



Dr. Gerald Gaß

Sparen beginnt bei den Strukturen – nicht bei der Versorgung

Sparpolitik 2026: Warum die finanzielle Stabilisierung der GKV nur mit strukturellen Reformen gelingen kann

2026 wird gesundheitspolitisch unter dem Diktat der Einsparungen in der gesetzlichen Krankenversicherung stehen. Bereits heute ist absehbar, dass die GKV das Jahr mit einem Defizit in Milliardenhöhe beenden wird. Die strukturelle Schieflage der Finanzierung ist kein temporäres Phänomen, sondern Ergebnis politischer Fehlentscheidungen der vergangenen Jahre, beispielsweise die Sozialkassen zugunsten der Steuerhaushalte zu plündern und eher Flickschusterei zu betreiben, als tatsächliche Strukturreformen anzugehen. Auch die Einnahmeseite und die veränderte Arbeitswelt hat die Politik immer völlig außer Acht gelassen. Vor diesem Hintergrund hat die Bundesregierung die GKV-Finanzkommission eingesetzt, die Vorschläge zur kurz-, mittel- und langfristigen Stabilisierung der Finanzen erarbeiten soll.

Alle Akteure im Gesundheitswesen bringen sich nun mit eigenen Konzepten in diese Debatte ein. Auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) tut dies – jedoch mit einem klaren Unterschied zu manch anderen Interessenvertretern: Die DKG fordert nicht einseitig „billige Einsparungen“ bei anderen Leistungsbereichen, sondern ist bereit, auch im Krankenhaussektor selbst Optimierungspotenziale zu benennen. Zugleich macht sie deutlich, dass nachhaltige Einsparungen nur über systematische und strukturelle Reformen möglich sind – nicht über kurzfristige Kürzungsrunden.

Die Ausgangslage: Sparzwang trifft auf Reformstau

Zunächst: Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser ist äußerst angespannt – noch bevor überhaupt über mögliche Einsparungen gesprochen wird. Externe Studien zeigen, dass rund 75 % aller Krankenhäuser ihr Jahresergebnis mit einem Defizit abschließen. Auch die Zahl der Insolvenzverfahren liegt Jahr für Jahr auf hohem Niveau. Allein in den vergangenen drei Jahren mussten 90 Klinikstandorte Insolvenz anmelden. Zwar hat man den Krankenhäusern im Jahr 2025 über einen Zuschlag – zur Abfederung der Sofort- und Transformationskosten – insgesamt 4 Mrd. € zugestanden, um die schlimmsten wirtschaftlichen Nöte aus den Jahren 2022 und 2023 zu lindern. Doch diesem Rettungsring wurde direkt wieder ein Teil der Luft herausgelassen: Mit dem ersten kleinen Sparpaket hat Gesundheitsministerin Nina Warken (CDU) den Krankenhäusern unmittelbar 1,8 Mrd. € wieder entzogen. Nun stünden andere Leistungserbringer im Fokus, so die Botschaft der Politik.

Dennoch nehmen wir Begehrlichkeiten vor allem der Krankenkassen wahr. Begründet wird das häufig mit der Behauptung, Krankenhäuser seien die Kostentreiber im Gesundheitswesen. Ein einfacher Faktencheck zeigt jedoch das Gegenteil. Während die Krankenhausbehandlungen im Jahr 2010 noch 35,6 % der gesamten GKV-Ausgaben ausmachten, lag ihr Anteil 2024 nur noch bei 32,7 %. Ja, die absoluten Ausgaben sind gestiegen – aber relativ weniger als andere Ausgabenbereiche.

Besonders deutlich wird das im Vergleich zum ambulanten Sektor: Die Ausgaben für Krankenhausbehandlung liegen bei rund 102 Mrd. €, während der ambulante Bereich – inklusive Arzneimittel und Hilfsmittel – bei etwa 130 Mrd. € liegt. Diese Zahlen belegen klar, dass die von den Kostenträgern immer wieder erzählte Geschichte, Krankenhäuser seien die zentralen Kostentreiber im Gesundheitswesen, in dieser Form nicht zutrifft.

