



Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung

BT-Drs. 21/6130

Unstreitig steht die gesetzliche Krankenversicherung vor enormen finanziellen Herausforderungen. Um die Finanzierungsgrundlagen der GKV zukunftssicher aufzustellen und die Beitragssätze ab dem Jahr 2027 dauerhaft zu stabilisieren, hatte die vom Bundesministerium für Gesundheit eingesetzte Finanzkommission Gesundheit am 30. März 2026 umfassende Empfehlungen ausgesprochen. Weder diese Empfehlungen noch die mit diesem Gesetzentwurf vorgelegten Eingriffe sind jedoch geeignet, "das hohe Ausgabenwachstum ohne Einschränkungen der Versorgungsqualität zu senken und die vorhandenen Mittel effizienter einzusetzen."

Die Kommission hatte empfohlen, dass die Finanzierung von versicherungsfremden Leistungen, insbesondere die Gesundheitsversorgung der Bürgergeldbeziehenden, adäquat aus Steuermitteln erfolgen müsste. 12,5 Mrd. € hätten durch die Erstattung versicherungsfremder Leistungen durch den Bund generiert werden sollen. Diese Empfehlung wurde nicht nur nicht umgesetzt (der Einstieg in Höhe von 250 Millionen Euro ist der berühmte Tropfen auf den heißen Stein), stattdessen ist nun sogar beabsichtigt, dass der Bund zur Haushaltskonsolidierung den „Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds in den Jahren 2027 bis 2030 um jährlich 2 Milliarden Euro absenkt“. Angesichts des Umstandes, dass damit auf 30% des von der Kommission kalkulierten Volumens zum Schluss der Deckungslücke bei den GKV-Finzen bewusst verzichtet wurde und durch die Reduzierung des Bundeszuschusses die Finanzlage der GKV noch zusätzlich verschlechtert würde, kann nicht mehr davon gesprochen werden, unter "Berücksichtigung der Empfehlungen der Finanzkommission" mit dem Gesetzentwurf "ein breit angelegtes Maßnahmenpaket zur Stabilisierung der GKV-Finzen vorgelegt" zu haben. Der Gesetzentwurf belastet vielmehr einseitig die sog. Leistungserbringer.

Es ist eine irriige Annahme der Bundesregierung, dass dies zu keinen "Einschränkungen der Versorgungsqualität" führen würde. Ganz im Gegenteil, wird sich durch die Budgetierung bislang extrabudgetärer Leistungen, deren explizite Zuweisung zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, im Versorgungsgeschehen bemerkbar machen.

Zu Artikel 1, Nummer 34 (§ 87d SGB V – Entwurf)

Nach § 87d Absatz 1 SGB V Entwurf haben die Vertragspartner auf Landesebene jeweils bis zum 31. Oktober für das Folgejahr u.a. eine weitere Gesamtvergütung für weitere Leistungen, die auf Grund eines Beschlusses des Bewertungsausschuss außerhalb der MGV nach § 87a Absatz 3 Satz 1 vergütet werden, zu vereinbaren.

Zu Artikel 1, Nummer 30 (§ 85 Abs. 2d sowie Abs. 3)

Für die Veränderung der Punktwerte für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz sowie bei der Vereinbarung der Veränderungen der Gesamtvergütungen, soll künftig § 71 Absatz 1 bis 3 SGB V Entwurf

gelten. Das bedeutet, dass der Anstieg des Honorarvolumens für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz auf die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied begrenzt würden. Zudem würde der Spielraum für die Veränderungen der Gesamtvergütungsvolumina begrenzt. Die übrigen in § 85 Absatz 3 Satz 1 genannten Kriterien wie z. B. die Zahl und Struktur der Versicherten, die Morbiditätsentwicklung sowie die Kosten- und Versorgungsstruktur gelten zwar dann auch weiterhin, der Grundsatz der Beitragssatzstabilität erhalte jedoch im Verhältnis zu diesen Kriterien eine höhere Bedeutung.

Angesichts der fehlenden Solidarität des Bundes, sich am Ausgleich der finanziellen Herausforderungen der GKV im erforderlichen und verfassungsmäßig gebotenen Umfang zu beteiligen, sehen wir keine Veranlassung, diese Budgetierungsmaßnahme zu Lasten unserer Praxen, Mitarbeiter und Patienten zu guttieren.

Zu Artikel 1, Nr. 31 (§ 87 Abs. 2h Satz 4 SGB V Entwurf)

Gemäß § 87 Abs. 2h Satz 4 SGB V Entwurf sollen die Leistungskomplexe der vertragszahnärztlich-kieferorthopädischen Versorgung nach § 87 Absatz 1d in Abhängigkeit ihres Schweregrades jeweils mit einer Gesamtpunktzahl bewertet werden; mit dieser Gesamtpunktzahl sollen alle unter das jeweilige Leistungspaket fallenden kieferorthopädischen Maßnahmen unabhängig von der Gesamtbehandlungsdauer abgegolten werden.

