

# Stellungnahme der DIVI

zur Sicherung der Intensiv- und Notfallmedizinischen  
Versorgung im Rahmen des Gesetzes zur Stabilisierung der  
Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung  
(GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)

07.07.2026

Das geplante GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz verfolgt grundsätzlich das Ziel, zu einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik zurückzukehren. Dieser Ansatz ist aus gesundheitsökonomischer Perspektive ausdrücklich zu begrüßen. In der vorliegenden Ausgestaltung führt das Gesetz jedoch zu ungesteuerten Kürzungen über alle Versorgungsbereiche hinweg. Nach Berechnungen der hcb (Prof. Augurzky) drohen den Krankenhäusern ab 2027 durch das Beitragssatzstabilisierungsgesetz Mindereinnahmen von etwa 3%. Daraus resultiert bis zum Jahr 2030 für bis zu 50% der Kliniken ein reales Insolvenzrisiko. Mehr als die Hälfte der Krankenhäuser werden ab 2027 rote Zahlen schreiben. Diese Einschätzung wird durch Analysen verschiedener Trägergruppen auf Standortebene bestätigt.

In besonderem Maße betroffen sind große, versorgungsrelevante Krankenhäuser. Die entstehenden Finanzlücken – häufig im zweistelligen Millionenbereich – können von kommunalen oder anderen Trägern kaum mehr kompensiert werden. Als potenzielle Gegensteuerungsmaßnahmen verbleiben im Wesentlichen eine deutliche Ausweitung der stationären Fallzahlen und/oder ein Personalabbau von 8-9%. Ein Personalabbau in dieser Größenordnung ist jedoch mit erheblichen strukturellen und qualitativen Risiken für die Patientenversorgung verbunden und praktisch nur eingeschränkt realisierbar. Vor diesem Hintergrund ist der Gesetzgeber gefordert, zeitnah gezielte Maßnahmen zur Sicherung der wirtschaftlichen Stabilität insbesondere **versorgungsrelevanter Krankenhäuser** zu ergreifen.

Das System der **Notfallstufen** eignet sich in besonderer Weise zur Abbildung der versorgungsrelevanten Krankenhausstrukturen. Es beruht auf Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und bildet seit vielen Jahren die Versorgungslandschaft in hoher Differenziertheit ab. Krankenhäuser der Notfallstufen 2 und 3 übernehmen die Versorgung weiter Teile der Bevölkerung mit zeitkritischen Krankheitsbildern, darunter insbesondere akute Koronarsyndrome, Schlaganfälle und schwere Mehrfachverletzungen, für die eine anderweitige Versorgung nur eingeschränkt oder gar nicht gewährleistet wäre. Hieraus leitet sich ihre besondere Versorgungsrelevanz ab. Im Jahr 2024 erbrachten Krankenhäuser der **Notfallstufe 2 und 3 über 60% aller stationären Behandlungsfälle** in Deutschland, womit ihre zentrale Rolle für die flächendeckende stationäre Versorgung nochmals unterstrichen wird.

Aus den vorliegenden Karten mit Anfahrtswegen von 30 und 45 Minuten ohne Blaulicht geht hervor, dass der Versorgungsbedarf durch Fusion kleinerer Kliniken zu Krankenhäusern der Notfallstufe 2 vollständig abgedeckt werden kann. Aus planerischer Sicht erscheint der Aufbau von etwa 50-100 Krankenhäusern der Notfallstufe 2 sinnvoll. Auf dieser Grundlage ließe sich ein gegenüber Krisen deutlich robusteres und insgesamt resilienteres Versorgungssystem etablieren. Die Kliniken der Notfallstufe 1 sind aufgrund ihrer Struktur nicht in der Lage, die oben genannten Erkrankungen umfassend zu versorgen.

**Die DIVI fordert daher die Bundes-, Landes und Kommunalpolitik zur Sicherung der Intensiv- und Notfallmedizinischen Versorgung auf, die Kliniken der Notfallstufen 2 und 3 wirtschaftlich abzusichern. Verbleibenden Lücken mit Anfahrtswegen über 30-45 Minuten müssen durch Transformation von Notfallstufe 1 Krankenhäusern zu Notfallstufe 2 Kliniken mit hoher Geschwindigkeit umgesetzt werden. Versorgungsstützpunkte mit sektorenübergreifende Zentren und geriatrisch-pflegerische Notfalleinheiten und Interventionsteams können hier zusätzlich die Versorgung verbessern.**

Im Anhang sind die Verteilung der stationären Fälle nach Notfallstufen sowie die Erreichbarkeit der Krankenhäuser der Notfallstufen 2 und 3 bei Anfahrtszeiten von 30 bzw. 45 Minuten dargestellt. Längere Anfahrtszeiten können durch die flächendeckende und 24/7 verfügbare Struktur des boden- und ggf. luftgebundenen Rettungsdienstes in erheblichem Umfang kompensiert werden.

