

**Stellungnahme**  
**zum Referentenentwurf des Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der**  
**gesetzlichen Krankenversicherung**  
**(GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz – RefE BStabG 2026)**

**I. Vorbemerkung und Hinweise zum BBMV**

Der Bundesverband der Betreiber medizinischer Versorgungszentren e.V. (BBMV) vertritt Unternehmensgruppen, die bundesweit Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und Zweigpraxen betreiben und damit einen wesentlichen Beitrag zur flächendeckenden haus- und fachärztlichen Versorgung in Deutschland leisten. Unsere Mitglieder sind MVZ-Gruppen mit privaten, nicht-ärztlichen Kapitalgebern, die sich für eine breite Trägervielfalt sowie die bestmögliche Versorgungsqualität im ambulanten Bereich einsetzen. Aktuell vereint der BBMV 24 Mitgliedsunternehmen aus dem Bereich der Humanmedizin, die über 1.300 MVZ mit mehr als 3.300 angestellten Ärztinnen und Ärzten sowie über 21.000 Mitarbeitenden betreiben. Vor diesem Hintergrund erkennt der BBMV das Anliegen des vorliegenden Referentenentwurfs an, die Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung zu stabilisieren und Beitragssatzsprünge zu vermeiden. Der BBMV möchte an der sinnvollen und gebotenen Kostendämpfung konstruktiv und nachhaltig mitwirken. Zugleich weist der BBMV darauf hin, dass die ambulante Versorgung nicht nur ein Ausgabenblock, sondern der zentrale Hebel für eine wirtschaftliche, qualitativ hochwertige und patientennahe Versorgung ist.

Der im Entwurf beschriebene finanzielle Handlungsdruck ist erheblich. Nach den Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit drohen bereits ab 2027 erneut substanzielle Deckungslücken. Zugleich soll das Maßnahmenpaket Preis- und Vergütungszuwächse sektorübergreifend an die Einnahmenentwicklung koppeln. Der BBMV teilt das Ziel, unnötige Belastungen der Versicherten und Arbeitgeber zu vermeiden. Nicht geteilt wird jedoch die Grundannahme, dass die hierfür erforderlichen Effizienzreserven wesentlich durch eine Dämpfung der ambulanten

Leistungserbringung zu heben seien (vgl. zu dieser Fehlannahme RefE BStabG 2026, S. 1–5, 66 ff.; BMG-Hintergrundpapier vom 26.04.2026, S. 1.)

Der BBMV befürwortet eine **evidenzbasierte Überprüfung einzelner Leistungen**, den **Abbau echter Fehlanreize** und eine **stringente Ausrichtung am Nutzen für Patientinnen und Patienten**. Gerade deshalb wendet er sich gegen pauschale Regelungen, die diejenigen ambulanten Strukturen schwächen, die teurere stationäre Versorgung vermeiden, Behandlungen frühzeitig ermöglichen und Versorgungskontinuität sichern. Finanzielle Stabilität darf nicht durch Abbau an den leistungsfähigsten und zugleich kosteneffizientesten Schnittstellen des Systems erkauft werden.

## II. Extrabudgetäre Leistungen im ambulanten Sektor

### 1. Extrabudgetäre Vergütung ist ein Steuerungsinstrument, kein bloßer Zuschlag

Mit dem neuen § 87d SGB V-E sollen die bislang außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergüteten Leistungen in jährliche Gesamtvergütungen überführt und damit volumenmäßig begrenzt werden. Grundlage für die erstmalige Festsetzung 2027 ist im Kern das Ausgabenvolumen des Jahres 2025, fortgeschrieben um die vereinbarten Preis- und Leistungsänderungen. In der Begründung wird dies ausdrücklich damit gerechtfertigt, dass einer „nicht bedarfsgerechten Ausgabenausweitung“ und einer angebotsinduzierten Nachfrage entgegengewirkt werden solle. Flankierend veranschlagt der Entwurf bereits für 2027 Einsparungen von rund 200 Mio. Euro allein aus der Begrenzung des Ausgabenvolumens für extrabudgetär vergütete Leistungen. Bis 2030 sollen daraus rund 1,2 Mrd. Euro werden (vgl. RefE BStabG 2026, S. 25 f., 66, 115).

Diese Sichtweise entspricht nicht den tatsächlichen Gegebenheiten im ambulanten Sektor und würde bei ihrer Umsetzung zu weiteren wirtschaftlichen Belastungen des Systems führen, statt diese abzubauen. Extrabudgetäre Vergütungen wurden

in der vertragsärztlichen Versorgung gerade dort geschaffen, wo die starre Budgetlogik erwünschte Leistungen dämpft: bei ambulanten Operationen, zeitkritischer Versorgung, Prävention, Früherkennung oder besonders qualitätsgesicherten Leistungen wie zum Beispiel Onkologie. Wer solche Leistungen pauschal wie reine Mengenausweitungen behandelt, verkennt ihren zentralen Steuerungszweck. Im ambulanten Bereich bedeuten Mehrleistungen häufig nicht Mehrkosten ohne Nutzen, sondern die Vermeidung teurerer stationärer Behandlungen, die frühere Erkennung von Erkrankungen oder die Entlastung anderer Versorgungsstufen (vgl. RefE BStabG 2026, S. 113–115).

