

Düsseldorf/Berlin, 20.04.2026

Stellungnahme des Verbandes leitender Krankenhausärztinnen und -ärzte e. V. (VLK) zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)

Grundlegende Bewertung

Der VLK sieht die wachsende strukturelle Finanzierungslücke der gesetzlichen Krankenkassen mit großer Sorge. Die erforderlichen Konsolidierungsmaßnahmen dürfen jedoch nicht in einer panikartigen Kurzschlussreaktion bestehen, die sich ausschließlich auf umfassende Sparmaßnahmen ohne begleitende Strukturverbesserungen beschränkt.

Die Vorschläge der Finanzkommission sowie das darin dargestellte vermeintliche Einsparpotenzial sind angesichts der tatsächlichen Finanzlage – insbesondere im Krankenhaussektor – unzutreffend. Die demografische Entwicklung in Deutschland führt zu einem erheblichen Mehrbedarf an medizinischen Leistungen, der durch den medizinischen Fortschritt zusätzlich verstärkt wird. Auf die Deckung dieses Versorgungsbedarfs besteht ein Rechtsanspruch der Bevölkerung. Dieser wird durch die vorliegenden Sparvorschläge erheblich gefährdet. Vor diesem Hintergrund ist es aus Sicht des VLK nicht nachvollziehbar, dass der Bundesfinanzminister weiterhin die Übernahme der Gesundheitskosten für Bürgergeldempfänger in Höhe von rund 12 Milliarden Euro verweigert, obwohl es sich hierbei um eine klare staatliche Aufgabe handelt.

Auch wird dieser Befund nicht dadurch relativiert, dass Mitglieder der Finanzkommission Argumentationslinien der Regierungskommission der Vorgängerregierung wiederholen, wonach Kostensteigerungen im Gesundheitswesen primär auf Über- bzw. Fehlversorgung zurückzuführen seien. Die Aussage, Deutschland habe im internationalen Vergleich zwar die höchsten Gesundheitsausgaben – insbesondere im stationären Bereich –, liege jedoch bei der Lebenserwartung im unteren Bereich, suggeriert einen kausalen Zusammenhang zwischen der Qualität der stationären Versorgung und der Lebenserwartung, der so nicht besteht.

Ebenso wenig evidenzbasiert ist die Aussage des stellvertretenden Vorsitzenden der Finanzkommission, man wolle „Patienten und die Solidargemeinschaft vor zu viel und falscher Medizin schützen“. Sie unterstellt das Vorliegen erheblicher Fehlversorgung, ohne diese konkret zu belegen, und dient offenkundig der Legitimation drastischer Sparmaßnahmen. Eine systematische Identifikation und gezielte Sanktionierung tatsächlicher Fehlversorgung ist hingegen nicht erfolgt. Stattdessen wird ein pauschaler Sparkurs verfolgt, der insbesondere den stationären Sektor massiv belastet.

Gerade dieser Bereich befindet sich jedoch seit Jahren – unter anderem infolge unzureichenden Inflationsausgleichs – in einer erheblichen finanziellen Schieflage, die bereits zu zahlreichen Insolvenzen geführt hat und durch die geplanten Maßnahmen weiter verschärft würde. Kein anderer Versorgungsbereich wurde im Zuge der Reformen der vergangenen Jahre – zuletzt im Rahmen von KHVVG und KHAG – mit vergleichbaren Auflagen, strukturellen Anforderungen und Personalvorgaben belastet, die die Leistungserbringung erheblich verteuern.

Für die Beschäftigten in den Krankenhäusern stellen die aktuellen Vorschläge einen Affront dar. Sie haben unter widrigsten Bedingungen und bei stark begrenzten finanziellen Ressourcen die Versorgung aufrechterhalten und sehen sich nun erneut massiven Sparmaßnahmen ausgesetzt. Es ist nicht erkennbar, wie unter diesen Rahmenbedingungen die ohnehin tiefgreifenden Strukturveränderungen der Krankenhausreform umgesetzt werden sollen, die bislang auf breite Unterstützung gestoßen sind.

Zahlreiche Einrichtungen werden durch Zentralisierung und Vorhaltefinanzierung in ihrer Existenz bedroht. Gleichzeitig wird die Übernahme der bisher von ihnen versorgten Patientinnen und Patienten durch Maximal- und Schwerpunktversorger durch die vorgesehenen Sparmaßnahmen sowie die Korridorregelungen der Vorhaltefinanzierung faktisch unmöglich gemacht.

Offenkundig fehlt es der Finanzkommission an den erforderlichen fachlichen Kenntnissen hinsichtlich der anstehenden Reformprozesse. Einige Passagen im Bericht dagegen wirken wie wörtlich aus Vorschlägen der Krankenkassen übernommen. So entsteht der Verdacht, dass die Krankenkassen signifikant in die Erstellung des Berichtes eingebunden waren, während die Leistungserbringer, insbesondere die Krankenhäuser außen vor blieben.

Besorgniserregend ist zudem, dass im Koalitionsausschuss Frau Ministerin Warken auf dieser Basis der Auftrag erteilt wurde, die Vorschläge der Finanzkommission unverändert umzusetzen. Das damit verbundene Einsparvolumen scheint gegenüber der Sicherstellung der Versorgung priorisiert worden zu sein. Es entsteht der Eindruck, dass die Vorschläge nicht in der gebotenen Tiefe hinterfragt wurden, obwohl entsprechendes Fachwissen – insbesondere nach den intensiven Diskussionen zu KHVG und KHAG – sowohl in der Finanzkommission als auch im Ministerium vorhanden sein müsste.

