

## Stellungnahme der Deutschen Diabetes Gesellschaft zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-BStabG)

### 1. Überblick: Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz

#### 1.1 Ausgangslage und Zielsetzung

Die GKV steht vor einer strukturellen Deckungslücke, die nach Angaben des BMG ohne Gegenmaßnahmen bis 2030 auf rund 40 Milliarden Euro anwachsen würde. Der Gesamtbeitragssatz drohte auf bis zu 19,3 Prozent zu steigen. Das GKV-BStabG soll die Beitragssätze ab 2027 dauerhaft stabilisieren. Die Grundarchitektur des Gesetzes beruht auf einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik: Alle Vergütungssteigerungen für Leistungserbringenden werden durch die sogenannte Grundlohnrate gedeckelt – also die jährliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen je GKV-Mitglied, prognostiziert bei rund 3 Prozent. Für die Jahre 2027 bis 2029 wird zusätzlich ein Abschlag von 1 Prozentpunkt vorgenommen, so dass reale Vergütungssteigerungen von maximal etwa 2 Prozent möglich wären.

#### 1.2 Struktur des Maßnahmenpakets

Das Entlastungsvolumen von ~20 Mrd. € (2027) aufwachsend auf ~43 Mrd. € (2030) verteilt sich auf folgende Säulen:

| Maßnahmenbereich  | 2027        | 2028        | 2030        |
|---|-------------|-------------|-------------|
| Einnahmenorientierte Ausgabenpolitik (Vergütungsdeckel) | 11,8 Mrd. € | 17,3 Mrd. € | 30,9 Mrd. € |
| Streichung Sondervergütungen                            | 4,9 Mrd. €  | 9,8 Mrd. €  | 21,0 Mrd. € |
| Sonstige Maßnahmen Leistungserbringer                   | 3,5 Mrd. €  | 3,8 Mrd. €  | 4,3 Mrd. €  |
| Patient*innen (Leistungsanpassungen + Zuzahlungen)      | 3,8 Mrd. €  | 4,0 Mrd. €  | 4,4 Mrd. €  |
| Mehreinnahmen (Arbeitgeber*innen, Versicherte)          | 3,2 Mrd. €  | 3,9 Mrd. €  | 5,6 Mrd. €  |

### 2. Auswirkungen auf die ambulante Diabetologie

#### 2.1 Vergütungsdeckel: Grundlohnrate als Obergrenze

Das Kernstück des Gesetzes – die Begrenzung aller Vergütungsanpassungen auf die Grundlohnrate (~3%, mit Abschlag bis 2029: ~2%) – betrifft die ambulante Diabetologie in mehrfacher Hinsicht:

- EBM-Orientierungswert gedeckelt: Der Orientierungswert im EBM, der die Grundlage für die Kalkulation ärztlicher Honorare bildet, darf künftig nicht mehr über die Grundlohnrate hinaus ansteigen. Da die Kostenentwicklung in Arztpraxen (Personal, Energie, Miete, Medizintechnik) strukturell oberhalb der Grundlohnrate liegt, entsteht möglicherweise eine reale Unterfinanzierung.
- Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV): Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV), aus der Diabetolog\*innen und hausärztliche Versorger\*innen mit Diabetesschwerpunkt vergütet werden, wird ebenfalls durch die Grundlohnrate begrenzt. Eine Anpassung an steigende Fallzahlen – etwa durch die demografisch bedingte Zunahme von Typ-2-Diabetes – ist damit strukturell nicht mehr möglich.

- Extrabudgetäre Leistungen begrenzt: Extrabudgetäre Vergütungen, die in den letzten Jahren einen wachsenden Anteil der diabetologischen Honorare ausgemacht haben (z.B. DMP-Pauschalen, Langzeitbetreuungspauschalen), werden begrenzt: Das Gesetz sieht explizit vor, den Anstieg des extrabudgetär vergüteten Ausgabenvolumens zu deckeln.
- Hausarztzentrierte Versorgung (HzV): Auch die hausarztzentrierte Versorgung (HzV), in der viele Patient\*innen mit Typ-2-Diabetes betreut werden, unterliegt künftig der Grundlohnrate. Zusätzlich wird ein Abschlag zur Berücksichtigung der Fixkostendegression eingeführt.

