Stellungnahme
der Bundesärztekammer

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz) (BT-Drs. 21/6130 vom 26.05.2026)

Berlin, 18.06.2026

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Inhaltsverzeichnis

1. Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs ... 4
2. Vorbemerkung ... 7
3. Stellungnahme im Einzelnen ... 7
Außerordentliche Anhebung der Versicherungspflichtgrenze im Jahr 2027 um 3.600 Euro ... 7
Artikel 1 Nr. 5 Buchstabe b (§ 6 SGB V-E) ... 7
Ausschluss von homöopathischen und anthroposophischen Leistungen als Satzungsleistungen ... 8
Artikel 1 Nr. 8 (§ 11 Absatz 7 Satz 4 SGB V-E) ... 8
Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten ... 8
Artikel 1 Nr. 9 (§ 25 SGB V-E) ... 8
Zweitmeinungs-Verfahren ... 10
Artikel 1 Nr. 10 (§ 27b SGB V-E) ... 10
Teilarbeitsunfähigkeit ... 11
Artikel 1 Nr. 17 (§ 44c SGB V-E) ... 11
Globale Begrenzung der Vergütungsanstiege ... 12
Artikel 1 Nr. 25 Buchstabe b (§ 71 SGB V-E) ... 12
Geplante Maßnahme: Streichung extrabudgetäre Zusatzvergütung Organspendeberatung ... 14
Nummer 31 Doppelbuchstabe bb (§ 87 SGB V-E) ... 14
Streichung der Vergütung für die Erstbefüllung und Aktualisierung der elektronischen Patientenakte (ePA) ab 2027 ... 14
Artikel 1 Nr. 31 c (§ 87 SGB V-E) ... 14
Streichung der Vergütungsregelungen für TSVG-Konstellationen und Rückführung in die MGV für Leistungen in TSVG-Konstellationen ... 15
Artikel 1 Nr. 31 Buchstabe d) Doppelbuchstabe aa) und Buchstabe e) Doppelbuchstabe aa) (§ 87 SGB V-E) sowie Nr. 32 Buchstabe b) (§ 87a SGB V-E) ... 15
Streichung Zuschläge Kurzzeittherapie (KZT) bei ambulanter Psychotherapie ... 17
Artikel 1Nr. 31 (§ 87 Absatz 2c SGBV-E) ... 17
Innovationsfonds, Fördergrundlagen ... 17
Artikel 1 Nr. 37 (§92a SGBV-E) ... 17
Einführung von Ausnahmen vom „dynamischen Herstellerabschlag“ ... 18
Artikel 1 Nr. 48 Buchstabe a, (§ 130a SGB V-E) ... 18
Erstattungsbeträge für Arzneimittel (Abschaffung der „Leitplanken“) ... 19
Artikel 1 Nr. 49 Buchstabe c, (§ 130b SGB V-E) ... 19

Beteiligung des Bundes an Aufwendungen, Beiträge für Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherungsgeld 20
Artikel 1 Nr. 60 (§ 221 SGB V-E) zusammen mit Artikel 1 Nr. 62 (§ 232a SGB V-E) 20
Außerordentliche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze im Jahr 2027 um 3.600 Euro 21
Artikel 1 Nr. 61 (§ 223 Absatz 4 SGB V-E) 21
Anpassung der Prüfquoten und Schwellenwerte bei Krankenhausabrechnungen, Erweiterung des MD-Prüfauftrags und Stärkung des Falldialogverfahrens, Prüfquoten des Medizinischen Dienstes 22
Artikel 1 Nr. 66 (§ 275c SGB V-E) 22
Evaluation des Gesetzes 23
Artikel 1 Nr. 71 (§ 430 SGB V-E Neu) 23
Reduzierung der Refinanzierung von Tarifsteigerungen in somatischen Krankenhäusern 24
Artikel 3 Nr. 7 Buchstabe c (§ 10 KHEntgG-E) 24
Änderung der Bundespflegesatzverordnung 25
Artikel 5 § 3b Abs. 4 BPflV 25
Streichung der Meistbegünstigungsklausel 25
Artikel 3 Nr. 6 Buchstabe b (§ 9 Absatz 1b KHEntgG_E) 25
Einführung von DRG-Kurzzeitfallpauschalen 26
Artikel 4 (§ 17b Absatz 3 SGB V-E) 26
4. Ergänzender Änderungsbedarf 26
Abschaffung des Orphan-Privilegs: Bericht der Finanzkommission Gesundheit (Empfehlung Nr. 40) 26
Realisierung von Einspareffekten auf Seiten der gesetzlichen Krankenkassen durch die Digitalisierung bestehender Prozesse 27

1. Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs

a) Allgemeine Einordnung

Die Bundesärztekammer unterstützt grundsätzlich die Zielsetzung der Bundesregierung, das Gesundheitssystem so auszurichten, dass die **Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ihre Einnahmen nicht dauerhaft übersteigen**. Dieses richtige Ziel darf allerdings nicht vereinfacht mit einer „einnahmenorientierten Ausgabenpolitik“ gleichgesetzt werden.

Denn ein solidarisches Gesundheitssystem muss seine Leistungen am medizinisch erforderlichen Versorgungsbedarf der Bevölkerung ausrichten. Eine pauschale Ausgabenbegrenzung in allen Versorgungsbereichen wird der medizinischen Realität nicht gerecht. Unausgewogene Kürzungen können Verwerfungen in der Versorgung auslösen, die langfristig sogar zu steigenden Kosten führen können.

Die Herausforderung in der aktuellen Lage des Gesundheitswesens besteht darin, einerseits weiter steigende Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung abzuwenden und zugleich für eine qualitativ hochwertig, bedarfsgerechte, und flächendeckend zugängliche Gesundheitsversorgung zu sorgen. Beide Ziele sind nicht nur für das Gesundheitswesen selbst, sondern auch für den gesellschaftlichen Zusammenhalt und die wirtschaftliche Stabilität in Deutschland von besonderer Bedeutung.

Die Bundesärztekammer hat bereits frühzeitig Wege aufgezeigt, wie in dieser Lage finanzielle Stabilität und gute Versorgung in Einklang gebracht werden können. Die Bundesärztekammer hat vorgeschlagen, kurzfristig Maßnahmen zu ergreifen, die ordnungs- und gesundheitspolitisch ohnehin überfällig sind.

Dazu gehört insbesondere die vollständige Refinanzierung der Behandlungskosten für Bürgergeldbeziehende aus dem Bundeshaushalt, aber auch erhöhte Verbrauchssteuern auf ungesunde Substanzen mit hohen volkswirtschaftlichen Folgekosten wie Alkohol, Nikotin und Zucker.

Auf diese Weise wäre eine Stabilisierung der GKV-Beitragssätze möglich, bis die unbedingt notwendigen Strukturreformen im Gesundheitswesen ihre Wirkung entfalten können (insbesondere Krankenhausreform, Notfallreform, Einführung eines ärztlich geprägten Primärversorgungssystems, Reform der Arzneimittelpreisbildung). Bei richtiger Umsetzung führen diese Reformen nicht nur zu einer besseren Versorgung, sondern auch zu deutlichen Einsparungen.

Die Bundesärztekammer hat außerdem empfohlen, so schnell wie möglich auch eine grundlegende Neuausrichtung durch einen politikfeldübergreifenden Präventionsansatz auf den Weg zu bringen, um damit auch langfristig die Krankheitslast und die Behandlungskosten zu senken.

Die Bundesregierung ist diesen Vorschlägen nicht gefolgt. Stattdessen liegt nun ein reines Spargesetz vor. Der Bund wird seiner finanziellen Verantwortung für die versicherungsfremden Leistungen weiterhin nicht gerecht. Stattdessen belastet das Gesetz insbesondere diejenigen überproportional, die die Versorgung leisten. Dem Gesundheitswesen wird sogar einen Beitrag zur Stabilisierung des Bundeshaushalts abverlangt.

