



Deutscher Bundesverband der
Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen
Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen e. V.

Maßgebliche Spitzenorganisation auf Bundesebene
Heilmittel Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
gegründet 1949

Stellungnahme

17.04.2026

zum Referentenentwurf
des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)

Bearbeitungsstand: 16.04.2026 14:53

Inhalt

I. Vorbemerkung	2
II. Stellungnahme	3
§ 61 Zuzahlungen	3
§ 71 Beitragssatzstabilität, besondere Aufsichtsmittel	5
§ 125 Verträge zur Heilmittelversorgung	6

I. Vorbemerkung

Die Gesetzliche Krankenversicherung ist eine tragende Säule dieser demokratischen Gesellschaft. Das bedeutet: Verantwortung wahrnehmen und tragen. Gesundheitsverantwortung und -versorgung sind maßgebliche soziologische und sozioökonomische Faktoren. Dazu zählt auch die gesicherte und gerechte Finanzierung des Gesundheitswesens. Nicht nachvollziehbar ist die fortgesetzte Finanzierung versicherungsfremder Leistungen im GKV-System zu Lasten der Beitragszahlenden und zu Lasten der Leistungserbringenden durch Deckelung ihrer Vergütungserhöhungen. Nachvollziehbar ist die Einschätzung, dass es dringend der Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung bedarf.

Der dba ist maßgebliche Spitzenorganisation auf Bundesebene und schließt mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) Verträge nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Einzelheiten der Versorgung mit dem Heilmittel Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (SSSST). Seine Mitglieder, die gemäß § 124 SGB V umfassend zum Heilmittel SSSST zugelassen sind, stellen die Versorgung der GKV-Versicherten im Bereich des Heilmittels SSSST sicher. Der dba ist daher durch den Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz) betroffen.

Im Referentenentwurf finden mit Blick auf die Heilmittelversorgung zwei Faktoren nicht ausreichend Berücksichtigung:

- 1. Zuzahlungen zu Heilmitteln**
- 2. Sicherstellung der Versorgung mit Heilmitteln und deren Vergütung**

II. Stellungnahme

Artikel 1 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 61 Zuzahlungen

23. § 61 wird durch den folgenden § 61 ersetzt:

A) Beabsichtigte Neuregelung

„Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen 10 vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch 7,50 Euro und höchstens 15 Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels; im Fall einer Bestimmung nach § 130b Absatz 1c entspricht die Höhe der Zuzahlung dem nach § 131 Absatz 4 Satz 3 Nummer 2a übermittelten Betrag. Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen und zur außerklinischen Intensivpflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a des Elften Buches in Verbindung mit § 71 Absatz 4 des Elften Buches sowie in Wohneinheiten nach § 132l Absatz 5 Nummer 1 werden je Kalendertag 15 Euro erhoben. Bei Heilmitteln, häuslicher Krankenpflege und außerklinischer Intensivpflege an den in § 37c Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 genannten Orten beträgt die Zuzahlung 10 vom Hundert der Kosten sowie 15 Euro je Verordnung. Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einzug Verpflichteten gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht. Erfolgt in der Apotheke auf Grund einer Nichtverfügbarkeit ein Austausch des verordneten Arzneimittels gegen mehrere Packungen mit geringerer Packungsgröße, ist die Zuzahlung nach Satz 1 nur einmalig auf der Grundlage der Packungsgröße zu leisten, die der verordneten Menge entspricht. Dies gilt entsprechend bei der Abgabe einer Teilmenge aus einer Packung. Die genannten Zuzahlungsbeträge werden jeweils zum 1. Januar eines Kalenderjahres in Höhe der durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 (Grundlohnrate) angepasst.“

B) Stellungnahme

Ungleichbehandlung der Patient/innen

Die Zuzahlung je Heilmittelverordnung führt zu einer Ungleichbehandlung der Patient/innen, denn die Anzahl der Verordnungen ist abhängig vom Verordnungsverhalten der behandelnden Ärzte und Ärztinnen, ob sie generell immer 5 Einheiten oder dreimal die orientierende Behandlungsmenge von 20 Einheiten, verordnen. Das führt dann zu einer Verordnungsgebühr von 180 Euro statt der 45 Euro zuzüglich der 10 vom Hundert der Behandlungskosten. Damit steigt die Wahrscheinlichkeit für willkürliche und medizinisch nicht sinnvolle vorzeitige Behandlungsabbrüche durch die Patient/innen inklusive der wesentlich höheren Folgekosten für die Versichertengemeinschaft und die Gesellschaft.

Unverhältnismäßigkeit im Vergleich zu Arzneimitteln

Die Zuzahlung zu den Behandlungskosten für Heilmittel in Höhe von 10 vom Hundert der Kosten ist unverhältnismäßig im Vergleich zu der von Arzneimitteln, die auf höchstens 15 Euro begrenzt ist, und zu der erheblich kostenintensiveren Krankenhausbehandlung mit ebenso 15 Euro pro Kalendertag (zeitlich begrenzt auf 28 Kalendertage).

Gleichbehandlung von Arznei- und Heilmitteln

Um Ungleichbehandlung und Unverhältnismäßigkeit auszuschließen, sollten die Zuzahlungen je Heilmittelverordnung - wenn diese überhaupt erhoben werden sollten - sowie die für Behandlungskosten zu einer Pauschale zusammengefasst werden. Dieser Pauschalbetrag sollte sich an den Regelungen für Arzneimittel orientieren.

C) Änderungsvorschlag

§ 61 Zuzahlungen

wird wie folgt gefasst:

- (1)** Zuzahlungen **zu Arzneimitteln**, die Versicherte zu leisten haben, betragen 10 vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch 7,50 Euro und höchstens 15 Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels; im Fall einer Bestimmung nach § 130b Absatz 1c entspricht die Höhe der Zuzahlung dem nach § 131 Absatz 4 Satz 3 Nummer 2a übermittelten Betrag.
- (2)** Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen und zur außerklinischen Intensivpflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a des Elften Buches in Verbindung mit § 71 Absatz 4 des Elften Buches sowie in Wohneinheiten nach § 132l Absatz 5 Nummer 1 werden je Kalendertag 15 Euro erhoben.
- (3)** Bei ~~Heilmitteln~~, häuslicher Krankenpflege und außerklinischer Intensivpflege an den in § 37c Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 genannten Orten beträgt die Zuzahlung 10 vom Hundert der Kosten sowie 15 Euro je Verordnung.
- (4)** Bei Heilmitteln beträgt die Zuzahlung 10 vom Hundert der Kosten, höchstens 15 Euro je Verordnung.
- (5)** Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einzug Verpflichteten gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht.
- (6)** Erfolgt in der Apotheke auf Grund einer Nichtverfügbarkeit ein Austausch des verordneten Arzneimittels gegen mehrere Packungen mit geringerer Packungsgröße, ist die Zuzahlung nach Satz 1 nur einmalig auf der Grundlage der Packungsgröße zu leisten, die der verordneten Menge entspricht.
- (7)** Dies gilt entsprechend bei der Abgabe einer Teilmenge aus einer Packung. Die genannten Zuzahlungsbeträge werden jeweils zum 1. Januar eines Kalenderjahres in Höhe der durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 (Grundlohnrate) angepasst.

§ 71 Beitragssatzstabilität, besondere Aufsichtsmittel

25. § 71 wird wie folgt geändert:

A) Beabsichtigte Neuregelung

b) Absatz 3 Satz 3 und 4 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die durchschnittliche Veränderungsrate nach Satz 1 wird für die Jahre 2028 und 2029 ohne die Wirkung der außerordentlichen Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in § 223 Absatz 4 Satz 1 ermittelt. Das Ergebnis der Ermittlung nach Satz 1 ist in den Jahren 2027, 2028 und 2029 jeweils um einen Prozentpunkt zu mindern. Die durchschnittliche Veränderungsrate nach den Sätzen 1 bis 4 wird durch Veröffentlichung im Bundesanzeiger bekannt gemacht.“

B) Stellungnahme

Die demografische Entwicklung bedarf der Fachkräfte für Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (SSSST) um eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Versorgung zu gewährleisten. In der Begründung zum Referentenentwurf wird festgestellt, dass „in den vergangenen Jahren Löhne und Vergütungen im Gesundheitswesen deutlich stärker gestiegen [sind], als in der Gesamtwirtschaft“ und davon ausgegangen, dass „hier mittlerweile ein sehr hohes Niveau erreicht wurde“. Die Begründung lässt dabei völlig außer Acht, dass genau das das Ziel der Gesetzgebung im Jahre 2019 war: Einführung bundeseinheitlicher Preise auf dem höchsten regionalen Niveau auf Grundlage des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG).