Zitat aus dem Referentenentwurf

*„Im Bereich der Vertragsärzte wird die Höhe der Anpassung sowohl des Orientierungswertes als auch des Punktwertes zur Stärkung der Wirtschaftlichkeit durch die Grundlohnrate als feste Obergrenze begrenzt.“*  
(Referentenentwurf BStabG, S. 56)

## **2.2 Streichung von Sondervergütungen**

Das Gesetz streicht gezielt Vergütungen, die nach Einschätzung des Bundesgesundheitsministeriums als nicht zielgenau oder als Mitnahmeeffekte eingestuft werden. Für die ambulante Diabetologie relevant sind insbesondere:

- Terminvermittlungszuschläge gestrichen: Zuschläge für zeitnahen Behandlungsbeginn nach KV-Terminvermittlung werden gestrichen. Diabetologische Schwerpunktpraxen, die über die Terminservicestellen frequentiert werden, könnten damit einen Teil ihrer Einnahmen verlieren.
- Offene Sprechstunde nicht mehr extrabudgetär: Die extrabudgetäre Vergütung der offenen Sprechstunde wird abgeschafft. Diabetologische Schwerpunktpraxen, die zeitintensive, ungeplante Versorgung leisten (akute Hypoglykämien, Entgleisungen, Wundversorgung), werden hierdurch wirtschaftlich belastet.
- ePA-Befüllungspauschale gestrichen: Die gesonderte Vergütung der ePA-Befüllung wird gestrichen. Gerade in der Diabetologie ist die strukturierte Dokumentation (HbA1c-Verläufe, CGM-Daten, DMP-Status) sehr aufwändig und zeitintensiv – dieser Aufwand wird künftig nicht mehr separat vergütet. Darüber hinaus ist es strategisch kontraproduktiv in der Versorgung einerseits die Digitalisierung zu wünschen und vorantreiben zu wollen, andererseits aber bei konkreten Bestrebungen und Umsetzungsmaßnahmen den Rotstift anzusetzen. Hierbei verweisen wir auf unsere Aussagen zu einem Digitalen DMP (dDMP) <https://www.ddg.info/politik/stellungnahmen/digitales-dmp-diabetes-ddmp-impulspapier-ddg>.
- Innovationsfonds auf 100 Mio. € halbiert: Der Innovationsfonds wird von 200 auf 100 Mio. € jährlich halbiert und ausschließlich aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert. Diabetesbezogene Versorgungsforschungsprojekte, wie z.B. digitale Diabetesmanagement-Programme zur transsektoralen Versorgung, fallen dann möglicherweise weg. Auch hier wird das Potenzial zur tatsächlichen Weiterentwicklung des Gesundheitssystems und zu damit verbundenen Sparmöglichkeiten in der Zukunft eingeschränkt.

Es besteht die Gefahr einer Schwächung der ambulanten Diabetesversorgung, da die Kombination aus Vergütungsdeckel und Streichung von Sondervergütungen dazu führt, dass diabetologische Schwerpunktpraxen und MVZ mit Diabetesschwerpunkt in eine strukturelle Unterfinanzierung geraten. Praxen, die hochkomplexe Diabetespatient\*innen versorgen (Menschen mit Typ-1-Diabetes, CGM-Nutzer\*innen, Patient\*innen mit Insulinpumpentherapie oder Diabetischem Fußsyndrom), sind besonders betroffen, da ihr Aufwand pro Fall deutlich über dem Durchschnitt liegt, die Vergütung aber budgetär begrenzt bleibt.

### 2.3 Auswirkungen auf DiGA und digitale Diabetesversorgung

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) spielen in der Diabetologie eine wachsende Rolle – sowohl zur Unterstützung des Selbstmanagements (z.B. zertifizierte DiGA für Diabetes-Typ-2-Management) als auch für CGM-Integration. Das BStabG greift hier zweifach ein:

- DiGA-Vergütung gedeckelt: Für DiGA wird ein einheitlicher Höchstbetrag als Auffangwert eingeführt, der die Vergütung im ersten Jahr der Erstattung begrenzt. Diabetesbezogene DiGA könnten dadurch trotz hohem Nutzungsvolumen keine auskömmliche Vergütung erzielen.
- Mengenabschlag benachteiligt Diabetes-DiGA: Eine neue Abstufungsregelung sieht vor, dass die Vergütung mit steigenden Abgabemengen sinkt. Da DiGA in der Diabetologie aufgrund der hohen Patientenzahlen, besonders häufig verordnet werden, trifft sie dieser Mengenabschlag ggf überproportional.
- Innovationsfonds: Wegfall diabetologischer Forschungsprojekte: Die Halbierung des Innovationsfonds gefährdet die Entwicklung neuer Versorgungsmodelle in der Diabetologie, darunter AID-System-Schulungsprogramme, Telemedizin-gestützte Langzeitbetreuung und CGM-basierte Präventionsansätze.

### 2.4 Erhöhte Patientenzuzahlungen: Konsequenzen für Diabetespatient\*innen

Das BStabG sieht eine Anhebung der Zuzahlungsbeträge um 50 Prozent vor (von 5 auf 7,50 € Mindest-, von 10 auf 15 € Höchstzuzahlung), zudem dynamisierte Fortschreibung mit der Grundlohnrate. Dies trifft Diabetespatient\*innen besonders stark:

| Belastung Diabetespatienten  | Schutzregelung (begrenzt wirksam)   |
|--|---|
| Verbrauchsmaterialien (Teststreifen, Lanzetten, Katheter, Pods für Insulinpumpen) unterliegen der Zuzahlungserhöhung<br>CGM-Sensoren sind Hilfsmittel: Zuzahlung steigt auf bis zu 15 € pro Verordnung<br>Insuline und orale Antidiabetika: Arzneimittelzuzahlung steigt auf 7,50–15 € je Packung<br>Schulungsmaßnahmen (z.B. DTTP, BASE, HyPOS): Zuzahlungen für ambulante Maßnahmen erhöht<br>Stationäre Aufenthalte: Tageszuzahlung für Krankenhausaufenthalt steigt auf 15 €/Tag | Chroniker-Regelung:<br>Zuzahlungsbelastungsgrenze bei 1% des Bruttoeinkommens bleibt erhalten<br>Für DMP-ingeschriebene Patienten gelten ermäßigte Zuzahlungen<br>Zuzahlungsbefreiung für Geringverdiener bleibt bestehen<br>Kinder und Jugendliche (unter 18 Jahre) sind von Zuzahlungen befreit |

Die DDG sieht diesbezüglich die Therapiemotivation von Patient\*innen sowie die Versorgungsqualität in Gefahr. Patient\*innen mit niedrigem Einkommen könnten *bereits vor* Erreichen der Grenze Verordnungen und Termine aufschieben oder vermeiden, da sie hohe Zuzahlungen befürchten. Chronisch kranke Menschen mit höheren Einkommen werden ungebührlich hoch belastet, da die schiere Menge an Verordnungen (Verbrauchsmaterialien, Antidiabetika etc.) zu vielen Zuzahlungen führt.

### 3. Auswirkungen auf die stationäre Diabetologie

#### 3.1 Deckelung des Landesbasisfallwerts (LBFW)

Der Landesbasisfallwert ist der zentrale Preishebel im DRG-Vergütungssystem – er bestimmt den Basispreis aller stationären Behandlungen. Bisher galt: Der LBFW-Anstieg durfte den jeweils höheren Wert aus Grundlohnrate oder Orientierungswert nicht überschreiten. Das BStabG kehrt diese Logik um:

Zitat aus dem Referentenentwurf

*„Die Obergrenze bildet zukünftig die tatsächliche Kostenentwicklung (Orientierungswert), sofern diese die mittlere Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung (Grundlohnrate) nicht überschreitet.“ (Referentenentwurf BStabG, S. 55)*

Für die stationäre Diabetologie bedeutet dies nach unserer Einschätzung:

- Personalintensive Zentren strukturell unterfinanziert: Zertifizierte Diabeteszentren (DDG-Zertifizierung) arbeiten personalintensiv mit interdisziplinären Teams (Diabetolog\*in, Diabetesberater\*in, Wundmanager\*in, Ernährungsberater\*in, Psycholog\*in). Die Personalkosten steigen durch Tarifverhandlungen stärker als die Grundlohnrate – eine Refinanzierung ist nicht mehr vollständig möglich.
- DRG-Bewertung real sinkend: DRG-Bewertungsrelationen für typische diabetologische Fälle (z.B. E11.x für Typ-2-Diabetes mit Komplikationen, E10.x für Typ-1-Diabetes, L97.x für das Diabetische Fußsyndrom) werden durch den gedeckelten LBFW real entwertet.
- Tarifrefinanzierung gestrichen: Die vollständige Refinanzierung von Tariflohnerhöhungen auch über die Grundlohnrate hinaus entfällt. Diabeteszentren mit hohem Fachpflegeanteil sind besonders betroffen, da der Fachkräftemangel zu überproportionalen Lohnsteigerungen zwingt.

