützen.

Anders als in den Ausführungen des vorliegenden Referentenentwurfs (dort S. 55) suggeriert, kann von einer erfolgreichen und damit abgeschlossenen Stärkung der Pflege anhand des Ist-Zustandes nicht gesprochen werden. Durch die Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV) wurde zwar ein Rechtsrahmen geschaffen, der eine bedarfsgerechte Mindest-Personalbemessung anhand der Pflegepersonalbemessungsregelung (PPR 2.0) in der Krankenhauspflege zum Ziel hat. Allerdings ist der Gesetzgeber bisher eine verbindliche und sanktionsbewehrte Umsetzung der PPR 2.0 schuldig geblieben. Damit fehlt allerdings auch die Grundlage, um von einer am Bedarf orientierten Stärkung der Krankenhauspflege zu sprechen. Stattgefundenene Personalverbesserungen in der Krankenhauspflege, die durch das Pflegebudget refinanziert wurden, spiegeln vielmehr einen dringend benötigten Personal-Wiederaufbau in der Krankenhauspflege nach Jahren des fortgesetzten Personalabbaus wider. Dafür spricht, dass in Deutschland im Vergleich mit anderen Industrienationen laut OECD noch 2019 deutlich weniger Pflegepersonal in Krankenhäusern als Vollzeitäquivalente pro 1000 Einwohner vorhanden waren.¹ Diesen Fortschritten nun durch geplante Einführung einer Begrenzung des Pflegebudgets wieder den Boden zu entziehen, würde darüber hinaus bedeuten, dass neben einer Abwertung der Krankenhauspflege auch all jenen Berufsbildern in Krankenhäusern, die bisher nicht durch das Pflegebudget refinanziert werden und somit beständig dem Druck des DRG-Systems zu Kostenminimierung und Personalabbau ausgesetzt sind, die dringend erforderliche Perspektive einer Ausgliederung aus dem Fallpauschalensystem genommen wird.

¹ Vgl.: Simon, Michael: Krankenhausreform und internationaler Vergleich, in: Das Krankenhaus 10/2023.

Mit der im Referentenentwurf in Nr. 25 - § 71 SGB V vorgesehenen Koppelung der Ausgaben an die Einnahmen der GKV würde das Pflegebudget zunächst nicht auf dem Niveau der GKV-Einnahmen gedeckelt. Durch die für die Jahre 2027 bis 2029 vorgesehene zusätzliche Reduzierung der Veränderungsrate um einen Prozentpunkt würde effektiv eine engere Begrenzung des Pflegebudgets vorgenommen, als es die reine Einnahmesituation der GKV vorgibt. Die Auswirkung dieser künstlich verstärkten Pflegebudgetbegrenzung würden mit besonderem Gewicht zulasten des Pflegepersonals gehen. Die Tarifautonomie wird ausgehebelt, da notwendige Lohnsteigerungen und qualitative tarifvertragliche Verbesserungen nicht mehr refinanziert werden könnten. Sie wird insofern entschieden abgelehnt.

ver.di fordert angesichts der drohenden Schlechterstellung der geltenden Refinanzierungsregeln in der Krankenhauspflege, das Pflegebudget in seiner jetzigen Regelung nicht anzutasten. Eine Begrenzung des Pflegebudgets durch den Veränderungswert entzieht dem Erfordernis einer Refinanzierung des Pflegepersonals bis hin zur Erfüllung einer bedarfsgerechten Personalbemessung – und Tarifverträge gelten als wirtschaftlich - die Grundlage, entwertet dadurch errungene Verbesserungen in den Arbeitsbedingungen der Krankenhauspflege und gefährdet die stationäre Versorgungsqualität durch Rückverlagerung des Kostensenkungsdrucks auf die Personalkosten im Pflegebereich. Analog zum Pflegebudget ist sukzessive die Ausgliederung der Personalkosten für alle nichtpflegerischen Berufsgruppen und Tätigkeitsbilder im Krankenhausbereich und deren kostendeckende Refinanzierung gesetzlich umzusetzen, um den bestehenden Druck zu Kostensenkungen und Personalabbau in diese Berufe zu beseitigen und die Qualität in der stationären Versorgung zu verbessern.

Die Streichung pflegeentlastender Maßnahmen in ihrer jetzigen Form lehnt ver.di ab. Mit der Pauschalierung und Reduzierung dieses Instrumentes von 4,5 Prozent auf 2,5% durch das Krankenhauspflegeentlastungsgesetz wurden bereits Einsparmaßnahmen realisiert; zudem sind auch diese Tätigkeiten/Maßnahmen für einen funktionieren Krankenhausbetrieb unentbehrlich und müssen daher entsprechend ausgestattet sein.

