

## **Stellungnahme zu den Änderungsanträgen im Rahmen des GKV- Beitragssatzstabilisierungsgesetzes**

zum Entwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes hat unser Verband bereits ausführlich Stellung bezogen ([siehe hier auf unserer Homepage](#)). Unter den nun öffentlich gewordenen Änderungsanträgen ist auch die Aufforderung an den Bewertungsausschuss enthalten, die Bewertung von Katarakt-Operationen sowie des technischen Leistungsanteils in Radiologie, Strahlentherapie und Nuklearmedizin im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) bis zum 31. März 2027 zu überprüfen. Zudem sollen die Hygienezuschläge auf Versicherten- und Grundpauschalen ab 1. Januar 2027 gestrichen werden. Im bisherigen Gesetzentwurf war die Umsetzung der entsprechenden Vorschläge der Finanzkommission Gesundheit noch nicht enthalten. Der Bundesverband der Betreiber medizinischer Versorgungszentren e.V. (BBMV) spricht sich entschieden gegen diese Überlegungen aus.

### **1. Vorbemerkung und Hinweise zum BBMV**

Der 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. Der BBMV vereint 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.

### **2. Executive Summary**

Der BBMV teilt das Ziel stabiler GKV-Beitragssätze und unterstützt eine evidenzbasierte, zielgenaue Kostendämpfung ausdrücklich. Die nun vorgesehenen Änderungsanträge zu Katarakt-Operationen und technischem Leistungsanteil folgen aus Sicht des BBMV jedoch einer zu groben Kürzungslogik. Kernkritik ist, dass diese Vorschläge mit pauschalen Absenkungen operieren, ohne die tatsächlichen Versorgungs- und Investitionsfolgen ausreichend abzubilden. Der einheitliche Bewertungsmaßstab ist nach § 87 SGB V betriebswirtschaftlich fortzuentwickeln; technische Ausstattung, Kostenstrukturen, Stichproben und Leistungsrealitäten sind dabei einzubeziehen. Auch § 87a SGB V

kennt gezielte Zuschlags- und Fördermechanismen zur Sicherung und Verbesserung der Versorgung. Diese differenzierte Systematik darf nicht durch schematische gesetzgeberische Kürzungsbefehle ersetzt werden.

Eine weitere Absenkung der EBM-Ziffern im Zusammenhang mit Katarakt-Operationen würde ausgerechnet eine ambulante Erfolgsgeschichte fiskalisch nachträglich entwerten. Die Katarakt-Operation ist heute weit überwiegend ambulant, standardisiert und stationär ersetzend organisiert. Bereits im Rahmen der EBM-Reform 2020 erfolgte eine pauschale Abwertung. Eine erneute pauschale Kürzung mit Verweis auf verkürzte Operationszeiten würde den vollständigen Ressourcenverbrauch ambulanter OP-Strukturen, einschließlich Personal, Hygiene, Anästhesie, Technik, Qualitätssicherung und Vorhaltung, nicht sachgerecht abbilden.

Die Absenkung des technischen Leistungsanteils im EBM wäre in Radiologie, Strahlentherapie und Nuklearmedizin besonders riskant. Der technische Leistungsanteil ist nicht bloßer Gerätegewinn, sondern finanziert Personal, Räume, Wartung, Medizinphysik, Strahlenschutz, IT, Qualitätssicherung und Investitionszyklen. Eine lineare Absenkung um 20 bis 30 Prozent könnte Modernisierungstau, längere Ersatzzyklen, Standortschließungen, Wartezeiten und letztlich Verlagerungen in krankenhausnahe oder stationäre Strukturen auslösen.

Kritisch an den Änderungsanträgen ist zudem die Rücknahme der Hygienezuschläge. Hohe Anforderungen an Hygiene und Patientensicherheit müssen auch zukünftig finanziert werden.

Hinsichtlich der Ausweitung des verpflichtenden Zweitmeinungsverfahrens ist eine bürokratiearme und digitale Umsetzung essenziell.

