

Sicherung der Versorgung im Rahmen der drohenden Krankenhausinsolvenzen durch das Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)

Hintergrund

Das geplante GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz verfolgt grundsätzlich den Ansatz zu einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik zurückzukehren. Dieser Schritt ist aus volkswirtschaftlicher Sicht ausdrücklich zu begrüßen. In der jetzigen Form kommt es aber im Rahmen der Gesetzgebung zu pauschalen Kürzungen in allen Bereichen. Damit droht ein ungesteuertes Sterben versorgungsrelevanter Anteile der stationären, ambulanten und rettungsdienstlichen Versorgung.

Bereits im Umfang bleibt das Gesetz deutlich hinter den Vorschlägen der von der Bundesregierung eingesetzten Finanzkommission Gesundheit sowie hinter den Einschätzungen der Expertinnen und Experten zurück. Die Kommission hatte mit ihren Empfehlungen ein Konsolidierungsvolumen von rund 42 Mrd. Euro aufgezeigt; der Gesetzentwurf greift hiervon nur Einsparmaßnahmen in einem Umfang von etwa 15 Mrd. Euro auf. Zugleich ist bereits absehbar, dass allein für das Jahr 2027 ein Fehlbetrag in der Größenordnung von rund 19 Mrd. Euro zu schließen ist und die strukturelle Deckungslücke bis 2030 auf rund 40 Mrd. Euro anwächst. Das Gesetz löst das Finanzierungsproblem damit nicht, sondern verschiebt es. **Insbesondere macht es auch keinen Vorschlag für grundsätzliche Reformen, abgesehen von der Einführung einer Steuer auf zuckerhaltige Getränke.**

Hinzu kommt eine Unwucht in der Lastenverteilung. Die Vorschläge der Finanzkommission waren in sich ausgewogen: Rund 20 % der Maßnahmen sollten von Arbeitnehmerinnen, Arbeitnehmern und Arbeitgebern getragen, rund 30 % über einen Steuerbeitrag des Staates zum Ausgleich versicherungsfremder Leistungen aufgebracht und rund 50 % auf der Ausgabenseite erbracht werden. Im vorliegenden Entwurf trägt der Staat hingegen nicht nur nichts zum Ausgleich versicherungsfremder Leistungen bei, sondern vergrößert das Problem sogar, indem er den Bundeszuschuss zum Gesundheitsfonds ab 2027 um jährlich 2 Mrd. Euro kürzt. Auf der Ausgabenseite müssen damit die Krankenhäuser und die ambulante Versorgung einschließlich des Rettungsdienstes überproportional dafür einstehen.

Auswirkungen auf die Krankenhausfinanzierung

Nach Berechnungen der hcb (Prof. Augurzky) drohen den Krankenhäusern durch das Beitragssatzstabilisierungsgesetz ab 2027 Mindereinnahmen von etwa 3%, womit bis 2030 bei bis zu 50% der Kliniken mit einer hohen Insolvenzgefahr zu rechnen ist. Diese Berechnungen werden durch verschiedene Trägergruppen auf Standortebene ausdrücklich bestätigt. Besonders den großen, versorgungsrelevanten Kliniken droht die Insolvenz, da die

fehlenden, oft zweistelligen Millionenbeträge durch die Kommunen, freigemeinnützige oder andere Träger kaum mehr in dieser Höhe ausgeglichen werden können. Der Effekt baut sich zudem von Jahr zu Jahr stärker auf.

Eine mögliche Gegenreaktion der Krankenhäuser wäre eine massive Steigerung der Zahl der stationären Fälle und/oder ein Abbau von 8–9 % des Personals außerhalb der Pflege. Anders als noch in früheren Entwürfen erfasst der Gesetzentwurf inzwischen allerdings auch das Pflegebudget: Dessen Steigerung wird künftig grundsätzlich ebenfalls auf die Grundlohnrate (in den Jahren 2027–2029 abzüglich 1 Prozentpunkt) begrenzt; lediglich das zur Erfüllung der Personalvorgaben erforderliche Personal bleibt voll refinanziert. Ein Personalabbau in der genannten Größenordnung würde die individuelle Versorgung der Patientinnen und Patienten deutlich schwächen.

Effizienzsteigerungen durch Digitalisierung kommen zudem allenfalls schleppend im Klinikalltag an, da es außer im Rahmen der Bildgebung **weiterhin kaum Zugriff auf Patientendaten aus dem ambulanten Bereich** gibt. Dies wäre einer der Schlüssel um eine echte Reform auf den Weg zu bringen.