Die Sparmaßnahmen werden die Entwicklung und Umsetzung der eigentlich erforderlichen strukturellen Reformen erheblich erschweren. Damit steht die langfristige Stabilisierung des Gesundheitssystems in Frage, die eigentlich das Ziel aller Bemühungen sein sollte. Nicht zuletzt können die jetzt geplanten Sparmaßnahmen nicht ohne Auswirkungen auf die Patientenversorgung bleiben.

b) Zentrale Kritikpunkte

Die Spannungsfelder, die sich aus einer einseitigen Orientierung an einer Begrenzung von Ausgaben ergeben, werden an mehreren Regelungen des Gesetzentwurfs sichtbar:

So sind offene Sprechstunden und die Vermittlung von Terminen über die Plattform „116117“ wichtige Instrumente für einen zeitnahen Zugang zur fachärztlichen Versorgung. Sie sollten deshalb zumindest so lange erhalten bleiben, bis tragfähige strukturelle Reformen greifen. Zudem fallen die geplanten **Kürzungen in der ambulanten Versorgung** in eine Zeit stark steigender Kosten für die Praxisführung, etwa durch Inflation, höhere Personalausgaben und wachsende Betriebskosten. Dadurch droht eine zunehmende Schieflage zwischen dem tatsächlichen Versorgungsbedarf und den finanziellen Rahmenbedingungen im ambulanten Bereich. In der Folge ist zu erwarten, dass Wartezeiten länger werden und ambulante Leistungen faktisch eingeschränkt werden.

Im stationären Bereich wird die **Streichung der vollständigen Refinanzierung von Tarifsteigerungen** der Beschäftigten vor dem Hintergrund der bestehenden hohen Arbeitsbelastung, des ausgeprägten Fachkräftemangels sowie der besonderen Qualifikationsanforderungen die Attraktivität einer Tätigkeit in der Patientenversorgung zusätzlich beeinträchtigen. Bereits bestehende Personalengpässe werden weiter verschärft. Diese und die weiteren im stationären Bereich geplanten Maßnahmen setzen die Krankenhäuser in der Zeit der Transformation durch die Umsetzung der Krankenhausreform finanziell unter Druck und riskieren damit, dass sich die ungesteuerte Bereinigung der Krankenhausversorgung über Insolvenzen fortsetzt.

Der Gesetzentwurf sieht die Rückführung relevanter Leistungen aus der extrabudgetären Versorgung in die sogenannte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (Budgetierung) vor. Dies wird die Versorgung belasten. Besonders unverständlich ist dies mit Blick auf die **Vergütungen für Vorsorgeleistungen**. Gerade bei Vorsorgeleistungen ist eine steigende Inanspruchnahme ausdrücklich gewollt. Prävention dient der frühzeitigen Erkennung und Vermeidung von Erkrankungen und trägt langfristig zur Entlastung des Gesundheitssystems bei. Eine finanzielle Begrenzung der Vergütung setzt daher falsche Anreize und gefährdet den Ausbau präventiver Versorgung.

Kritisch sieht die Bundesärztekammer auch das geplante **verpflichtende Zweitmeinungsverfahren**. Denn bisher fehlt die Evidenz für die Wirksamkeit von Zweitmeinungsverfahren. Dies hat auch die Finanzkommission Gesundheit festgestellt. Sie hat empfohlen, die verpflichtende Zweitmeinung zunächst nur für eine Indikation einzuführen, dann die Auswirkungen zu evaluieren und erst dann über das weitere Vorgehen zu entscheiden. Schon dies hält die Bundesärztekammer nicht für sinnvoll, lehnt aber umso mehr eine evidenzfreie Ausweitung der Zeitmeinungsverfahren ab, wie es der Gesetzentwurf vorsieht.

Auch die vorgesehenen Leistungskürzungen in der Psychotherapie führen zu erheblichen Verwerfungen. Sie sind als reine Sparmaßnahme zulasten psychisch kranker Menschen zu werten. Da ein Großteil der Behandlung als Kurzzeittherapie (KZT) stattfindet, gefährdet die vorgesehene Streichung der Zuschläge für die KZT in Kombination mit den kürzlich vom Erweiterten Bewertungsausschuss beschlossenen generellen Honorarkürzungen von 4,5 Prozent die wirtschaftliche Tragfähigkeit der psychotherapeutischen Praxen. Besonders große Auswirkungen auf die psychotherapeutische Versorgung hätte zudem die intendierte Überführung psychotherapeutischer Leistungen in die Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV). Dringend notwendige, bedarfsgerechte psychotherapeutische Leistungen würden nicht mehr im erforderlichen Umfang angeboten werden können, da zusätzliche Leistungen nicht mehr kostendeckend vergütet werden. Das bedeutet: weniger Therapieplätze und deutlich längere Wartezeiten für Patienten.

