

Stellungnahme
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in
der gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz – RegE BStabG 2026)

I. Vorbemerkung und Hinweise zum BBMV

Der Bundesverband der Betreiber medizinischer Versorgungszentren e.V. (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. Aktuell vereint der BBMV 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. Vor diesem Hintergrund erkennt der BBMV das Anliegen des vorliegenden Gesetzentwurfs der Bundesregierung an, die Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung zu stabilisieren und Beitragssatzsprünge zu vermeiden. Der BBMV möchte an der sinnvollen und gebotenen Kostendämpfung konstruktiv und nachhaltig mitwirken. Zugleich weist der BBMV darauf hin, dass die ambulante Versorgung nicht nur ein Ausgabenblock, sondern der zentrale Hebel für eine wirtschaftliche, qualitativ hochwertige und patientennahe Versorgung ist.

Der im Entwurf beschriebene finanzielle Handlungsdruck ist erheblich. Nach den Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit drohen bereits ab 2027 erneut substanzielle Deckungslücken. Zugleich soll das Maßnahmenpaket Preis- und Vergütungszuwächse sektorübergreifend an die Einnahmenentwicklung koppeln. Der Regierungsentwurf verändert gegenüber dem Referentenentwurf einzelne Finanzierungsannahmen, hält an der für die ambulante Versorgung maßgeblichen Begrenzungslogik aber fest. Der BBMV teilt das Ziel, unnötige Belastungen der Versicherten und Arbeitgeber zu vermeiden. Der BBMV befürwortet eine **evidenzbasierte Überprüfung einzelner Leistungen**, den **Abbau echter Fehlanreize** und eine **stringente Ausrichtung am Nutzen für Patientinnen und Patienten**. Nicht geteilt wird jedoch die Grundannahme, dass die hierfür erforderlichen Effizienzreserven wesentlich durch eine Dämpfung der leistungsfähigen und zugleich kosteneffizienten ambulanten Leistungserbringung zu heben seien (vgl. zu dieser Fehlannahme RegE BStabG 2026, S. 1–6, 76 ff.; BMG-Hintergrundpapier vom 26.04.2026, S. 1.)

II. Executive Summary

Der BBMV erkennt das Ziel stabiler GKV-Beitragssätze an und unterstützt eine evidenzbasierte, zielgenaue Kostendämpfung. Der Regierungsentwurf hält gegenüber dem Referentenentwurf jedoch an einer Grundlogik fest, die ambulante Leistungserbringung pauschal als Ausgabendynamik behandelt. Aus Sicht des BBMV verkennt dies, dass die ambulante Versorgung nicht nur Kosten verursacht, sondern stationäre Behandlungen vermeidet, Erkrankungen früher erkennt und Versorgung wohnortnah sowie wirtschaftlich organisiert ist. Kernkritik ist die vorgesehene Überführung bisher extrabudgetär vergüteter Leistungen in gedeckelte morbiditätsbedingte Gesamtvergütungen nach § 87d SGB V-E. Gerade ambulante Operationen, stationsersetzende Eingriffe, Onkologie und Strahlentherapie benötigen verlässliche extrabudgetäre Finanzierung, weil sie hohe Vorhalte- und Investitionskosten auslösen und zugleich teurere stationäre Versorgung vermeiden oder ersetzen. Eine Budgetierung dieser Leistungen würde nicht Überversorgung abbauen, sondern den Ausbau besonders effizienter ambulanter Strukturen bremsen.

Besonders deutlich wird dies bei der Strahlentherapie und ambulanten Operationen im niedergelassenen Bereich. Die im Regierungsentwurf angelegte Streichung der bisherigen Rechtsgrundlage des § 87a Abs. 3 Satz 6 SGB V und die Verlagerung in die neue Systematik des § 87d SGB V können reale Vergütungsrückgänge, Investitionszurückhaltung und Versorgungsrisiken auslösen. Der BBMV schlägt deshalb vor, ambulante Operationen sowie strahlentherapeutische Leistungen ausdrücklich von der gedeckelten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung auszunehmen.

Weitere Kritikpunkte betreffen die ersatzlose Rückführung der TSVG-bezogenen Terminvergütungen in die MGV, den Degressionsabschlag in der hausärztlichen bzw. hausarztzentrierten Versorgung sowie eine zu pauschale Betrachtung präventiver Gesundheitsuntersuchungen. In allen drei Bereichen spricht sich der BBMV nicht gegen Evaluation oder Nachsteuerung aus, sondern gegen schematische Kürzungen, die Zugangssteuerung, primärärztliche Koordination und Prävention schwächen.

Die Stellungnahme plädiert daher für eine differenzierte gesetzliche Lösung: Fehlanreize sollen gezielt adressiert werden; Leistungen mit klarem Ambulantisierungs-, Präventions-, Qualitäts- oder Zugangssteuerungseffekt müssen hingegen planbar finanziert bleiben. Beitragssatzstabilität wird am ehesten erreicht, wenn stationäre Inanspruchnahme vermieden und der ambulante Sektor als wirtschaftlichere Versorgungsstufe gestärkt statt gedämpft wird.

III. Extrabudgetäre Leistungen im ambulanten Sektor

1. Extrabudgetäre Vergütung ist ein Steuerungsinstrument, kein bloßer Zuschlag

Mit dem neuen § 87d SGB V-E sollen die bislang außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergüteten Leistungen in jährliche Gesamtvergütungen überführt und damit volumenmäßig begrenzt werden. Grundlage für die erstmalige Festsetzung 2027 ist im Kern das Ausgabenvolumen des Jahres 2025, fortgeschrieben um die vereinbarten Preis- und Leistungsänderungen. In der Begründung wird dies ausdrücklich damit gerechtfertigt, dass einer „nicht bedarfsgerechten Ausgabenausweitung“ und einer angebotsinduzierten Nachfrage entgegengewirkt werden solle. Flankierend veranschlagt der Entwurf bereits für 2027 Einsparungen von rund 200 Mio. Euro allein aus der Begrenzung des Ausgabenvolumens für extrabudgetär vergütete Leistungen. Bis 2030 sollen daraus rund 1,2 Mrd. Euro werden (vgl. RegE BStabG 2026, S. 29 f., 76, 128 ff.).