Gerade der Bereich des ambulanten Operierens und die Onkologie belegen besonders eindrücklich, weshalb extrabudgetäre Vergütung ein Steuerungsinstrument bleiben muss: Es ersetzt in erheblichem Umfang teurere stationäre Behandlung, ohne dass Qualitätsnachteile erkennbar wären, und schafft zugleich freie Krankenhauskapazitäten für komplexe Fälle. International bereits umgesetzt bestehen weiterhin auch in Deutschland erhebliche Verlagerungspotenziale, vor allem in der Orthopädie und Unfallchirurgie (sogar Endoprothetik wird teilweise ambulant erbracht, es scheitert bislang vielfach lediglich am Vorhalten der erforderlichen Strukturen), der Augenheilkunde (die in einigen Ländern mittlerweile zu 100 % ambulant erfolgt) oder im HNO-Bereich; diese werden in anderen Systemen längst deutlich häufiger ambulant erbracht als hierzulande. Wird dieser Leistungsbereich budgetiert, wird damit nicht „Überversorgung“ gedämpft, sondern der Ausbau einer nachweislich kosteneffizienten und patientennäheren Versorgungsform gebremst (vgl. OECD, Health at a Glance 2023, Kapitel „Ambulatory surgery“; Entwicklung der Ambulantisierung, Springer Nature Link; Metaanalyse „Safety and efficacy of outpatient hip and knee arthroplasty“).

## **2. Der größte Effizienzhebel liegt im Ausbau des Ambulanten, nicht in dessen Dämpfung**

Die Wirtschaftlichkeitsreserve des Systems liegt nicht primär im Zurückfahren der ambulanten Leistungserbringung, sondern in der Verlagerung medizinisch

geeigneter Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich. Nach den GKV-Ausgaben- und Fallzahldaten 2024 werden 97 % aller Behandlungsfälle in Arzt- und Psychotherapiepraxen versorgt, während auf diesen Bereich nur 16 % der GKV-Leistungsausgaben entfallen. Für Krankenhäuser stehen demgegenüber 3 % der Behandlungsfälle bei 33 % der Ausgaben. Die KBV weist auf derselben Datengrundlage aus, dass die Behandlung in Praxen im Durchschnitt 13,2-mal günstiger ist als im Krankenhaus. Zugleich könnten mehr als 4 Millionen derzeit stationär durchgeführte Operationen ambulant erbracht werden (vgl. hierzu die prägnante Zusammenfassung im KBV-Faktenblatt „Leistungen und Kosten der ambulanten Gesundheitsversorgung“, Stand März 2026, abrufbar unter [https://www.kbv.de/documents/infothek/veranstaltungen/vertreterversammlung/2025-03-07/kbv\\_faktenblatt\\_ambulante\\_versorgung.pdf](https://www.kbv.de/documents/infothek/veranstaltungen/vertreterversammlung/2025-03-07/kbv_faktenblatt_ambulante_versorgung.pdf)).

Diese Befunde werden durch weitere Analysen bestätigt. Das Wissenschaftliche Institut der AOK hat Ende 2025 ausgewiesen, dass rund 60 % der heute vollstationär versorgten Krankenhaufälle einem Ambulantisierungspotenzial zugeordnet werden können. Bezogen auf Belegungstage und Ausgaben liegt das Potenzial immer noch bei rund 40 %. Gerade in den fallzahlstarken Leistungsgruppen der Grundversorgung liegen die Potenziale im mittleren bis hohen zweistelligen Bereich. Wenn der Gesetzgeber in dieser Lage den extrabudgetären ambulanten Sektor deckelt, dämpft er ausgerechnet jenen Teil des Systems, der die zentrale Voraussetzung für die Hebung dieser Effizienzreserven bildet (vgl. WIdO-Analyse „Großes Potenzial zur Ambulantisierung in vielen Krankenhaus-Leistungsgruppen“ vom 01.12.2025, abrufbar unter [https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Forschung\\_Projekte/Krankenh aus/wido\\_krh\\_Ambulantisierungspotenziale\\_Krankenhaus\\_2025.pdf](https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Forschung_Projekte/Krankenh aus/wido_krh_Ambulantisierungspotenziale_Krankenhaus_2025.pdf)).

Das erhebliche Potential sei auf Basis einer Eigenerhebung für den Bereich der **Arthroskopie** mit einer **Veränderungsrate von -28,47 %** exemplifiziert. Hier ergeben sich bei einer Fünfjahresbetrachtung zwischen den Jahren 2019 und 2024 folgende konkret Erkenntnisse für den **stationären Sektor**:

	2019	2024	Veränderungsrate
	Anzahl Prozeduren	Anzahl Prozeduren	
5-816	5.884,00	4.805,00	-18,34%
5-815	2.775,00	2.422,00	-12,72%
5-814	104.204,00	71.304,00	-31,57%
5-813	42.430,00	32.544,00	-23,30%
5-812	141.878,00	85.950,00	-39,42%
5-811	140.807,00	94.135,00	-33,15%
5-810	101.456,00	69.983,00	-31,02%
Gesamt	539.434,00	361.143,00	-33,05%

	Anzahl DRG	Anzahl DRG	
DRG I16A, I16B, I16C, I18A, I18B, I24A, I24B, I29A, I29B, I29C, I30A, I30B, I30C, I59Z	331.994,00	237.462,00	-28,47%

