

Zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines

**Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in
der gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz)**

Drucksache 21/6130

Anlässlich der öffentlichen Anhörung
vor dem Ausschuss für Gesundheit
am 22. Juni 2026

- Die GKV hat ein Ausgabenproblem, kein Einnahmeproblem. Richtig ist daher die Zielrichtung der „einnahmeorientierten Ausgabenpolitik“, wie dies auch die FinanzKommission Gesundheit empfohlen hatte.
- Explizit nicht vorgeschlagen hatte die FinanzKommission die vorgesehene außerordentliche Anhebung von Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze. GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz (BStabG) und Pflegeneuordnungsgesetz (PNOG) führen inklusive jährlicher Regeldynamisierung zu einem Anstieg der Abgabenlast um rund 9,9 Mrd. Euro. Dies verschlechtert die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft weiter. Die Maßnahmen sind faktisch Sondersteuern für qualifizierte Fachkräfte und deren Arbeitgeber.
- Darüber hinaus wird durch die Anhebung der Versicherungspflichtgrenze die Wahlfreiheit bei der Wahl der Krankenversicherung extrem erschwert. Die Schädigung des Systemwettbewerbs führt in der Konsequenz zu einer Angestellten-Bürgerversicherung.
- Die für den Arzneimittelbereich vorgesehenen Maßnahmen sind nicht hinreichend: Sie werden den starken Arzneimittelausgabensteigerungen in GKV und PKV nicht gerecht und bleiben hinter den Empfehlungen der FinanzKommission Gesundheit zurück. Insbesondere die Streichung der „Leitplanken“ wird zu Mehrausgaben führen.

I. Vorbemerkung

Die finanzielle Lage der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hat sich in den vergangenen Jahren deutlich verschärft und weist inzwischen eine strukturelle Schieflage auf. Die Ausgaben wachsen kontinuierlich stärker als die beitragspflichtigen Einnahmen, woraus ein dauerhaft steigendes Defizit resultiert. Ohne wirksame Gegensteuerung ist absehbar, dass sich diese Entwicklung weiter zuspitzt und zunehmend zu steigenden Beitragssätzen sowie zusätzlichen Belastungen für Versicherte und Arbeitgeber führen wird. Vor diesem Hintergrund ist es nachvollziehbar, dass der Gesetzgeber mit einem Beitragssatzstabilisierungsgesetz kurzfristig auf die angespannte Finanzlage reagiert. Eine langfristige Stabilisierung, mit der insbesondere die Belastung durch das alterungsbedingte starke Ansteigen der Ausgaben angegangen wird, steht aber noch aus. Die Finanzkommission Gesundheit rechnet mit einer starken Dynamik ab 2030. Die Zeit bis dahin sollte genutzt werden, mehr kapitaldeckte Absicherung zu etablieren, um der Alterung Rechnung zu tragen. Der Gesetzentwurf enthält hierzu noch keine Grundlage. Er schränkt die Möglichkeit einer Absicherung des Krankheitsrisikos in der demografiefesten PKV sogar ein. Das Gegenteil wäre richtig.

Gerade in einer solchen Situation ist hervorzuheben, dass das duale Krankenversicherungssystem aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung einen wesentlichen Beitrag zur Stabilität und Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens leistet. Veränderungen an der GKV müssen daher immer auch im Kontext des dualen Systems gewürdigt werden. Jedes System muss die Probleme in seinem System lösen. Eine Schwächung der Privaten Krankenversicherung, die jährlich einen überproportionalen und nachhaltig finanzierten Mehrumsatz von über 15 Mrd. Euro in einem gemeinsamen Versorgungssystem leistet, geht dagegen zu Lasten der Gesundheitsversorgung von allen Versicherten.

Die aktuelle Entwicklung in der GKV zeigt die Notwendigkeit einer konsequenten einnahmenorientierten Ausgabenpolitik. Es ist genug Geld im System. Nicht ohne Grund hat die Finanzkommission Gesundheit die Rückkehr zu einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik als ihre wichtigste Empfehlung definiert. Eine wirksame Begrenzung der Ausgabendynamik ist erforderlich, die insbesondere bei den zentralen Kostentreibern ansetzt.

Die vorgesehene Anhebung der Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze stellt dagegen einen Eingriff auf der Einnahmenseite dar, der keine nachhaltige Lösung für die strukturellen GKV-Finanzierungsprobleme bietet. Die Erhöhung ist kein Sparbeitrag, sondern hat die Wirkung einer Sondersteuer auf besonders qualifizierte Arbeitsplätze. Sie ist kein Signal für Wachstum, sondern für extrem hohe Lohnnebenkosten.

Der Gesetzentwurf gibt an, dass durch die außerordentliche Anhebung der Bemessungsgrenzen 2,5 Mrd. Euro Mehreinnahmen generiert werden. Diese Schätzung ist zu gering: Das Institut der deutschen Wirtschaft (IW) schätzt die zusätzliche Belastung durch die BBG-Erhöhung auf mindestens 4,5 Mrd. Euro.¹ Es muss zudem hinzugerechnet werden, dass neben der

¹ Stockhausen, Maximilian / Pimpertz, Jochen (2026): *Höhere Beitragsbemessungsgrenze: Beschäftigte und Unternehmen zahlen bis zu 4,5 Milliarden Euro mehr* (<https://www.iwkoeln.de/presse/iw->

außerordentlichen Anhebung der Rechengrößen auch noch die jährliche Regeldynamisierung stattfindet. Liegt die BBG im Jahr 2026 bei 69.750 Euro, wird sie im Jahr 2027 unter Berücksichtigung einer Lohnentwicklung von 4,5 % (Prognose IGES-Institut) und der geplanten Sondererhöhung bei 76.489 Euro liegen.

Auch wenn der Beitragssatz optisch stabil bleibt, ist die Beitragsbelastung des Einzelnen doch erheblich: Zahlt ein Angestellter unter der aktuellen BBG 14.857 Euro pro Jahr an Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen, werden es mit der neuen BBG 16.292 Euro jährlich sein. Das heißt: Infolge der außerordentlichen BBG-Erhöhung werden die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung um bis zu 1.436 Euro pro Jahr steigen (+ 9,7 Prozent) – bei Angestellten hälftig getragen von Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Angestellte, die 76.489 Euro pro Jahr verdienen, zahlen künftig 1.358 Euro monatlich für die Kranken- und Pflegeversicherung. Laut IGES-Institut werden von der Anhebung der BBG 6,9 Millionen Menschen betroffen sein.