Diese Sichtweise entspricht nicht den tatsächlichen Gegebenheiten im ambulanten Sektor und würde bei ihrer Umsetzung zu weiteren wirtschaftlichen Belastungen des Systems führen, statt diese abzubauen. Extrabudgetäre Vergütungen wurden in der vertragsärztlichen Versorgung gerade dort geschaffen, wo die starre Budgetlogik erwünschte Leistungen dämpft: bei ambulanten Operationen, zeitkritischer Versorgung, Prävention, Früherkennung oder besonders qualitätsgesicherten Leistungen. Wer solche Leistungen pauschal wie reine Mengenausweitungen behandelt, verkennt ihren zentralen Steuerungszweck. Im ambulanten Bereich bedeuten Mehrleistungen häufig nicht Mehrkosten ohne Nutzen, sondern die Vermeidung teurerer stationärer Behandlungen, die frühere Erkennung von Erkrankungen oder die Entlastung anderer Versorgungsstufen (vgl. RegE BStabG 2026, S. 128 ff.).

2. Der größte Effizienzhebel liegt im Ausbau des Ambulanten, nicht in dessen Dämpfung

Die Wirtschaftlichkeitsreserve des Systems liegt nicht primär im Zurückfahren der ambulanten Leistungserbringung, sondern in der Verlagerung medizinisch geeigneter Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich. Nach den GKV-Ausgaben- und Fallzahldaten 2024 werden 97 % aller Behandlungsfälle in Arzt- und Psychotherapiepraxen versorgt, während auf diesen Bereich nur 16 % der GKV-Leistungsausgaben entfallen. Für Krankenhäuser stehen demgegenüber 3 % der Behandlungsfälle bei 33 % der Ausgaben. Die KBV weist auf derselben Datengrundlage aus, dass die Behandlung in Praxen im Durchschnitt 13,2-mal günstiger ist als im Krankenhaus. Zugleich könnten mehr als 4 Millionen derzeit stationär durchgeführte Operationen ambulant erbracht werden (vgl.

hierzu die prägnante Zusammenfassung im KBV-Faktenblatt „Leistungen und Kosten der ambulanten Gesundheitsversorgung“, Stand März 2026, abrufbar unter https://www.kbv.de/documents/infothek/veranstaltungen/vertreterversammlung/2025-03-07/kbv_faktenblatt_ambulante_versorgung.pdf.

Diese Befunde werden durch weitere Analysen bestätigt. Das Wissenschaftliche Institut der AOK hat Ende 2025 ausgewiesen, dass rund 60 % der heute vollstationär versorgten Krankenhausfälle einem Ambulantisierungspotenzial zugeordnet werden können. Bezogen auf Belegungstage und Ausgaben liegt das Potenzial immer noch bei rund 40 %. Gerade in den fallzahlstarken Leistungsgruppen der Grundversorgung liegen die Potenziale im mittleren bis hohen zweistelligen Bereich. Wenn der Gesetzgeber in dieser Lage den extrabudgetären ambulanten Sektor deckelt, dämpft er ausgerechnet jenen Teil des Systems, der die zentrale Voraussetzung für die Hebung dieser Effizienzreserven bildet (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).

Das erhebliche Potential sei auf Basis einer Eigenerhebung für den Bereich der **Arthroskopie** mit einer **Veränderungsrate von -28,47 %** exemplifiziert. Hier ergeben sich bei einer Fünfjahresbetrachtung zwischen den Jahren 2019 und 2024 folgende konkrete Erkenntnisse für den **stationären Sektor**:

	Anzahl Prozeduren 2019	Anzahl Prozeduren 2024	Veränderungsrate
5-816	5.884,00	4.805,00	-18,34%
5-815	2.775,00	2.422,00	-12,72%
5-814	104.204,00	71.304,00	-31,57%
5-813	42.430,00	32.544,00	-23,30%
5-812	141.878,00	85.950,00	-39,42%
5-811	140.807,00	94.135,00	-33,15%
5-810	101.456,00	69.983,00	-31,02%
Gesamt	539.434,00	361.143,00	-33,05%

Anzahl DRG* 2019	Anzahl DRG* 2024	Veränderungsrate
331.994,00	237.462,00	-28,47%

*DRG: I16A, I16B, I16C, I18A, I18B, I24A, I24B, I29A, I29B, I29C, I30A, I30B, I30C, I59Z

3. Ambulantes Operieren braucht investive und personelle Wachstumsanreize

Gerade der Bereich des ambulanten Operierens belegt besonders eindrücklich, weshalb extrabudgetäre Vergütung ein Steuerungsinstrument bleiben muss: Es ersetzt in erheblichem Umfang teurere stationäre Behandlung, ohne dass Qualitätsnachteile erkennbar wären, und schafft zugleich freie Krankenhauskapazitäten für komplexe Fälle. International ist seit Jahren belegt, dass medizinischer Fortschritt, weniger invasive und verbesserte Anästhesieverfahren eine Verlagerung in die tagesstationäre oder rein ambulante Behandlung erlauben. Die OECD hält ausdrücklich fest, dass ambulante Operationen wichtige Ressourcen sparen können, ohne die Versorgungsqualität zu verschlechtern. Zugleich werden Krankenhauskapazitäten für komplexe Fälle frei. International bereits umgesetzt bestehen weiterhin auch in Deutschland erhebliche Verlagerungspotenziale. Vor allem in der Orthopädie und Unfallchirurgie (sogar Endoprothetik wird teilweise ambulant erbracht, es scheidet bislang vielfach lediglich am Vorhalten der erforderlichen Strukturen), der Augenheilkunde (die in einigen Ländern mittlerweile zu 100 % ambulant erfolgt) oder im HNO-Bereich werden Leistungen in anderen Systemen längst deutlich häufiger ambulant erbracht als hierzulande. Auch der ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss hat mit der Ausweitung des Hybrid-DRG-Katalogs auf 69 Fallpauschalen zum Jahr 2026 selbst bestätigt, dass erhebliche zusätzliche Fallzahlen in Deutschland ambulant erbracht werden können und sollen. Der GKV-Spitzenverband spricht insoweit von einer Steigerung von rund 280.000 auf rund 900.000 ehemals vollstationäre Fälle (vgl. OECD, Health at a Glance 2023, Kapitel „Ambulatory surgery“; KBV, Pressemitteilung vom 13.11.2025, abrufbar unter <https://www.kbv.de/praxis/tools-und-services/praxisnachrichten/2025/11-13/hybrid-drg-fuer-2026-stehen-fest-das-sind-die-neuerungen#:~:text=Die%20vorgelegten%20Regelungen%20of%20C3%BCr%202026%20I%20C3%B6sen%20die,Vertragspartner%20KBV%2C%20Deutsche%20Krankenhausgesellschaft%20und%20GKV-Spitzenverband>).