### 3. Ambulantes Operieren braucht investive und personelle Wachstumsanreize

International ist seit Jahren belegt, dass medizinischer Fortschritt, weniger invasive und verbesserte Anästhesieverfahren eine Verlagerung in die tagesstationäre oder rein ambulante Behandlung erlauben. Die OECD hält ausdrücklich fest, dass ambulante Operationen wichtige Ressourcen sparen können, ohne die Versorgungsqualität zu verschlechtern. Zugleich werden Krankenhauskapazitäten für komplexe Fälle frei. Auch der ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss hat mit der Ausweitung des Hybrid-DRG-Katalogs auf 69 Fallpauschalen zum Jahr 2026 selbst bestätigt, dass erhebliche zusätzliche Fallzahlen ambulant erbracht werden können und sollen. Der GKV-Spitzenverband spricht insoweit von einer Steigerung von rund 280.000 auf rund 900.000 ehemals vollstationäre Fälle (vgl. OECD, Health at a Glance 2023, Kapitel „Ambulatory surgery“; KBV, Pressemitteilung vom

13.11.2025, abrufbar unter [https://www.kbv.de/praxis/tools-und-services/praxisnachrichten/2025/11-13/hybrid-drg-fuer-2026-stehen-fest-das-sind-die-neuerungen#:~:text=Die%20vorgelegten%20Regelungen%20f%C3%BCr%202026%20I%C3%B6sen%20die,Vertragspartner%20KBV%2C%20Deutsche%20Krankenhausesellschaft%20und%20GKV%2DSpitzenverband%20in\).](https://www.kbv.de/praxis/tools-und-services/praxisnachrichten/2025/11-13/hybrid-drg-fuer-2026-stehen-fest-das-sind-die-neuerungen#:~:text=Die%20vorgelegten%20Regelungen%20f%C3%BCr%202026%20I%C3%B6sen%20die,Vertragspartner%20KBV%2C%20Deutsche%20Krankenhausesellschaft%20und%20GKV%2DSpitzenverband%20in).)

Gerade in einer solchen Transformationsphase ist eine Budgetlogik, die auf einem fortgeschriebenen Ausgabenvolumen des Jahres 2025 aufsetzt, systematisch fehlkalibriert. Der ambulante Sektor soll strukturell wachsen, nicht auf dem Niveau eines historischen Basisjahres eingefroren werden. Das gilt in besonderem Maße für ambulante Operationskapazitäten in MVZ, Praxiskliniken und spezialisierten Praxen, die Personal, Technik, Hygiene und Organisation vorhalten müssen, bevor Fallzahlverschiebungen tatsächlich realisiert werden können. Dass diese Vorhaltekosten real sind, zeigt schon die 2024 beschlossene Erhöhung der Hygienezuschläge für ambulante Operationen: Sie wurde ausdrücklich mit gestiegenen Hygieneanforderungen und dem Ziel weiterer Ambulantisierung begründet (vgl. RefE BStabG 2026, S. 25 f., 47; GKV-Spitzenverband, Pressemitteilung vom 04.06.2024, abrufbar unter [https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv\\_spitzenverband/presse/pressemitteilungen\\_und\\_statements/pressemitteilung\\_1833792.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_1833792.jsp)).

#### **4. Pauschale Deckelung gefährdet sektorübergreifende Gesamteffizienz**

Der Entwurf verfolgt damit ein widersprüchliches Steuerungssignal. Einerseits sollen über Kurzzeitfallpauschalen, Hybrid-DRGs und die weitere Prüfung einer Überführung kurzstationärer Fälle in den AOP-Katalog stationäre Übernachtungen reduziert und sachgerechte Ambulantisierung befördert werden. Andererseits werden die ambulanten Vergütungssegmente, die genau diesen Strukturwandel tragen sollen, in starre Budgets überführt. So entstehen Anreize, teurere stationäre Kapazitäten zu konservieren oder notwendige Verlagerungen zu verzögern. Ökonomisch ist dies keine Einsparung, sondern die Gefahr einer Kostenverlagerung in den teureren Sektor (vgl. RefE BStabG 2026, S. 25 f., 47, 56,

66 ff.; OECD, Health at a Glance 2023, Kapitel „Ambulatory surgery“.)

Hinzu kommt, dass der Entwurf in § 87d Abs. 4 SGB V-E selbst Ausnahmen von der Budgetlogik vorsieht, etwa für Dialyseleistungen, neue Leistungen in den ersten zwei Kalenderjahren, Substitutionsbehandlungen und bestimmte kinder- und jugendpsychiatrische Leistungen. Der Gesetzgeber anerkennt damit bereits, dass pauschale Obergrenzen dort ungeeignet sind, wo Versorgungsaufbau, Qualitätsanforderungen oder Versorgungssicherheit auch besondere Finanzierungssicherheit erfordern. Genau dieselbe Logik spricht jedoch für eine Privilegierung solcher ambulanten Leistungen, die nachweislich stationäre Leistungen ersetzen oder vermeiden. (Vgl. RefE BStabG 2026, S. 25 f.)

Nach der Konzeption des Entwurfs bestehen nach Inkrafttreten zwar begrenzte Nachsteuerungsmöglichkeiten über den Bewertungsausschuss. § 87d Abs. 4 SGB V-E erlaubt ihm, Kriterien für weitere vollständig zu vergütende Leistungen festzulegen, wenn diese nachweisbar Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit signifikant erhöhen und eine Vergütung innerhalb der MGV oder der neuen Gesamtvergütung dieses Ziel nicht erreicht. Zugleich soll die Vereinbarung darüber hinausgehender extrabudgetärer Leistungen auf Landesebene nach der Begründung gerade ausgeschlossen sein. Diese Öffnungsklausel ist damit eng, jährlich überprüfungsbedürftig und ersetzt keine klare gesetzliche Ausnahme. Für das ambulante Operieren wäre eine bloße Verweisung auf spätere Beschlüsse des Bewertungsausschusses deshalb zu unsicher, stark zeitverzögert und viel zu konflikträftig. Erforderlich ist vielmehr bereits im Gesetz selbst eine ausdrückliche Herausnahme dieses Kernaspekts (vgl. RefE BStabG 2026, S. 26 f.).