#### 3.2 Pflegebudget: Wachstumsstopp mit Folgen

Das Pflegebudget, das seit 2020 separat vom DRG-System verhandelt wird, wird auf die Grundlohnrate als Obergrenze beschränkt. Ein darüberhinausgehender Aufbau von Pflegepersonal ist nicht mehr möglich, es sei denn, gesetzliche Normen oder G-BA-Beschlüsse erfordern dies ausdrücklich.

- Spezialpflegepersonal nicht mehr ausbaubar: Diabetologische Stationen benötigen speziell geschultes Pflegepersonal für Insulinmanagement, CGM-Auswertung, Hypoglykämieprophylaxe und Patientenschulung. Der Aufbau dieses Personals wird durch den Wachstumsstopp des Pflegebudgets verhindert.
- Pflegeentlastungspauschale gestrichen: Die Streichung der pauschalen Finanzierung pflegeentlastender Maßnahmen (2,5 Prozent des Pflegebudgets) trifft auch Diabeteszentren, die auf diese Mittel für Diabetesberater\*innen angewiesen sind.
- Diabetesberatung in Gefahr: Aus dem Pflegebudget wurden vielerorts auch Stellen für Diabetesberater\*innen finanziert. Diese Stellen sind nun in ihrer Finanzierbarkeit gefährdet.

#### 3.3 Kurzzeitfallpauschalen und Ambulantisierungsdruck

Das Gesetz führt sogenannte Kurzzeitfallpauschalen (KZP) ein – neue DRG-Vergütungsstufen für Fälle mit maximal zwei Übernachtungen. Damit soll Ambulantisierungspotenzial erschlossen werden. Für die stationäre Diabetologie ergibt sich hieraus:

- Verdrängung aus dem stationären Bereich: Viele stationäre Diabetesbehandlungen (strukturierte Schulungen, Umstellung auf neue Insulinregime, Ersteinstellung Insulinpumpe, Diabetisches Fußsyndrom Grad I-II) werden unter Druck gesetzt, in den ambulanten oder kurzstationären Bereich verlagert zu werden, obwohl die ambulante Infrastruktur dafür vielerorts fehlt.
- Niedrigere Vergütung für Kurzlieger: Kurzzeitfallpauschalen sollen tendenziell niedriger kalkuliert werden als die bisherigen Vollpauschalen – damit wird die stationäre Diabetesbehandlung in diesem Segment real schlechter vergütet.
- Ambulantisierungsdruck ohne Infrastrukturfinanzierung: Die Vertragsparteien auf Bundesebene sollen prüfen, ob Fälle mit Kurzzeitpauschalen auch ambulant erbracht werden könnten (§ 115b SGB V) – was eine weitere Verlagerung aus dem stationären in den ambulanten Bereich bedeutet, ohne dass eine entsprechende Kapazitätserweiterung im ambulanten Bereich finanziert wird.

Die DDG sieht die wirtschaftliche Existenz von Diabeteszentren gefährdet. Die Kombination aus LBFW-Deckelung, Pflegebudgetbremse, Streichung pflegeentlastender Pauschalen und dem neuen Kurzzeitfallpauschalen-System gefährdet die wirtschaftliche Existenz von DDG-zertifizierten Diabeteszentren und Universitätskliniken mit diabetologischem Schwerpunkt. Häuser, die Hochrisikopatienten (Typ-1-Diabetes, AID-Ersteinstellung, Diabetisches Fußsyndrom III-IV, diabetische Ketoazidose) versorgen, können diese Leistungen mittelfristig nicht mehr kostendeckend erbringen.