Nicht außer Acht gelassen werden dürfen auch die Belastungen, die aus dem Pflege neuordnungsgesetz (PNOG) resultieren. Zusammengenommen addieren sich die laut GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz und PNOG geplanten Änderungen an den Beitragsbemessungsgrenzen für Arbeitgeber und Arbeitnehmer auf Zusatzbelastungen in Höhe von rund **9,9 Mrd. Euro** (eingeschlossen die Regeldynamisierung der Rechengrößen zum Jahreswechsel 2026/2027).

2026/2027: Zusatzlast BBG-Sondererhöhung um + 3.600 Euro p.a. in der GKV und BBG-Sondererhöhung in der SPV (mit BBG-Regeldynamisierung)	
Krankenversicherung (GKV)	+ 7,8 Mrd. Euro (IGES)
Pflegeversicherung (SPV)	+ 2,1 Mrd. Euro
Anstieg Abgabenlast Gesamt	+ 9,9 Mrd. Euro

Quelle: GKV, IGES, Handelsblatt 8.5.2026; SPV: Entwurf PNOG + vorsichtige Schätzung Regeldynamisierung

Da Deutschland bereits heute im internationalen Vergleich eine hohe Belastung des Faktors Arbeit durch Steuern und Sozialabgaben aufweist, führen die vorgesehenen Maßnahmen zu einer Verschlechterung der Wettbewerbsposition der deutschen Wirtschaft. Sie sind kein Signal für mehr Wirtschaftswachstum. Schon jetzt hat Deutschland im OECD-Vergleich nicht nur ein sehr teures Gesundheitswesen, sondern auch nach Belgien die höchste Belastung mit Sozialabgaben und Steuern an den Gesamtarbeitskosten.²

Die Verschiebung der Rückzahlungen von Bundesdarlehen ist als verdeckte Subvention ebenfalls ein Eingriff in den Wettbewerb von GKV und PKV. Da im Kontext der laufenden Debatte immer wieder die Forderung nach mehr Steuerzuschüssen mit dem Hinweis auf die Versorgung der Bürgergeldempfänger erhoben wird, wird darauf hingewiesen, dass die Versicherten-gemeinschaft der PKV ebenfalls die Versorgung von Bürgergeldempfängern aus Beiträgen mit-finanziert.

[nachrichten/maximilian-stockhausen-jochen-pimpertz-beschaefigte-und-unternehmen-zahlen-45-milliarden-euro-mehr.html](https://www.nachrichten.com/nachrichten/maximilian-stockhausen-jochen-pimpertz-beschaefigte-und-unternehmen-zahlen-45-milliarden-euro-mehr.html)).

² OECD (2025): *Besteuerung der Arbeit 2025* (engl. *Taxing Wages 2025*), OECD Publishing, Paris, Abbildung 1.1 „Income tax plus employee and employer social security contributions, 2024“, S. 25.

DOI: <https://doi.org/10.1787/b3a95829-en>.

Der vorliegende Gesetzentwurf schöpft das durch die Finanzkommission Gesundheit aufgezeigte Entlastungspotenzial nicht aus. Während der Referentenentwurf noch 19,6 Mrd. Euro eingespart werden sollten, beträgt das Einsparpotential im vorliegenden Entwurf nur noch 16,3 Mrd. Euro. Angesichts der jüngst bekannt gewordenen zusätzlichen Finanzierungslücke für 2027 in Höhe von mindestens 2,5 Mrd. Euro sollten die Kommissionsempfehlungen eingehender geprüft werden. Langfristig erforderlich sind strukturelle Reformen, die die Effizienz der Versorgung stärken, Fehlanreize abbauen und die Ausgabendynamik nachhaltig begrenzen. Nur so kann die finanzielle Stabilität des Gesundheitssystems langfristig gesichert und die Leistungsfähigkeit für alle Versicherten erhalten werden.

II. Zu ausgewählten Regelungen

Zu Artikel 1 Nr. 5 lit. b - § 6 Abs. 6 SGB V (Änderung der Jahresarbeitsentgeltgrenze)

Vorgeschlagene Regelung:

Der Gesetzentwurf sieht ab 2027 eine außerordentliche Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze (VPG) um 3.600 Euro vor. Hinzu kommt noch die reguläre Erhöhung: In jedem Jahr werden die Vorjahreswerte der bundeseinheitlichen Versicherungspflichtgrenze in der Krankenversicherung mit der Veränderungsrate der Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmerin und Arbeitnehmer fortgeschrieben und im Herbst per Verordnung beschlossen; zum Jahreswechsel 2025/2026 betrug diese reguläre Anpassung 4,9 Prozent. Nimmt man diese Größenordnung als Prognose für das kommende Jahr und rechnet die vorgesehene außerordentliche Erhöhung dazu, dürfen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ab 2027 erst ab einem Jahreseinkommen von 84.400 Euro frei zwischen GKV und PKV wählen – das ist ein Anstieg von 9,6 Prozent gegenüber dem Vorjahr.

Bewertung:

Die massive Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze greift in die Wahlfreiheit von Millionen Angestellten ein und schränkt den Wettbewerb zwischen GKV und PKV systematisch ein. Immer mehr Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer werden in der GKV pflichtversichert. Die vorgesehene außerordentliche Anhebung der VPG führt faktisch in eine „Arbeitnehmer-Bürgerversicherung“.

Bis Ende 2002 waren Versicherungspflichtgrenze und Beitragsbemessungsgrenze identisch. Die damalige rot-grüne Bundesregierung hat sie zur Jahreswende 2002/2003 voneinander entkoppelt und die VPG im Verhältnis überproportional erhöht. Damit war und ist das Ziel verbunden, den Kreis der Versicherten, die frei zwischen GKV und PKV wählen können, systematisch einzugrenzen.