Gerade in einer solchen Transformationsphase ist eine Budgetlogik, die auf einem fortgeschriebenen Ausgabenvolumen des Jahres 2025 aufsetzt, systematisch fehlkalibriert. Der ambulante Sektor soll strukturell wachsen, nicht auf dem Niveau eines historischen Basisjahres eingefroren werden. Das gilt in besonderem Maße für ambulante Operationskapazitäten in MVZ, Praxiskliniken und spezialisierten Praxen, die Personal, Technik, Hygiene und Organisation vorhalten müssen, bevor Fallzahlverschiebungen tatsächlich realisiert werden können. Dass diese Vorhaltekosten real sind, zeigt schon die 2024 beschlossene Erhöhung der Hygienezuschläge für ambulante Operationen: Sie wurde ausdrücklich mit gestiegenen Hygieneanforderungen und dem Ziel weiterer Ambulantisierung

begründet (vgl. RegE BStabG 2026, S. 29 f., 55 f.; GKV-Spitzenverband, Pressemitteilung vom 04.06.2024, abrufbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv-spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und-statements/pressemitteilung_1833792.jsp). Wird dieser Leistungsbereich budgetiert, wird damit nicht „Übersorgung“ gedämpft, sondern der Ausbau einer nachweislich kosteneffizienten und patientennäheren Versorgungsform gebremst (vgl. OECD, Health at a Glance 2023, Kapitel „Ambulatory surgery“; Entwicklung der Ambulantisierung, Springer Nature Link; Metaanalyse „Safety and efficacy of outpatient hip and knee arthroplasty“).

4. Strahlentherapie ist hochspezialisierte, planungs- und investitionsintensive onkologische Versorgung

Für die ambulante Strahlentherapie gilt die Kritik an einer pauschalen Budgetierung ebenfalls in besonderem Maße. Die strahlentherapeutischen Leistungen im niedergelassenen Bereich sind im Regierungsentwurf durch Artikel 1 Nummer 32 Buchstabe b und Nummer 33 betroffen. Die heutige extrabudgetäre Vergütung dieses Versorgungsbereichs knüpft an § 87a Absatz 3 Satz 6 SGB V an. Diese Grundlage soll nach dem Regierungsentwurf in der bisherigen Form entfallen. In der Folge würde der neue § 87d SGB V maßgeblich, also gerade die Systematik einer gedeckelten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung mit potenziell signifikanten Auswirkungen auf die reale Vergütung würde greifen (vgl. RegE BStabG 2026, S. 24 f., 29 f., 128 ff.).

Dies wäre versorgungspolitisch besonders problematisch, weil Strahlentherapie keine beliebig disponierbare Mengenausweitung ist. Sie ist integraler Bestandteil kurativer und palliativer Krebsbehandlung, häufig zeitkritisch und regelhaft in interdisziplinäre onkologische Behandlungskonzepte eingebunden. Strahlentherapeutische Leistungen sind regelmäßig hochindikationsgebunden. Sie betreffen insbesondere onkologische Erkrankungen, therapieresistente Schmerzen oder funktionell erheblich beeinträchtigende gutartige Erkrankungen. Eine angebotsinduzierte Mengenausweitung liegt schon wegen der Schwere der Indikationen, der Überweisungs- und Diagnostikvoraussetzungen sowie der strengen Qualitätssicherung fern.

Zugleich ist sie durch erhebliche Fix- und Vorhaltekosten geprägt: Linearbeschleuniger, bildgestützte Bestrahlungsplanung, Medizinphysik, Dosimetrie, Strahlenschutz, Qualitätssicherung, spezialisierte IT, Räume, Wartung und hochqualifiziertes Personal müssen unabhängig vom einzelnen Behandlungsfall vorgehalten werden. Eine Budgetierung würde hier nicht eine verzichtbare Leistungsmenge begrenzen, sondern die Vorhaltung einer technisch, personell und organisatorisch hochkomplexen

Versorgungsstruktur gefährden. Negative Vergütungsveränderungen würden Investitionsentscheidungen verzögern, den Ersatz oder Ausbau moderner Geräte erschweren und die Bereitschaft mindern, zusätzliche ambulante Behandlungskapazitäten aufzubauen. Eine gedeckelte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung trifft daher die wirtschaftlichen Grundlagen einer hochspezialisierten ambulanten Versorgungsinfrastruktur.

Hinzu kommt, dass die Fachgruppe bereits Effizienzgewinne nachvollzogen hat: Durch hypofraktionierte Behandlungsschemata werden Patientinnen und Patienten mit weniger Sitzungen belastet; zugleich wurde das EBM-Kapitel 25 „Strahlentherapie“ zum 1. Januar 2021 neu gefasst. Solche qualitätsgesicherten Effizienzfortschritte dürfen nicht anschließend durch eine pauschale Budgetlogik bestraft werden, weil die Vorhaltekosten für Linearbeschleuniger, Medizinphysik, MTR, IT, Qualitätssicherung und ärztliche Planung unabhängig von der Sitzungszahl weiterhin bestehen (vgl. DKFZ Krebsinformationsdienst, Hypofraktionierte Strahlentherapie; Bewertungsausschuss/EBM-Kapitel 25).

Gerade in ländlichen Räumen wird die strahlentherapeutische Versorgung überwiegend durch Praxen und MVZ getragen. Eine einfache Ausweichbewegung in Krankenhäuser ist regelmäßig nicht möglich, weil diese räumlich häufig weit entfernt sind, zum Teil eigene Kapazitäts- und Personalengpässe haben und schon heute auf die Mitversorgung durch den niedergelassenen Bereich angewiesen sind. Für Patientinnen und Patienten kann dies längere Wege, Wartezeiten oder eine Verlagerung in stationäre beziehungsweise krankenhausnahe Strukturen bedeuten. Damit würde ausgerechnet eine ambulante onkologische Kernleistung geschwächt, die durch wohnortnahe, planbare und qualitätsgesicherte Behandlung stationäre Belastungen vermeiden hilft. Die Systematik des § 87d SGB V-E sollte deshalb für die niedergelassene Strahlentherapie eine ausdrückliche gesetzliche Ausnahme vorsehen.