Unabhängig von der Frage der Sinnhaftigkeit der Einführung von Leistungskomplexen für die vertragszahnärztlich-kieferorthopädische Versorgung, ist die Einführung einer Pauschalvergütung, die Honorierung mit einer Gesamtpunktzahl unabhängig von der tatsächlichen Gesamtbehandlungsdauer, bereits aus systematischen Gründen abzulehnen. Die Dauer einer Behandlung hängt von zahlreichen Faktoren ab, die ein Behandler nicht oder nur bedingt beeinflussen kann, wie individuelle Patientencharakteristika, sozioökonomischen Faktoren, der Behandlungstreue und -Fähigkeit des Patienten, Zahnpflege usw.. Dies gilt auch für sämtliche anderen Bereiche der vertragszahnärztlichen Versorgung. Die Einführung einer solchen Systematik würde etwa Behandler in sozial schwächeren Stadtteilen und Räumen, Behandler welche die Behandlung von körperlich/geistig beeinträchtigten Patienten übernehmen, unangemessen benachteiligen. Deshalb ist die Einführung eines solchen Instrumentes abzulehnen.

Zu Artikel 1, Nr. 32 (§ 87a SGB V – Entwurf)

Die Überführung der in § 87a Abs. 3 Satz 5ff SGB V – Entwurf genannten (sog. TSVG-) Leistungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ist abzulehnen.

Zur Begründung führt der Gesetzentwurf an: „Es gibt nach den vorliegenden Evaluierungen nach § 87a Absatz 3 keinen Nachweis dafür, dass sich aufgrund von höheren Vergütungen der Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung für die Versicherten wie beabsichtigt deutlich spürbar verbessert hat.“

Es darf bereits bezweifelt werden, ob die „vorliegenden Evaluationen“ frei von systematischen Fehlern waren. Jedenfalls dürfte die Streichung der extrabudgetären Vergütungen von Leistungen im Behandlungsfall nach der Terminvermittlung durch die Terminservicestelle, durch einen an der



hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer oder im Rahmen der offenen Sprechstunde, sehr schnell zu einer evaluierbaren Verschlechterung beim Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung für die Versicherten führen.

Zu Artikel 1, Nr. 34 (§ 87d SGB V – Entwurf)

Die in der extrabudgetären Vergütung verbliebenen Leistungen werden in den neuen § 87d SGB V verschoben. Danach haben die Vertragspartner auf Landesebene jeweils bis zum 31. Oktober für das Folgejahr eine Gesamtvergütung für Vorsorge- und Präventionsleistungen, die auf Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 135 Absatz 1 SGB V beruhen, sowie eine weitere Gesamtvergütung für weitere Leistungen, die auf Grund eines Beschlusses des Bewertungsausschuss außerhalb der MGV nach § 87a Absatz 3 Satz 1 SGB V vergütet werden, zu vereinbaren. "Durch die entsprechende Geltung von § 87a Absatz 5 Satz 7 erster Halbsatz kommen die gegebenenfalls anzupassenden Vorgaben des Bewertungsausschuss zur Aufteilung der neuen, auf KV-Bezirksebene definierten, Gesamtvergütungen zwischen den Krankenkassen analog § 87a Absatz 4 Satz 2 (Aufteilung nach Leistungsmenge) und zur Bereinigung insbesondere zu Selektivverträgen, zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sowie zur speziellen sektorengleichen Vergütung (§ 115f) auch auf die neuen Gesamtvergütungen zur Anwendung." Zur Begründung führt der Entwurf aus, damit einer "nicht bedarfsgerechten Ausgabenausweitung in erster Linie aufgrund von Einkommensinteressen der Leistungserbringer (angebotsinduzierte Nachfrage)" entgegenwirken zu wollen.

Für unser Leistungsspektrum ambulanter Operationen dürfen wir festhalten, dass es keine angebotsinduzierte Nachfrage gibt. Das Argument läuft ins Leere.

Die Ambulantisierung bislang stationär erbrachter Leistungen wird nicht unter dem Damoklesschwert der partiellen Nichtvergütung vorankommen. Notwendige Investitionen in OP-Räume, Ausstattung und Personal, werden nicht erfolgen oder zurückgefahren. Da helfen auch keine gesetzlichen Vorgaben, wie viele Millionen Fällen in den kommenden Jahren etwa im Rahmen der speziellen sektorengleichen Vergütung (§ 115f Abs. 2 SGB V) erbracht werden mögen.