Um den Wettbewerb und die Wahlfreiheit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zu stärken, ist ein Schritt in die andere Richtung erforderlich: die Versicherungspflichtgrenze muss wieder auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze abgesenkt werden. Eine

Wahlmöglichkeit für mehr Angestellte statt für weniger würde erst die Voraussetzung dafür schaffen, dass die Ausgabenprobleme der GKV durch echte Strukturreformen gelöst werden anstatt durch immer weiter steigende Beiträge.

Zu Artikel 1 Nr. 47 - § 130 Abs. 1 SGB V (Rabatt der Apotheken)

Vorgeschlagene Regelungen:

Im Bereich der Apotheken wird die Höhe des Abschlags nach § 130 Absatz 1 SGB V von 1,77 Euro auf 2,07 Euro erhöht. Für die gesetzliche Krankenversicherung ergeben sich Einsparungen in Höhe von rund 200 Millionen Euro durch die Anhebung des Rabatts der Apotheken an die Krankenkassen nach § 130 Absatz 1 SGB V.

Bewertung:

Zur Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung sind Einsparungen in allen Leistungsbereichen erforderlich. Die Erhöhung des Abschlags von 1,77 Euro auf 2,07 Euro zählt neben weiteren Maßnahmen zu einem Bündel an Maßnahmen zur Stabilisierung der Arzneimittelausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Privat versicherte und beihilfeberechtigte Patientinnen und Patienten erhalten diesen Abschlag nicht, obwohl der Gesetzgeber grundsätzlich auch in der Privaten Krankenversicherung (PKV) das Ziel verfolgt, einen bezahlbaren privaten Krankenversicherungsschutz zu gewährleisten und die öffentlichen Haushalte im Hinblick auf die Beihilfeausgaben zu schonen. Die exklusive Geltung des Apothekenabschlages für GKV-Versicherte steht im Konflikt mit dem gesetzlichen Grundsatz der Einheitlichkeit des Apothekenabgabepreises gemäß § 78 Abs. 2 S. 2 AMG.

Zu Artikel 1 Nr. 48 lit. a - § 130a Abs. 1b und Abs. 1c SGB V (Dynamischer Herstellerabschlag)

Vorgeschlagene Regelungen:

Ab dem 1. Januar 2027 wird ergänzend zum allgemeinen Herstellerabschlag nach § 130a Abs. 1 Satz 1 SGB V ein dynamischer Herstellerabschlag nach § 130a Abs. 1b (neu) SGB V eingeführt. Seine Höhe berechnet sich auf Grundlage eines jährlichen Soll-Ist-Vergleichs der Arzneimittelausgaben gegenüber den beitragspflichtigen Einnahmen (BPE) der GKV. Übersteigen die Ist-Ausgaben die anhand der BPE-Entwicklung ermittelten Soll-Ausgaben, wird der Differenzbetrag ab dem zweiten Halbjahr des Folgejahres durch entsprechende Festlegung der Abschlagshöhe ausgeglichen. Für das erste Halbjahr 2027 ist übergangsweise ein statischer Abschlag von 3,5 Prozent vorgesehen. Den entsprechenden Anspruch haben auch Unternehmen der Privaten Krankenversicherung und Träger der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften. Der Abschlag auf patentgeschützte und patentfreie Arzneimittel ohne generische Konkurrenz gilt nicht für Biosimilars, Festbetragsarzneimittel, Impfstoffe, Arzneimittel mit versorgungskritischen Wirkstoffen nach der BfArM-Liste, Reserveantibiotika sowie Arzneimittel mit einer Befreiung vom Preismoratorium oder nach § 130a Abs. 1c (neu) SGB V. Nach § 130a Abs. 1 c SGB V können pharmazeutische Unternehmer beim BfArM eine Befreiung vom dynamischen Herstellerabschlag beantragen, wenn für neue Arzneimittel ab dem 01. Januar 2027 ein relevanter Anteil der klinischen Prüfungen in Deutschland durchgeführt

wurde und die Wirkstoffproduktion in Deutschland einen relevanten Beitrag zur bedarfsgerechten Versorgung erwarten lässt.

Bewertung:

Der Gesetzgeber begründet die Einführung eines dynamischen Herstellerabschlags damit, zielgenauer auf die Entwicklung von Ausgaben und Einnahmen reagieren zu können und den Herstellern finanzielle Spielräume, die durch steigende Einnahmen eröffnet werden, zugutekommen zu lassen. Dies soll zur Verhältnismäßigkeit der Maßnahme beitragen.

Es ist nicht sachgerecht, die Höhe eines Abschlags, der auch für die private Versicherungswirtschaft und die Beihilfe gilt, lediglich an den Einnahmen der GKV festzumachen. Die Regelung ist zudem komplex und in der Wirkung nicht absehbar. Durch die neue Befreiungsregelung wird die Kosteneinsparungswirkung des dynamischen Herstellerabschlags zudem gefährdet. Eine äquivalente Erhöhung eines fixen Herstellerabschlags ist daher eine vorzugswürdige Alternative.

Zu Artikel 1 Nr. 48 lit. b - § 130a Abs. 2 SGB V (Abschlag für Impfstoffe)

Vorgeschlagene Regelungen:

Der Impfstoffabschlag nach § 130a Absatz 2 Satz 1 SGB V wird für Impfstoffe unter Patent- oder Unterlagenschutz um 7 Prozent erhöht. Für Impfstoffe unter Patent- oder Unterlagenschutz, für die ein Referenzabschlag nicht ermittelt werden kann, gilt der Abschlag in Höhe von 7 Prozent ebenfalls. Für die GKV ergeben sich dadurch Einsparungen in Höhe von rund 130 Millionen Euro im Jahr 2027, rund 140 Millionen Euro im Jahr 2028, rund 150 Millionen Euro im Jahr 2029 und rund 170 Millionen Euro im Jahr 2030.

Bewertung:

Die FinanzKommission Gesundheit hat sich in ihrem Gutachten ausführlich mit den Ausgabenentwicklungen im Impfstoffbereich befasst. Sie betont, dass die Ausweitung der Mengenkomponekte gesellschaftlich wünschenswert ist und daher eine Veränderung der Preiskomponekte empfohlen.