Die finanzielle Krise der GKV fällt in eine Phase tiefgreifender Umbrüche. Demografischer Wandel, medizinischer Fortschritt, Fachkräftemangel und steigende Erwartungen der Bevölkerung an eine jederzeit verfügbare Versorgung erhöhen den Kostendruck. Gleichzeitig prägen weiterhin historisch gewachsene Doppelstrukturen, Überregulierung und Fehlanreize das System. Gerade im Krankenhausbereich haben Politik und Selbstverwaltung längst erkannt, dass die Strukturreformen notwendig sind. Die beschlossene Krankenhausreform soll für mehr Konzentration der Versorgungsstrukturen führen. Fakt ist: Wenn diese Reform konsequent und richtig umgesetzt wird und ihr bisher innewohnende Fehlanreize beseitigt werden können, werden mehrere hundert Klinikstandorte in den kommenden Jahren wegfallen oder grundlegend umgewandelt. Das wird – bei aller Härte für betroffene Regionen – einen relevanten Beitrag zu mehr Effizienz in der stationären Versorgung leisten. Entscheidend ist jedoch, dass dieser Strukturwandel Ergebnis von Planung und durchdachter Steuerung und nicht von wirtschaftlich bedingten ungeplanten Insolvenzen im Rahmen eines kalten Strukturwandels ist. Zudem müssen wir unbedingt Planungssicherheit für die Kliniken schaffen. Wenn die Zukunft weiterhin unklar bleibt, blockiert dies Fusionen, Prozesse und die Umwandlung von Standards – oder es beschleunigt den kalten Strukturwandel. Das kann dazu führen, dass Krankenhäuser schließen, die für eine verlässliche Versorgung auch in einer neuen Versorgungsstruktur unverzichtbar wären.

Außerdem müssen wir die Bevölkerung im Transformationsprozess einer solchen Strukturreform aktiv mitnehmen. Standort-

verlagerungen und Fusionen werden kaum auf Verständnis treffen, wenn die Menschen davon ausgehen, dass sich mit ihnen die Versorgung in ihrer Region verschlechtert. Dass richtig geplante und umgesetzte Strukturveränderungen Verbesserungen bringen, gilt es zu kommunizieren. Diesen Aspekt hat die Bundespolitik in den vergangenen zwei Jahren vollständig vernachlässigt.

Parallel dazu wird die Ambulantisierung einer der zentralen Punkte der Transformation werden. Auch komplexere Leistungen können medizinisch sicher an Krankenhäusern ambulant erbracht werden. Dazu braucht es aber die konsequente Öffnung der Kliniken.

Größtes Sparpotenzial: Abbau von Überregulierung, Bürokratie und Doppelstrukturen

Die DKG hat sich in zwei grundlegenden Positionspapieren intensiv mit der Frage beschäftigt, wo Einsparungen möglich sind, ohne die Versorgungsqualität zu gefährden. Ein zentrales Ergebnis: Die größten Potenziale liegen nicht im Absenken von Vergütungen, sondern im Abbau von Überregulierung, Bürokratie und Doppelstrukturen.

Deutschland leistet sich nach wie vor ein hoch fragmentiertes System. Besonders deutlich wird dies an der doppelten Facharztschiene. Ambulante und stationäre fachärztliche Versorgung existieren nebeneinander, häufig ohne ausreichende Abstimmung. Diese Doppelstrukturen verursachen Mehrfachuntersuchungen, unnötige Schnittstellen und ineffiziente Ressourcenbindung. Fachärztliche Leistungen stärker an Krankenhäusern zu konzentrieren – eingebettet in ein leistungsfähiges Primärversorgungssystem – ist medizinisch sinnvoll und ökonomisch geboten. Die komplexere fachärztliche Versorgung, auch ambulant gehört wie international üblich an die Krankenhäuser.

Ambulantisierung richtig umsetzen: Einsparungen ermöglichen statt Kosten verlagern

Ambulantisierung ist kein Selbstzweck. Sie kann nur dann zur finanziellen Entlastung der GKV beitragen, wenn sie richtig gestaltet wird. Die DKG schlägt vor, geeignete Krankenhausleistungen über einen eigenen Kurzlieger-Bereich im DRG-System abzubilden. Damit würden Anreize gesetzt, Behandlungen effizient zu organisieren und unnötig lange Verweildauern zu vermeiden.

Die bislang eingeführten Hybrid-DRGs werden dieses Ziel nicht erreichen. Sie führen vielmehr zu Fehlallokationen und gefährden die Versorgungssicherheit. Eine strukturierte Ambulantisierung über das Krankenhaus hingegen kann mittelfristig erhebliche Einsparungen ermöglichen – ohne Qualitätsverluste und Doppelstrukturen investorengetriebener OP-Zentren.

Entbürokratisierung: Ein Milliardenpotenzial, das bislang ignoriert wird

Einer der größten Kostentreiber im Gesundheitswesen ist die Überregulierung. Krankenhäuser unterliegen einer Vielzahl kleinteiliger Personalvorgaben, Dokumentationspflichten und

Nachweisverfahren. Diese binden Personal, das dringend in der Patientenversorgung benötigt wird.