## **5. Eklatante, nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung von ambulanten und stationären Versorgern**

Der häufig zu erwartende Einwand, Hybrid-DRG und § 115b SGB V eröffneten doch bereits sektorgleiche oder ambulante Abrechnungsmöglichkeiten auch für Krankenhäuser, greift zu kurz. Diese Instrumente beseitigen die Ungleichbehandlung nicht, sondern erhöhen die strategische Flexibilität der

Krankenseite: Krankenhäuser können je nach Fallgestaltung und nach Maßgabe der jeweiligen Kataloge im stationären Vergütungssystem verbleiben oder Leistungen in Kurzzeitfallpauschalen, Hybrid-DRG beziehungsweise ambulante Erbringung nach § 115b überführen. Hinzu kommt, dass der Referentenentwurf selbst davon ausgeht, mit Hybrid-DRG würden ambulant erbrachte, bislang nach § 115b vergütete Leistungen tendenziell übervergütet. Zugleich werden mit Kurzzeitfallpauschalen weitere Krankenhausanreize zur Verweildauerverkürzung und Ambulantisierung gesetzt. Der niedergelassene Operateur erhält demgegenüber keinen zusätzlichen Ausweichpfad, sondern soll für seine originär ambulante Leistung gerade budgetiert werden (der Katalog nach Anhang 2 des EBM würde mit den neuen Vorgaben des § 87d V-E obsolet). Schon deshalb sind Hybrid-DRG und § 115b kein Gegenargument, sondern mit Blick auf die aufkommende Benachteiligung Niedergelassener im Vergleich zu stationären Leistungserbringern Teil des Problems (vgl. RefE BStabG 2026, S. 48, 59, 153 f.).

Die sachlich nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung zeigt sich besonders deutlich in den Wettbewerbsbedingungen. Krankenhäuser können ambulante Operationsangebote auf eine Infrastruktur stützen, die aus dem stationären Betrieb heraus vorgehalten wird: OP-Kapazitäten, Diagnostik, Personalreserven, Rufbereitschaften und organisatorische Back-up-Strukturen stehen dort strukturell anders zur Verfügung als im niedergelassenen Bereich. Werden ambulante Operationsleistungen zugleich auf Seiten der Praxen und MVZ budgetiert, entsteht ein Fehlanreiz, ambulante Fälle in oder an Krankenhäuser zu ziehen und dort unter Nutzung stationärer Besonderheiten wirtschaftlich abzusichern. Eine solche mittelbare Quersubventionierung ambulanter Angebote aus stationären Besonderheiten wäre mit dem Anspruch sektorgleicher, leistungsbezogener Vergütung nicht vereinbar und damit unzulässig. Sie würde den Wettbewerb zulasten des niedergelassenen Bereichs verzerren (vgl. RefE BStabG 2026, S. 48, 153 f.).

Das Petitum des BBMV lautet deshalb: Die Sektoren sind nicht durch einseitige Stärkung der Krankenseite zusammenzubringen, sondern durch gleiche ökonomische Spielregeln für gleiche Leistungen einem sinnvollen Nebeneinander

zuzuführen. Wo eine Operation medizinisch regelhaft ambulant und sicher erbracht werden kann, müssen Krankenhaus und niedergelassener Bereich unter vergleichbaren Vergütungs- und Wettbewerbsbedingungen agieren. Ein Gesetz, das dem stationären Sektor zusätzliche Ambulantisierungs- und Erlösoptionen eröffnet, während es den originär ambulanten Bereich budgetiert, führt demgegenüber nicht zu Sektorenangleichung, sondern zu einer strukturellen Privilegierung des Krankenhauses.

## **6. Erforderlich ist eine differenzierte statt pauschale Lösung – konkreter Alternativvorschlag**

Der BBMV wendet sich daher nicht gegen jede Einzelfallprüfung extrabudgetärer Leistungen. Er spricht sich vielmehr für eine differenzierte, evidenzbasierte Systematik aus: Leistungen mit klarem Ambulantisierungs-, Präventions- oder Zugangssteuerungseffekt dürfen nicht starr budgetiert werden. Wo Missbrauchs- oder Mitnahmeeffekte vermutet werden, sind regionale Auswertungen, morbiditätsbezogene Benchmarks, Qualitäts- und Indikationsprüfungen sowie punktuelle Nachsteuerungen das sachgerechtere Instrument. Eine pauschale Begrenzung extrabudgetärer ambulanter Leistungen verfehlt dagegen das Ziel, weil sie die großen Effizienzpotenziale gerade dort abschneidet, wo das System sie am dringendsten benötigt.