Die Einführung eines Abschlags in Höhe von 7 Prozent für Impfstoffe mit Patent- und Unterlagenschutz ist zu begrüßen. Insgesamt greifen diese Maßnahmen aber zu kurz. Die Vorschläge der FinanzKommission Gesundheit werden nicht ausgeschöpft. Hersteller können auch zukünftig, da nach dem Gesetzentwurf Impfstoffe weiterhin keinem Preismoratorium unterliegen werden, den Preis nach Belieben erhöhen, ohne dass der Abschlag nach § 130a Abs. 2 Satz 1 für die Kostenträger eine spürbare kostendämpfende Wirkung entfaltet. Zur Sicherstellung der kostendämpfenden Wirkung wird daher zusätzlich die Einführung eines Preismoratoriums für Impfstoffe befürwortet.

Zu Artikel 1 Nr. 48 lit. c - § 130a Abs. 3a SGB V (Preismoratorium)

Vorgeschlagene Regelungen:

Das Preismoratorium, wird um weitere vier Jahre bis zum 31. Dezember 2030 verlängert und greift künftig, sobald ein beliebiger pharmazeutischer Unternehmer bereits ein Arzneimittel mit gleichem Wirkstoff und vergleichbarer Darreichungsform in Verkehr gebracht hat.

Bewertung:

Durch die Verlängerung des Preismoratoriums werden erhebliche Kostensteigerungen durch Anhebung der Arzneimittelpreise verhindert. Die bisherigen Regelungen knüpfen die Anwendbarkeit des erweiterten Preismoratoriums daran, dass derselbe pharmazeutische Unternehmer bereits ein wirkstoffgleiches Arzneimittel mit vergleichbarer Darreichungsform in Verkehr gebracht hat oder ein Fall des Mitvertriebs vorliegt. Künftig soll allein maßgeblich sein, ob bereits ein Arzneimittel mit gleichem Wirkstoff und vergleichbarer Darreichungsform im Verkehr ist. Dadurch werden Umgehungsmöglichkeiten durch Anbieterwechsel oder konzerninterne Umstrukturierungen ausgeschlossen.

Durch die Verlängerung des Preismoratoriums werden erhebliche Kostensteigerungen durch Anhebung der Arzneimittelpreise verhindert. Durch die Stärkung des erweiterten Preismoratoriums ergeben sich weitere Einsparungen. Die Regelungen sind zu begrüßen.

Zu Artikel 1 Nr. 49 lit. a - § 130b Abs. 1a SGB V (Preis-Mengen-Vereinbarungen)

Vorgeschlagene Regelungen:

Der Gesetzentwurf behält die bisherigen Verhandlungsvorgaben bei, ergänzt sie aber um eine gesetzliche Auffanglösung für den Fall der Nichteinigung.

Bewertung:

Die Wirkungslosigkeit der bisherigen Preis-Mengen-Regelung ist klar dokumentiert: In den letzten drei Jahren wurden lediglich ca. 25 Mio. Euro an Einsparungen erzielt – weit hinter den gesetzgeberischen Prognosen von 50 bis 100 Mio. Euro pro Jahr. Diese Einschätzung wird auch durch den AMNOG-Report 2025 bestätigt, der feststellt, dass Preis-Mengen-Vereinbarungen „nicht oder nur unzureichend wirken“. Der GKV-Spitzenverband kritisiert v.a. die Schiedsstellenpraxis. Problematisch ist allerdings auch, dass für eine effektive Preis-Mengen-Regelung ein zeitnaher Zugang zu stationären Abrechnungsdaten erforderlich wäre, da immer mehr hochpreisige Arzneimittel im Krankenhaus eingesetzt werden.

Der Gesetzentwurf prognostiziert für die PKV durch die Regelung Einsparungen in Höhe von 2 Mio. Euro (2028) bis 15 Mio. Euro (2030). Die vorgeschlagene Regelung ist zu begrüßen. Allerdings greift die Regelung nur bei Nichteinigung, die Vertragsparteien können weiterhin frei eine abweichende Regelung vereinbaren. Mithin ist ungewiss, ob die prognostizierten Einsparungen erreicht werden können.

Zu Artikel 1 Nr. 49 lit. c - § 130b Abs. 3 S. 2-6 SGB V (Abschaffung der Leitplanken)

Vorgeschlagene Regelungen:

Die mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz 2022 eingeführten „Leitplanken“ für die Verhandlung von Erstattungsbeträgen werden abgeschafft.

Bewertung:

Das AMNOG-System beruht auf dem Grundsatz, dass der Erstattungsbetrag eines Arzneimittels den nachgewiesenen therapeutischen Mehrwert widerspiegeln soll. Die „Leitplanken“ konkretisieren dieses Prinzip, indem sie verhindern, dass ein Arzneimittel ohne oder mit nur geringem Zusatznutzen einen Preisaufschlag gegenüber der Vergleichstherapie durchsetzen kann. Sie wurden geschaffen, um einer „Preisspirale nach oben“ entgegenzuwirken. Ihre Streichung würde eine Entkopplung von Preis und therapeutischem Nutzen ermöglichen.

Der Grundsatz „keine Mehrausgaben ohne Zusatznutzen“ wird in der Praxis bereits ausgehöhlt. Die ohnehin nur minimal wirksamen Leitplanken wurden durch die gesetzliche Ausnahme im Medizinforschungsgesetz in ihr Gegenteil verkehrt. Die Regelung gänzlich zu streichen statt die Verhandlungsposition der Kostenträger zu stärken, ist nicht nachvollziehbar.

Laut Gesetzentwurf (S. 85) führt die Abschaffung der „Leitplanken“ zu jährlichen Mehrausgaben für die PKV in Höhe von rund 12 Mio. Euro in 2027, 23 Mio. Euro in 2028, 35 Mio. Euro in 2029 und 47 Mio. Euro in 2030. Es ist nicht nachvollziehbar, dass der Gesetzgeber gerade für neue Wirkstoffe, die hauptverantwortlich für Kostensteigerungen im Arzneimittelbereich sind, weitere kostenauslösende Maßnahmen zulasten der Versicherten- und Solidargemeinschaften ergreifen möchte, mit denen das ohnehin hohe Preisplateau für neue Arzneimittel dauerhaft zementiert würde. Die behauptete Kompensationswirkung etwa durch den dynamischen Herstellerabschlag oder die Preis-Mengen-Regelungen sind nicht gesichert. Zudem gilt die Regelung in § 130e SGB V nicht für Privatversicherte. Folglich werden sich die Kostenbelastungen für privat versicherte und beihilfeberechtigte Patienten angesichts des hohen Anteils an patentgeschützten, neuen Arzneimitteln deutlich nachteiliger auswirken. Die Abschaffung der „Leitplanken“ wird daher kritisch gesehen.