Allein durch den Abbau redundanter Personalvorgaben und Dokumentationspflichten könnten zehntausende Vollzeitstellen von Bürokratie entlastet werden. Das Einsparpotenzial liegt im Milliardenbereich – nicht durch Personalabbau, sondern durch effizienteren Einsatz vorhandener Fachkräfte. Weniger Bürokratie bedeutet zugleich bessere Versorgung, weil Pflegekräfte und Ärztinnen und Ärzte wieder mehr Zeit für Patientinnen und Patienten haben.

Sparpotenziale außerhalb der Krankenhäuser konsequent nutzen

Die DKG macht deutlich: Wer ernsthaft über Einsparungen spricht, darf den Blick nicht einseitig auf die Krankenhäuser richten. Große Einsparpotenziale liegen in Bereichen, die bislang politisch kaum angetastet wurden.

Dazu gehören Reduktionen in der Krankenkassenlandschaft. Über 90 gesetzliche Krankenkassen mit vielfach eigenen Verwaltungen, IT-Systemen und Marketingbudgets sind ineffizient. Eine Konzentration auf 10 bis 15 Kassen könnte allein bei den Verwaltungskosten Einsparungen von über einer Milliarde Euro pro Jahr ermöglichen. Auch die sogenannten Wettbewerbs- bzw. Spartenverbände der Krankenkassen müssen die Aufsichtsbehörden kritisch prüfen und deren Existenz konsequent hinterfragen. Mit der Gründung des GKV-Spitzenverbandes bestand der politische Wille, den Konzentrationsprozess voranzutreiben und schlankere Verwaltungsstrukturen zu schaffen. Tatsächlich ist jedoch das Gegenteil eingetreten: Neben dem GKV-Spitzenverband, der ursprünglich mit rund 50 Beschäftigten startete und inzwischen auf 431 angewachsen ist, bestehen die Spartenverbände weiterhin fort. Der AOK-Bundesverband und der Verband der Ersatzkassen (vdek) arbeiten nahezu unverändert in ähnlicher Stärke weiter, und andere Spartenverbände wurden sogar neu gegründet.

Dass diese Entwicklung nicht zum sinnvollen, wirtschaftlichen und zweckmäßigen Einsatz von Beitrags- bzw. Versicherungsgeldern führt – und damit nicht dem entspricht, was das SGB V unter „zweckmäßig, ausreichend und notwendig“ versteht –, müsste eigentlich jeder Aufsicht unmittelbar einleuchten.

Ebenso erforderlich ist ein striktes Verbot von Werbemaßnahmen und nicht evidenzbasierten Satzungsleistungen. Die Finanzierung von Homöopathie oder Sportsponsoring aus Beitragsmitteln ist weder medizinisch noch sozialpolitisch zu rechtfertigen.

Arzneimittel, Prävention und versicherungsfremde Leistungen

Auch im Arzneimittelbereich besteht erheblicher Handlungsbedarf. Hochpreisige innovative Medikamente müssen schneller und stringenter am tatsächlichen Zusatznutzen gemessen werden. Rückwirkende Preisanpassungen nach der Nutzenbewertung sind ein wirksames Instrument, um Überzahlungen zu vermeiden. Die DKG fordert u. a., die Mehrwertsteuer für Arz-

neimittel zu senken. Deutschland ist eines der wenigen Länder in Europa, die auf Arzneimittel keine ermäßigte Mehrwertsteuer berechnen.

Prävention ist die entscheidende Stellschraube, um die Finanzierung unseres Gesundheitssystems in einer älter werdenden Gesellschaft nachhaltig und langfristig zu sichern. Das deutsche Gesundheitssystem ist auf Krankenbehandlung ausgerichtet. Krankheiten von vornherein zu verhindern, gehört noch längst nicht zum Grundkonzept der deutschen Gesundheitsversorgung. Solange sich hier kein grundlegendes Umdenken einstellt, werden wir in immer kürzeren Abständen vor denselben großen Finanzierungsproblemen stehen. Gleichzeitig verlieren wir dadurch wertvolle Lebensjahre in der Bevölkerung.

Ein Blick auf zentrale Daten – etwa zu Alkoholkonsum, Bewegungsmangel oder Adipositas – zeigt, wie viel Gesundheitsförderung wir mit einem konsequenten präventiven Ansatz tatsächlich erreichen könnten. Bei diesen Themen rückt auch Eigenverantwortung in den Fokus. Eigenverantwortung kann aber nicht wieder bei finanzieller Eigenbeteiligung der Patientinnen und Patienten enden. In erster Linie heißt es, dass ein Gesundheitssystem dafür sorgen muss, dass die Menschen mehr Verantwortung für ihre eigene Gesundheit übernehmen und dass deren Gesundheitskompetenz gestärkt wird.