Sicherung der Versorgung ab 2027

Der Gesetzgeber ist jetzt gefordert, **die versorgungsrelevanten Krankenhäuser zu sichern**. Hierzu eignet sich besonders das System der **Notfallstufen** und der **Sicherstellungshäuser**. Beides ist im G-BA geeint und reflektiert seit vielen Jahren die Krankenhauslandschaft wie kein anderes System. Die Krankenhäuser der Notfallstufe 2 und 3 versorgen vom Herzinfarkt über den Schlaganfall bis hin zu schweren Unfällen weite Teile der Bevölkerung, die anderweitig nur schwerlich oder gar nicht versorgt werden könnten. Damit begründet sich ihre hohe Versorgungsrelevanz. Im Jahr 2024 haben die **Notfallstufe 2- und 3-Krankenhäuser über 60% aller stationären Fälle** in Deutschland erbracht. Diese Krankenhäuser sind auch aus diesem Blickwinkel unverzichtbar.

Daher sollte der Gesetzgeber jetzt folgende Maßnahmen ergreifen:

- Ich schlage daher **ab 2027 einen Rettungsschirm** vor, der mit gesonderten Mitteln den **Notfallstufe 2 und 3 Häusern** einen gestuften Aufschlag gewährt, um diese Häuser vor der Insolvenz zu bewahren. Diese gesonderten Mittel können durch Steuern, z.B. im Rahmen des Ausgleichs der versicherungsfremden Leistungen oder Steuern auf Süßgetränke oder hochprozentige Alkohol (über 15 Vol.%) erhoben werden. Sollten keine zusätzlichen Steuermittel freigemacht werden können, braucht es einen Umverteilungsmechanismus innerhalb des Systems zu Gunsten der Notfallstufe 2 und 3 Krankenhäuser.
- Die Krankenhausreform sollte vorgezogen werden. Hintergrund: im Rahmen der Einführung des Vorhaltebudgets bleibt dieses Budget innerhalb des Bundeslandes bei einer Klinikschließung erhalten. Damit profitieren die verbleibenden Krankenhäuser finanziell deutlich, wenn es zu Insolvenzen einzelner Häuser kommt. Dieser Mechanismus tritt aber erst mit der Krankenhausreform in Kraft.

- Ein weiterer besonders sinnvoller Mechanismus ist der **Einstieg in die Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung** mit einer **Vergütung pro Weiterzubildenden** unabhängig von der Notfallstufe.
- Zugleich sollten die von der Bundesregierung angestrebten Einsparungen nicht über die pauschale Absenkung der Grundlohnsummensteigerungsrate um 1 Prozentpunkt erzielt werden. Treffsicherer und bereits heute untergesetzlich umsetzbar wäre die Erfüllung von **Mindestvorhaltezahlen**, allerdings nicht je Leistungsgruppe, wie im KHVG vorgesehen, sondern je einzelner DRG. Hier sollten elektive Gelegenheitsleistungen unterhalb von 10-15% je DRG nicht mehr refinanziert werden. Eine solche Regelung würde mengenanfällige Leistungen gezielt an erfahrenen Standorten konzentrieren, wäre damit qualitätsfördernd und hätte ein Einsparvolumen von 3–5 Mrd. Euro.

Rettenngsdienst und Luftrettung

Ausdrücklich auszunehmen von den Sparmaßnahmen ist der Rettungsdienst. Es ist nicht sachgerecht, dessen Ausgaben künftig allein auf Ebene des einzelnen Entgelts bzw. der einzelnen Gebühr mit der Grundlohnrate abzüglich 1 Prozentpunkt zu deckeln. Dies wird ein erhebliches Finanzierungsdefizit für den boden- und den luftgebundenen Rettungsdienst verursachen. In der Folge werden Kommunen und Länder entweder auf hohen Defizitbeträgen sitzen bleiben, den Bürgerinnen und Bürgern im Notfall Rechnungen stellen oder Luftrettungs-, Notarzt- und Rettungswachenstandorte teilweise schließen müssen.

Sinnvoller wäre es, wie in den übrigen Ausgabenbereichen auch die Gesamtausgaben für den Rettungsdienst zu deckeln – beispielsweise auf Ebene der Ausgaben je Bundesland. Diese dürften dann zwar nur noch entsprechend der Grundlohnrate steigen; zugleich eröffnete dies aber den Handlungsspielraum, vorhandene Effizienzreserven zu heben: etwa durch die **Zusammenlegung von Leitstellen (mind. 50%-ige Reduktion der Zahl der Leitstellen sinnvoll)**, die gebietskörperschaftsübergreifende gemeinsame Nutzung von Rettungswachen und Rettungsmitteln, eine effizientere Disposition sowie – wo fachlich zielführend – die Aufgabe einzelner Notarztstandorte zugunsten eines Luftrettungsstandorts. Auf diese Weise ließe sich eine zugleich wirtschaftlichere und im Einzelfall sogar qualitativ bessere Versorgung erreichen. Zudem würde hier ein jederzeitiger Datenzugriff die Effizienz deutlich erhöhen.

