
Stellungnahme des Bundesverbandes Geriatrie e.V.

zum Gesetzentwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)

Berlin, 19. April 2026

Um die Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zukunftssicher aufzustellen und die Beitragssätze dauerhaft zu stabilisieren, hat die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eingesetzte Finanzkommission Gesundheit (FKG) am 30. März 2026 umfassende Empfehlungen ausgesprochen. Diese Empfehlungen sollen mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz teilweise umgesetzt werden.

Der Bundesverband Geriatrie e.V. begrüßt ausdrücklich, die Feststellung der FKG zur geriatrischen Rehabilitation. Für Ihre Empfehlungen hat die FKG u.a. die Kostenentwicklung der stationären Rehabilitation untersucht. Im Ergebnis kommt die FKG zu der Bewertung, dass die geriatrische Rehabilitation keinen Treiber für die Kostenentwicklung im Bereich der stationären Rehabilitation darstellt.

Vielmehr kann die geriatrische (Früh)Rehabilitation zur Entlastung der Gesundheits- und Pflegeausgaben beitragen. Ziel der Geriatrie ist es, eine auf die besonderen, alterstypischen Bedarfe des alten Menschen abgestimmte medizinische und rehabilitative Versorgung sicher zu stellen. Ein wichtiger Faktor ist dabei die Teilhabesicherung der geriatrischen Patientinnen und Patienten. Teilhabe bedeutet dabei, ein soweit wie möglich selbstbestimmtes Leben zu führen. Folgend dieses Behandlungsansatzes kann die Geriatrie dazu beitragen, die Pflegekosten in angrenzenden Sektoren des Gesundheitssystems zu mindern. Ein Effekt, der nicht nur von ökonomischem, sondern auch von gesamtgesellschaftlichem Interesse ist.

Damit die geriatrische Versorgung durch den vorliegenden Gesetzentwurf nicht gefährdet wird, sind aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie e.V. folgende Punkte von zentraler Bedeutung:

1. Ersatzlose Streichung der Neuregelungen in §§ 111 Abs. 5, 111c Abs. 3 SGB V

Vergütungsvereinbarungen der medizinischen Rehabilitation müssen weiterhin von der Grundlohnrate entkoppelt werden und die vollständige Tariffinanzierung muss bestehen bleiben. Dies ist dringend erforderlich, damit die seit Jahren bestehende Unterfinanzierung in der geriatrischen Rehabilitation überwunden werden kann und die auf der Grundlage des GKV-IPReG verhandelten Rahmenvereinbarungen in der Praxis Wirkung entfalten können.

2. Klarstellung in § 9 Abs. 1 Nr. 3 KHEntgG (Korrektur eines „Formfehler“)

Es muss klargestellt werden, dass sich der Prüfauftrag zur Weiterentwicklung der Fallpauschalenvereinbarung nicht auf Verlegungen zur Weiterbehandlung gemäß § 3 Absatz 1 FPV bezieht. Andernfalls würde in der Praxis faktisch kein Anreiz mehr zur Verlegung bestehen. Dies gefährdet nicht nur die geriatrische Versorgung, sondern steht auch dem Bestreben nach Zentralisierung im Rahmen der Krankenhausreform entgegen.

Der Bundesverband Geriatrie e.V. nimmt nachfolgend zu den ausgewählten Punkten des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz näher Stellung.

Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

Zu Nummer 40 und 41: §§ 111 Absatz 5, 111c Absatz 3 SGB V

Die geplanten Neuregelungen sehen eine Begrenzung der Vergütungssteigerungen in Höhe der Grundlohnrate und damit verbunden u. a. eine Abschaffung der vollständigen Tariffinanzierung im Bereich der medizinischen Rehabilitation vor. Erst im Jahre 2021 hat der Gesetzgeber den Bereich der medizinischen Rehabilitation aus der Kopplung an die Grundlohnsumme herausgenommen, um der Unterfinanzierung in diesem Bereich entgegenzuwirken. Gleichzeitig wurde mit dem Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) für den GKV-SpiBu und die Leistungserbringerverbände die Verpflichtung normiert, im Rahmen einer gemeinsamen Rahmenempfehlung erstmalig einen bundesweiten Rahmen für die Leistungen der medizinischen Rehabilitation zu vereinbaren. Diese Rahmenempfehlung ist 2025 in Kraft getreten und baut inhaltlich natürlich auf dem Rahmen auf, der durch das (GKV-IPReG) geschaffen wurde. Jetzt müssen die Rehabilitationseinrichtungen den Transfer hinsichtlich der neuen Rahmenvorgaben bewältigen, zugleich wird ihnen jedoch der dafür notwendige finanzielle Rahmen entzogen.

Zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung ist eine leistungsgerechte Vergütung der Rehabilitationseinrichtungen unverzichtbar. Eine angemessene Vergütung muss u.a. erbrachte Leistungen, die Verweildauer, besondere Aufwände, Preissteigerungen, notwendige Investitionskosten sowie das Unternehmerrisiko berücksichtigen. Bereits heute sind die Vergütungen in der geriatrischen Rehabilitation zum Großteil defizitär. Ein Abbau der zur Verfügung stehenden Rehabilitationsplätze ist aktuell die Folge. Da die Geriatrie personalintensiv ist, konnten viele Häuser ihre Mehrkosten durch Tarifierhöhungen in den vergangenen Jahren nicht durch entsprechende Vergütungssätze der Krankenkassen refinanzieren. Vor diesem Hintergrund hat die geriatrische Rehabilitation seit langem mit Unterfinanzierung zu kämpfen – einige Einrichtungen mussten ihre Leistungen nicht nur herunterfahren, sondern mussten sogar gänzlich schließen.

Mit der durch das GKV-IPReG eingeführten Regelungen zur Entkopplung der Vergütungsvereinbarungen von der Grundlohnrate und der vollständigen Tariffinanzierung soll die seit Jahren aufgebaute Unterfinanzierung in der geriatrischen Rehabilitation behoben und eine bedarfsgerechte Finanzierung geschaffen werden. Dieses Ziel ist aktuell in der Praxis noch nicht erreicht.

Um mehr Transparenz und eine angemessene Leistungsorientierung, insbesondere für die Vergütungsvereinbarungen, zu erreichen, wurde – wie bereits erwähnt – mit dem GKV-IPReG zusätzlich geregelt, dass die Krankenkassen und Leistungserbringer Rahmenempfehlungen auf Bundesebene schließen sollen, um einheitliche und verbindliche Vorgaben zu schaffen. Diese Rahmenempfehlungen sind erst vier Jahre nach gesetzlicher Beauftragung zur Verhandlung in 2025 Inkrafttreten. Damit die dort verankerte Verknüpfung zwischen Leistungsinhalt und Vergütung in der Praxis zu einer tragfähigen Umsetzung kommen und die bestehende Unterfinanzierung ausgeglichen werden kann, ist der Ausschluss des § 71 SGB V für Vergütungsverhandlungen der medizinischen Rehabilitation weiterhin dringend geboten.

Zudem wurden mit den Rahmenempfehlungen erstmalig umfangreiche Personalvorgaben für den Bereich der Rehabilitation vorgeschrieben. Neue Personalvorgaben einzuführen und zugleich die Refinanzierung des Personals zu begrenzen, führt unweigerlich zu einem nicht auflösbaren Spannungsfeld. Die grundlegende Einschätzung der FKG, dass die Geriatrie keinen Kostentreiber darstellt, sollte nun vielmehr die Basis dafür sein, die Leistungen der geriatrischen Rehabilitation vor dem Hintergrund der Demografie wertzuschätzen und auskömmlich zu finanzieren. Denn der Grundsatz »Reha vor und bei Pflege« wird aufgrund der zu erwar-

tenden deutlichen Mehrausgaben infolge der demografischen Entwicklung in Deutschland zunehmend an Bedeutung gewinnen. Angesichts der überproportional steigenden Ausgabenentwicklung in der Pflege ist es dringend erforderlich, der Entstehung von Pflegebedürftigkeit mit geeigneten Maßnahmen entgegenzuwirken, das Eintreten von Pflegebedürftigkeit möglichst lange hinauszuzögern und den Grad der Pflegebedürftigkeit zu vermindern bzw. einer Verschlechterung entgegen zu wirken.

Der Bundesverband Geriatrie spricht sich daher für eine ersatzlose Streichung der geplanten Regelungen gemäß Nummer 40 und 41 des vorliegenden Gesetzentwurfes aus. Alternativ muss mindestens für die personalintensive geriatrische Rehabilitation eine Ausnahme geschaffen werden, um dem demografiebedingten Anstieg des Bedarfs zukünftig decken zu können.

Artikel 3: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

Zu Nummer 6: § 9 Absatz 1 Nummer 3 KHEntgG

Mit der Neuregelung werden die Vertragsparteien auf Bundesebene beauftragt, bis zum 30. Juni 2027 zu prüfen, inwieweit die in der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) enthaltenen Regelungen zur Fallzusammenführung erweitert werden können.

Die FKG regt in ihren Empfehlungen unter der Position 30 hierzu an, eine pauschale Fallzusammenführung von Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Ersteinweisung zu etablieren, welche unabhängig vom Krankenhausstandort sowie von der MDC-Kategorie gelten soll. Hierfür wird empfohlen, in der FPV insbesondere die Regelungen zu Wiederaufnahmen neu zu fassen sowie angrenzende Regelungen zur Beurlaubung und Rückverlegungen anzupassen.

Der Bundesverband Geriatrie e.V. weist an dieser Stelle ausdrücklich darauf hin, dass die Empfehlungen der FKG im Rahmen der Rückverlegungen einen Formfehler aufweisen. Dieser hätte bei praktischer Umsetzung massive Folgen für die Versorgungspraxis und würde die Umsetzung der mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz eingeführten Regelungen behindern. Seitens der FKG wird ausdrücklich empfohlen, die angrenzenden Regelungen zur Rückverlegung anzupassen. Diese sind in § 3 Absatz 3 FPV geregelt. Fälschlicherweise verweist die FKG in diesem Zusammenhang jedoch auf § 3 Absatz 1 FPV, welcher allgemeine Abschlüsse bei Verlegung zur Weiterbehandlung vor dem Erreichen der mittleren Verweildauer regelt.