#### **4. Bedrohung der diabetologischen Weiterbildung**

##### **4.1 Direkte Auswirkungen auf Weiterbildungsstrukturen**

Die diabetologische Weiterbildung in Deutschland findet überwiegend in spezialisierten Praxen, MVZ und Klinikambulanzen statt, die entsprechend ermächtigt sind. Das BStabG berührt diese Strukturen auf mehreren Wegen:

- Weiterbildungsambulanzen unter Vergütungsdruck: Weiterbildungsambulanzen (formale Ermächtigungsstrukturen) unterliegen der Grundlohnrate als Vergütungsobergrenze. Da Weiterbildung mit erhöhtem Zeitaufwand pro Patient\*in verbunden ist (Supervision, Dokumentation, Lehrvisiten), entstehen strukturell ungedeckte Kosten.
- Krankenhäuser verlieren Spielraum für Weiterbildungsfinanzierung: In Krankenhäusern wird die Finanzierung der ärztlichen Weiterbildungsassistent\*innen durch den LBFW-Deckel und die Tarifierfinanzierungskürzung belastet. Viele Krankenhäuser finanzieren Weiterbildungsassistent\*innen über Pooling aus DRG-Erlösen – diese Möglichkeit schrumpft.
- Diabetesberater\*innen-Ausbildung gefährdet: Das Pflegebudget darf nicht mehr frei wachsen – damit entfällt eine Finanzierungsquelle für DDG-zertifizierte Diabetesberater\*innen

##### **4.2 Indirekte Auswirkungen durch wirtschaftliche Erosion**

Wenn diabetologische Schwerpunktpraxen, MVZ und Kliniken wirtschaftlich unter Druck geraten, gefährdet dies die gesamte Infrastruktur der Weiterbildung:

| Wirtschaftliche Erosion →<br>Weiterbildungsverlust  | Langfristige Konsequenzen   |
|---|---|
| <p>Schwerpunktpraxen reduzieren Kapazitäten oder schließen – damit entfallen Weiterbildungsstellen<br/>Krankenhäuser schließen diabetologische Fachabteilungen – Weiterbildungsermächtigung verfällt<br/>MVZ mit Diabetesschwerpunkt können sich keine*n Weiterbildungsassistent*in mehr leisten<br/>Zertifizierungsaufwand (DDG) wird ökonomisch nicht mehr getragen</p> | <p>Nachwuchsmangel in der Diabetologie verschärft sich<br/>Facharztkompetenz Innere Medizin mit Schwerpunkt Diabetologie nimmt ab<br/>Unterversorgung in ländlichen Regionen beschleunigt sich<br/>Internationaler Wissenstransfer (EASD, ADA) verliert Anbindung an deutsche Versorgungsrealität</p> |

Deutschland steht bereits heute vor einem Mangel an Diabetolog\*innen: Die Zahl der niedergelassenen Diabetolog\*innen ist rückläufig, während die Diabetesprävalenz drastisch steigt. Das BStabG verschärft diesen Trend durch die wirtschaftliche Schwächung der Weiterbildungsstrukturen. Es besteht die konkrete Gefahr, dass diabetologische Weiterbildungsstellen nicht mehr besetzt werden können, weil die Trägerinstitutionen sie sich nicht mehr leisten können.

### 5. Synoptische Bewertungsmatrix

Die folgende Tabelle fasst die wesentlichen Maßnahmen des BStabG und ihre spezifischen Auswirkungen auf die Diabetologie zusammen:

| Maßnahme  | Bereich                 | Auswirkung Diabetologie  | Auswirkungs-<br>niveau |
|---|-------------------------|--|------------------------|
| Vergütungsdeckel<br>(Grundlohnrate ~2-3%)       | Ambulant +<br>Stationär | EBM-Honorar, DRG-LBFW,<br>DMP-Pauschalen<br>unterfinanziert; realer<br>Einkommensverlust für<br>Diabetolog*innen | HOCH                   |
| Streichung offene<br>Sprechstunde extrabudgetär | Ambulant                | Diabetologische<br>Akutversorgung (Hypos,<br>Entgleisungen) verliert<br>Finanzierung                             | HOCH                   |
| Streichung<br>Terminvermittlungszuschlag        | Ambulant                | Einnahmeverlust für<br>Schwerpunktpraxen; Zugang<br>über KV-Terminservice<br>schlechter finanziert               | MITTEL                 |
| Streichung ePA-<br>Befüllungspauschale          | Ambulant                | Aufwändige<br>Diabetesdokumentation<br>(HbA1c, CGM, DMP) nicht<br>mehr vergütet                                  | MITTEL                 |

