

**Stellungnahme**  
**der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU),**  
**der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und**  
**der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)**  
**zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz:**  
**Kostendämpfung mit großen Nebenwirkungen für Orthopädie und Unfallchirurgie**

Mit dem Referentenentwurf zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz reagiert die Bundesregierung auf die dramatische Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Last wird aber nicht auf alle Schultern gleichmäßig verteilt und trifft in besonderem Maße die Leistungserbringer. Nach der Begründung des Referentenentwurfs sollen rund 60 Prozent des Entlastungsvolumens 2027 und rund 72 Prozent im Jahr 2030 durch Vergütungsbegrenzungen und Einsparungen im Bereich der Leistungserbringer erbracht werden.

Ein grundsätzlicher systemischer Konflikt ergibt sich aus der Finanzierung versicherungsfremder Leistungen. Die Krankenversicherung für Menschen im Bürgergeldbezug wird weiterhin nicht kostendeckend aus Steuermitteln finanziert. Stattdessen erfolgt die Finanzierung über Beiträge der Versichertengemeinschaft. Damit werden strukturelle Finanzierungsdefizite in der GKV perpetuiert und gleichzeitig Einsparungen bei den Leistungserbringern forciert. Eine Stabilisierung der GKV-Finzen ist damit nicht nachhaltig, sondern allenfalls kurzfristig erreichbar.

Die Hauptlast der Konsolidierung wird auf Krankenhäuser, Vertragsärzte und andere medizinische Einrichtungen verlagert. Für die Orthopädie und Unfallchirurgie, die sowohl ambulant als auch stationär stark involviert sind, hat dies weitreichende Konsequenzen.

Zentrales Instrument ist die strikte Kopplung der Vergütungsentwicklung an die Grundlohnrate. Krankenhausvergütungen werden künftig nur noch in diesem Rahmen finanziert, unabhängig von der tatsächlichen Kostenentwicklung. Reale Kostensteigerungen – etwa durch Tarifabschlüsse, steigende Energiepreise oder höhere Sachkosten für Implantate – werden nicht mehr vollständig refinanziert. Auch die automatische Weitergabe von Lohnerhöhungen an die GKV entfällt. Der Staat kann nicht einerseits die Einhaltung von Tarifverträgen einfordern, andererseits aber deren Refinanzierung begrenzen. Damit wird ein zentrales Prinzip der bisherigen Finanzierung aufgegeben: die zumindest teilweise Abbildung realer Kostenentwicklungen im Vergütungssystem.

Besonders problematisch ist dies für die Orthopädie und Unfallchirurgie, deren Leistungen häufig personalintensiv und materialaufwendig sind. Komplexe OP-Verfahren und steigende Anforderungen an Qualität und Dokumentation führen zu Kostenentwicklungen, die sich nicht an der allgemeinen Lohnentwicklung orientieren. Kostspielige Implantate werden nicht auskömmlich finanziert. Die Folge ist eine strukturelle Unterfinanzierung. Im Focus liegt wieder einmal die kurzfristige Einsparung und nicht der langfristige Erfolg.

**Vorstand (gemäß §26 BGB Abs. 1)**

Präsident: Prof. Dr. Frank Hildebrand, Stellvertretender Präsident: Dr. Jörn Dohle  
Generalsekretär: Prof. Dr. Bernd Kladny, Stellvertretender Generalsekretär: Prof. Dr. Sascha Flohé

**DGOU-Bankverbindung:** APO-Bank München, IBAN: DE34 3006 0601 0007 4267 39, SWIFT-BIC: DAAEDED

**DGOU-Steuer-Nr.** 27/640/53836, Amtsgericht Bochum, VR 3953

Ein weiterer kritischer Punkt ist die Reform des Pflegebudgets. Dessen Zuwächse werden künftig ebenfalls begrenzt. Mehrkosten über das vereinbarte Budget hinaus werden nicht mehr automatisch ausgeglichen. Gleichzeitig entfällt die zusätzliche Finanzierung pflegeentlastender Maßnahmen vollständig. Maßnahmen, die bislang zur Entlastung des Pflegepersonals und zur Verbesserung der Versorgungsqualität beigetragen haben – etwa durch unterstützendes Personal oder Digitalisierung – verlieren damit ihre finanzielle Grundlage.

Hinzu kommt, dass pflegefremde Tätigkeiten aus der Finanzierung herausgenommen werden. Was ordnungspolitisch sinnvoll erscheint, birgt in der praktischen Umsetzung erhebliche Risiken, da die Abgrenzung im klinischen Alltag komplex ist und zusätzliche Bürokratie erzeugt. Insgesamt droht eine weitere Verschärfung der Personalsituation in einem ohnehin angespannten Bereich.

Die Ausweitung von Zweitmeinungsverfahren ist kritisch zu bewerten. Was ursprünglich als Instrument der Qualitätssicherung gedacht war, droht zu einer Zugangsvoraussetzung mit Sanktionscharakter zu werden. Für die Orthopädie und Unfallchirurgie – etwa bei endoprothetischen Eingriffen – bedeutet dies potenziell Verzögerungen in der Versorgung und zusätzlichen bürokratischen Aufwand. Für die Knieendoprothetik werden Einsparungen von etwa 300 Mio. € pro Jahr erwartet werden, basierend auf der Annahme, dass rund 20 % der Eingriffe vermeidbar seien – eine durchaus bemerkenswerte Größenordnung. Dies ist fachlich schwer nachvollziehbar, da es für die Endoprothetik von Hüft- und Kniegelenken hochwertige Leitlinien gibt. Die Einhaltung der leitliniengerechten Indikationsstellung wird im Zertifizierungsverfahren EndoCert für Endoprothetikzentren überprüft.