5. Pauschale Deckelung gefährdet sektorübergreifende Gesamteffizienz

Der Entwurf verfolgt damit ein widersprüchliches Steuerungssignal. Einerseits sollen über Kurzzeitfallpauschalen, Hybrid-DRGs und die weitere Prüfung einer Überführung kurzstationärer Fälle in den AOP-Katalog stationäre Übernachtungen reduziert und sachgerechte Ambulantisierung befördert werden. Andererseits werden die ambulanten Vergütungssegmente, die genau diesen Strukturwandel tragen sollen, in starre Budgets überführt. So entstehen Anreize, teurere stationäre Kapazitäten zu konservieren oder notwendige Verlagerungen zu verzögern. Ökonomisch ist dies keine Einsparung, sondern die Gefahr einer Kostenverlagerung in den teureren Sektor (vgl. RegE BStabG

2026, S. 29 f., 55 f., 66, 76 ff.; OECD, Health at a Glance 2023, Kapitel „Ambulatory surgery“.)

Hinzu kommt, dass der Entwurf in § 87d Abs. 4 SGB V-E selbst Ausnahmen von der Budgetlogik vorsieht, etwa für Dialyseleistungen, neue Leistungen in den ersten zwei Kalenderjahren, Substitutionsbehandlungen und bestimmte kinder- und jugendpsychiatrische Leistungen. Der Gesetzgeber anerkennt damit bereits, dass pauschale Obergrenzen dort ungeeignet sind, wo Versorgungsaufbau, Qualitätsanforderungen oder Versorgungssicherheit auch besondere Finanzierungssicherheit erfordern. Genau dieselbe Logik spricht jedoch für eine Privilegierung solcher ambulanten Leistungen, die nachweislich stationäre Leistungen ersetzen oder vermeiden. (Vgl. RegE BStabG 2026, S. 30 f.)

Nach der Konzeption des Entwurfs bestehen nach Inkrafttreten zwar begrenzte Nachsteuerungsmöglichkeiten über den Bewertungsausschuss. § 87d Abs. 4 SGB V-E erlaubt ihm, Kriterien für weitere vollständig zu vergütende Leistungen festzulegen, wenn diese nachweisbar Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit signifikant erhöhen und eine Vergütung innerhalb der MGV oder der neuen Gesamtvergütung dieses Ziel nicht erreicht. Zugleich soll die Vereinbarung darüber hinausgehender extrabudgetärer Leistungen auf Landesebene nach der Begründung gerade ausgeschlossen sein. Diese Öffnungsklausel ist damit eng, jährlich überprüfungsbedürftig und ersetzt keine klare gesetzliche Ausnahme. Für das ambulante Operieren wäre eine bloße Verweisung auf spätere Beschlüsse des Bewertungsausschusses deshalb zu unsicher, stark zeitverzögert und viel zu konfliktträchtig. Erforderlich ist vielmehr bereits im Gesetz selbst eine ausdrückliche Herausnahme dieses Kernaspekts (vgl. RegE BStabG 2026, S. 30 f., 129 f.).

6. Eklatante, nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung von ambulanten und stationären Versorgern

Der häufig zu erwartende Einwand, Hybrid-DRG und § 115b SGB V eröffneten doch bereits sektorgleiche oder ambulante Abrechnungsmöglichkeiten auch für Krankenhäuser, greift zu kurz. Diese Instrumente beseitigen die Ungleichbehandlung nicht, sondern erhöhen die strategische Flexibilität der Krankenseite: Krankenhäuser können je nach Fallgestaltung und nach Maßgabe der jeweiligen Kataloge im stationären Vergütungssystem verbleiben oder Leistungen in Kurzzeitfallpauschalen, Hybrid-DRG beziehungsweise ambulante Erbringung nach § 115b überführen. Hinzu kommt, dass der Regierungsentwurf selbst davon ausgeht, mit Hybrid-DRG würden ambulant erbrachte, bislang nach § 115b vergütete Leistungen tendenziell übervergütet. Zugleich werden mit Kurzzeitfallpauschalen weitere Krankenhausanreize zur Verweildauerverkürzung und

Ambulantisierung gesetzt. Der niedergelassene Operateur erhält demgegenüber keinen zusätzlichen Ausweichpfad, sondern soll für seine originär ambulante Leistung gerade budgetiert werden (der Katalog nach Anhang 2 des EBM würde mit den neuen Vorgaben des § 87d SGB V-E obsolet). Schon deshalb sind Hybrid-DRG und § 115b kein Gegenargument, sondern mit Blick auf die aufkommende Benachteiligung Niedergelassener im Vergleich zu stationären Leistungserbringern Teil des Problems (vgl. RegE BStabG 2026, S. 65, 162 f.).

Die sachlich nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung zeigt sich besonders deutlich in den Wettbewerbsbedingungen. Krankenhäuser können ambulante Operationsangebote auf eine Infrastruktur stützen, die aus dem stationären Betrieb heraus vorgehalten wird: OP-Kapazitäten, Diagnostik, Personalreserven, Rufbereitschaften und organisatorische Back-up-Strukturen stehen dort strukturell anders zur Verfügung als im niedergelassenen Bereich. Werden ambulante Operationsleistungen zugleich auf Seiten der Praxen und MVZ budgetiert, entsteht ein Fehlanreiz, ambulante Fälle in oder an Krankenhäuser zu ziehen und dort unter Nutzung stationärer Besonderheiten wirtschaftlich abzusichern. Eine solche mittelbare Quersubventionierung ambulanter Angebote aus stationären Besonderheiten wäre mit dem Anspruch sektorgleicher, leistungsbezogener Vergütung nicht vereinbar und damit unzulässig. Sie würde den Wettbewerb zulasten des niedergelassenen Bereichs verzerren (vgl. RegE BStabG 2026, S. 65, 162 f.).

Das Petikum des BBMV lautet deshalb: Die Sektoren sind nicht durch einseitige Stärkung der Krankenseite zusammenzubringen, sondern durch gleiche ökonomische Spielregeln für gleiche Leistungen einem sinnvollen Nebeneinander zuzuführen. Wo eine Operation medizinisch regelhaft ambulant und sicher erbracht werden kann, müssen Krankenhaus und niedergelassener Bereich unter vergleichbaren Vergütungs- und Wettbewerbsbedingungen agieren. Ein Gesetz, das dem stationären Sektor zusätzliche Ambulantisierungs- und Erlösoptionen eröffnet, während es den originär ambulanten Bereich budgetiert, führt demgegenüber nicht zu Sektorengleichen, sondern zu einer strukturellen Privilegierung des Krankenhauses.

7. Erforderlich ist eine differenzierte statt pauschaler Lösung – konkreter Alternativvorschlag

Der BBMV wendet sich daher nicht gegen jede Einzelfallprüfung extrabudgetärer Leistungen. Er spricht sich vielmehr für eine differenzierte, evidenzbasierte Systematik aus: Leistungen mit klarem Ambulantisierungs-, Präventions- oder Zugangssteuerungseffekt dürfen nicht starr budgetiert

werden. Wo Missbrauchs- oder Mitnahmeeffekte vermutet werden, sind regionale Auswertungen, morbiditätsbezogene Benchmarks, Qualitäts- und Indikationsprüfungen sowie punktuelle Nachsteuerungen das sachgerechtere Instrument. Eine pauschale Begrenzung extrabudgetärer ambulanter Leistungen verfehlt dagegen das Ziel, weil sie die großen Effizienzpotenziale gerade dort abschneidet, wo das System sie am dringendsten benötigt.

Für den BBMV ist die Mindestforderung deshalb eindeutig: Jedenfalls ambulante Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe sowie onkologische und strahlentherapeutische Leistungen dürfen nicht in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung respektive in die nach § 87d SGB V-E vorgesehene gedeckelte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zurückgeführt werden. Gerade dieser Leistungsbereich ersetzt stationäre Versorgung unmittelbar, erfordert investive und personelle Vorhalteleistungen und ist der zentrale Hebel für den Grundsatz „ambulant vor stationär“. Eine Budgetierung dieses Bereichs würde die vom Gesetzgeber zugleich geforderte Ambulantisierung praktisch konterkarieren (vgl. RegE BStabG 2026, S. 29 f., 65, 162 f.).

Selbst wenn hier Anpassungen erwogen würden, folgt daraus jedoch nicht, dass auch das ambulante Operieren budgetiert werden dürfte. Es bewirkt in erheblichem Umfang unmittelbaren stationären Ersatz und entfaltet damit einen besonders klaren, kurzfristig wirksamen Systemnutzen.

Vor diesem Hintergrund regt der BBMV an, § 87d Abs. 4 SGB V-E um zwei ausdrückliche Ausnahmen zu ergänzen, etwa in folgender Form:

- „5. ambulante Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe nach dem Katalog gemäß § 115b SGB V einschließlich der hierfür erforderlichen anästhesiologischen sowie prä- und postoperativen Leistungen, soweit sie ambulant erbracht werden,**
- 6. strahlentherapeutische Leistungen im niedergelassenen Bereich einschließlich der hierfür erforderlichen Bestrahlungsplanung, ärztlichen Behandlung, Medizinphysik, Qualitätssicherung und Nachsorge.“**

Es könnte auch bereits in § 87d Abs. 1 Satz 1 SGB V-E klargestellt werden, dass ambulante Operationen und strahlentherapeutische Leistungen nicht von der dort vorgesehenen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfasst sind. Nur eine gesetzliche Klarstellung gewährleistet die erforderliche Investitions- und Planungssicherheit, die entscheidend für die Fortentwicklung des ambulanten Sektors ist. Eine bloße spätere Öffnung über den Bewertungsausschuss genügt hierfür nicht.

IV. Termine, Terminservice und offene Sprechstunden

Der Entwurf streicht ab dem 1. Januar 2027 sämtliche mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz eingeführten besonderen extrabudgetären Vergütungskonstellationen für die Terminvermittlung: Zuschläge auf die Versicherten- bzw. Grundpauschale nach Vermittlung durch die Terminservicestelle, Zuschläge bei erfolgreicher Vermittlung durch eine hausärztliche Praxis sowie die extrabudgetäre Vergütung entsprechender Behandlungsfälle und der offenen Sprechstunde. Zugleich sollen die bereinigten Vergütungen 2027 wieder in die MGV zurückgeführt werden. Allein hierfür veranschlagt der Entwurf ein Einsparvolumen von rund 1,3 Mrd. Euro im Jahr 2027 und 1,8 Mrd. Euro im Jahr 2030 (vgl. RegE BStabG 2026, S. 24 f., 66, 126 f.)

Hier müssen Einwände benannt werden. Durch den Vorschlag werden Finanzierung und Leistungspflichten auseinandergezogen. Die gesetzliche Aufgabe der Terminservicestellen und die politisch gewollte schnellere Steuerung dringlicher Behandlungsfälle bleiben bestehen. Entfallen soll aber die von Budgetgrenzen unabhängige Vergütung der hierfür zusätzlich vorgehaltenen Kapazitäten. In einem bereits budgetierten System ist dies kein bloßer Verzicht auf „Sondervergütung“, sondern die Rückkehr zu einer Konkurrenz aller Leistungen um denselben Honorartopf. Zusätzliche Akuttermine, offene Sprechstunden oder kurzfristig freigehaltene Slots werden wirtschaftlich unattraktiver.

Der Entwurf begründet die Streichung damit, dass nach den vorliegenden Evaluierungen kein deutlich spürbar verbesserter Zugang allein aufgrund der höheren Vergütung nachgewiesen sei. Selbst wenn man diese Ausgangsbeobachtung zugrunde legte, folgt daraus nicht, dass die Vergütung folgenlos entfallen kann. Ein Ausbleiben eines hinreichend robusten Aggregateffekts rechtfertigt eine zielgenauere Nachsteuerung. Es rechtfertigt nicht die These, zusätzliche kurzfristige Versorgungskapazitäten könnten in einem budgetierten System kostenneutral vorgehalten werden. Die wirtschaftliche Realität der Praxen spricht klar dagegen: Für 2023 lag das Umsatzplus niedergelassener Ärztinnen und Ärzte im Durchschnitt bei 1,6 %, im hausärztlichen Bereich sogar nur bei 0,5 %, bei einer Inflationsrate von 5,9 % (vgl. RegE BStabG 2026, S. 126 f.; KBV, PraxisNachricht vom 05.06.2025, abrufbar unter <https://www.kbv.de/praxis/tools-und-services/praxisnachrichten/2025/06-05/umsatzsteigerung-der-praxen-bleibt-deutlich-unter-der-inflationsrate-zahlen-fuer-2023-veroeffentlicht.>)