**Der BBMV spricht sich daher klar dafür aus, von der geplanten Aufforderung zur Senkung der EBM-Bewertung für Katarakt-Operationen und des technischen Leistungsanteils sowie von der Streichung der Hygienezuschläge abzusehen.**

### **3. Absenkung der EBM-Ziffern im Zusammenhang mit Katarakt-Operationen**

#### **3.1. Die Katarakt-Operation ist eine ambulante Erfolgsgeschichte**

Die Finanzkommission Gesundheit empfiehlt, eine Absenkung der Punktwerte für EBM-Leistungen im Zusammenhang mit Katarakt-Operationen um 20 bis 40 Prozent zu prüfen. Für 2027 wird eine hälftige Finanzwirkung von rund 75 Mio. Euro ausgewiesen. Zur Begründung verweist die Kommission auf technische Effizienzgewinne, verkürzte Operationszeiten, einen Ambulantisierungsgrad von über 90 Prozent und eine starke Mengenentwicklung (vgl. Finanzkommission Gesundheit, Erster Bericht vom

30.03.2026, S. 159 ff.).

Gerade diese Ausgangslage spricht jedoch gegen eine pauschale Kürzung. Die Katarakt-Operation ist ein Beispiel dafür, dass medizinischer Fortschritt, Spezialisierung und ambulante Infrastruktur stationäre Versorgung ersetzen können. Die Gesundheitspolitik verlangt zu Recht mehr Ambulantisierung. Studien und Analysen weisen seit Jahren darauf hin, dass in Deutschland erhebliche stationäre Fallzahlen ambulant erbracht werden könnten. Das Wissenschaftliche Institut der AOK hat Ende 2025 erneut erhebliche Ambulantisierungspotenziale in Krankenhaus-Leistungsgruppen ausgewiesen (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/Krankenhaus/wido\\_krh\\_Ambulantisierungspotenziale\\_Krankenhaus\\_2025.pdf](https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Forschung_Projekte/Krankenhaus/wido_krh_Ambulantisierungspotenziale_Krankenhaus_2025.pdf)).

Der hohe Ambulantisierungsgrad ist also kein Argument dafür, die ambulante Versorgung nachträglich zu schwächen. Er ist vielmehr ein Beleg dafür, dass ein versorgungspolitisches Ziel erfolgreich erreicht wurde: Eingriffe, die medizinisch nicht stationär erfolgen müssen, werden patientennah, planbar und wirtschaftlich ambulant erbracht. Wenn der Gesetzgeber gleichzeitig ambulante OP-Erfolgsgeschichten wie die Kataraktversorgung pauschal kürzt, entsteht ein widersprüchliches Steuerungssignal. Ambulante Leistungserbringer sollen mehr stationär ersetzende Versorgung übernehmen, erhalten aber keine Investitionssicherheit, sobald Fallzahlen steigen und Effizienzgewinne sichtbar werden. Ein solcher Mechanismus bremst künftige Ambulantisierung.

### **3.2. Eine isolierte Betrachtung der Schnitt-Naht-Zeit ist methodisch unzureichend**

Die Kommission verweist darauf, dass einzelne Studien und Experteneinschätzungen auf verkürzte Operationszeiten hinweisen. Daraus folgt jedoch nicht, dass eine lineare Absenkung der gesamten GOP-Bewertung sachgerecht wäre. Eine Katarakt-Operation besteht nicht nur aus der unmittelbaren Schnitt-Naht-Zeit. Zu berücksichtigen sind präoperative Diagnostik, Aufklärung, OP-Planung, Sterilgut, Hygiene, Anästhesie, Assistenzpersonal, Räume, Geräte, Verbrauchsmaterialien, Qualitätsmanagement, Nachsorge, Dokumentation, IT, Versicherungen, Ausfallzeiten und Vorhaltung.

§ 87 Abs. 2 SGB V verlangt für die Bewertung ärztlicher Leistungen eine betriebswirtschaftliche, regelmäßig zu aktualisierende Grundlage. Dabei sind Kostenstruktur- und Stichprobendaten sowie der Einsatz medizinisch-technischer Geräte zu berücksichtigen. Eine pauschale gesetzliche

Absenkung allein mit Verweis auf technische Effizienzgewinne würde diese differenzierte EBM-Systematik verkürzen. Die sachgerechte Frage lautet nicht, ob einzelne OP-Schritte schneller geworden sind, sondern ob die Vollkosten der gesamten ambulanten OP-Struktur unter realen Qualitäts-, Personal- und Investitionsbedingungen anders zu bewerten sind.