Verlegungen zur Weiterversorgung sind in der Versorgungspraxis essentiell, was insbesondere für geriatrische Patientinnen und Patienten zählt. Im Rahmen eines Akutereignisses (z. B. Schlaganfall oder Schenkelhalsfraktur) erleiden geriatrische Patientinnen und Patienten zu meist ausgeprägte Einbußen in ihrer motorischen und kognitiven Funktionsfähigkeit und damit in Ihrer Selbsthilfefähigkeit (Alltagskompetenz) und psychosozialen Interaktionsfähigkeit. In der Praxis werden geriatrische Patientinnen und Patienten daher häufig notfallmäßig in ein Krankenhaus eingewiesen und dort initial versorgt. Nach Durchführung aller notfallmäßig notwendigen chirurgischen und medizinischen Erstinterventionen, werden diese zur Weiterbehandlung in eine Akutgeriatrie verlegt. Je nach klinikindividuellem Versorgungsangebot, kann dies im Rahmen einer internen oder einer externen Verlegung stattfinden.

Sofern sich die vorgeschlagenen Regelungen zur Fallzusammenführung fälschlicherweise nicht nur auf Wiederaufnahmen und Rückverlegungen sondern auch auf reguläre Verlegungen zur Weiterversorgung beziehen würden, gäbe es in der Praxis faktisch keinen Anreiz mehr zur Verlegung. Eine Ausweitung der geplanten Regelung auf reguläre Verlegungen zur Weiterversorgung würde dazu führen, dass diese für das verlegende Krankenhaus unwirtschaftlich werden und die Kosten für die initiale notfallmedizinische und operative Versorgung nicht gedeckt

werden könnten. Medizinisch notwendige Verlegungen zur Weiterversorgung würden aus monetären Aspekten daher vermieden werden. Dieses Szenario würde in der Konsequenz nicht nur zu einer Verschlechterung in der Versorgung führen, sondern würde auch den Zielen der Krankenhausreform entgegenstehen. Mit der Reform wird in den kommenden Jahren insbesondere eine Bündelung von Leistungen in Form der Zentralisierung angestrebt. In diesem Versorgungsmodell sind Verlegungen zwischen Leistungserbringern verschiedener Versorgungslevel dringend erforderlich. Zudem wird seitens des Gesetzgebers sogar eine Verlegung in niedrigere Versorgungslevel angestrebt, um die Kapazitäten in Krankenhäusern eines höheren Versorgungslevels zu schonen.

Aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie e.V. müssen Verlegungen zur Weiterversorgung daher explizit von der geplanten Neuregelung ausgenommen werden. Aufgrund des bestehenden Formfehlers in den Empfehlungen der FKG ist eine gesetzgeberische Klarstellung an dieser Stelle daher dringend geboten. Die bestehenden Regelungen zu Vergütungsabschlägen bei Verlegungen gemäß § 3 Absatz 1 FPV sind ausreichend und geeignet eine mögliche Doppelfinanzierung zu beseitigen. Gleichzeitig werden keine neuen monetären Fehlanreize etabliert.

Zusätzlich ist die vorgeschlagene Umstellung der Regelungen zur Fallzusammenführung auf einen MDC-übergreifenden Ansatz aus geriatricspezifischer Sicht fachlich-inhaltlich abzulehnen. Aufgrund der charakteristischen Multimorbidität geriatrischer Patientinnen und Patienten führt es in der Praxis nach einem Akutereignis nicht selten zu einem neuen Akutereignis in einer anderen Diagnosegruppe. Wiederaufnahmen stellen bei geriatrischen Patientinnen und Patienten jedoch nicht nur ein häufiges, sondern auch komplexes Problem dar. Dieses wird insbesondere durch eine unzureichende hausärztliche Versorgung, Medikamentenprobleme, Frailty beeinflusst. Um derartige Drehtüreffekte zu vermeiden Bedarf es nicht einer verschärften Regelung zur Fallzusammenführung, sondern viel Mehr eine strukturierte und sektorenübergreifende Versorgung. Auch die Stärkung geriatrischer Expertise in der zentralen Notaufnahme kann einen entscheidenden Beitrag leisten, unerwünschte Drehtüreffekte zu reduzieren. Der Zusatz, dass Fallzusammenführungen medizinischen vertretbar sein müssen, wird ausdrücklich begrüßt.

Der Bundesverband Geriatrie e.V. regt nachfolgende Konkretisierung des § 9 Absatz 1 Nummer 3 KHEntgG an:

„3. die Abrechnungsbestimmungen für die Entgelte nach den Nummern 1, 2 und 2a sowie die Regelungen über Zu- und Abschläge; bis zum 30. Juni 2027 prüfen sie, inwieweit eine Erweiterung der Regelungen zur Fallzusammenführung gemäß § 2, § 1 Absatz 2 und § 3 Absatz 3 FBV wirtschaftlich geboten und medizinisch vertretbar ist.“