Änderungsbedarf

Nr. 3 ist zu streichen.

Artikel 5 - Änderung der Bundespflegegesetzverordnung

Nr. 1 - Rückzahlungsverpflichtung für nicht verwendete Mittel zur Stellenbesetzung (§ 3 Abs. 3)

Geregelt werden soll, dass nicht verwendete Mittel, die für eine vereinbarte Stellenbesetzung vorgesehen waren, im nächstmöglichen Budgetvereinbarungszeitraum auszugleichen sind, in dem der Gesamtbetrag in der nächsten Vereinbarung entsprechend abzusenken ist. Das gleiche gilt, falls entsprechend vorgesehene

Mittel zweckentfremdet verwendet wurden. Liegt nur eine vorübergehende und keine dauerhafte Unterschreitung der Stellenbesetzung vor und wird diese durch die Einrichtung nachgewiesen, findet keine Absenkung statt.

Bewertung

ver.di begrüßt im Grundsatz zwar das Ansinnen sicherzustellen, dass für eine Stellenbesetzung vereinbarte Mittel nicht zweckentfremdet werden und dementsprechend eine Stellenbesetzung stattfindet. Der im Referentenentwurf gewählte Weg geht das bestehende Problem einer häufigen personellen Unterschreitung der Mindestvorgaben gemäß PPP-RL jedoch durch Streichung der zur Verfügung gestellten Mittel an. Einrichtungen, die Mittel nicht entsprechend verwendet haben oder zweckentfremdet haben, wird damit kein verbindlicher, sanktionsbewehrter Weg aufgezeigt, um neue Stellenbesetzungen vorzunehmen und so die Personalvorgaben der PPP-RL einzuhalten, da zuvor vereinbarte Mittel für Stellenbesetzungen nun fehlen. Einrichtungen können dieses Fehlen zunächst nur durch Verwendung von Eigenmitteln ausgleichen, was angesichts der bereits schwierigen ökonomischen Situation vieler Einrichtungen kein probates Instrument für Personalaufbau darstellt. ver.di fordert demgegenüber, gemäß den Vorgaben der PPP-RL eine verbindliche, sanktionsbewehrte Regelung zur Einhaltung der Mindestpersonalbemessungsrichtlinie zu treffen. Sanktionen bei Nichtvornahme von Stellenbesetzungen sind primär über Sanktionsbeträge, die von den Einrichtungen zu zahlen sind, zu regeln. Diese können bei jährlich fortbestehender Stellennichtbesetzung progressiv ausgestaltet sein. Zum Schutz der betroffenen Beschäftigten vor dauerhafter Überlastung durch Unterbesetzung sind vorübergehende Leistungseinschränkungen bis hin zu befristeten Schließungen von Abteilungen oder Bereichen geeignete Maßnahmen. Voraussetzung hierfür ist, dass in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen wieder eine stationsgenaue Erfassung und Dokumentation der Stellenbesetzung stattfindet. Von einer Streichung der Mittel für vorzunehmende Stellenbesetzungen ist abzusehen, um Einrichtungen die Gelegenheit zu geben, die Maßnahmen unterjährig zu tätigen.

Änderungsbedarf

Die Sätze 8 bis 10 sind zu streichen.

Der G-BA ist zu beauftragen, im Rahmen der jährlichen Weiterentwicklung der PPP-RL eine Weiterentwicklung der enthaltenen Sanktionsmechanismen vorzunehmen, durch die Einrichtungen der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung verbindliche Schritte zur Einhaltung der Mindestvorgaben unternehmen müssen. Hierzu sind auch vorübergehende Leistungseinschränkungen auf unterbesetzten Stationen und Bereichen zulässig.

Der G-BA ist zu beauftragen, die PPP-RL zu einem verbindlichen Instrument zur bedarfsgerechten Pflegepersonalausstattung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung weiterzuentwickeln.

Nr. 2 - Berücksichtigung von Kostendaten im leistungsbezogenen Vergleich von Einrichtungen

Kostendaten von Einrichtungen der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung sollen künftig in die Regelungen zum leistungsbezogenen Vergleich von Einrichtungen nach § 4 BpflV aufgenommen werden.