Zu Artikel 1 Nr. 50 - § 130e SGB V (Rabattverträge für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung)

Vorgeschlagene Regelungen:

In Therapiegebieten, in denen es mehrere vergleichbare patentgeschützte Arzneimittel gibt, sollen Anbieter in einen Preiswettbewerb ohne staatlichen Einfluss treten. Hierzu wird den gesetzlichen Krankenkassen ermöglicht, patentierte Arzneimittel zur bevorzugten Verordnung als Grundlage für den Abschluss von Rabattverträgen zu bestimmen. Ärzte werden verpflichtet, die von den Einzelkassen ausgewählten Arzneimittel bevorzugt zu verordnen. Dabei gelten Ausnahmeregelungen für individuelle Entscheidungen (Quoten), die mit der Ärzteschaft regional verhandelt werden können.

Bewertung:

Es ist nachvollziehbar, dass der bürokratieaufwändige und wenig wirksame Kombinationsabschlag für Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen abgeschafft wird. Eine Steuerung über Selektivverträge könnte allerdings ähnliche Folgeprobleme wie bei Rabattverträgen gem. § 130a Abs. 8 SGB V nach sich ziehen. Die Stärkung des Preiswettbewerbs im Arzneimittelbereich sollte über stringente am konkreten Zusatznutzen ausgerichtete Preisregeln erfolgen, nicht über selektive Vertragsmechanismen.

Zu Artikel 1 Nr. 60 lit. b - § 221 Abs. 4 neu (Verschiebung der Darlehensrückzahlung)

Vorgeschlagene Regelungen:

Zur Stabilisierung der Zusatzbeitragssätze in den Jahren 2029 bis 2033 werden für die gewährten zinslosen Darlehen des Bundes an den Gesundheitsfonds in Höhe von insgesamt 5,6 Milliarden Euro abweichende Rückzahlungstermine festgelegt:

- 1 Milliarde Euro bis spätestens 31. Dezember 2035,
- 1 Milliarde Euro bis spätestens 31. Dezember 2036,
- 1 Milliarde Euro bis spätestens 31. Dezember 2037,
- 1 Milliarde Euro bis spätestens 31. Dezember 2038 und
- 1,6 Milliarden Euro bis spätestens 31. Dezember 2039.

Bewertung:

Der Vorschlag, die Rückzahlung von zinslosen Darlehen zeitlich zu strecken, stellt über die Zinslosigkeit hinaus einen schleichenden Übergang in eine zusätzliche faktische Steuerfinanzierung der GKV dar. Die aktuelle Finanzsituation der GKV wird entlastet – und in diesem Umfang werden die notwendigen Strukturreformen verzögert. Durch haushaltspolitische Überbrückungsmaßnahmen werden Kosten auf zukünftige Beitragszahler und deren Arbeitgeber verlagert. Das ist weder nachhaltig noch generationengerecht und verschärft absehbar die von der Finanzkommission Gesundheit beschriebene demographische Krise des Umlageverfahrens ab 2030.

Aus Sicht des PKV-Verbandes ist diese Maßnahme insbesondere im Hinblick auf den Beitragswettbewerb zwischen GKV und PKV problematisch. Die faktische Subvention durch die spätere Rückzahlung von Darlehen führt – wie alle anderen pauschalen Zuschüsse aus dem Bundeshaushalt – dazu, dass der tatsächliche Finanzbedarf der GKV nicht vollständig im aktuellen Beitragssatz sichtbar wird, dass Beitragssätze künstlich gedämpft werden und dass die GKV gegenüber der PKV einen politisch induzierten Preisvorteil erhält.

Zu Artikel 1 Nr. 61 - § 223 Abs. und 4 SGB V (Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze)

Vorgeschlagene Regelungen:

Der Gesetzentwurf sieht eine außerordentliche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze (BBG) in der GKV um 3.600 Euro jährlich (300 Euro monatlich) für das Jahr 2027 vor.

Bewertung:

Ziel der Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze ist die Generierung zusätzlicher Beitragseinnahmen für den Gesundheitsfonds. Der Abstand zwischen BBG und Versicherungspflichtgrenze wird dadurch in etwa halbiert. Zusätzlich zu dem einmaligen Anhebungsschritt wird die BBG weiter nach dem bestehenden regulären Fortschreibungsverfahren dynamisiert, so dass die BBG zum 1.1.2027 nicht nur um 300 Euro monatlich steigen wird.

Mit der außerordentlichen Erhöhung der BBG gerät die Reform in Widerspruch zur einnahmeorientierten Ausgabenbegrenzung. Aus Sicht des PKV-Verbandes ist dieser Ansatz ungeeignet, um die Herausforderungen im Gesundheitssystem nachhaltig zu lösen. Die Finanzkommission hat eine Anhebung der BBG aus guten Gründen ausdrücklich nicht empfohlen. Die Anhebung widerspricht dem Äquivalenzprinzip, da ihr keine Mehrleistungen gegenüberstehen.

Laut Institut der deutschen Wirtschaft (IW) trifft die geplante BBG-Anhebung 6,3 Millionen Beschäftigte. Berechnungen des Instituts der deutschen Wirtschaft (IW) quantifizieren die jährliche Mehrbelastung der Arbeitnehmer und Arbeitgeber aktuell auf mindestens 4,5 Milliarden Euro jährlich. Darin sind die Mehrbelastungen durch die außerordentliche Erhöhung der BBG sowohl in der Kranken- als auch in der Pflegeversicherung enthalten. Das erklärte Ziel der Bundesregierung, die Wirtschaft zurück auf Wachstumskurs zu führen und die Lohnnebenkosten zumindest zu stabilisieren, wird durch die Erhöhung der BBG konterkariert.

