

Stellungnahme der BLFG

vom 27. April 2026

zu den „Empfehlungen zur Stabilisierung des Beitragssatzes zur gesetzlichen Krankenversicherung ab 2027“ vorgestellt durch die FinanzKommission Gesundheit

und zum

**Referentenentwurf
des Bundesministeriums für Gesundheit zum
Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der
gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)**

(vom BMG weitergeleitet am 16. April 2026)

mitgezeichnet von

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.

Deutsche Gesellschaft für Senologie e.V.

Der vorliegende Referentenentwurf auf Basis d. Berichts der FinanzKommission Gesundheit verfolgt konsequent das Ziel, die Finanzstabilität der GKV durch eine deutliche Begrenzung der Ausgabendynamik zu erreichen. Dieses Ziel ist angesichts einer prognostizierten Deckungslücke von über 15 Mrd. € bereits im Jahr 2027 nachvollziehbar. Dennoch offenbart die Gesamtausrichtung der vorgeschlagenen Maßnahmen aus Sicht der Leitenden Ärztinnen u. Ärzte in d. Frauenheilkunde u. Geburtshilfe erhebliche strukturelle Defizite und Risiken für Versorgungsqualität, Nachwuchsgewinnung und sektorenübergreifende Versorgung.

1. Einseitige Fokussierung auf Kostendämpfung zulasten der Versorgungsrealität

Gemäß den Empfehlungen der Finanzkommission entfallen 12 Mrd. € (bis 31 Mrd € 2030) Einsparungsvolumen auf die **Begrenzungen der Vergütungsanstiege und Einsparungen im Bereich der Leistungserbringer**. Diese Sichtweise greift aus klinischer Perspektive zu kurz: Als Obergrenze für Preis- und Vergütungssteigerungen die Grundlohnrate, also die jährliche Veränderungsrate der durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je GKV-Mitglied zu wählen (hierunter fallen auch 4,1 Mio nicht aktiv Erwerbstätige!), erscheint vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels in fast allen medizinischen Disziplinen als schlichtweg falsch. Einstiegsgehälter, Gesamtvergütung, Arbeitszeit und Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte wurden bewusst in den letzten Jahren verbessert um dem dramatischen Ärztemangel entgegenzuwirken. Dies erfolgte nicht zuletzt auch aus Kostengründen, da der Einsatz von Leiharbeitskräften in systemkritischen pflegerischen und ärztlichen Bereichen am stärksten zur Kostenexplosion in den Krankenhäusern beigetragen hatte. Es ist zu erwarten, dass im Spannungsfeld mit den tariflichen Lohnsteigerungen die Kliniken auf den steigenden wirtschaftlichen Druck ihrerseits mit weiteren Personaleinsparungen reagieren werden, da der jahrelange Investitionsstau in vielen Kliniken Einsparungen – wenn überhaupt – nur noch bei den Personalkosten ermöglicht. Ein langfristiger Erhalt oder gar eine Verbesserung der medizinischen Versorgung im Bereich der Frauenheilkunde u. Geburtshilfe erscheint durch die vorgestellten Empfehlungen stark gefährdet.

Wie schon von den Vertretern d. Kassenärztlichen Bundesvereinigung in ihrer Stellungnahme aufgeführt, vermuten wir ebenfalls, dass die wirtschaftliche Situation die Krankenhäuser zwingen wird, die in Aussicht gestellten Kürzungen an die Leistungserbringer in Form von Stellenstreichungen weiterzugeben um drohende Klinikinsolvenzen zu vermeiden. Es ist zu erwarten, dass dann in erster Linie bei der Neueinstellung und Ausbildung junger Ärztinnen und Ärzte gespart werden wird, was langfristig dramatische Folgen für die Krankenversorgung und deutliche Kostensteigerungen durch Leiharbeit auslösen wird. Dieser Umstand trifft zum einen empfindlich auf die zunehmende Feminisierung der Medizin, da aus Vollkräften in vielen Fällen Teilzeitkräfte werden und daraus

resultierend der Ärztemangel weiter ansteigen wird, zum anderen den zunehmenden Wunsch der Krankenhausträger in den Kliniken einen Facharztüberschuss zu generieren, da dann weniger ÄrztInnen mehr leisten sollen und die Ausbildung auf der Strecke bleibt. Dieser Effekt lässt sich auch nicht durch den Einsatz akademisch ausgebildeter Gesundheitsfachkräfte kompensieren, da diese zwar systemrelevante Tätigkeiten übernehmen, aber keine ärztlichen Aufgaben übernehmen können und letztlich im Lohnniveau ihrer Verantwortung entsprechende Forderungen stellen.