|  |                   |   |           |
|--|-------------------|---|-----------|
| DiGA-Höchstbetrag + Mengenabschlag           | Ambulant          | Diabetes-DiGA verlieren Wirtschaftlichkeit trotz hoher Patientenzahl                  | MITTEL    |
| Pflegebudget-Deckelung                       | Stationär         | Diabetesspezifisches Pflegepersonal nicht mehr ausbaubar;<br>Schulungskapazität sinkt | HOCH      |
| Streichung Pflegeentlastungspauschale (2,5%) | Stationär         | Finanzierung von Diabetesberatern aus Pflegebudget nicht mehr möglich                 | HOCH      |
| Tarifrefinanzierung gestrichen               | Stationär         | Überproportionale Lohnkosten in Diabeteszentren nicht mehr refinanziert               | HOCH      |
| Kurzzeitfallpauschalen / Ambulantisierung    | Stationär         | Druck auf Verlagerung stationärer Diabetesbehandlung ohne ambulante Kapazitäten       | MITTEL    |
| Zuzahlungserhöhung +50%                      | Patienten         | Diabetespatienten: höhere Kosten für Insulin, Hilfsmittel, CGM, Schulungen            | SEHR HOCH |
| Krankengeld -5 Prozentpunkte                 | Patienten         | Chronisch kranke Diabetiker mit AU-Zeiten verlieren Einkommenssicherung               | MITTEL    |
| Innovationsfonds auf 100 Mio. €              | Forschung/Bildung | Versorgungsforschung Diabetes, DiGA-Entwicklung, Schulungskonzepte wegfallend         | MITTEL    |
| Weiterbildungsambulanz-Vergütung gedeckelt   | Weiterbildung     | Zeitintensive Supervision nicht mehr kostendeckend finanzierbar                       | HOCH      |
| Wirtschaftl. Erosion Weiterbildungsträger    | Weiterbildung     | Schwerpunktpraxen/Kliniken können keine Assistenten mehr finanzieren                  | SEHR HOCH |

## **Fazit**

Das GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz verfolgt ein legitimes Ziel: die langfristige Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung zu sichern. Es fehlt jedoch eine Schutzarchitektur für hochspezialisierte, qualitätsintensive und chronisch-kranken-fokussierte Versorgungsbereiche wie die Diabetologie.

Die Grundlohnrate als universelle Vergütungsobergrenze ist für Bereiche wie die Diabetologie strukturell ungeeignet: Die Kostenentwicklung in der hochspezialisierten Diabetesversorgung – geprägt von Fachpersonalkosten, aufwändiger Dokumentation, Technologieeinsatz (CGM, AID) und intensiver Patientenschulung – übersteigt die gesamtwirtschaftliche Lohnentwicklung strukturell und dauerhaft.

Die Kumulation aus Vergütungsdeckel, Sondervergütungsstreichungen, Pflegebudgetbremse, Zuzahlungserhöhungen und Innovationsfondskürzung wird die diabetologische Versorgungslandschaft in Deutschland nachhaltig verändern – zum Nachteil der Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus, von denen es derzeit über 9 Millionen in Deutschland gibt.

Das BStabG bedroht – wenn unverändert in Kraft gesetzt – sowohl die ambulante als auch die stationäre Diabetologie in ihrer wirtschaftlichen Grundlage. Die diabetologische Weiterbildung ist durch wirtschaftliche Erosion der Trägerinstitutionen mittelbar in ihrer Existenz gefährdet. Ohne spezifische Schutzklauseln für hochspezialisierte, qualitätszertifizierte Versorgungsbereiche droht ein struktureller Rückbau der Diabetesversorgung in Deutschland, der langfristig die Krankheitslast und Folgekosten für das gesamte Gesundheitssystem erhöhen wird.

Um die langfristige Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung zu sichern und gleichzeitig die diabetologische Versorgung zu sichern, sind alternative Maßnahmen empfohlen. Hier ist zu nennen: die Finanzierung der Krankenversicherungsbeiträge für Bürgergeld-Empfänger vollständig durch Steuerfinanzierung, um die Beitragszahler der gesetzlichen Krankenversicherung zu entlasten.

Neben inhaltlicher Kritik möchten wir anmerken, dass uns der Referentenentwurf erst 4 Tage nach der eh extrem kurzen Stellungnahmefrist erreichte und wir keine Möglichkeit hatten, fristgerecht zu antworten.

Berlin, 2026-04-22