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

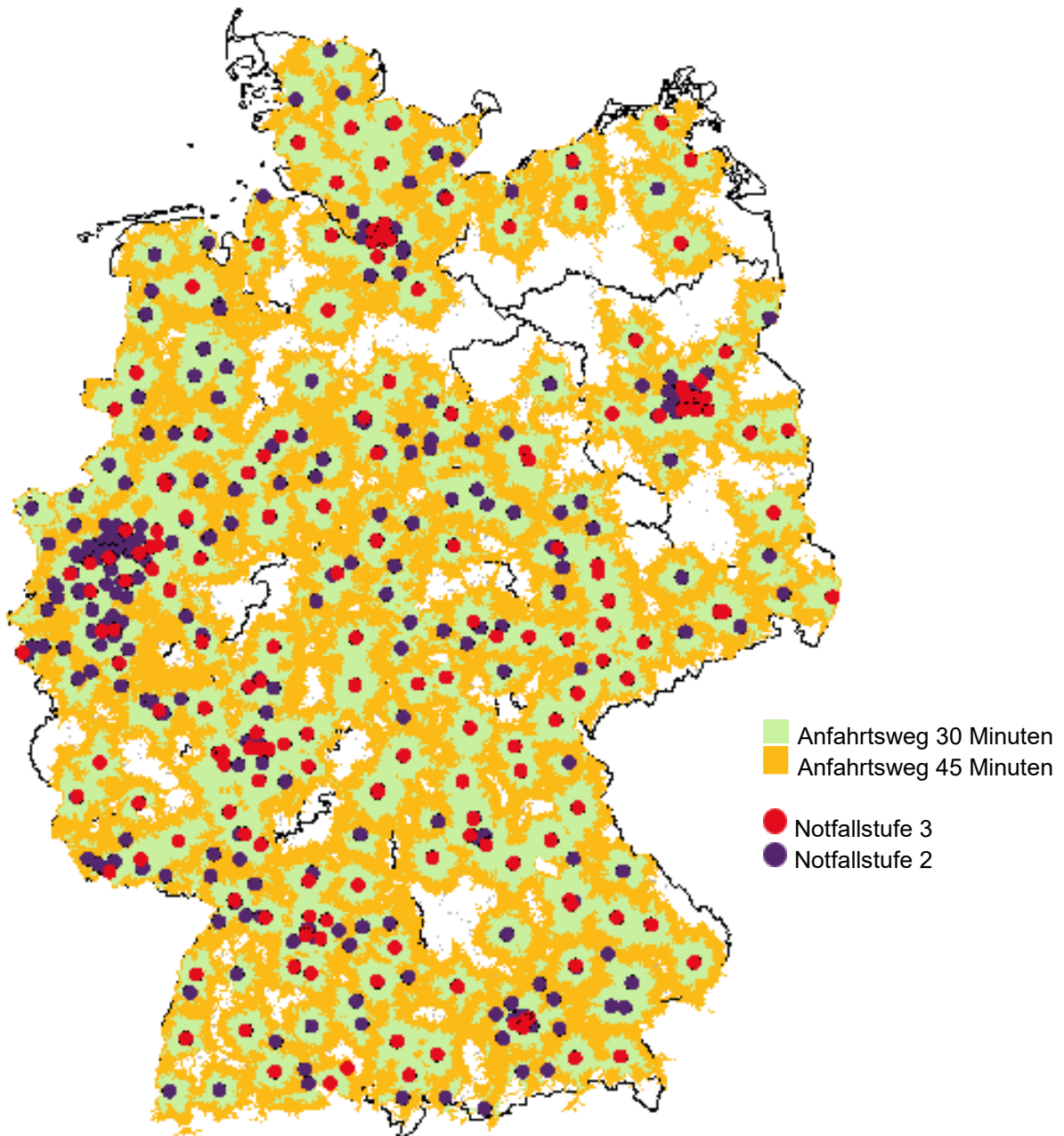


Abbildung 2: Anfahrtswege zu den Notfallstufe 1 Krankenhäusern ohne Blaulicht