Die von der Finanzkommission Gesundheit angenommene Mengenausweitung hat – abgesehen von der demografisch bedingten und auch künftig zu erwartenden Zunahme – tatsächlich nicht stattgefunden. Der Anstieg der im EBM abgerechneten Kataraktoperationen ist vielmehr maßgeblich auf eine Verlagerung der Abrechnung zurückzuführen. In den vergangenen Jahren sind zahlreiche Selektivverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern ausgelaufen, sodass entsprechende Leistungen wieder über den EBM abgerechnet werden. Gestiegen sind daher die EBM-Abrechnungszahlen, nicht jedoch die tatsächliche Zahl der durchgeführten Kataraktoperationen.

Hinzu kommt: Bereits im Rahmen der EBM-Reform 2020 wurde die Vergütung der Katarakt-Operation pauschal um 7,5 Prozent abgewertet. Die Kommission stellt selbst fest, dass diese Abwertung keinen nachhaltigen Effekt auf die Leistungsentwicklung hatte. Daraus folgt nicht zwingend, dass noch stärker gekürzt werden sollte. Es kann ebenso bedeuten, dass die Mengenentwicklung durch Demografie, Indikationsverhalten, medizinischen Bedarf, Patientenpräferenzen und bessere ambulante Kapazitäten beeinflusst ist und nicht allein über Honoraranreize erklärt werden kann (vgl. Finanzkommission Gesundheit, Erster Bericht vom 30.03.2026, S. 160 f.).

Außerdem wurde die Vergütung der Kataraktoperation bereits in der Vergangenheit indirekt abgesenkt. Im Zuge der Einführung der Hygieneszuschläge für ambulante Operationen, die die erheblich gestiegenen Anforderungen und Kosten infolge der Empfehlungen des Robert Koch-Instituts berücksichtigen sollten, wurde die Kataraktoperation als einziger Eingriff ausdrücklich von dieser Zuschlagsregelung ausgenommen, um eine relative Abwertung zu erzielen. Dies erscheint umso weniger nachvollziehbar, als gerade bei intraokularen Eingriffen besonders hohe hygienische Anforderungen bestehen. Aufgrund des Eingriffs an einem äußerst empfindlichen Organ sowie der sehr feinen und engen Instrumentenlumina sind höchste Anforderungen an Aufbereitung, Sterilität und Qualitätssicherung erforderlich.

### **3.3. Pauschale Kürzungen gefährden Kapazität, Qualität und regionale Erreichbarkeit**

Die Kommission räumt selbst ein, dass eine Reduktion des Angebots operativ tätiger MVZ und

Vertragsarztpraxen grundsätzlich möglich ist. Genau dieser Punkt ist versorgungspolitisch entscheidend. Katarakt-Operationen betreffen überwiegend ältere Patientinnen und Patienten, für die wohnortnahe Erreichbarkeit, planbare Termine, kurze Wege und stabile Nachsorgestrukturen besonders wichtig sind. Kapazitätsabbau kann deshalb unmittelbar zu längeren Wartezeiten, weiteren Wegen und zusätzlicher Belastung von Patientinnen und Patienten führen.

Ambulante OP-Strukturen sind zudem investitionsintensiv. Sie benötigen OP-Räume, Hygieneinfrastruktur, spezialisierte Teams, Geräte, Dokumentationssysteme und Qualitätsmanagement. Wenn die Vergütung pauschal gekürzt wird, reagieren Leistungserbringer nicht nur über niedrigere Erträge. Sie können Investitionen verschieben, Ausbaupläne stoppen, Standorte konsolidieren oder weniger OP-Kapazitäten vorhalten. Damit würde die Maßnahme nicht Überversorgung abbauen, sondern die Resilienz eines wichtigen ambulanten Leistungsbereichs schwächen.

Die vorgeschlagene Absenkung käme zudem nicht isoliert zur Wirkung. Mit der geplanten Budgetierung bislang extrabudgetär vergüteter ambulanter Operationen wird derselbe Leistungsbereich bereits erheblich belastet. Der kumulative Effekt beider Maßnahmen würde die ambulante Kataraktversorgung in besonderem Maße treffen: Die Leistung würde sowohl durch eine Budgetierung als auch durch eine Absenkung der Vergütung belastet. Damit würden ausgerechnet diejenigen Versorgungsstrukturen geschwächt, die den gesundheitspolitisch gewünschten Ausbau der Ambulantisierung bereits erfolgreich umgesetzt haben.