Nicht zuletzt ist Prävention auch zu wichtig, um sie als Aufgabe der GKV im wettbewerblichen Einzelkassenmodell zu belassen. Nationale Präventionsstrategien sollten aus Steuermitteln finanziert und zentral gesteuert werden. Das Präventionsbudget der Kassen wird viel zu oft in bunten Flyern, die banale Ernährungstipps mit Mitgliederwerbung verknüpfen oder für

Infostände auf Volksfesten aufgebraucht. Solche Art der „Prävention“ hat keinerlei Nutzen.

Eine wirkliche politische Umkehr braucht es bei den versicherungsfremden Leistungen, etwa die unzureichend finanzierte Absicherung von Bürgergeld- bzw. Grundsicherungsempfängern. Solange diese Kosten auf die GKV und damit einzig auf die gesetzlich Versicherten abgewälzt werden, bleibt das System strukturell unterfinanziert.

Fazit: Sparpolitik braucht Ehrlichkeit und Mut zu Strukturveränderungen

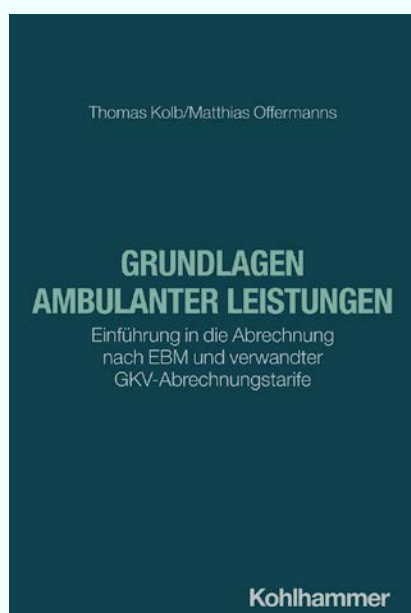
2026 wird ein Jahr harter finanzpolitischer Entscheidungen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft stellt sich dieser Verantwortung. Sie ist bereit, eigene Beiträge zur Stabilisierung der GKV zu leisten – durch Strukturreformen, Ambulantisierung und Entbürokratisierung. Gleichzeitig warnt sie vor einer Sparpolitik, die allein auf kurzfristige Kürzungen setzt und die Versorgungsstrukturen weiter schwächt. Ohne ehrlichen und nachhaltigen Kurswechsel hin zu mehr Prävention werden wir die Debatten nicht los.

Langfristige finanzielle Stabilität entsteht nicht durch Verschieben von Lasten, sondern durch echte Reformen. Wer die GKV nachhaltig sichern will, muss Fehlanreize beseitigen, Bürokratie abbauen und Verantwortung fair verteilen. Die Krankenhäuser sind Teil der Lösung – wenn man sie lässt.

Anschrift des Verfassers

Dr. Gerald Gaß, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), Wegelystraße 3, 10623 Berlin

Bücher



Thomas Kolb, Matthias Offermanns: Grundlagen ambulanter Leistungen. Einführung in die Abrechnung nach EBM und verwandter GKV-Abrechnungstarife, 2024. 231 Seiten, Verlag W. Kohlhammer, 49 €, ISBN 978-3-17-044650-2.

Das Werk bietet einen grundlegenden und übergreifenden Überblick über die Finanzierung ambulanter Leistungen und fokussiert dabei die Abrechnung auf Basis der gesetzlichen Krankenversicherung. Es werden die Beteiligten der Versorgung, die relevanten Leistungserbringer und die zugrunde liegenden Rechtsbeziehungen dargestellt. Dabei findet die aktuelle Rechtslage Berücksichtigung, zu der sich insbesondere im Bereich der Abrechnung ambulanter Operationen, aber auch des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) in den zurückliegenden Jahren umfangreiche Änderungen ergeben haben.

Prof. Dr. Thomas Kolb ist Lehrstuhlinhaber für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, insbesondere Gesundheitsmanagement und Rechnungswesen, am Fachbereich Wiesbaden Business School der Hochschule RheinMain sowie Mitglied des Expertenpools beim Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses. Dr. Matthias Offermanns ist Senior Research Manager beim Deutschen Krankenhausinstitut e.V., Düsseldorf, im Geschäftsbereich Forschung.