Mit dem Innovationsfonds wurde ein Instrument eingeführt, das evidenzbasierte Entscheidungsgrundlagen dafür schafft, die gesundheitliche Versorgung in Deutschland durch Innovationen aus der Versorgungsforschung patientenorientierter, effektiver und wirtschaftlicher zu gestalten. Der Innovationsfonds hat sich zu einem Motor für Innovationen und Digitalisierung im Gesundheitssystem entwickelt und trägt nachweislich dazu bei, die Beitragssätze der gesetzlichen Krankenkassen zu stabilisieren. Mit der vorgesehenen dauerhaften Absenkung der Fördersumme des Innovationsfonds ab 2027 auf 100 Millionen Euro pro Jahr wird ein wichtiges Instrument der Versorgungsforschung und Digitalisierung erheblich geschwächt. Diese Maßnahme lehnen wir daher strikt ab.

Ein weiteres Thema ist der erweiterte Prüfauftrag des Medizinischen Dienstes (MD).

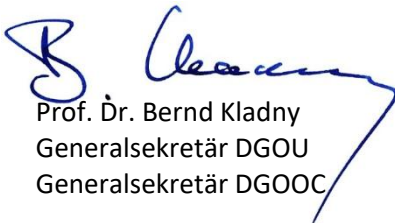
Mit der Neuregelung kommt es zu einer faktischen Entgrenzung des Prüfauftrags. Während die Prüftätigkeit bislang zumindest mittelbar an Ergebnissen und Risikoprofilen der Kliniken orientiert und damit begrenzt war, wird diese Steuerungslogik nun aufgegeben. Künftig kann der MD – allein abhängig von seinen Kapazitäten – eine nahezu unbegrenzte Zahl von Fällen prüfen. Dies bedeutet einen Paradigmenwechsel: Weg von einer risikoadjustierten, qualitätsorientierten Prüfung – hin zu einer kapazitätsgetriebenen Ausweitung der Kontrolltätigkeit.

Die Konsequenzen sind absehbar: Ein massiver administrativer und personeller Mehraufwand in den Kliniken aber auch beim Medizinischen Dienst zielt auf eine systematisch steigende Rückforderungssumme – unabhängig davon, ob sich die Versorgungsqualität tatsächlich verändert hat. Die Prüfung wird damit vom Instrument der Qualitätssicherung zunehmend zu einem Instrument fiskalischer Abschöpfung.

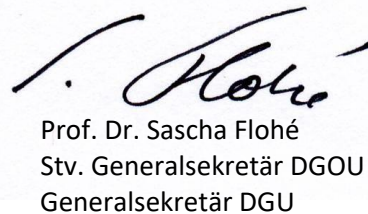
In der Gesamtschau entsteht ein Bild, das weniger auf strukturelle Reformen als auf kurzfristige Einsparungen setzt. Die Ursachen der Kostenentwicklung – demografischer Wandel, medizinischer Fortschritt und steigende Versorgungsansprüche – werden nicht adressiert. Stattdessen erfolgt eine pauschale Deckelung der Ausgaben. Es entsteht der Eindruck einer überwiegend betriebswirtschaftlich getriebenen Steuerung mit pauschaler Ausgabenbegrenzung – wie in vielen Jahren zuvor. Eine konsequente Berücksichtigung qualitativer Aspekte tritt demgegenüber in den Hintergrund.

Die Gefahr besteht, dass unter diesen Rahmenbedingungen Qualität nicht systematisch gefördert, sondern potenziell beeinträchtigt wird.

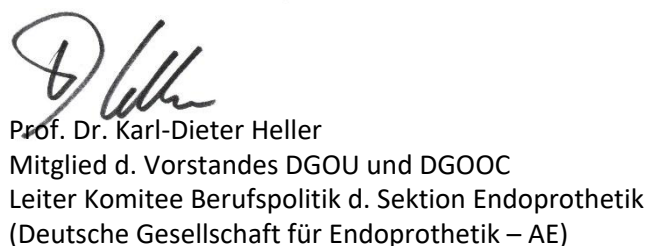
Fazit: Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz verfolgt ein legitimes Ziel, wählt jedoch einen einseitigen Weg. Für die Orthopädie und Unfallchirurgie bedeutet dies steigenden ökonomischen Druck bei gleichzeitig wachsendem Versorgungsbedarf. Ohne eine fairere Verteilung der Finanzierungsverantwortung droht eine schleichende Verschlechterung der Versorgungsqualität. Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) und das Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG) haben eine Verbesserung der Patientenversorgung zum Ziel, deren Zielsetzung durch das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz in wesentlichen Teilen konterkariert wird. Erforderlich wäre ein Reformansatz, der versicherungsfremde Leistungen sachgerecht steuerfinanziert, reale Kostenentwicklungen in personal- und sachkostenintensiven Leistungsbereichen berücksichtigt und Qualitäts- sowie Innovationsstrukturen nicht schwächt, sondern gezielt stärkt.



Prof. Dr. Bernd Kladny  
Generalsekretär DGOU  
Generalsekretär DGOOC



Prof. Dr. Sascha Flohé  
Stv. Generalsekretär DGOU  
Generalsekretär DGU



Prof. Dr. Karl-Dieter Heller  
Mitglied d. Vorstandes DGOU und DGOOC  
Leiter Komitee Berufspolitik d. Sektion Endoprothetik  
(Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik – AE)