Bewertung

ver.di kritisiert ausdrücklich das Ansinnen, den leistungsbezogenen Vergleich um Kostendaten zu erweitern. Gerade vor dem Hintergrund der im Referentenentwurf vorgesehenen Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung würden Einrichtungen, deren Personalkosten im Vergleich höher liegen, vermehrt Anreize zur Orientierung an Kennziffern und Wirtschaftlichkeit ausgesetzt. Für die Beschäftigten in den genannten Einrichtungen bedeutet dies ein zusätzliches Risiko, dass daraus entstehender Kostensenkungsdruck durch Personalabbau oder nicht vorgenommenen Personalaufbau realisiert wird. Die für eine qualitativ hochwertige psychiatrische und psychosomatische Versorgung erforderliche multiprofessionelle Zusammensetzung von Teams in Verbindung mit langfristig erforderlicher Beziehungsarbeit würden erschwert, was effektiv eine Gefährdung der Versorgungsqualität bedeutet.

Änderungsvorschlag

Nr. 2 ist zu streichen.

Nr. 4 – Änderung der Finanzierung psychiatrischer und psychosomatischer Krankenhäuser (§9)

Vorgesehen ist die Streichung des gegenwärtig bestehenden Erfordernisses, einen gesonderten Veränderungswert für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser auszuweisen. Für diese Einrichtungen soll künftig derselbe Veränderungswert gelten wie für somatische Einrichtungen nach § 9 Abs. 1b S. 2 KHEntgG.

Bewertung

Die mit dieser Änderung vorgesehene Vereinheitlichung des Veränderungswertes löst nicht die bestehenden Probleme der Finanzierung der psychiatrischen und psychosomatischen stationären Versorgung. Die sich von der Somatik unterscheidenden Vergütungssystematik einer Gesamtbudgetverhandlung hat nicht flächendeckend sicherstellen können, dass psychiatrische und psychosomatische Versorgungseinrichtungen die Vorgaben der Personalbemessungsrichtlinie in der psychiatrischen Versorgung (PPP-RL) erfüllen. Da die PPP-RL als Personalmindestrichtlinie fungiert, wäre eine kostendeckende Refinanzierung des Pflegepersonals oberhalb des Mindestniveaus nicht gegeben.

ver.di fordert, eine Änderung der geltenden Regelungen der Bundespflegesatzverordnung zur Finanzierung psychiatrischer und psychosomatischer Krankenhäuser zu unterlassen. Erforderlich ist stattdessen die Be-

auftragung des gemeinsamen Bundesausschusses mit der Entwicklung von Vorgaben für verbindliche, bedarfsgerechte Pflegepersonalbemessung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung, die die PPP-RL perspektivisch ersetzt.

Änderungsbedarf

Nr. 4 ist zu streichen.

Artikel 4 - Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 2 – Einführung von Kurzzeitfallpauschalen

Vorgesehen ist, dass bis zum 30. April 2027 für geeignete Fallgruppen eine gesonderte Kalkulation von Bewertungsrelationen für stationäre Behandlungsfälle mit einer Behandlungsdauer von bis zu drei Kalendertagen und maximal zwei Übernachtungen (Kurzzeitfallpauschalen) geschaffen wird.

Bewertung

ver.di lehnt die Einführung eines neuen Finanzierungsinstrumentes auf Grundlage des Fallpauschalensystems für Eingriffe mit besonders kurzen Verweildauern strikt ab. Der Hinweis, dass sich aus dem bestehenden, ebenfalls Fehlanreize setzenden Hybrid-DRG-System eine Vergütungsunterdeckung stationärer erbrachter Leistungen und eine Vergütungsüberdeckung ambulant erbrachter Leistungen stattfindet, ist letztlich nur Ausweis der grundsätzlichen und systemischen Fehlentscheidung, im Fallpauschalensystem möglichst geringe Kosten und möglichst hohe Leistungszahlen zu forcieren. Die Kurzzeitfallpauschalen treiben dieses Prinzip auf die Spitze, da sie eine einheitliche Vergütungshöhe für eine Leistungserbringung unabhängig von der tatsächlichen Verweildauer eines Patienten im Krankenhaus im Rahmen von maximal drei Kalendertagen vorsehen. Damit wird ein weiterer ökonomischer Anreiz geschaffen, möglichst viele Patient*innen schnellstmöglich zu entlassen und Verweildauern auf das absolute Minimum zu reduzieren. Im Sinne der demgegenüber notwendigen Hinwendung zu einer bedarfsgerechten stationären Versorgung, die das Patientenwohl in den Mittelpunkt stellt und nicht primär an Sparvorgaben orientiert ist, sind derartige Ansätze strikt abzulehnen.

Änderungsvorschlag

Nr. 2 ist zu streichen.

Zum gesamten Referentenentwurf verweisen wir zudem auf die von allen Mitgliedsgewerkschaften getragene Stellungnahme des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB).