

## Policy-Statement

zum geplanten § 87d SGB V im Referentenentwurf eines GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes:

Mit dem Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit vom 16. April 2026 soll die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung neu geregelt werden. Der vorgesehene § 87d SGB V würde für diesen Bereich künftig jährlich zu vereinbarende Gesamtvergütungen vorsehen. Für deren Fortschreibung soll § 71 SGB V maßgeblich sein; die Vergütungsentwicklung würde damit an die Grundlohnrate angebunden. Ziel des Entwurfs ist ausdrücklich, die Ausgabenentwicklung stärker zu begrenzen und enger an die Einnahmenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung zu koppeln.

Aus Sicht der unterzeichnenden Organisationen ist diese Systemumstellung für die **ambulante HIV-Versorgung hochproblematisch**. Die über Jahrzehnte aufgebaute HIV-Schwerpunktversorgung ermöglicht einen diskriminierungsfreien und breiten Zugang, eine verlässliche Anbindung an die Behandlung und eine stabile Therapiebegleitung auch über lange Krankheitsverläufe hinweg. Im internationalen Vergleich zeigt sich, dass damit in Deutschland eine hohe Versorgungsabdeckung und Virusunterdrückung erreicht wird. Zugleich sehen wir uns **einem wachsenden Versorgungsbereich** gegenüber. Ein Gutachten des IGES-Instituts zeigt, dass die Zahl der Menschen mit HIV in der vertragsärztlichen Versorgung weiter zunimmt und dass die Patientinnen und Patienten im Durchschnitt immer älter werden. Mit der Alterung gehen höhere Morbidität, eingeschränkte Mobilität sowie ein wachsender Bedarf an kontinuierlicher, koordinierter und interdisziplinär anschlussfähiger Versorgung einher. Hintergrund sind die heute verfügbaren hoch wirksamen HIV-Therapien: Die Mortalität bei HIV ist drastisch gesunken. Zugleich prognostiziert das Gutachten eine **mögliche Versorgungslücke** von 130 Ärzt:innen bis 2035.

Gerade vor diesem Hintergrund birgt die vorgesehene Neuregelung des § 87d SGB V ein **erhebliches Fehlsteuerungsrisiko**. Eine Anbindung der Vergütungsentwicklung an die Grundlohnrate orientiert sich primär an der Einnahmenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung, nicht aber an der tatsächlichen Entwicklung von Prävalenz, Morbidität, Behandlungsintensität und strukturellem Versorgungsbedarf. Für die spezialisierte HIV-Versorgung bedeutet dies: Ein Bereich mit absehbar **steigender Nachfrage und wachsender Komplexität** würde in ein Vergütungssystem überführt, das zusätzlichen Bedarf nur begrenzt abbilden kann.

Wenn in einem wachsenden Versorgungsbereich die Gesamtvergütung begrenzt wird, entsteht in der Versorgungspraxis **Druck auf personelle und zeitliche Kapazitäten**. Betroffen wären insbesondere Sprechstundenumfänge, Koordinationsleistungen, die Vorhaltung spezialisierter Teams sowie die Fähigkeit der HIV-Schwerpunktpraxen, zusätzliche oder komplexe Patientinnen und Patienten bedarfsgerecht zu versorgen.

Dies ist auch **unter Public-Health-Gesichtspunkten relevant**. Die Versorgungsqualität in der HIV-Medizin beruht wesentlich auf verlässlicher Erreichbarkeit, kontinuierlicher Betreuung und stabiler Therapieführung. Gerade in komplexen oder multimorbiden Behandlungssituationen ist eine engmaschige ambulante Begleitung eine wichtige Voraussetzung dafür, dass die Viruslast dauerhaft supprimiert wird. Werden die hierfür erforderlichen Kapazitäten nicht mehr bedarfsgerecht vorgehalten, können nicht nur individuelle Versorgungsqualität und Therapiekontinuität beeinträchtigt werden; mittelbar geraten auch jene **Präventionserfolge unter Druck**, die auf einer flächendeckend stabilen Virussuppression beruhen. Neben der HIV-Therapie sind HIV-Schwerpunktpraxen entscheidend für die Versorgung mit der medikamentösen HIV-Prophylaxe PrEP. Hier sind bei der Terminvergabe bereits heute oft längere Wartezeiten unvermeidlich. Mehr Druck auf die Praxen würde dieses Präventionsinstrument für Menschen mit erhöhtem HIV-Risiko schwächen, statt Kapazitäten auszubauen. Eine Regelung, die diese Strukturen aus kurzfristiger Sparlogik schwächt, riskiert langfristig höhere gesundheitliche und ökonomische Folgekosten.

Hinzu kommt, dass die HIV-Versorgung künftig stärker mit geriatrischen und psychosozialen Angeboten vernetzt und durch telemedizinische sowie konsiliarische Strukturen ergänzt werden muss. Eine Vergütungslogik, die primär auf Ausgabenbegrenzung ausgerichtet ist, erschwert jedoch gerade den Aufbau dieser bedarfsnotwendigen Versorgungsformen. Zugleich verschlechtert sie die Rahmenbedingungen für die Gewinnung des dringend benötigten ärztlichen Nachwuchses. Denn wirtschaftliche und strukturelle Verlässlichkeit sind zentrale Voraussetzungen für Praxisaufbau, Praxisübernahme, Personalentwicklung und gezielte Spezialisierung in der HIV-Medizin. Damit droht § 87d SGB V nicht nur bestehende Versorgung unter Druck zu setzen, sondern auch den **notwendigen Strukturwandel zu bremsen**.

Wir regen daher an,

1. bei der weiteren Ausgestaltung des § 87d SGB V sicherzustellen, dass die HIV-Schwerpunktversorgung nicht in eine faktische Budgetierung überführt wird,
2. die Besonderheiten eines wachsenden, alternden und multimorbiden Patientenkontingents ausdrücklich zu berücksichtigen,
3. Vergütungsregelungen so auszugestalten, dass notwendige Kapazitätserweiterungen, Versorgungsqualität und neue Versorgungsmodelle nicht beeinträchtigt werden,
4. die ambulante HIV-Versorgung weiterhin so abzusichern, dass Erreichbarkeit, Therapiekontinuität und Innovationsfähigkeit erhalten bleiben,

5. die Rahmenbedingungen für Nachwuchsgewinnung, Praxisübernahmen und Spezialisierung in der HIV-Medizin nicht zu verschlechtern.

Die Stabilisierung der GKV-Finzen ist ein wichtiges gesundheitspolitisches Ziel. Sie darf jedoch nicht durch Regelungen erfolgen, die den real steigenden Behandlungsbedarf für Menschen mit schwerwiegender chronischer Erkrankung und komplexer werdenden Versorgungsumfang **strukturell begrenzt**.