Auch die fundierte Kritik von Verbänden und Fachgesellschaften darf nicht pauschal als interessengeleitet abgetan werden. Die Schlussfolgerung, eine breite Kritik spreche für die Ausgewogenheit der Vorschläge, ist unzutreffend. Vielmehr weisen die Stellungnahmen übereinstimmend auf erhebliche strukturelle Defizite in den Vorschlägen hin.

Werden die vorgesehenen Sparmaßnahmen wie im Referentenentwurf skizziert umgesetzt, ist mit einem erheblichen Rückgang der Versorgungsleistung zu rechnen. Es drohen Versorgungsengpässe insbesondere in der Notfallmedizin sowie verlängerte Wartezeiten im elektiven Bereich. Die Bevölkerung ist hierüber transparent zu informieren und darf nicht vor vollendete Tatsachen gestellt werden. Auch eine behauptete besondere Dringlichkeit im Hinblick auf die Arbeit des Schätzerkreises rechtfertigt kein Abweichen von einer sachgerechten Abwägung.

Der VLK nimmt entsprechend der Betroffenheit seiner Mitglieder zu vier Vorschlägen im Bereich der stationären Versorgung konkret Stellung:

Einführung neuer Kurzzeitfallpauschalen

Neben den bereits bestehenden zwei Bereichen des ambulanten Operierens im Krankenhaus (AOP-Bereich nach § 115b SGB V) sowie der speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG nach § 115f SGB V) soll als dritte Abrechnungsmöglichkeit für Krankenhäuser eine Kurzzeitfallpauschale (Änderung des § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz) für stationäre Behandlungsfälle unabhängig von der Behandlungsdauer eingeführt werden. Diese sollen auf die gesetzlich vorgeschriebenen Fallzahlvorgaben nach § 115f angerechnet werden.

Diese Form der Abrechnung ist grundsätzlich zu begrüßen, bedarf jedoch noch einer ausführlichen Detaildiskussion, um eine klare Abgrenzung zu AOP- und Hybrid-DRG-Fällen sicherzustellen. Angesichts der Fehlentwicklungen und erheblichen Probleme bei einer sachgerechten Abrechnung im Hybrid-DRG-Bereich ist zudem zu prüfen, ob Teile dieses Bereichs in die neue Abrechnungsform überführt werden sollten.

Eine Überführung dieser Fälle in einen ambulanten Fall (primäre Fehlbelegung) im Rahmen einer MD-Prüfung muss ausgeschlossen werden.

Obligatorisches Zweitmeinungsverfahren bei mengenanfälligen Eingriffen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll mit der schrittweisen Einführung verbindlicher Zweitmeinungsverfahren für mengenanfällige Eingriffe beauftragt werden. Die Vergütung entsprechender Leistungen soll an den Nachweis einer verpflichtenden Zweitmeinung geknüpft werden.

Das bislang freiwillige Zweitmeinungsverfahren ist über den G-BA gut etabliert und kommt insbesondere bei der Implantation von Endoprothesen zur Anwendung. Das von der Finanzkommission angegebene Einsparpotenzial von etwa 20 % der primär vorgeschlagenen Eingriffe ist jedoch rein spekulativ.

Der organisatorische Aufwand ist erheblich und führt neben zusätzlichen Wartezeiten zu einer deutlichen Relativierung des finanziellen Einsparpotenzials. Das Zweitmeinungsverfahren sollte daher weiterhin auf freiwilliger Basis fortgeführt und zeitnah evaluiert werden.

Die Erstellung der Zweitmeinung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt des jeweiligen Fachgebiets ist zwingend erforderlich.

Streichung des ePA-Befüllungszuschlags

Hierbei handelt es sich um einen typischen Fall eines gesetzlich erheblich gesteigerten Bürokratieaufwands, bei dem sich der Gesetzgeber nun aus der finanziellen Verantwortung zurückziehen will. Die Digitalisierung ist grundsätzlich zu begrüßen, wird jedoch über einen längeren Zeitraum mit erheblichem Mehraufwand verbunden sein, der entsprechend finanziert werden muss.

Erhöhung der MD Prüfquote

Die drastische Verschärfung der Prüfquote und Anhebung der Schwellenwerte führt zu einem massiven Anstieg der Bürokratie. Viele dieser Prüfungen beziehen sich auf Diskussionen über Verweildauern, welche durch die weiter voranschreitende Ambulantisierung zunehmend unwichtiger werden. Auch sind die Entscheidungen in diesem Bereich relativ willkürlich, vor allem da sie ex post erfolgen. Zudem kann man aufgrund der durch die jetzige Quotenregelung vorliegenden Abrechnungsdaten von einer guten Abrechnungsqualität der Krankenhäuser ausgehen. Wir empfehlen daher - insbesondere unter dem Gesichtspunkt des Bürokratieabbaus - von einer Erhöhung der Prüfquote und der Schwellenwerte abzusehen.

PD Dr. Michael A. Weber
Präsident des VLK

RA Normann J. Schuster
Hauptgeschäftsführer des VLK