Für den BBMV ist die Mindestforderung deshalb eindeutig: Jedenfalls ambulante Operationen und sonstige stationsersetzende Eingriffe dürfen nicht in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung respektive in die nach § 87d SGB V-E vorgesehene gedeckelte Gesamtvergütung zurückgeführt werden. Gerade dieser Leistungsbereich ersetzt stationäre Versorgung unmittelbar, erfordert investive und personelle Vorhalteleistungen und ist der zentrale Hebel für den Grundsatz „ambulant vor stationär“. Eine Budgetierung dieses Bereichs würde die vom Gesetzgeber zugleich geforderte Ambulantisierung praktisch konterkarieren (vgl. RefE BStabG 2026, S. 25 f., 47, 153 f.).

Selbst wenn hier Anpassungen erwogen würden, folgt daraus jedoch nicht, dass

auch das ambulante Operieren budgetiert werden dürfte. Es bewirkt in erheblichem Umfang unmittelbaren stationären Ersatz und entfaltet damit einen besonders klaren, kurzfristig wirksamen Systemnutzen.

Vor diesem Hintergrund regt der BBMV an, § 87d Abs. 4 SGB V-E um zwei ausdrückliche Ausnahmen zu ergänzen, etwa in folgender Form:

**„5. ambulante Operationen und sonstige stationärsersetzende Eingriffe nach dem Katalog gemäß § 115b SGB V einschließlich der hierfür erforderlichen anästhesiologischen sowie prä- und postoperativen Leistungen, soweit sie ambulant erbracht werden,**

**6. onkologische Behandlung nach den Maßgaben der Onkologievereinbarung.“**

Es könnte auch bereits in § 87d Abs. 1 Satz 1 SGB V-E klargestellt werden, dass ambulante Operationen und onkologische Versorgung nach der Onkologievereinbarung nicht von der dort vorgesehenen Gesamtvergütung erfasst sind. Nur eine gesetzliche Klarstellung gewährleistet die erforderliche Investitions- und Planungssicherheit, die absolut entscheidend für die Fortentwicklung des ambulanten Sektors ist. Eine bloße spätere Öffnung über den Bewertungsausschuss genügt hierfür nicht.

### **III. Termine, Terminservice und offene Sprechstunden**

Der Entwurf streicht ab dem 1. Januar 2027 sämtliche mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz eingeführten besonderen extrabudgetären Vergütungskonstellationen für die Terminvermittlung: Zuschläge auf die Versicherten- bzw. Grundpauschale nach Vermittlung durch die Terminservicestelle, Zuschläge bei erfolgreicher Vermittlung durch eine hausärztliche Praxis sowie die extrabudgetäre Vergütung entsprechender Behandlungsfälle und der offenen Sprechstunde. Zugleich sollen die bereinigten Vergütungen 2027 wieder in die MGV zurückgeführt werden. Allein hierfür veranschlagt der Entwurf ein Einsparvolumen von rund 1,3 Mrd. Euro im Jahr 2027

und 1,8 Mrd. Euro im Jahr 2030 (vgl. RefE BStabG 2026, S. 22, 68 f., 112 f.)

Damit werden Finanzierung und Leistungspflichten auseinandergezogen. Die gesetzliche Aufgabe der Terminservicestellen und die politisch gewollte schnellere Steuerung dringlicher Behandlungsfälle bleiben bestehen. Entfallen soll aber die von Budgetgrenzen unabhängige Vergütung der hierfür zusätzlich vorgehaltenen Kapazitäten. In einem bereits budgetierten System ist dies kein bloßer Verzicht auf „Sondervergütung“, sondern die Rückkehr zu einer Konkurrenz aller Leistungen um denselben Honorartopf. Zusätzliche Akuttermine, offene Sprechstunden oder kurzfristig freigehaltene Slots werden wirtschaftlich unattraktiver.

Der Entwurf begründet die Streichung damit, dass nach den vorliegenden Evaluierungen kein deutlich spürbar verbesserter Zugang allein aufgrund der höheren Vergütung nachgewiesen sei. Selbst wenn man diese Ausgangsbeobachtung zugrunde legte, folgt daraus nicht, dass die Vergütung folgenlos entfallen kann. Ein Ausbleiben eines hinreichend robusten Aggregateffekts rechtfertigt eine zielgenauere Nachsteuerung. Es rechtfertigt nicht die These, zusätzliche kurzfristige Versorgungskapazitäten könnten in einem budgetierten System kostenneutral vorgehalten werden. Die wirtschaftliche Realität der Praxen spricht klar dagegen: Für 2023 lag das Umsatzplus niedergelassener Ärztinnen und Ärzte im Durchschnitt bei 1,6 %, im hausärztlichen Bereich sogar nur bei 0,5 %, bei einer Inflationsrate von 5,9 % (vgl. RefE BStabG 2026, S. 112 f.; KBV, PraxisNachricht vom 05.06.2025, abrufbar unter <https://www.kbv.de/praxis/tools-und-services/praxisnachrichten/2025/06-05/umsatzsteigerung-der-praxen-bleibt-deutlich-unter-der-inflationsrate-zahlen-fuer-2023-veroeffentlicht.>)

Hinzu kommt, dass Terminsteuerung nicht nur an durchschnittlichen Wartezeiten zu messen ist. Terminservicestellen, offene Sprechstunden und hausärztlich vermittelte Termine sind Instrumente zur Priorisierung dringlicher Fälle, zur Vermeidung unkoordinierter Patientenwege und zur Entlastung anderer Versorgungsbereiche. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass die Verschiebung von stationär auf ambulant zu vielfach kurzfristigem Terminbedarf führen wird. Wo ambulante Steuerungsinstrumente geschwächt werden, steigt das Risiko, dass

Patientinnen und Patienten entweder später versorgt werden oder auf teurere und weniger effiziente Strukturen ausweichen. Dies gilt insbesondere für ambulante diagnostische Angebote (z.B. Bildgebung, in-vitro Diagnostik) deren frühzeitiger Einsatz maßgeblich für eine effiziente Patientensteuerung ist. In systemischer Perspektive gehört dieser Themenkreis deshalb unmittelbar zu den in Abschnitt II beschriebenen extrabudgetären Leistungen: Beide dienen der Funktionsfähigkeit einer leistungsfähigen, vorausschauenden ambulanten Versorgung.