Die Regelung führt auch zu Steuerausfällen: Höhere Beiträge in GKV und SPV sind abzugsfähig als Sonderausgaben bei der Einkommensteuer. Dies führt zu Steuererstattungen bei den GKV-Versicherten und einem sinkenden Steueraufkommen aus der Einkommensteuer für die Gebietskörperschaften. Bei Versicherten mit höheren Einkommen kommt es im Vergleich zum Status quo auch zu Steuerausfällen beim Solidaritätszuschlag, der über einer Freigrenze zusätzlich auf die Einkommensteuerschuld fällig wird (vgl. <https://www.iwkoeln.de/studien/martin-beznoska-jochen-pimpertz-maximilian-stockhausen-regionale-belastungseffekte-einer-variation-der-beitragsbemessungsgrenze.html>).

Zu Artikel 3 Nr. 6 lit. b, Artikel 5 Nr. 1 lit. a / aa, Artikel 1 Nr. 25 lit. b – § 9 Abs. 1b KHEntgG, § 3 Abs. 3 Satz 5 BPflV, § 71 Abs. 3 SGB V (Vereinbarung des Veränderungswerts durch die Vertragsparteien auf Bundesebene)

Vorgeschlagene Regelungen:

Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren ab dem Jahr 2027 jährlich den Veränderungswert nach folgender Systematik: Überschreitet der vom Statistischen Bundesamt ermittelte Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V, wird der Veränderungswert in Höhe der Veränderungsrate vereinbart; unterschreitet der Orientierungswert die Veränderungsrate, wird der Veränderungswert in Höhe des Orientierungswerts vereinbart. Hierbei gilt, dass die Veränderungsrate ohne die Wirkung der geplanten außerordentlichen Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze ermittelt und in den Jahren 2027 bis 2029 jeweils um einen Prozentpunkt gemindert wird. Der vereinbarte Veränderungswert ist auch für den Bereich der Bundespflegeverordnung maßgeblich.

Bewertung:

Die mit dieser Regelung verbundene Streichung der sog. Meistbegünstigungsklausel ist zu begrüßen. Durch die Neuregelung ist sichergestellt, dass es zu keiner Überfinanzierung kommt, wenn die tatsächlichen Kosten der Krankenhäuser (Orientierungswert) geringer als die Veränderungsrate sind. Überdurchschnittliche und nicht zu rechtfertigende Ausgabensteigerungen im Krankenhausbereich können so gedämpft werden.

Zu Artikel 3 Nr. 3 lit. b - § 6a Abs. 2a KHEntgG (Aufgabe des Selbstkostendeckungsprinzip beim Pflegebudget)

Vorgeschlagene Regelungen:

Der Anstieg des Pflegebudgets wird grundsätzlich durch den Veränderungswert begrenzt, so wie beim Landesbasisfallwert und dem Gesamtbetrag von psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern. Eine Überschreitung des Veränderungswertes ist jedoch möglich, soweit die Einhaltung von Personalvorgaben dies erfordert. Bei Überschreiten der vereinbarten durch die tatsächlichen Pflegepersonalkosten erfolgt kein Ausgleich der Mehrkosten, bei Unterschreiten der vereinbarten durch die tatsächlichen Pflegepersonalkosten werden die Minderkosten hingegen vollständig ausgeglichen. Pflegeentlastende Maßnahmen können nicht mehr zusätzlich zu den Pflegepersonalkosten im Pflegebudget berücksichtigt werden.

Bewertung:

Die mit der Neuregelung einhergehende Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip in der Krankenhauspflege ist angesichts der Kostenentwicklung und der strukturellen Fehlanreize durch das Pflegebudget dringend geboten. Wichtig in diesem Zusammenhang ist auch die erfolgte Streichung der zusätzlichen Berücksichtigung sog. pflegeentlastender Maßnahmen, wodurch Doppelfinanzierungen vermieden werden. Die Vorgabe, Beträge für pflegeentlastende Maßnahmen vom für das Jahr 2026 vereinbarten Pflegebudget abzuziehen, um so die Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2027 zu ermitteln, ist folgerichtig.

Kritisch zu bewerten ist allerdings, dass es Ausnahmen für eine Überschreitung des Veränderungswertes geben soll. Dies kann weiterhin zu einer Überfinanzierung von Pflegepersonalkosten und zu einer nicht akzeptablen dynamischen Kostenentwicklung im Bereich der Krankenhauspflege führen. Die Sätze 4 und 6 sollten daher entsprechend geändert werden, um Ausnahmen zur Überschreitung des Veränderungswertes auszuschließen.

Zu Artikel 3 Nr. 3 lit. c, Artikel 3 Nr. 7 lit. d, Art. 5 Nr. 1 lit. b BPflV - § 6a Abs. 4 KHEntgG, § 10 Abs. 5 KHEntgG, § 3 Abs. 4 BPflV (50- bzw. 37,5-prozentige Finanzierung von Tarifsteigerungen oberhalb des Veränderungswerts)

Vorgeschlagene Regelungen:

Die Finanzierung von Tarifsteigerungen oberhalb des Veränderungswerts beim Pflegepersonal und sonstigen Krankenhauspersonal in der Somatik soll zukünftig 50 Prozent des Unterschieds

zwischen dem Veränderungswert und der Tarifraten betragen. Im Psych-Bereich soll die Tarifratenfinanzierung auf einen 37,5-prozentigen Anteil herabgesenkt werden.

Bewertung:

Die Finanzierung von Tarifsteigerungen oberhalb des Veränderungswerts auf einen Anteil von 50 bzw. 37,5 Prozent des Unterschieds zwischen dem Veränderungswert und der Tarifraten abzusenken, ist unzureichend. Eine vollständige Aufhebung der Finanzierung von Tarifsteigerungen oberhalb des Veränderungswerts ist zwingend erforderlich, um einen ineffizienten Personalaufbau und -einsatz insbesondere in der Krankenhauspflege zu vermeiden und Doppelfinanzierungen sowie Fehlanreize beim Abschluss der Tarifverträge zu Lasten der Beitragszahler zu unterbinden.