Hinzu kommt, dass Terminsteuerung nicht nur an durchschnittlichen Wartezeiten zu messen ist. Terminservicestellen, offene Sprechstunden und hausärztlich vermittelte Termine sind Instrumente

zur Priorisierung dringlicher Fälle, zur Vermeidung unkoordinierter Patientenwege und zur Entlastung anderer Versorgungsbereiche. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass die Verschiebung von stationär auf ambulant zu vielfach kurzfristigem Terminbedarf führen wird. Wo ambulante Steuerungsinstrumente geschwächt werden, steigt das Risiko, dass Patientinnen und Patienten entweder später versorgt werden oder auf teurere und weniger effiziente Strukturen ausweichen. Dies gilt insbesondere für ambulante diagnostische Angebote (z.B. Bildgebung, in-vitro Diagnostik), deren frühzeitiger Einsatz maßgeblich für eine effiziente Patientensteuerung ist. In systemischer Perspektive gehört dieser Themenkreis deshalb unmittelbar zu den in Abschnitt III beschriebenen extrabudgetären Leistungen: Beide dienen der Funktionsfähigkeit einer leistungsfähigen, vorausschauenden ambulanten Versorgung. Die Streichung stellt somit ein weiteres Signal gegen zusätzliche ambulante Vorhaltung dar und unterstreicht damit die bislang im Entwurf bestehende Fehlsteuerung.

Die aktuelle Evaluation der 116117-Terminservicestellen unterstreicht die praktische Relevanz dieses Arguments. Im Jahr 2024 standen in den am 116117-Terminservice teilnehmenden KVen rund 2,69 Mio. Termine im Angebot. Deutschlandweit gab es 1.504.735 Terminbuchungen bzw. berechnete Vermittlungswünsche ohne Absagen. Gegenüber 2023 stieg die Nachfrage damit um etwa 35 %. Die Streichung der Vergütungsanreize trifft somit kein randständiges Instrument, sondern eine inzwischen stark genutzte Steuerungsinfrastruktur (vgl. KBV, Evaluationsbericht 116117-Terminservice 2024, S. 7 f.).

Besonders belastbar ist der Befund für die Radiologie: Sie stellte 2024 mit 442.060 Terminen das größte Terminangebot aller Fachgruppen. Auf sie entfielen rund 19 % aller Terminbuchungen und berechtigten Vermittlungswünsche (285.312) und damit nach der Psychotherapie der zweitgrößte Nachfrageanteil. Je an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Ärztin bzw. je Arzt war die Radiologie mit durchschnittlich rund 108 Buchungen und berechtigten Vermittlungswünschen sogar die am stärksten in Anspruch genommene Fachgruppe. Zugleich wurden radiologische Termine nach der Auswertung mit einer Fristeinhaltungsquote von 99 % vermittelt (vgl. KBV, Evaluationsbericht 116117-Terminservice 2024, S. 10–13, 15).

Gerade die Radiologie hat in der Terminvermittlung eine Sonderstellung: Sie ist im Regelfall überweisungsgebunden, diagnostisch ausgerichtet und häufig Voraussetzung für die weitere Indikationsstellung, insbesondere in der Onkologie, bei ambulanten Operationen und bei zeitkritischen fachärztlichen Entscheidungen. Von einer angebotsinduzierten Mengenausweitung kann bei solchen überweisungsabhängigen Diagnostikleistungen nicht ohne Weiteres ausgegangen

werden. Eine pauschale Rückführung der TSS-Vergütung in die MGV würde deshalb ausgerechnet jene Praxen und MVZ schwächen, die dokumentiert viele Termine bereitstellen und damit die Patientensteuerung praktisch ermöglichen.

Der BBMV spricht sich daher dafür aus, die Vergütungsregelungen für Terminvermittlung und offene Sprechstunden nicht ersatzlos zu streichen, sondern gezielt weiterzuentwickeln. Naheliegend wären eine stärkere Fokussierung auf dokumentiert dringliche Fälle, regionalisierte Steuerungsinstrumente für besonders belastete Fachgruppen und eine verbesserte Evaluation anhand belastbarer Zugangsindikatoren. Die vollständige Rückführung in die MGV ist hierfür das falsche Signal.

V. Degressionsabschläge in der hausärztlichen Versorgung

Kritisch bewertet der BBMV auch die geplante Änderung des § 73b Abs. 5 SGB V. Nach dem Entwurf sollen zusätzliche Leistungen in der hausarztzentrierten Versorgung (HZV), die auf einem Anstieg der Teilnehmerzahlen beruhen, mit einem Abschlag auf die vereinbarten Preise vergütet werden. Die Vertragspartner sollen die Abschlagshöhe bis zum 31. März 2027 festsetzen. Der Gesetzgeber unterstellt damit eine allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen und verknüpft diese mit dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität (vgl. RegE BStabG 2026, S. 23, 76, 121 f.)

Diese Annahme passt nicht zur hausärztlichen Versorgungsrealität. Hausärztinnen und Hausärzte sind die kontinuierliche erste ärztliche Anlaufstelle, an der Anamnese, Verlaufskontrolle, Arzneimitteltherapie, Prävention, Koordination weiterer Behandlungsschritte und die Einordnung fachärztlicher oder stationärer Erfordernisse zusammenlaufen. Wirtschaftlichkeit entsteht hier nicht durch bloße Mengenausweitung, sondern durch strukturierte, qualitativ hochwertige Koordination und durch die Vermeidung unnötiger oder verspäteter Folgeleistungen. Gerade multimorbide, ältere und chronisch kranke Patientinnen und Patienten erzeugen mit wachsender Einschreibung keinen linearen Degressionseffekt, sondern regelmäßig einen erhöhten Koordinations- und Betreuungsaufwand.

Hinzu tritt eine innere Widersprüchlichkeit des Entwurfs. Einerseits soll in der allgemeinen hausärztlichen Versorgung nach § 87b SGB V weiterhin gelten, dass für diese Leistungen keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars angewandt werden dürfen. Andererseits

wird ausgerechnet innerhalb der HZV, also in einem besonders strukturierten und koordinationsintensiven Versorgungsmodell, ein zusätzlicher Abschlag eingeführt. Wer primärärztliche Koordination politisch stärken will, sollte selektivvertragliche Modelle mit nachgewiesenen Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsvorteilen nicht schlechter stellen als die Regelversorgung (vgl. RegE BStabG 2026, S. 23, 29.).

Die Problematik beschränkt sich nicht auf die HZV. Mit § 87a Abs. 3d SGB V-E ist zusätzlich eine Fixkostendegression bei haus- und kinderärztlichen Leistungen im Kollektivvertrag vorgesehen, sobald Ausgleichszahlungen wegen Überschreitens der hausärztlichen MGV erforderlich werden. Damit würde der erst mit dem GVSG intendierte Entbudgetierungseffekt gezielt abgeschwächt: Die vollständige Vergütung nach Euro-Gebührenordnungspreisen gälte faktisch nur innerhalb der vereinbarten Hausarzt-MGV; darüber hinaus würden Mehrleistungen nur noch abgestaffelt vergütet (vgl. Hausärztinnen- und Hausärzteverband, Stellungnahme vom 20.04.2026, S. 5).

Dies ist besonders relevant, weil MVZ, Berufsausübungsgemeinschaften und größere Praxisstrukturen gerade dort zusätzliche Kapazitäten organisieren können, wo die verbleibenden Praxen Versorgungsdefizite auffangen müssen. Eine Abschlagslogik bei Mengenausweitungen sendet das gegenteilige Signal: Wer zusätzliche Patientinnen und Patienten übernimmt, erhält für den Sicherstellungsbeitrag eine schlechtere Vergütung. Das wirkt wie eine partielle Rebudgetierung durch die Hintertür und ist mit dem Ziel eines leistungsfähigen Primärversorgungssystems unvereinbar.

Der BBMV hält es deshalb für erforderlich, auf den vorgesehenen Degressionsabschlag in der HZV zu verzichten. Falls der Gesetzgeber gleichwohl eine Nachsteuerung für erforderlich hielte, kämen allenfalls zurückhaltende, evaluierte und regional differenzierte Regelungen mit Härtefallausnahmen in Betracht. Entscheidend ist: Wirtschaftlichkeit kann im ambulanten Sektor nur gelingen, wenn hausarztzentrierte Versorgung gestärkt, planbar finanziert und weiter ausgebaut wird.

Artikel 1 Nummer 27 ist dahin zu ändern, dass in § 73b Absatz 5 SGB V nach Satz 1 lediglich der Satz „§ 71 Absatz 1 bis 3 gilt.“ eingefügt wird; die weiter vorgesehenen Sätze zum Abschlag auf die vereinbarten Preise bei steigender Teilnehmerzahl in der hausarztzentrierten Versorgung sind zu streichen. Artikel 1 Nummer 27 Buchstabe b ist entsprechend anzupassen; die Angabe „Satz 2 bis 5“ ist durch die Angabe „Satz 2“ zu ersetzen.

Ergänzend sollte Artikel 1 Nummer 32 Buchstabe d zu § 87a Abs. 3d SGB V-E gestrichen werden. Hilfsweise wären mindestens Sicherstellungs-, Unterversorgungs- und Wachstumsregionen sowie kinder- und jugendärztliche Leistungen vollständig auszunehmen. Zudem dürfte ein Abschlag nur auf der Grundlage nachgewiesener und arzt- bzw. praxisbezogen belastbarer Fixkostendegressionen vereinbart werden.

VI. Gesundheits-Check-ups und präventive Regeluntersuchungen

Der Entwurf sieht im Bereich der allgemeinen Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 SGB V keine sofortige Streichung, wohl aber einen weitreichenden Überprüfungsauftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss vor. Geprüft werden sollen Altersgrenzen, Zielgruppen, Häufigkeit, Untersuchungsinhalte, geschlechtsspezifische Besonderheiten und Zielerkrankungen. Ausdrücklich genannt wird eine mögliche Eingrenzung auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie deren Risiken und Folgeerkrankungen. In der Begründung werden die Gesundheitsuntersuchungen für Erwachsene ausdrücklich „auf den Prüfstand“ gestellt (vgl. RegE BStabG 2026, S. 10 f., 113 f.)

Der BBMV befürwortet durchaus eine evidenzbasierte Weiterentwicklung der genannten Leistungen und eine sachgerechte Evaluierung. Nicht jede breit angelegte Gesundheitsuntersuchung ist in jeder bisherigen Form zwingend beizubehalten. Der Cochrane-Review zu allgemeinen Gesundheitschecks weist zutreffend darauf hin, dass systematische Angebote wenig oder keine Effekte auf Gesamt- oder krankheitsspezifische Mortalität zeigen und mit zusätzlichen Untersuchungen und Behandlungen verbunden sein können. Daraus folgt aber nicht, dass präventive ambulante Regeluntersuchungen als kurzfristig einsparbare Leistungskategorie generell behandelt werden sollten (vgl. Krogsbøll/Jørgensen/Gøtzsche, Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, CD009009).

Entscheidend ist vielmehr, die richtige Schlussfolgerung aus der Evidenz zu ziehen. Das IQWiG hat 2024 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgearbeitet, dass gerade Personen mit höheren Gesundheitsrisiken die allgemeine Gesundheitsuntersuchung seltener nutzen. Daraus leitet das Institut nicht die Empfehlung ab, die Leistung schlicht zurückzufahren, sondern ein zielgruppengerechtes Informationsangebot zu schaffen und die Inhalte der Untersuchung fortlaufend zu evaluieren. Die Problematik liegt daher weniger im bloßen Vorhandensein des Angebots als in dessen zielgenauer Ausgestaltung und Erreichbarkeit (vgl. IQWiG, „Check-Up für den Check-Up“,

27.05.2024, der zugehörige Report ist abrufbar unter https://www.iqwig.de/download/p23-01_inanspruchnahme-allgemeine-gesundheitsuntersuchung_rapid-report_v1-0.pdf).

