

Stellungnahme des BDH Bundesverband Rehabilitation

**zum Gesetzesentwurf des Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze
in der gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz) vom 30.04.2026**

Stellungnahme

Der BDH Bundesverband Rehabilitation e.V. ist ein bundesweiter Sozialverband, der die Interessen von Menschen mit Behinderung vertritt, insbesondere von Personen mit neurologisch bedingten Einschränkungen. Er bietet Beratung, Selbsthilfe und Unterstützung bei Teilhabe, sozialrechtlichen Fragen und neurologischer Rehabilitation an. Er ist zugleich Träger von Fachkliniken und versteht sich als Ansprechpartner für Betroffene, Angehörige und Fachleute rund um neurologische Rehabilitation.

1. Einleitung und Selbstverständnis

Neurologische Erkrankungen sind die häufigsten Ursachen für Alltagsbehinderungen und Pflegebedürftigkeit. Die Anzahl der Betroffenen nimmt in unserer Gesellschaft wie auch insgesamt weltweit vor dem Hintergrund des demographischen Wandels, aber auch durch Lebensstilveränderungen deutlich zu (GBD 2021 Collaborators, 2024).

Menschen mit neurologischen Erkrankungen und ihre Angehörigen sind in besonderer Weise auf eine kontinuierliche, sektorenübergreifende und qualitativ hochwertige Versorgung angewiesen. Neurologische Erkrankungen wie Schlaganfall, Schädel-Hirn-Trauma, Multiple Sklerose, Parkinson oder andere neurodegenerative Erkrankungen zeichnen sich regelmäßig durch hohe Akutbehandlungsintensität, einen langfristigen Rehabilitationsbedarf sowie einen engen Zusammenhang zwischen medizinischer Rehabilitation, Pflegevermeidung und sozialer Teilhabe aus (Knecht et al., 2023; Yaria et al., 2026). Adäquat ausgestattete Neurorehabilitation etwa nach einem Schlaganfall reduziert nachweislich in gesellschaftlich relevantem Maße Behinderung, Pflegebedarf und die Notwendigkeit einer institutionellen Betreuung (Langhorne et al., 2020).

Aus Sicht der Betroffenen ist medizinische (Früh-)Rehabilitation entsprechend kein nachrangiger Leistungsbereich, sondern eine zentrale Voraussetzung für Selbstständigkeit, Würde und gesellschaftliche Teilhabe. Vor diesem Hintergrund wird der vorliegende Gesetzesentwurf bewertet.

2. Gesamtbewertung des Gesetzesentwurfs aus Betroffenen­sicht

Der Gesetzesentwurf verfolgt konsequent das Ziel der Beitragssatzstabilität durch eine pauschale Begrenzung der Ausgabendynamik in allen Leistungsbereichen. Aus Sicht von Menschen mit neurologischen Erkrankungen wird dabei jedoch nicht ausreichend berücksichtigt, dass neurologische Erkrankungen strukturell und dauerhaft überdurchschnittliche Versorgungsbedarfe erzeugen und dass Rehabilitation hier eine Schlüsselfunktion zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und sozialem Abstieg erfüllt.

Der Entwurf übernimmt zentrale Empfehlungen der FinanzKommission Gesundheit, ohne diese aus Betroffenen­sicht zu differenzieren oder um schützende Regelungen zu ergänzen.

3. Kritische Bewertung einzelner Regelungsbereiche

3.1 Medizinische Rehabilitation (Neurologie)

Die vorgesehene Deckelung der Vergütungssteigerungen von Rehabilitationsleistungen an die Grundlohnrate sowie die Streichung der tariflichen Vollrefinanzierung (§§ 111, 111c SGB V n. F.) treffen neurologisch Erkrankte besonders hart. Neurologische Rehabilitation ist personal-, zeit- und qualifikationsintensiv. Eine rein lohnkostenbezogene Begrenzung der Vergütung ignoriert den tatsächlichen therapeutischen Bedarf dieser Patientengruppe.

Aus Sicht der Betroffenen besteht die Gefahr, dass bei Umsetzung des Gesetzes aus rein wirtschaftlichen Gründen Therapieintensität reduziert, Aufenthaltsdauern verkürzt oder hochspezialisierte Angebote zukünftig eingeschränkt werden. Dies gefährdet langfristig Rehabilitationserfolge, erhöht das Risiko dauerhafter Behinderung, gefährdet die Teilhabe und generiert zudem auch höhere Gesundheitskosten, etwa durch dann umfänglicher erforderliche Pflegeleistungen.

Das derzeit bestehende „Einkaufsmodell“ der medizinischen Rehabilitation sollte durch ein Modell der Finanzierung einer bedarfsgerechten Versorgung abgelöst werden, die kostendeckend ist.

3.2 Übergang von außerklinischer Intensivpflege zu Rehabilitation

Nicht wenige neurologisch schwer Erkrankte bedürfen auch nach der akuten Behandlungsphase (Akutbehandlung und neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation) der außerklinischen Intensiv- oder Behandlungspflege.