**Der BBMV spricht sich daher dafür aus, die Vergütungsregelungen für Terminvermittlung und offene Sprechstunden nicht ersatzlos zu streichen, sondern gezielt weiterzuentwickeln. Naheliegend wären eine stärkere Fokussierung auf dokumentiert dringliche Fälle, regionalisierte Steuerungsinstrumente für besonders belastete Fachgruppen und eine verbesserte Evaluation anhand belastbarer Zugangsindikatoren. Die vollständige Rückführung in die MGV ist hierfür das falsche Signal.**

Dem BBMV ist bewusst, dass gewisse Einschnitte wie die Rückführung der TSVG-bezogenen Vergütungsregelungen in die MGV möglicherweise seitens der Politik als erforderlich angesehen werden könnten, um den Sparerwägungen hinreichend nachzukommen. Gleichwohl sollten die Einwände im Gesetzgebungsverfahren deutlich benannt werden, weil die Streichung ein weiteres Signal gegen zusätzliche ambulante Vorhaltung setzt und damit die bislang im Entwurf bestehende Fehlsteuerung unterstreicht.

#### IV. Degressionsabschläge in der hausarztzentrierten Versorgung

Kritisch bewertet der BBMV auch die geplante Änderung des § 73b Abs. 5 SGB V. Nach dem Entwurf sollen zusätzliche Leistungen in der hausarztzentrierten Versorgung (HZV), die auf einem Anstieg der Teilnehmerzahlen beruhen, mit einem Abschlag auf die vereinbarten Preise vergütet werden. Die Vertragspartner sollen die Abschlagshöhe bis zum 31. März 2027 festsetzen. Der Gesetzgeber unterstellt damit eine allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen und verknüpft diese mit dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität (vgl. RefE BStabG 2026, S. 20, 56, 66.)

Diese Annahme passt nicht zur hausärztlichen Versorgungsrealität. Hausärztinnen und Hausärzte sind die kontinuierliche erste ärztliche Anlaufstelle, an der Anamnese, Verlaufskontrolle, Arzneimitteltherapie, Prävention, Koordination weiterer Behandlungsschritte und die Einordnung fachärztlicher oder stationärer Erfordernisse zusammenlaufen. Wirtschaftlichkeit entsteht hier nicht durch bloße Mengenausweitung, sondern durch strukturierte, qualitativ hochwertige Koordination und durch die Vermeidung unnötiger oder verspäteter Folgeleistungen. Gerade multimorbide, ältere und chronisch kranke Patientinnen und Patienten erzeugen mit wachsender Einschreibung keinen linearen Degressionseffekt, sondern regelmäßig einen erhöhten Koordinations- und Betreuungsaufwand.

Dass eine gestärkte hausärztlich koordinierte Versorgung medizinisch und ökonomisch sinnvoll ist, ist inzwischen breit belegt, wobei das Gesundheitssystem stets für sinnvolle Direktzugänge zum Facharztwesen offenbleiben sollte. *Sawicki et al.* konnten für ein deutsches Primärversorgungsprogramm über einen achtjährigen Beobachtungszeitraum zeigen, dass eingeschriebene Hochrisikopatientinnen und -patienten ein niedrigeres Risiko für Gesamt- und ambulant-sensitive Hospitalisierungen aufwiesen. Bei chronischer Herzinsuffizienz und koronarer Herzkrankheit war das Programm zudem mit signifikant weniger kardiovaskulär bedingten Krankenhausaufenthalten verbunden. Für Patientinnen und Patienten mit chronischen kardiovaskulären Erkrankungen wurden auch in einer weiteren deutschen Auswertung Verbesserungen von Behandlungsqualität

und Behandlungsergebnissen im Rahmen der HZV nachgewiesen (vgl. *Sawicki et al.*, *Scientific Reports* 11 (2021), Art. 4349; s.a. *Karimova et al.*, *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 94 (2018), S. 454–460.)

Die aktuelle HZV-Evaluation aus Baden-Württemberg bestätigt dies auch in der versorgungsökonomischen Breite: Zwar entstehen im primärärztlichen Bereich Mehrausgaben, über alle Versorgungssektoren hinweg liegen die Gesamtausgaben der HZV-Versicherten jedoch um 4,26 % niedriger als in der Regelversorgung. Maßgeblich hierfür sind insbesondere geringere Krankenhausausgaben (-10,86 %) und niedrigere Arzneimittelausgaben (-4,55 %). Zugleich zeigt die Evaluation eine geringere Inanspruchnahme des organisierten Notfalldienstes sowie eine geringere Nutzung von Krankenhaus-Notfallambulanzen. Wirtschaftlichkeit gelingt hier also gerade dadurch, dass die hausärztliche Versorgung intensiviert und strukturiert wird, nicht jedoch dadurch, dass zusätzlicher Einschreibungszuwachs finanziell entwertet würde (vgl. *Laux et al.*, *Ergebnisbericht zur Evaluation der HZV Baden-Württemberg, Studienphase 2023/2024*, S. 35 f.)