Hinzu kommen neuere Hinweise aus der Primärversorgung, dass der Check-up 35 sehr wohl zur Entdeckung seiner Zielerkrankungen beitragen kann. In einer 2026 veröffentlichten Studie zur Wirksamkeit des Check-up 35 in Deutschland wird ausdrücklich die Erkennungsleistung für die Zielerkrankungen untersucht. Gerade bei chronischen, initial oft symptomarmen Erkrankungen wie Hypertonie, Diabetes oder Nierenerkrankungen ist die ökonomische Bewertung nicht auf Mortalitätsendpunkte zu verkürzen. Frühere Erkennung und frühere Therapie können Folgeschäden und damit auch spätere stationäre Kosten gerade vermeiden (vgl. *Kommer et al.*, BMC Primary Care, 2026, „Effectiveness of check-up 35 for detecting targeted diseases in Germany“.)

Bei qualitätsgesicherten Screening- und Früherkennungsprogrammen, insbesondere in der radiologischen Früherkennung, sollte der Entwurf zudem klarstellen, dass eigenständig geregelte Qualitätssicherungs-, Dokumentations- und Programmvorgaben nicht durch zusätzliche pauschale Budgetgrenzen konterkariert werden. Wo bereits strenge Indikations-, Qualitäts- und Programmsteuerungen bestehen, fehlt eine belastbare Grundlage, die Leistung zusätzlich als mengengetriebenes Einsparpotenzial zu behandeln.

Der BBMV plädiert daher für eine risikoadaptierte, evidenzbasierte Fokussierung der Gesundheits-Check-ups, wendet sich aber gegen eine pauschale Leistungsbegrenzung zu Lasten der ambulanten Prävention. Ein konstruktiver Weg bestünde darin, Inhalte und Intervalle gezielt fortzuentwickeln, besonders gefährdete Gruppen besser zu erreichen und die Ergebnisse dauerhaft wissenschaftlich zu begleiten. Prävention darf nicht allein unter dem Blickwinkel kurzfristiger Ausgabensenkung bewertet werden. Das wäre auch und gerade ökonomisch verfehlt.

VII. Einnahmenorientierte Ausgabenpolitik

Die Rückkehr zu einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik ist der zentrale wirtschaftspolitische Hebel des Entwurfs. Preis- und Vergütungssteigerungen sollen sektorübergreifend an die Grundlohnrate als feste Obergrenze gebunden werden. Der Entwurf erwartet allein hieraus Einsparungen von rund 4,4 Mrd. Euro im Jahr 2027 und bis zu rund 18,8 Mrd. Euro im Jahr 2030. Der

BBMV verkennt nicht, dass eine Beitragsfinanzierung Grenzen hat. Gleichwohl ist eine solch pauschale Obergrenze für einen Transformationsprozess, der zugleich mehr Ambulantisierung, mehr Prävention und mehr Verlagerung in den ambulanten Sektor verlangt, sachlich nicht angemessen (vgl. RegE BStabG 2026, S. 2 f., 5 f., 76).

Nominale Gleichbehandlung ist nicht dasselbe wie ökonomische Vernunft. Der ambulante Sektor soll politisch mehr leisten, mehr Fälle aufnehmen, mehr Koordination übernehmen und teure stationäre Inanspruchnahme vermeiden. Zudem müssen gewisse Kostensteigerungen durch Innovationen möglich bleiben, auch wenn das GKV-System nicht die Forschung selbst finanziert. Wird sein Vergütungswachstum in derselben Starrheit begrenzt wie das anderer Bereiche, obwohl zugleich zusätzliche Transformationsleistungen erwartet werden, entsteht keine Effizienz, sondern Unterdeckung des Ausbaupfads, insbesondere in den technisch orientierten Fächern der ambulanten Versorgung mit überproportional hohem Investitionsbedarf. Das gilt umso mehr, als die Umsatzentwicklung der Praxen bereits in den vergangenen Jahren deutlich hinter der allgemeinen Kostenentwicklung zurückblieb (vgl. KBV, PraxisNachricht vom 05.06.2025; KBV-Faktenblatt „Leistungen und Kosten der ambulanten Gesundheitsversorgung“, Stand März 2026.)

Besonders deutlich wird dies im Zusammenspiel der Maßnahmen: Der Entwurf erwartet substantielle Entlastungsbeiträge aus der vertragsärztlichen Versorgung, begrenzt extrabudgetäre Leistungen, streicht Steuerungsinstrumente bei Terminen und führt in der hausärztlichen Versorgung Abschlüsse ein. Zugleich bestätigt die amtliche und wissenschaftliche Evidenz, dass die größten Einsparpotenziale gerade in der Ambulantisierung stationärer Leistungen, in der Stärkung der Primärversorgung und in präziserer ambulanter Prävention liegen. Eine ausgabenseitige Politik, die diese Funktionsbereiche dämpft, riskiert deshalb, kurzfristig nominal zu sparen und mittelfristig strukturell teurere Inanspruchnahme zu verfestigen (vgl. BMG-Hintergrundpapier vom 26.04.2026, S. 1; WlO-Analyse vom 02.12.2025; OECD, Health at a Glance 2023, Kapitel „Ambulatory surgery“).

VIII. Gesamtbewertung und Petikum

Der BBMV tritt deshalb für eine andere Prioritätensetzung ein: versicherungsfremde Leistungen sind sachgerecht aus Steuer- oder Bundesmitteln zu finanzieren. Bei erwiesenen Fehlanreizen sind gezielte Korrekturen möglich. Echte Effizienzreserven sind vor allem dort zu heben, wo stationäre Leistungen in qualitativ hochwertige ambulante Strukturen verlagert oder durch gute ambulante Versorgung vermieden werden können. Daraus folgt allem voran, dass das ambulante Operieren zu begünstigen ist, statt es zu drosseln (vgl. insbesondere den konkreten Änderungsvorschlag unter III.7.). Beitragssatzstabilität ist ein legitimes Ziel. Sie wird aber nicht dadurch erreicht, dass man die wirtschaftlichere Versorgungsstufe schwächt.

Der BBMV erklärt seine Bereitschaft, an einer finanziell tragfähigen, qualitativ hochwertigen und patientenschützenden Weiterentwicklung des Systems konstruktiv mitzuwirken. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass der Gesetzgeber die ambulante Versorgung nicht als disponiblen Sparpuffer behandelt, sondern als zentralen Träger von Effektivität, Effizienz und damit letztlich gesamtsystemische Wirtschaftlichkeit. Der Regierungsentwurf sollte deshalb in den oben genannten Punkten grundlegend überarbeitet werden.