Die Finanzkommission Gesundheit zahlreiche Maßnahmen vorgeschlagen, mit denen eine Stabilisierung der GKV-Finanzen erreicht werden kann, bis die strukturellen Reformen greifen. Dazu gehört insbesondere die **Refinanzierung der Krankenkassenbeiträge für Bürgergeldempfänger** aus Bundesmitteln. Mit großem Befremden nimmt die Bundesärztekammer zur Kenntnis, dass die Bundesregierung selbst keinen nennenswerten Beitrag zur Stabilisierung der GKV-Finanzen leisten will, während sie Beitragszahlenden, Arbeitgebern, Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzten, den weiteren Berufsgruppen in der Patientenversorgung und den Krankenhäusern große Belastungen auferlegt. Hier hat der Gesetzentwurf gegenüber dem Referentenentwurf noch eine Verschlechterung erfahren. Der vorgesehenen geringfügigen stufenweisen Erhöhung der Beitragspauschale für die Beziehenden von Grundsicherung steht eine Kürzung des Bundeszuschusses zum Gesundheitsfonds um jährlich zwei Milliarden Euro gegenüber. Für das kommende Jahr bedeutet das ein Minus von 1,75 Milliarden Euro. Auch langfristig wird das Defizit nicht ausgeglichen. Insgesamt wird mit der völlig unzureichenden Erhöhung der Beitragspauschale bis zum Jahr 2031 gerade einmal die mit der Reform geplante Kürzung des Bundeszuschusses aufgefangen. Auch der 130. DÄT 2026 weist darauf hin, dass eine dauerhafte Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben aus Beitragsmitteln der GKV systemwidrig ist und zu einer strukturellen Überlastung der Solidargemeinschaft führt. Mit einer vollständigen Übernahme der Kosten für die Versorgung von Bürgergeldempfängern wäre das erwartete Defizit der GKV von 15 Milliarden Euro zunächst zum großen Teil gedeckt. Dies würde die nötige Zeit dafür geben, die notwendigen Strukturreformen umzusetzen und so die Versorgung sowohl besser als auch bezahlbar zu machen. Dass stattdessen die Beitragssätze zulasten der medizinischen Versorgung stabilisiert werden sollen, wird entschieden abgelehnt.

Die **Beiträge der Krankenkassen** zur Stabilisierung der Finanzen sind aus Sicht der Bundesärztekammer unzureichend. Gerade auch durch die Digitalisierung und den Einsatz von Künstlicher Intelligenz in der Verwaltung sind bei den Krankenkassen weitere deutliche Einsparungen zu erwarten, die hier berücksichtigt werden sollten.

Anders verhält es sich mit den Verwaltungsausgaben und Gehältern im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigungen. Hier werden die Gelder gerade nicht aus Beitragsmitteln der Versicherten generiert, sondern von den Ärztinnen und Ärzten bzw. den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten finanziert. Die Verwendung der Gelder obliegt damit allein der Selbstverwaltung.

Ein weiterer wesentlicher Grund für die mangelnde Effizienz des Versorgungssystems ist die **überbordende Bürokratie**. Statt Bürokratie abzubauen, sieht der vorliegende Entwurf Regelungen vor, die zu einem weiteren Bürokratieaufbau im Gesundheitswesen führen. Das betrifft insbesondere die ausufernden Verfahrensregelungen zu den Prüfungen der Krankenkassen und der Medizinischen Dienste und zum obligatorischen Zweitmeinungsverfahren. Diese Regelungen binden Personal im Übermaß und kosten unnötig Geld. Deshalb muss das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz zwingend den Einstieg in eine echte Entbürokratisierungsoffensive schaffen.