Soweit die Kommission auf Renditeerwartungen und investorengeprägte Angebotsstrukturen verweist, trägt auch dies keine pauschale Leistungskürzung. Fragen von Trägerschaft, Transparenz, ärztlicher Unabhängigkeit und Qualitätssicherung sind, soweit politisch adressiert, ordnungsrechtlich und versorgungsbezogen zu lösen. Sie rechtfertigen keine flächendeckende Absenkung der Vergütung medizinisch notwendiger Leistungen, die von unterschiedlichen Trägern, Praxen und MVZ erbracht werden.

**Der BBMV spricht sich daher gegen eine weitere pauschale Absenkung der EBM-Ziffern im Zusammenhang mit Katarakt-Operationen aus. Von entsprechenden Erwägungen sollte dringend Abstand genommen werden. Jede Neubewertung darf nur im regulären EBM-Verfahren, vollkostenbasiert, fachlich differenziert und unter ausdrücklicher Berücksichtigung der ambulanten OP-Vorhaltung erfolgen.**

## 4. Absenkung der Bewertung des technischen Leistungsanteils im EBM

### 4.1. Der technische Leistungsanteil finanziert Versorgungsinfrastruktur

Die FinanzKommission Gesundheit empfiehlt, den technischen Leistungsanteil im EBM für technische Facharztgruppen, insbesondere Radiologie, Strahlentherapie und Nuklearmedizin, kurzfristig um 20 bis 30 Prozent abzusenken. Für 2027 wird eine Finanzwirkung von rund 95 Mio. Euro ausgewiesen. Der Bericht beschreibt den technischen Leistungsanteil selbst als Kostenblock für Personal, Mietkosten sowie anteilige Investitionskosten medizinisch-technischer Geräte (vgl. FinanzKommission Gesundheit, Erster Bericht vom 30.03.2026, S. 162 ff.).

Gerade diese Beschreibung zeigt, weshalb eine pauschale Absenkung gefährlich wäre. Der technische Leistungsanteil ist kein isolierter Überschussanteil. Er finanziert die reale Infrastruktur ambulanter Hochleistungsmedizin: Geräteanschaffung, Wartung, Ersatzteile, Software, IT-Sicherheit, Strahlenschutz, Medizinphysik, Dosimetrie, Qualitätssicherung, Raumkosten, Personal, Energie, Versicherungen, Ausfallzeiten und regulatorische Anforderungen. Investitionen in KI muss der ambulante Sektor zudem ebenfalls aus laufenden Erträgen finanzieren.

Diese Kosten fallen unabhängig davon an, ob einzelne Untersuchungen durch technischen Fortschritt effizienter werden.

Radiologie, Strahlentherapie und Nuklearmedizin sind für die ambulante Versorgung keine Randbereiche. Sie sind zentrale diagnostische und therapeutische Schnittstellen. Radiologische Diagnostik ist Grundlage von Therapien, gerade auch durch die Bildgebung in der Primär- und Sekundärprävention (bspw. Lungenkrebsfrüherkennung mittels Low-dose CT oder Mammographie Screening); nuklearmedizinische Leistungen sind für Diagnostik und Therapie bestimmter Erkrankungen unverzichtbar; Strahlentherapie ist integraler Bestandteil kurativer und palliativer onkologischer Versorgung. Wer die technische Basis dieser Fächer pauschal kürzt, trifft die Versorgung nicht abstrakt, sondern sehr konkret.

### 4.2. Das geltende Recht kennt technische Effizienzfragen

Die Kommission begründet die vorgeschlagene Absenkung mit Skaleneffekten, längerer tatsächlicher Gerätenutzung, technologischem Fortschritt und höherer Geräteauslastung größerer Organisationseinheiten. Diese Aspekte können grundsätzlich prüfungsrelevant sein. Sie sind jedoch bereits innerhalb der EBM-Systematik zu bearbeiten. § 87 Abs. 2 SGB V sieht vor, dass der EBM auf betriebswirtschaftlicher Basis aktualisiert wird und dabei Kostenstrukturdaten, Stichproben sowie der

Einsatz medizinisch-technischer Geräte zu berücksichtigen sind. Bei Leistungen mit hohem technischem Anteil kann zudem eine Mengenkompente berücksichtigt werden.