Zu Art. 3 Nr. 6 lit. a / aa - § 9 Abs. 1 Nr. 3 KHEntgG (Prüfung einer Erweiterung der Regelungen zur Fallzusammenführung)

Vorgeschlagene Regelungen:

Die Vertragsparteien auf Bundesebene erhalten den Auftrag, „kritisch zu überprüfen“ (so die Begründung), ob und inwieweit eine Erweiterung der Regelungen zur Fallzusammenführung möglich sind.

Bewertung:

Eine solche bloße Anregung zur Überprüfung der Regelungen zur Fallzusammenführung durch die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene ist nicht ausreichend. Dies bleibt hinter dem konkreten Regelungsvorschlag der Finanzkommission Gesundheit zurück, wonach mit erheblicher Finanzwirkung eine pauschale Fallzusammenführung von Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Ersteinweisung unabhängig vom Krankenhausstandort und der MDC-Kategorie der zusammenzuführenden Fälle eingeführt werden sollte. Die Empfehlung der Finanzkommission ist sowohl wirtschaftlich geboten als auch medizinisch vertretbar, weshalb sie gesetzlich umgesetzt werden sollte. Von einer bloßen kritischen Überprüfung durch die Selbstverwaltungspartner, zumal ohne gesetzlich geregelten Schiedsstellenmechanismus, ist keine substantielle Veränderung zu erwarten.

Zu Artikel 5 Nr. 1 lit. a / bb - § 3 Abs. 3 Sätze 8 ff. BPflV (Ausgleich für nicht zweckentsprechend eingesetzte Mittel im PEPP-Bereich)

Vorgeschlagene Regelungen:

Ab dem Jahr 2027 sollen Mittel ausgeglichen und der Gesamtbetrag im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum entsprechend abgesenkt werden, wenn eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht vorgenommen wurde oder vereinbarte Mittel nicht zweckentsprechend verwendet wurden. Dies gilt nicht, wenn die Abweichung nur „vorübergehend“ und „nicht dauerhaft“ ist.

Bewertung:

Die Regelung ist konsequent, andernfalls blieben Verstöße gegen Vereinbarungen sanktionslos. Fragwürdig ist allerdings die Verwendung des unbestimmten Rechtsbegriffs

„vorübergehend“ in Satz 10, womit eine Unterschreitung der vereinbarten Stellenzahl oder der zweckwidrigen Mittelverwendung gerechtfertigt und von Sanktionen abgesehen werden kann. Die Regelung sollte bereits im Gesetzestext klarer gefasst werden.

Zu Artikel 4 Nr. 2 lit. b, Artikel 3 Nr. 6 lit. a / dd, Artikel 3 Nr. 5 - § 17b Abs. 2a KHG, § 9 Abs. 1 Nr. 11 KHEntgG, § 8 Abs. 5a KHEntgG (Kurzzeitfallpauschalen)

Vorgeschlagene Regelungen:

Um weiteres Potential für Verweildauerverkürzungen und für eine Ambulantisierung zu heben, sollen neben der in § 115f SGB V geregelten Hybrid-DRG-Vergütung Kurzzeitfallpauschalen für Leistungen mit kurzer Behandlungsdauer von bis zu drei Kalendertagen und maximal zwei Übernachtungen im Krankenhaus eingeführt werden. Mit den Kurzzeitfallpauschalen sollen Fälle erfasst werden, die sich mit der Hybrid-DRG nicht adäquat abbilden lassen. Begründet wird das damit, dass Hybrid-DRG-Fälle im stationären Bereich höhere Kosten verursachen können als im ambulanten Sektor. Einzige klare Vorgabe im Gesetzentwurf ist, dass Kurzzeitfallpauschalen nicht abrechenbar sind, wenn die Leistung im AOP-Katalog aufgeführt ist. Die weiteren Vorgaben sollen verhindern, dass mit der Einführung von Kurzzeitfallpauschalen stationären Fallzahlausweitungen erfolgen. Die Vertragsparteien auf Bundesebene sollen auf Basis eines InEK-Konzeptes die Grundlagen und Ausgestaltung der Kurzzeitfallpauschalen vereinbaren und mit Prüfungen darauf hinwirken, dass keine Ausweitung der Fallmengen in diesem Bereich entsteht sowie die Vergütungshöhe gegebenenfalls anpassen.

Bewertung:

Bislang einziger definierter Ausschlussgrund für die Erbringung einer Kurzzeitpauschale ist die Listung des Eingriffs nach § 115b SGB V. Im Übrigen entsteht ein eigener und neuer Abrechnungsbereich im Krankenhaussektor. Die Trennung zum Fallspektrum des § 115f SGB V und zu sonstigen DRG-Fallpauschalen ist unklar. Durch die Anrechnung von Fällen der Kurzzeitpauschalen auf die Anzahl der Fallzahl für die Mindestfallzahl nach § 115f ist eine Reduzierung der Fallzahl von 1 Mio. Fälle möglich, die in 2026 und 2027 in diesem Abrechnungsbereich erbracht werden soll. Letztlich wird mit dem gesamten Konstrukt die Ambulantisierung von Eingriffen unterlaufen. Die im Gesetz vorgesehenen Prüfaufträge zur Überführung von Eingriffen in den Katalog nach § 115b SGB V bzw. zu Absenkungen der Vergütung für Kurzzeitpauschalen kommen spät und können das Unterlaufen des Ambulantisierungsprozesses nicht verhindern. Die Konstruktion der Kurzzeitfallpauschalen wird absehbar zu komplizierten Abgrenzungsdiskussionen für Fallzuordnungen führen und die Abrechnungslage komplexer gestalten. Auch die Frage der Eingliederung der Kurzzeitfallpauschalen in eine Vorhaltevergütung ist nicht geregelt. In der Gesamtbetrachtung handelt es sich um eine Neukonstruktion, die viele Fragen aufwirft und deren voreilige Einführung gestrichen werden sollte. Denkbar ist ein Prüfauftrag an die Vertragsparteien und das InEK zu der Frage, ob und wie eine solche Regelung für welche Fälle in das Abrechnungssystem integriert werden könnte.