Schließlich geht der hohe Versorgungsbedarf in Deutschland auch auf gravierende Defizite im Bereich der **Prävention und Gesundheitsförderung** zurück. Es ist aus Sicht der Bundesärztekammer deswegen unbedingt erforderlich, dass die diesbezüglichen, gut begründeten Vorschläge der Finanzkommission Gesundheit, insbesondere mit Blick auf Konsumsteuern für Alkohol, Nikotin und Zucker von der Bundesregierung aufgegriffen werden. Die ab dem Jahr 2028 angekündigt Abgabe auf zuckergesüßte Getränke kann dabei nur ein erster Schritt sein.

Die Bundesärztekammer schlägt die Einrichtung eines Public-Health-Fonds vor, der durch die Einnahmen aus Steuern bzw. Abgaben auf krankmachende Genussmittel wie Alkohol, Tabak und Zucker finanziert wird und für nachhaltige Prävention genutzt werden sollte.

Reformen benötigen sowohl Entschlossenheit als auch Augenmaß. Gerade in einer Phase hohen Reformdrucks gilt: Gründlichkeit geht vor Schnelligkeit. Oberste Priorität müssen bei allen Reformbestrebungen – und das gilt auch für die Reform der GKV-Finanzierung – die Versorgungsqualität und die Patientensicherheit haben.

Die Bundesärztekammer verweist in diesem Zusammenhang auch auf die Stellungnahme des Bundesrates zum Entwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes, der zu zahlreichen von der Bundesärztekammer als kritisch erachteten Regelungen Prüfaufträge formuliert bzw. deren Streichung einfordert (Drucksache 256/26).

So fordert der Bundesrat die Bundesregierung unter anderem auf, vorrangig die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen sachgerecht auszugestalten, dazu zähle insbesondere eine angemessene Beteiligung des Bundes an den Gesundheitskosten von Bürgergeldempfängerinnen und Bürgergeldempfängern. Der Bundesrat bittet zudem die ersatzlose Streichung der TSVG-Regelungen zurückzustellen und sie im Kontext des Primärversorgungssystems in einer Gesamtschau unter Berücksichtigung der konkreten Steuerungswirkung zu prüfen. Zudem sieht der Bundesrat durch die Maßnahmen im stationären Bereich – gerade auch in einer Zeit der strukturellen Transformation durch die Krankenhausreform – mangelnde Planbarkeit und eine hohe Insolvenzgefahr im Krankenhaussektor.

Die Bundesärztekammer rät dringend davon ab, das Gesetz im bisher vorgesehenen, sehr knappen Zeitplan zu verabschieden. Die Bundesregierung und die Mehrheitsfraktionen sollten stattdessen das Gespräch mit den Akteuren der Versorgung suchen, um gemeinsam tragfähige Lösungen zu finden.

2. Vorbemerkung

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 hat zahlreiche Beschlüsse zum Beitragssatzstabilisierungsgesetz gefasst, die auch der vorliegenden Stellungnahme zugrunde liegen. Die Beschlüsse sind der Anlage zu dieser Stellungnahme beigefügt.

3. Stellungnahme im Einzelnen

Außerordentliche Anhebung der Versicherungspflichtgrenze im Jahr 2027 um 3.600 Euro

Artikel 1 Nr. 5 Buchstabe b (§ 6 SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die jährliche Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Absatz 6, deren Übersteigen zur Versicherungsfreiheit nach Absatz 1 führt, wird einmalig um 3.600 Euro angehoben. Diese einmalige zusätzliche Erhöhung wird in einem neuen Satz 4 geregelt und setzt auf der nach Satz 1 bis 3 für das Jahr 2027 ermittelten Jahresarbeitsentgeltgrenze im Jahr 2027 auf. In den Folgejahren ab 2028 wird der im Jahr 2027 angehobene Wert der Jahresarbeitsentgeltgrenze ausgehend von diesem Niveau wieder entsprechend der Regelung in Satz 2 und 3 verändert.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Anhebung der Versicherungspflichtgrenze schränkt die Wahlfreiheit von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern ein, da ein Wechsel in die private Krankenversicherung erst bei einem deutlich höheren Einkommen möglich wäre. Damit greift die Bundesregierung in die bestehende Systembalance ein und schwächt den Wettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung, der wichtige Impulse für Qualität, Innovation und Effizienz in der Versorgung setzt. Im Zusammenwirken mit der Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze wird die Finanzierung der Reform damit gerade Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern aus der Mittelschicht aufgebürdet.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung der beabsichtigten Neuregelung.