Damit stellt das geltende Recht ein differenziertes Instrumentarium bereit. Es erlaubt, technische Entwicklung, Geräteauslastung und Kostenrealität fachlich zu prüfen. Eine pauschale gesetzliche Absenkung um 20 bis 30 Prozent würde diese Feinkalibrierung umgehen. Sie würde Radiologie, Strahlentherapie und Nuklearmedizin einheitlich treffen, obwohl Kostenstrukturen, Investitionszyklen, Auslastung, regionale Standortbedingungen und Qualitätsanforderungen sehr unterschiedlich sind. Eine sachgerechte Aktualisierung des EBM darf nicht mit einer fiskalischen Kürzungsquote verwechselt werden. Die Aufgabe des Bewertungsausschusses besteht darin, Leistungen betriebswirtschaftlich realistisch zu bewerten. Die Aufgabe des Gesetzgebers besteht nicht darin, einzelne Kostenbestandteile pauschal abzusenken, ohne die tatsächlichen Folgewirkungen für Modernisierung, Standortstruktur und Versorgungssicherheit belastbar zu prüfen.

#### **4.3. Modernisierungstau und Strukturqualitätsverluste sind reale Risiken**

Der Bericht der Finanzkommission weist selbst darauf hin, dass eine Absenkung des technischen Leistungsanteils zu Modernisierungstau und langfristigen Einbußen in der Strukturqualität führen könnte. Dieser Hinweis darf nicht als bloße Nebenbemerkung behandelt werden. Gerade in technischen Fächern ist Strukturqualität unmittelbar versorgungsrelevant. Moderne Geräte können Untersuchungszeiten verkürzen, Strahlenexposition reduzieren, Bildqualität verbessern, präzisere Diagnostik ermöglichen und Therapieplanung optimieren. Zudem erfordern die neuen Generationen an Geräten signifikant höhere Investitionen.

Wer Investitionsmittel pauschal reduziert, riskiert dementsprechend längere Geräteauswechselzyklen. Dies kann bedeuten, dass ältere Geräte länger betrieben werden, neue Technologien später eingeführt werden, redundante Kapazitäten abgebaut werden und kleinere Standorte ihre Wirtschaftlichkeit verlieren. Für Patientinnen und Patienten kann dies längere Wartezeiten, weitere Wege und schlechtere Verfügbarkeit bedeuten. Besonders betroffen wären Regionen, in denen technische Facharztkapazitäten ohnehin nicht im Überfluss vorhanden sind.

Linearbeschleuniger, bildgestützte Planung, Medizinphysik, Qualitätssicherung und spezialisierte Teams müssen langfristig geplant und finanziert werden. Investitionsentscheidungen werden über viele Jahre getroffen. Rechtsunsicherheit und pauschale Vergütungsabsenkungen können dazu führen, dass Ersatzinvestitionen verschoben und zusätzliche Kapazitäten nicht aufgebaut werden.

Dies wäre mit einer verlässlichen Versorgung nicht vereinbar.

#### **4.4. Eine Kürzung kann Fehlanreize verstärken statt mindern**

Die Kommission selbst hält es für möglich, dass Leistungserbringer auf eine Absenkung mit Mengenausweitung reagieren. Damit würde die Maßnahme ihr eigenes Ziel gefährden. Wenn technische Fachgruppen versuchen, pauschale Kürzungen über höhere Fallzahlen zu kompensieren, entstehen neue Mengenanreize. Eine lineare Kürzung kann daher paradoxerweise gerade jene Mengendynamik verstärken, die sie eindämmen soll.

Zusätzlich droht eine Kostenverlagerung in den stationären oder krankenhausnahen Bereich. Wenn ambulante technische Infrastruktur wirtschaftlich geschwächt wird, werden diagnostische oder therapeutische Leistungen nicht automatisch weniger benötigt. Sie können sich vielmehr in teurere Strukturen verlagern, Wartezeiten erhöhen oder spätere Diagnosen und Behandlungen verursachen. Unter gesamtsystemischen Gesichtspunkten wäre dies keine Einsparung, sondern eine Fehlsteuerung.

Eine pauschale Absenkung des technischen Leistungsanteils würde zudem diejenigen treffen, die in moderne Technik, Qualitätssicherung und effiziente Prozesse investiert haben. Das ist ordnungspolitisch problematisch. Effizienzgewinne sollten nicht reflexhaft abgeschöpft werden, wenn sie Ergebnis von Investitionen sind, die Versorgung verbessern. Andernfalls sinkt der Anreiz, künftig in technische Innovationen zu investieren.