Das hatte für die SSSST allerdings nicht die beabsichtigte Wirkung. Voraus gegangen waren 8 Jahre Null-Runden für die vdek-Vergütungen und in der Folge Abwanderung der Therapeut/innen in andere Berufsfelder. Der vdek hatte von 2001 bis 2009 vehement jede Erhöhung abgelehnt, auch die Grundlohnsummensteigerungen. Das hatte auch Auswirkungen auf die Vergütungen der Primärkassen und bedeutete letztlich einen Preis-Verlust von über 11 vom Hundert mit der Folge, dass der Sockel bei der Berechnung der prozentualen Erhöhungen in den Folgejahren erheblich niedriger war. Weder die Nullrunden, noch der Fachkräftemangel, konnten durch die Vergütungserhöhungen seit 2021 ausgeglichen werden.

Die Steigerungen der Vergütungen im Heilmittelbereich der letzten Jahre haben lediglich jahrelange Versäumnisse in der Vergangenheit aufgefangen, und waren keineswegs ein „Scheck für die Zukunft“.

In der Begründung zum Referentenentwurf wird der Schluss gezogen, dass „überproportionale Vergütungs- und Preissteigerungen [...] die langfristige Finanzierbarkeit der GKV [gefährden] und [...] damit sowohl gegenwärtige als auch zukünftige Beitragszahlerinnen und Beitragszahler unverhältnismäßig im Hinblick auf das eigene Einkommen [belasten].

Richtig ist aber auch: Unzureichende Vergütungen in der Gegenwart werden die Heilmittelversorgung in der Zukunft gefährden.

Die Erfahrungen der Vergangenheit zeigen, dass eine „dauerhafte Begrenzung“ der Vergütungen im Heilmittelbereich „auf die Grundlohnrate als feste Obergrenze“ das Angebot an Heilmittelpraxen langfristig nicht stabilisieren kann. Das ist umso problematischer, weil für die wohnortnahe Versorgung in der Fläche ausreichend Praxisstandorte gewährleistet sein müssen und die Praxen schon heute Wartelisten bis zu einem Jahr haben.

Das Fazit des Referentenentwurfs, dass „durch die dauerhafte Begrenzung der Ausgabendynamik auf die Grundlohnrate als feste Obergrenze [...] das System der GKV langfristig stabilisiert und eine Gleichverteilung der Lasten über Zeit und Generationen gesichert [wird]“, ist nach unserer Erfahrung, wie oben dargelegt, ein eklatanter Irrtum.

C) Änderungsvorschlag

§ 71 Beitragssatzstabilität, besondere Aufsichtsmittel

wird wie folgt geändert:

Absatz 3 Satz 3 und 4 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die durchschnittliche Veränderungsrate nach Satz 1 wird für die Jahre 2028 und 2029 ohne die Wirkung der außerordentlichen Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in § 223 Absatz 4 Satz 1 ermittelt. ~~Das Ergebnis der Ermittlung nach Satz 1 ist in den Jahren 2027, 2028 und 2029 jeweils um einen Prozentpunkt zu mindern.~~ Die durchschnittliche Veränderungsrate nach den Sätzen ~~1 bis 4~~ 1 bis 3 wird durch Veröffentlichung im Bundesanzeiger bekannt gemacht.“

§ 125 Verträge zur Heilmittelversorgung

44. § 125 Absatz 3 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„~~Es gilt~~ § 71 Absatz 1 bis 3 **gilt für die Jahre 2027, 2028 und 2029.**“