2. Gefährdung der Geburtshilfe und regionalen Versorgung

Die vorgeschlagenen Maßnahmen verstärken zudem bereits bestehende ökonomische Risiken:

- Geburtshilfliche Abteilungen arbeiten häufig bereits an der Rentabilitätsgrenze.
- Die Entwicklung der bundesweiten Geburtenziffern (Absenkung um mehr als 100.000 Geburten pro Jahr) trägt bei ansteigenden Vorhaltekosten zu einer weiteren Verschärfung der Situation bei
- Es ist wichtig zu unterstreichen, dass die geburtshilfliche Versorgung an 365 Tagen über 24 Stunden in gleicher Qualität erwartet wird und man sich hier nicht auf die Kernzeiten in der Versorgung konzentrieren kann
- Weitere Erlöskürzungen oder Unsicherheiten im Vergütungssystem können zu **Standortschließungen** führen.

Dies steht im Widerspruch zum politischen Ziel einer flächendeckenden Versorgung – insbesondere im ländlichen Raum und in vielen Regionen können die umliegenden Kliniken weitere Versorgungseinbrüche nicht kompensieren.

3. Fehlende Differenzierung zwischen Über-, Fehl- und notwendiger Versorgung

Die Kommission betont die Reduktion von Über- und Fehlversorgung sowie die Stärkung evidenzbasierter Medizin. Dieses Ziel ist grundsätzlich zu begrüßen.

Problematisch ist jedoch:

- Die Maßnahmen erfolgen oft pauschal und sektorübergreifend, ohne ausreichend fachspezifische Differenzierung.
- In der Frauenheilkunde ist die Abgrenzung zwischen notwendiger Diagnostik (z. B. Tumornachsorge, pränatale Diagnostik) und „Übersorgung“ hochkomplex.

Die Gefahr besteht, dass wirtschaftliche Steuerungsinstrumente medizinische Entscheidungen direkt oder indirekt beeinflussen.

4. Belastung der Patientinnen durch höhere Eigenbeteiligung

Die geplante Erhöhung von Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen kann insbesondere vulnerable Gruppen treffen:

- Schwangere und chronisch kranke Patientinnen (z. B. mit Endometriose oder Tumorerkrankungen)
- Patienten und Patientinnen mit Behinderungen
- Frauen mit niedrigem Einkommen

Die Kommission selbst weist auf das Spannungsfeld zwischen Eigenverantwortung und Zugangsgerechtigkeit hin. Aus klinischer Sicht besteht die reale Gefahr, dass notwendige Leistungen verzögert oder nicht in Anspruch genommen werden.

5. Unzureichende Berücksichtigung des Fachkräftemangels

Ein zentraler blinder Fleck des Berichts ist der Fachkräftemangel:

- Pflegepersonal, Hebammen und ärztlicher Nachwuchs sind bereits heute extrem knapp.
- Gleichzeitig werden Vergütungsmechanismen eingeschränkt und finanzielle Spielräume reduziert.

Dies steht im Widerspruch zu den realen Anforderungen der Versorgung und gefährdet langfristig die Leistungsfähigkeit gynäkologischer Kliniken. Langfristig werden Einsparungen bei der Aus- und Weiterbildung zu extremen Personalkosten in der Zukunft führen.

6. Fazit und Forderungen

Aus Sicht der Chefärzte der Frauenheilkunde ist der Referentenentwurf in seiner aktuellen Form unausgewogen:

Kritische Punkte:

- Überbetonung kurzfristiger Einsparziele
- Unzureichende Berücksichtigung der klinischen Realität
- Risiko struktureller Schäden in der Versorgung

Zentrale Forderungen:

1. Differenzierte Bewertung fachärztlicher Leistungen statt pauschaler Kürzungen
2. Schutz besonders sensibler Bereiche (Geburtshilfe, Onkologie)
3. Verknüpfung von Finanzreformen mit Personal- und Strukturkonzepten
4. Langfristige und verlässliche strukturelle Reformen statt weitere pauschale Erlösreduktionen

Zusammengefasst:

Die vorgeschlagenen Maßnahmen mögen zur kurzfristigen Stabilisierung der GKV-Finzen beitragen, drohen jedoch, die Substanz und die langfristigen Perspektiven der gynäkologisch-geburtshilflichen Versorgung nachhaltig zu schwächen. Eine Reform, die finanzielle Stabilität und Versorgungsqualität gleichermaßen sichern soll, muss den Blickwinkel der klinischen Praxis deutlich stärker berücksichtigen.