Im Anhang finden sich die Anfahrtswege zu den Krankenhäusern der Notfallstufe 2 und 3 mit 30 und 45 Minuten Anfahrtsweg. Längere Anfahrtswege können durch den hervorragend ausgebauten Rettungsdienst rund um die Uhr kompensiert werden.

22. Juni 2026

Prof. Dr. Christian Karagiannidis

Universität Witten/Herdecke

Anlage

Abbildung 1: Anfahrtswege zu den Notfallstufe 2 und 3 Krankenhäusern ohne Blaulicht

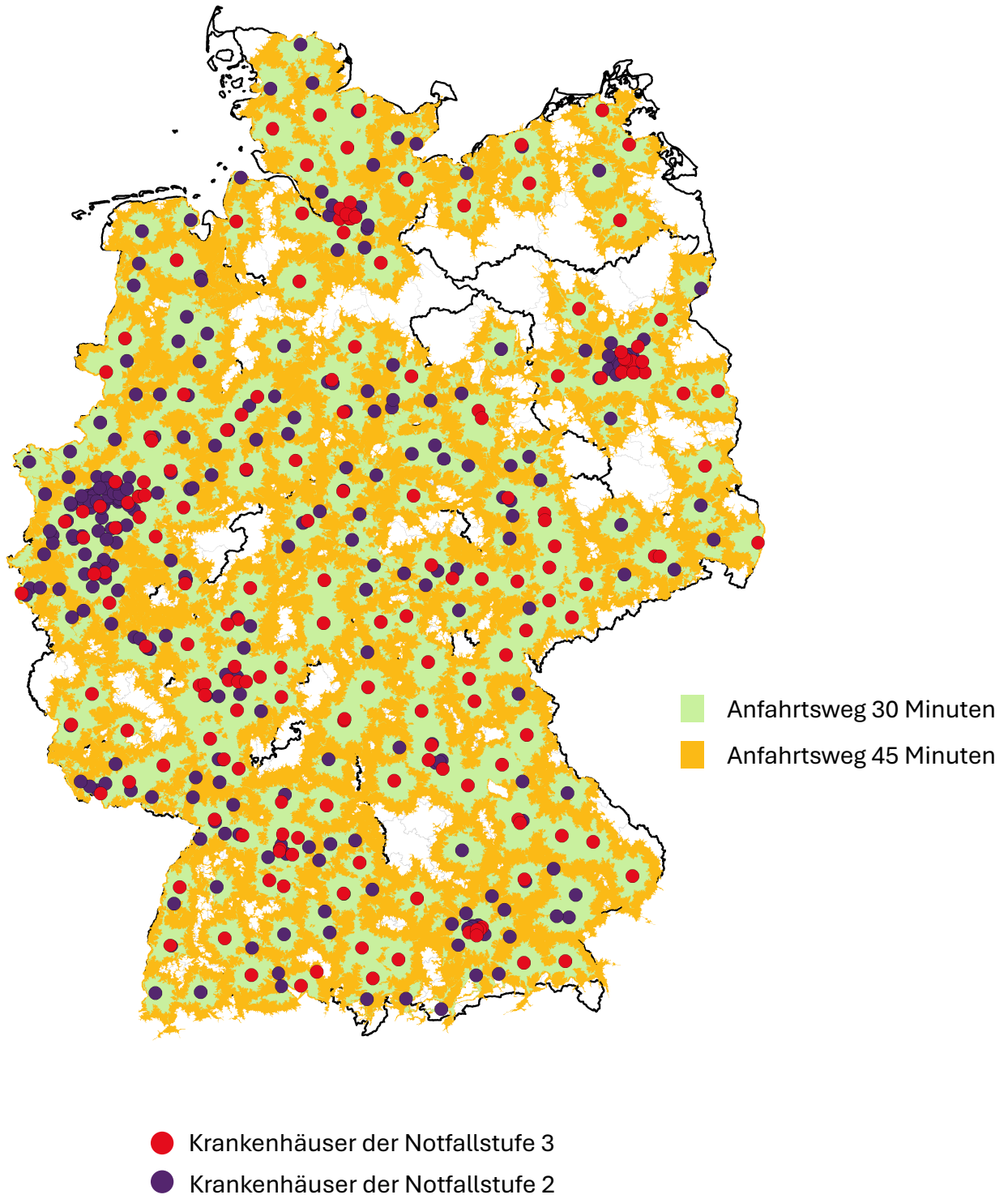


Abbildung 2: Anfahrtswege zu den Notfallstufe 1 Krankenhäusern ohne Blaulicht