Eine Qualitätsorientierung in der außerklinischer Intensivpflege und eine strukturelle Einbeziehung der neurologischen (Früh-)Rehabilitationexpertise in die Langzeitbetreuung von Personen mit außerklinischem Intensivpflegebedarf werden ausdrücklich begrüßt (Einhäupl et al., 2025; Reichl et al., 2025).

Der Gesetzesentwurf verschärft jedoch – seiner monodimensionalen Systematik folgend - die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für die außerklinische Intensivpflege, ohne gleichzeitig den Übergang in rehabilitative Versorgungsformen strukturell zu stärken. Damit entsteht eine Versorgungslücke zulasten der Betroffenen.

Aus Betroffenen Sicht ist besonders kritisch, dass das rehabilitative Potenzial neurologischer Patientinnen und Patienten nicht systematisch priorisiert, sondern ausschließlich unter Kostengesichtspunkten betrachtet wird.

3.3 Erhöhte Eigenbelastungen

Die vorgesehenen Anpassungen der Zuzahlungen betreffen auch Menschen mit langandauernden neurologischen Erkrankungen. Zwar bleibt die formale Belastungsgrenze bestehen, faktisch erleben viele Betroffene jedoch bereits heute erhebliche finanzielle Belastungen durch ergänzende Hilfsmittel, Fahrkosten und nicht vollständig erstattete Therapien.

Zusätzliche Zuzahlungen treffen daher häufig gerade diejenigen, deren Erwerbsfähigkeit eingeschränkt oder dauerhaft aufgehoben ist.

4. Fehlende Berücksichtigung der sektorenübergreifenden Versorgung

Der Gesetzesentwurf enthält keine spezifischen Regelungen zur sektorenübergreifenden neurologischen Versorgung. Die Versorgungskette von Akutversorgung, Frührehabilitation, Anschlussrehabilitation und ambulanter Nachsorge („Continuum of care“) wird nicht als funktionale Einheit adressiert (Platz, 2025).

Aus Sicht der Betroffenen ist dies ein zentrales Versäumnis, da neurologische Erkrankungen besonders von Versorgungsbrüchen, Verzögerungen und Schnittstellenproblemen betroffen sind.

Eine strukturell besser verzahnte Versorgungskette könnte hingegen eine fokussierte bedarfsgerechte Gesundheitsversorgungsallokation befördern, Behinderung und Pflegebedürftigkeit reduzieren und damit einen wesentlichen Beitrag zur Beitragsstabilität generieren. Die im Bericht der Finanzkommission Gesundheit und im Gesetzesentwurf dargelegte Systematik, die jeweils (und dann wieder gleich) nur ein Segment der Versorgung in den Blick nimmt, verstetigt die Schnittstellenprobleme des Systems und die damit verbundenen Versorgungsfehlallokationen und lässt ein wichtiges auch volkswirtschaftliches Potenzial ungeachtet bzw. verschärft dieses.

5. Forderungen aus Sicht der Betroffenen neurologischer Erkrankungen

Vor diesem Hintergrund fordern wir:

- Eine differenzierte Ausgestaltung der Vergütungsbegrenzungen, die den besonderen Anforderungen der neurologischen (Früh-)Rehabilitation Rechnung trägt. Die Vergütung der Leistungen muss den objektiv-inhaltlichen wissenschaftlich-medizinisch festgestellten Bedarfen folgen und darf diesen nicht zuwiderlaufen.
- Die Einführung schutzrechtlicher Ausnahmeregelungen für hochkomplexe neurorehabilitative Leistungen, insbesondere der neurologischen Früh- und Anschlussrehabilitation.
- Eine strukturelle Stärkung des Übergangs von außerklinischer Intensivpflege und Behandlungspflege zur neurologischen (Früh-)Rehabilitation in entsprechend qualifizierte Zentren, im Sinne von „Rehabilitation vor Pflege“ auch im weiteren Verlauf (nach der Primärbehandlungsphase).
- Eine systematische Beteiligung von Betroffenenorganisationen bei der Weiterentwicklung der Akut-, Rehabilitations- und Pflegeversorgung.
- Eine Folgenabschätzung aus Patientensicht, insbesondere hinsichtlich Teilhabe, Pflegebedürftigkeit und Langzeitkosten für die Sozialversicherungssysteme.

6. Schlussbemerkung

Beitragssatzstabilität ist ein legitimes und gesellschaftlich wichtiges Ziel. Aus Sicht der von neurologischen Erkrankungen Betroffenen darf dieses Ziel jedoch nicht durch strukturelle Schwächung der Neurorehabilitation erkaufte werden. Eine unzureichende neurorehabilitative Versorgung führt langfristig zu höheren Pflegekosten, geringerer Teilhabe und höherer sozialer Ungleichheit-Entwicklungen, die weder im Interesse der Betroffenen noch der Solidargemeinschaft liegen und dem Anliegen des Gesetzes zuwiderlaufen.

Eine bedarfsgerechte auskömmlich finanzierte, bidirektional sektorübergreifend organisierte neurologische (Früh-)Rehabilitation hingegen erhöht Teilhabe, reduziert Behinderung und Pflegebedarf und trägt damit wesentlich zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Sozialversicherung bei.