Ausschluss von homöopathischen und anthroposophischen Leistungen als Satzungsleistungen

Artikel 1 Nr. 8 (§ 11 Absatz 7 Satz 4 SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzentwurf sieht vor, homöopathische und anthroposophische Leistungen und Arzneimittel von den zusätzlichen Satzungsleistungen auszuschließen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Regelung entspricht einer Forderung des 128. Deutschen Ärztetages 2025 (Beschluss Ic-126). Dieser hat den Gesetzgeber aufgefordert, dafür zu sorgen, dass Homöopathie nicht als Kassenleistung zur Abrechnung kommen kann.

Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten

Artikel 1 Nr. 9 (§ 25 SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gemeinsame Bundesausschuss erhält den Auftrag, das Leistungsangebot der Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten zu überprüfen und im Sinne eines stärker risikobasierten Screenings nachzuschärfen. Damit soll die Zielpopulation und damit der Kreis der Leistungsberechtigten stärker eingegrenzt werden. Dabei soll eine Fokussierung auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen stattfinden. Für das bestehende Hautkrebsscreening erhält der G-BA den Auftrag zur Überprüfung der Zielgruppe im Sinne einer stärkeren Risikobasierung und Überprüfung der Häufigkeit der Untersuchungen unter Setzung einer Frist bis Ende 2027.

Die Maßnahme folgt der Empfehlung Nr. 7 der Finanzkommission Gesundheit bezüglich einer Überprüfung und Aussetzung der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs aufgrund mangelnder Evidenz des Nutzens für die Versicherten. Das Hautkrebsscreening ist dabei aus Sicht der Kommission lediglich ein Beispiel für eine Früherkennungsuntersuchung, deren patientenrelevanter Nutzen bisher nicht eindeutig nachgewiesen werden konnte und dennoch zu Lasten der GKV erbracht wird. Darüber

hinaus sieht die Kommission noch weitere Untersuchungen, die in § 25 Absatz 3 SGB V normiert sind, mit unklarer Evidenz bezüglich ihres Nutzens.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Anwendung der Prinzipien der evidenzbasierten Medizin ist aus Sicht der Bundesärztekammer auch im Bereich der Früherkennungsuntersuchungen angezeigt. Bisher haben Versicherte ab einem Alter von 35 Jahren alle zwei Jahre Anspruch auf eine Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs. Deutschland ist das einzige Land mit einem flächendeckenden, nicht-risikobasierten Screening. Der Nutzen dieser Vorgehensweise ist umstritten und unklar. Aus den vorliegenden Studien gibt es keine zuverlässigen Ergebnisse, die den Nutzen durch eine Senkung der Mortalität bei Hautkrebs belegen können.

Insofern kann den Empfehlungen der Finanzkommission Gesundheit und der vorgesehenen Gesetzesänderung gefolgt werden, das derzeitig angebotene Leistungsspektrum einer Überprüfung zu unterziehen. Dies resultiert auch aus Beobachtungen, dass gerade bei Früherkennungsuntersuchungen die Abwägung von Nutzen und Aufwand bzw. Nutzen und Schaden solcher Maßnahmen nicht immer mit aller Konsequenz durchgeführt wird. Die Überprüfung eines breit angelegten opportunistischen Screenings zugunsten einer stärkeren Fokussierung auf Risikopopulationen am Fallbeispiel Hautkrebs stellt vor diesem Hintergrund eine plausible Herangehensweise dar. Zu begrüßen ist dabei, dass der Gesetzgeber zunächst den G-BA mit einer Überprüfung beauftragt, ohne gleich, wie es die Finanzkommission Gesundheit vorschlägt, mit einer Aussetzung der Früherkennung zu reagieren. Ansonsten bestünde möglicherweise das Risiko, dass die Sensibilisierung von Versicherten für ansonsten wünschenswerte Maßnahmen der Prävention beeinträchtigt wird, indem die Streichung der Leistung missverstanden wird im Sinne einer generellen Infragestellung von Früherkennung und präventiven Verhaltens.