Hinzu tritt eine innere Widersprüchlichkeit des Entwurfs. Einerseits soll in der allgemeinen hausärztlichen Versorgung nach § 87b SGB V weiterhin gelten, dass für diese Leistungen keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars angewandt werden dürfen. Andererseits wird ausgerechnet innerhalb der HZV, also in einem besonders strukturierten und koordinationsintensiven Versorgungsmodell, ein zusätzlicher Abschlag eingeführt. Wer primärärztliche Koordination politisch stärken will, sollte selektivvertragliche Modelle mit nachgewiesenen Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsvorteilen nicht schlechter stellen als die Regelversorgung (vgl. *RefE BStabG 2026*, S. 20, 25.).

Der BBMV hält es deshalb für erforderlich, auf den vorgesehenen Degressionsabschlag in der HZV zu verzichten. Falls der Gesetzgeber gleichwohl eine Nachsteuerung für erforderlich hielte, kämen allenfalls zurückhaltende, evaluierte und regional differenzierte Regelungen mit Härtefallausnahmen in Betracht. Entscheidend ist: Wirtschaftlichkeit kann im ambulanten Sektor nur gelingen, wenn hausarztzentrierte Versorgung gestärkt, planbar finanziert und weiter ausgebaut wird.

### **Änderungsvorschlag für den Entwurf:**

**Artikel 1 Nummer 27 ist dahin zu ändern, dass in § 73b Absatz 5 SGB V nach Satz 1 lediglich der Satz „§ 71 Absatz 1 bis 3 gilt.“ eingefügt wird; die weiter vorgesehenen Sätze zum Abschlag auf die vereinbarten Preise bei steigender Teilnehmerzahl in der hausarztzentrierten Versorgung sind zu streichen. Artikel 1 Nummer 27 Buchstabe b ist entsprechend anzupassen; die Angabe „Satz 2 bis 5“ ist durch die Angabe „Satz 2“ zu ersetzen.**

## **V. Gesundheits-Check-ups und präventive Regeluntersuchungen**

Der Entwurf sieht im Bereich der allgemeinen Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 SGB V keine sofortige Streichung, wohl aber einen weitreichenden Überprüfungsauftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss vor. Geprüft werden sollen Altersgrenzen, Zielgruppen, Häufigkeit, Untersuchungsinhalte, geschlechtsspezifische Besonderheiten und Zielerkrankungen. Ausdrücklich genannt wird eine mögliche Eingrenzung auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie deren Risiken und Folgeerkrankungen. In der Begründung werden die Gesundheitsuntersuchungen für Erwachsene ausdrücklich „auf den Prüfstand“ gestellt (vgl. RefE BStabG 2026, S. 9 f., 59.)

Der BBMV befürwortet durchaus eine evidenzbasierte Weiterentwicklung der genannten Leistungen und eine sachgerechte Evaluierung. Nicht jede breit angelegte Gesundheitsuntersuchung ist in jeder bisherigen Form zwingend

beizubehalten. Der Cochrane-Review zu allgemeinen Gesundheitschecks weist zutreffend darauf hin, dass systematische Angebote wenig oder keine Effekte auf Gesamt- oder krankheitsspezifische Mortalität zeigen und mit zusätzlichen Untersuchungen und Behandlungen verbunden sein können. Daraus folgt aber nicht, dass präventive ambulante Regeluntersuchungen als kurzfristig einsparbare Leistungskategorie generell behandelt werden sollten (vgl. Krogsbøll/Jørgensen/Gøtzsche, Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, CD009009).

Entscheidend ist vielmehr, die richtige Schlussfolgerung aus der Evidenz zu ziehen. Das IQWiG hat 2024 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgearbeitet, dass gerade Personen mit höheren Gesundheitsrisiken die allgemeine Gesundheitsuntersuchung seltener nutzen. Daraus leitet das Institut nicht die Empfehlung ab, die Leistung schlicht zurückzufahren, sondern ein zielgruppengerechtes Informationsangebot zu schaffen und die Inhalte der Untersuchung fortlaufend zu evaluieren. Die Problematik liegt daher weniger im bloßen Vorhandensein des Angebots als in dessen zielgenauer Ausgestaltung und Erreichbarkeit (vgl. IQWiG, „Check-Up für den Check-Up“, 27.05.2024, der zugehörige Report ist abrufbar unter [https://www.iqwig.de/download/p23-01\\_inanspruchnahme-allgemeine-gesundheitsuntersuchung\\_rapid-report\\_v1-0.pdf](https://www.iqwig.de/download/p23-01_inanspruchnahme-allgemeine-gesundheitsuntersuchung_rapid-report_v1-0.pdf)).

Hinzu kommen neuere Hinweise aus der Primärversorgung, dass der Check-up 35 sehr wohl zur Entdeckung seiner Zielerkrankungen beitragen kann. In einer 2026 veröffentlichten Studie zur Wirksamkeit des Check-up 35 in Deutschland wird ausdrücklich die Erkennungsleistung für die Zielerkrankungen untersucht. Gerade bei chronischen, initial oft symptomarmen Erkrankungen wie Hypertonie, Diabetes oder Nierenerkrankungen ist die ökonomische Bewertung nicht auf Mortalitätsendpunkte zu verkürzen. Frühere Erkennung und frühere Therapie können Folgeschäden und damit auch spätere stationäre Kosten gerade vermeiden (vgl. *Kommer et al.*, BMC Primary Care, 2026, „Effectiveness of check-up 35 for detecting targeted diseases in Germany“.)

**Der BBMV plädiert daher für eine risikoadaptierte, evidenzbasierte Fokussierung der Gesundheits-Check-ups, wendet sich aber gegen eine pauschale Leistungsbegrenzung zu Lasten der ambulanten Prävention. Ein konstruktiver Weg bestünde darin, Inhalte und Intervalle gezielt fortzuentwickeln, besonders gefährdete Gruppen besser zu erreichen und die Ergebnisse dauerhaft wissenschaftlich zu begleiten. Prävention darf nicht allein unter dem Blickwinkel kurzfristiger Ausgabensenkung bewertet werden. Das wäre auch und gerade ökonomisch verfehlt.**

## **VI. Einnahmenorientierte Ausgabenpolitik**

Die Rückkehr zu einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik ist der zentrale wirtschaftspolitische Hebel des Entwurfs. Preis- und Vergütungssteigerungen sollen sektorübergreifend an die Grundlohnrate als feste Obergrenze gebunden werden. Der Entwurf erwartet allein hieraus Einsparungen von rund 4,9 Mrd. Euro im Jahr 2027 und bis zu rund 21 Mrd. Euro im Jahr 2030. Der BBMV verkennt nicht, dass eine Beitragsfinanzierung Grenzen hat. Gleichwohl ist eine solch pauschale Obergrenze für einen Transformationsprozess, der zugleich mehr Ambulantisierung, mehr Prävention und mehr Verlagerung in den ambulanten Sektor verlangt, sachlich nicht angemessen (vgl. RefE BStabG 2026, S. 2 f., 66).

Nominale Gleichbehandlung ist nicht dasselbe wie ökonomische Vernunft. Der ambulante Sektor soll politisch mehr leisten, mehr Fälle aufnehmen, mehr Koordination übernehmen und teure stationäre Inanspruchnahme vermeiden. Zudem müssen gewisse Kostensteigerungen durch Innovationen möglich bleiben, auch wenn das GKV-System nicht die Forschung selbst finanziert. Wird sein Vergütungswachstum in derselben Starrheit begrenzt wie das anderer Bereiche, obwohl zugleich zusätzliche Transformationsleistungen erwartet werden, entsteht keine Effizienz, sondern Unterdeckung des Ausbaupfads, insbesondere in den technisch orientierten Fächern der ambulanten Versorgung mit überproportional hohem Investitionsbedarf. Das gilt umso mehr, als die Umsatzentwicklung der

Praxen bereits in den vergangenen Jahren deutlich hinter der allgemeinen Kostenentwicklung zurückblieb (vgl. KBV, PraxisNachricht vom 05.06.2025; KBV-Faktenblatt „Leistungen und Kosten der ambulanten Gesundheitsversorgung“, Stand März 2026.)

Besonders deutlich wird dies im Zusammenspiel der Maßnahmen: Der Entwurf erwartet substanzielle Entlastungsbeiträge aus der vertragsärztlichen Versorgung, begrenzt extrabudgetäre Leistungen, streicht Steuerungsinstrumente bei Terminen und führt in der HZV Abschlüge ein. Zugleich bestätigt die amtliche und wissenschaftliche Evidenz, dass die größten Einsparpotenziale gerade in der Ambulantisierung stationärer Leistungen, in der Stärkung der Primärversorgung und in präziserer ambulanter Prävention liegen. Eine ausgabenseitige Politik, die diese Funktionsbereiche dämpft, riskiert deshalb, kurzfristig nominal zu sparen und mittelfristig strukturell teurere Inanspruchnahme zu verfestigen (vgl. BMG-Hintergrundpapier vom 26.04.2026, S. 1; WIdO-Analyse vom 02.12.2025; OECD, Health at a Glance 2023, Kapitel „Ambulatory surgery“).

**Der BBMV tritt deshalb für eine andere Prioritätensetzung ein: versicherungsfremde Leistungen sind sachgerecht aus Steuer- oder Bundesmitteln zu finanzieren. Bei erwiesenen Fehlanreizen sind gezielte Korrekturen möglich. Echte Effizienzreserven sind vor allem dort zu heben, wo stationäre Leistungen in qualitativ hochwertige ambulante Strukturen verlagert oder durch gute ambulante Versorgung vermieden werden können. Daraus folgt allem voran, dass das ambulante Operieren zu begünstigen ist, statt es zu drosseln (vgl. insbesondere den konkreten Änderungsvorschlag unter II.6.). Beitragssatzstabilität ist ein legitimes Ziel. Sie wird aber nicht dadurch erreicht, dass man die wirtschaftlichere Versorgungsstufe schwächt.**

**Der BBMV erklärt seine Bereitschaft, an einer finanziell tragfähigen, qualitativ hochwertigen und patientenschützenden Weiterentwicklung des Systems konstruktiv mitzuwirken. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass der Gesetzgeber die ambulante Versorgung nicht als disponiblen Sparpuffer behandelt, sondern als zentralen Träger von Effektivität, Effizienz und damit letztlich gesamtsystemische Wirtschaftlichkeit. Der Referentenentwurf sollte deshalb in den oben genannten Punkten grundlegend überarbeitet werden.**