**Der BBMV spricht sich daher gegen eine lineare Absenkung des technischen Leistungsanteils im EBM aus. Von entsprechenden Erwägungen sollte dringend Abstand genommen werden.**

#### **5. Weitere Aspekte: Hygienezuschläge und Zweitmeinungsverfahren**

Auch eine Rücknahme der Hygienezuschläge wäre kritisch zu bewerten. Die Anforderungen an Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen sind in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen. Sie erfordern erhebliche Investitionen in Hygiene- und Qualitätsmanagement, die regelmäßige Schulung und Unterweisung des Personals, die Vorhaltung entsprechender Organisationsstrukturen sowie einen erhöhten Sach- und Personalaufwand.

Eine auskömmliche Finanzierung dieser Anforderungen muss auch künftig gewährleistet bleiben. Werden Hygienezuschläge gestrichen, ohne dass die entstehenden Kosten anderweitig berücksichtigt

werden, geraten insbesondere solche Praxen und ambulanten Einrichtungen unter wirtschaftlichen Druck, die hohe Hygienestandards konsequent umsetzen. Dies würde den Anreiz verringern, in Qualität und Patientensicherheit zu investieren, obwohl gerade diese für eine hochwertige ambulante Versorgung unverzichtbar sind.

Wer höchste Anforderungen an Hygiene und Patientensicherheit stellt, muss auch deren Finanzierung sicherstellen. Qualitätsanforderungen kontinuierlich auszuweiten und gleichzeitig die hierfür vorgesehenen Vergütungsbestandteile zu streichen, sendet das falsche Signal und gefährdet die nachhaltige Erfüllung dieser Standards.

Maßnahmen zur Stärkung der Versorgungsqualität und einer informierten Patientenentscheidung grundsätzlich begrüßt der BBMV. Zweitmeinungsverfahren können hierzu einen wichtigen Beitrag leisten, sofern sie medizinisch sinnvoll und evidenzbasiert ausgestaltet werden.

Mit der vorgesehenen deutlichen Ausweitung der verpflichtenden Zweitmeinungsverfahren steigt jedoch auch der organisatorische und personelle Aufwand erheblich. Angesichts des bestehenden Fachkräftemangels ist darauf zu achten, dass hierfür keine ärztlichen Kapazitäten gebunden werden, die für die unmittelbare Patientenversorgung benötigt werden.

Deshalb sollten Zweitmeinungsverfahren möglichst digital und bürokratiearm ausgestaltet werden, etwa durch den strukturierten Austausch medizinischer Unterlagen und telemedizinische Zweitmeinungen. Die hierfür erforderlichen Leistungen müssen angemessen vergütet werden. Nur so lässt sich ein Qualitätsgewinn erzielen, ohne die ambulante Versorgung zusätzlich zu belasten.

## **6. Gesamtbewertung und Petition**

Die untersuchten Sparvorschläge zeigen eine gemeinsame Problematik. Sie versprechen kurzfristige Entlastungen, greifen aber in zentrale Funktionsbereiche der ambulanten Versorgung ein. Bei Katarakt-Operationen droht die nachträgliche Entwertung einer ambulanten Erfolgsgeschichte. Beim technischen Leistungsanteil drohen Modernisierungstau, Investitionshemmnisse und Strukturqualitätsverluste in hochrelevanten technischen Fachgruppen. Die Rücknahme von Hygienezuschlägen setzt ambulante Versorgungsstrukturen zusätzlich unter Druck.

Der BBMV erkennt, dass die GKV-Finzen stabilisiert werden müssen. Er verkennt auch nicht, dass echte Fehlanreize, Überversorgung und unwirtschaftliche Leistungsausweitungen adressiert werden müssen. Entscheidend ist jedoch die Wahl des richtigen Instruments. Pauschale Kürzungen sind dort

besonders problematisch, wo sie ambulante Versorgungskapazität, Investitionsbereitschaft und stationär ersetzende Leistungsfähigkeit schwächen.

Die ambulante Versorgung ist nicht der disponible Sparpuffer des Systems. Sie ist die Versorgungsstufe, welche die meisten Patientenkontakte trägt, stationäre Inanspruchnahme vermeiden kann und für die anstehende Ambulantisierung unverzichtbar ist. Eine Finanzpolitik, die diese Strukturen pauschal dämpft, kann kurzfristig nominale Einsparungen ausweisen, mittelfristig aber teurere Versorgungspfade verfestigen.

**Der BBMV fordert daher, von einer weiteren pauschalen Absenkung der EBM-Ziffern im Zusammenhang mit Katarakt-Operationen und von einer linearen Absenkung des technischen Leistungsanteils im EBM sowie der Streichung der Hygienepauschalen dringend Abstand zu nehmen.**