III. Weiterer Änderungsbedarf

Mit dem KHVVG wurden in das SGB V die §§ 137m und 137n aufgenommen, deren Ziel eine Personalbemessung im Krankenhaus für Ärztinnen/Ärzte bzw. weitere Personalgruppen in der unmittelbaren Patientenversorgung ist. Die Regelungen sollen die bestehenden §§ 137k und 137l zur Personalbemessung für die Pflege ergänzen, deren Umsetzung noch in Arbeit ist.

SGB V § 137n Kommission für Personalbemessung im Krankenhaus

Bestehende Regelung

Die Vertragsparteien auf Bundesebene (DKG, GKV-SV, PKV-Verband) sollen eine Kommission mit breiter Beteiligung von zu regulierenden Berufsgruppen in der unmittelbaren Patientenversorgung einrichten und über eine mögliche Personalbemessung beraten. Die Empfehlungen der Kommission sollen die Notwendigkeit der Bemessung prüfen, Ansätze für ein einheitliches Vorgehen unter Berücksichtigung von Digitalisierungsmöglichkeiten darlegen sowie die Wechselwirkungen und Synergieeffekte mit den sonstigen (in Arbeit befindlichen) Personalbemessungsinstrumenten berücksichtigen.

Bewertung:

Mit den genannten Regelungen verfolgte der Gesetzgeber das Ziel, sämtliche Personalgruppen in der direkten Patientenversorgung dezidiert zu bemessen und zu regeln. Die hohe Komplexität dieses Unterfangens wird in der Gesetzesbegründung (allerdings nur unvollständig) adressiert. Es besteht eine große Variabilität beim individuellen Versorgungsaufwand je nach Patient mit seiner spezifischen Erkrankungssituation, für die die behandelnden Krankenhäuser unterschiedliche Konzepte einsetzen. Eine einheitliche Regelung über alle Krankenhäuser hinweg würde zu erheblichen Verwerfungen und Fehlanreizen führen und liefe einem zielgerichteten Einsatz von Personalkapazitäten entgegen. Auch die Berücksichtigung von Wechselwirkungen zwischen Personalausstattungen bei Ärzten, Pflege und weiteren Berufsgruppen wird in standardisierten Bemessungsinstrumenten nicht sachgerecht erfolgen können. Jede Anpassung an einem System bzw. Subsystem zieht automatisch Korrekturnotwendigkeiten an den weiteren nach sich. Der bürokratische Aufwand für die Erfassung und Bemessung, interprofessionelle Justierung sowie Behebung von Fehlallokation steht in keinem Aufwand zu den erhofften Vorteilen für die Berufsgruppen und Patienten.

Der PKV-Verband spricht sich deshalb nachdrücklich für eine Streichung des § 137n SGB V aus.

§ 137m Bemessung des ärztlichen Personals im Krankenhaus; Verordnungsermächtigung

Bestehende Regelung und Umsetzungsstand:

Das BMG beauftragt in Abstimmung mit der Bundesärztekammer die Erprobung einer bedarfsgerechten ärztlichen Personalausstattung in Abteilungen der somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern. Auf Grundlage der Ergebnisse kann das BMG eine Verordnung zur ärztlichen Ausstattung in Krankenhäusern erlassen. Im Laufe des Jahres 2025 wurde das nach Abs. 2 vorgesehene Erprobungsverfahren für die ärztliche Personalausstattung durchgeführt.

Als Bemessungsinstrument wurde das von der Bundesärztekammer entwickelte System ÄPS-BÄK bestimmt. Der Abschlussbericht des Auftragnehmers (KPMG) liegt vor und ist über die Homepage des BMG abrufbar.

Bewertung

Der Abschlussbericht benennt in der Zusammenfassung verschiedene bedeutsame Limitationen für die Auswertung der Daten und bei den Ergebnissen. Dazu gehören insbesondere die bedingte Validität bei den Zeitangaben innerhalb der ÄPS-BÄK-Systematik und eine hohe Unsicherheit bei der Interpretation von konkreten Informationsanforderungen. Zwischen unterschiedlichen Krankenhäusern führte die fehlende Standardisierung dazu, dass keine einheitlichen Ergebnisse gewährleistet werden können. Trotz Datenbereinigung blieb die Streuung der durch ÄPS-BÄK errechneten Personalkennzahlen groß, was die Vergleichbarkeit der Ergebnisse zwischen Fachabteilungen erschwerte und eine starke Bereinigung der Berechnungsergebnisse erforderte. In der Gesamtschau der 37 auswertbaren Krankenhäuser lag die vorhandene Personalzahl Ärzte (IST) im Mittelwert bei 128 Prozent der durch das Instrument bestimmten Zielwerte (SOLL). Die Streubreite dieser zentralen Kennzahl ist enorm und reicht von 64 Prozent bis 176 Prozent, die größte Streuung („Ausreißer“) liegen bei 24 Prozent bzw. 322 Prozent. Auch die Ärzteschaft selbst räumt ein, dass „ÄPS-BÄK für den gesetzlichen Zweck noch nicht ausreichend geeignet sei.“ (vgl. Frau Dr. Johna, Vorsitzende Marburger Bund, Dt. Ärzteblatt vom 15. Mai 2026). Konsequenterweise hat das BMG von der Möglichkeit einer Rechtsverordnung zur Bestimmung der in bestimmten Abteilungen jeweils einzusetzenden Ärztinnen und Ärzte bislang keinen Gebrauch gemacht.

Die oben ausgeführten kritischen Argumente zum § 137n sind grundsätzlich auch für den 137m zutreffend. Der PKV-Verband spricht sich deshalb für eine Streichung des § 137m SGB V aus.

Weitere Konsequenzen für die Vorhaltevergütung für Krankenhäuser

Personal stellt den größten Anteil der Kosten für Krankenhäuser dar. Es spielt auch bei der Berechnung der geplanten Vorhaltevergütung eine zentrale Rolle, da diese um Sachkosten bereinigt wird. Die beschriebene Unschärfe der Instrumente, die mit den §§ 137m und 137n SGB V begründet werden sollen, stützt die schon im Rahmen des KHVVG durch den PKV-Verband erhobene Forderung nach Streichung der Vorhaltevergütung, mindestens aber einer deutlichen Reduktion ihrer Höhe.