Die Bundesärztekammer regt an, die Aufgabe des G-BA zur Überprüfung des aktuellen Stands der medizinischen Erkenntnisse über Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten zu verstetigen und es nicht nur bei einer einmaligen Anpassung der Richtlinie bis zum 31. Dezember 2027 zu belassen. Es sollte außerdem deutlich werden, dass hier nicht einfach Leistungen gestrichen werden, sondern diese gezielter als bisher angeboten werden sollen. Dies sollte deutlich kommuniziert werden.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Einfügung von **“in regelmäßigen Abständen”** und “erstmals” an den nachfolgend bezeichneten Stellen:

9. Nach § 25 Absatz 4 Satz 6 wird der folgende Satz eingefügt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss überprüft **in regelmäßigen Abständen** auf der Grundlage des aktuellen Stands der medizinischen Erkenntnisse die von ihm in Richtlinien nach § 92 getroffenen Regelungen über

1. die allgemeine Gesundheitsuntersuchungen nach Absatz 1 im Hinblick auf Altersgrenzen, Zielgruppen, Häufigkeit der Untersuchungen, Untersuchungsinhalte, geschlechtsspezifische Besonderheiten und Zielerkrankungen unter Berücksichtigung einer möglichen Eingrenzung auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie deren Risiken und Begleit- und Folgeerkrankungen, als Schwerpunkt der Gesundheitsuntersuchung, und

2. Früherkennungsuntersuchungen auf Hautkrebs nach Absatz 2 unter Berücksichtigung eines möglichen risikobasierten, Screenings und einer möglichen Anpassung der Häufigkeit der Untersuchungen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt **erstmals** bis zum 31. Dezember 2027 über eine Anpassung dieser Richtlinien."

Zweitmeinungs-Verfahren

Artikel 1 Nr. 10 (§ 27b SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 27b SGB V „Zweitmeinung" wird ein neuer Absatz 3 eingefügt, der die Empfehlung Nr. 32 der Finanzkommission Gesundheit umsetzen soll, das gesetzliche Zweitmeinungs-Verfahren bei mengensensiblen Eingriffen schrittweise verpflichtend zu machen. Führt ein Operateur eine Leistung durch, ohne sich vorher einen Nachweis über eine eingeholte Zweitmeinung des Patienten vorgelegt haben zu lassen, so entfällt der Anspruch, die Operation abzurechnen. Der Versicherte ist künftig auf die Notwendigkeit der Einholung einer Zweitmeinung vom indikationsstellenden Arzt hinzuweisen. Welche Indikationen hiervon betroffen sein sollen, muss der G-BA noch festlegen (die Kommission regt die Indikation Knie-TEP an), erstmals bis zum 31. März 2027. Anschließend soll er jedes Jahr eine weitere Indikation hinzufügen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die vorgesehene Einführung eines verpflichtenden Zweitmeinungsverfahrens für mengensensible Eingriffe weist deutliche Schwächen auf. Zum einen fehlt nach wie vor die Evidenz für die Wirksamkeit von Zweitmeinungsverfahren mit Blick auf die langfristigen medizinischen Outcomes (dies hat auch die Finanzkommission festgestellt). Der im Auftrag des G-BA erstellte und am 15. Februar 2024 veröffentlichte Abschlussbericht der Medizinischen Hochschule Brandenburg CAMPUS GmbH und der revFLect GmbH zur Evaluation der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren ergab, dass die Zielerreichung der Vermeidung medizinisch nicht notwendiger Indikationsstellungen und medizinisch nicht notwendiger Eingriffe zumindest bei den damals überprüften Indikationen nicht bestätigt werden konnte. Zu den Schlussfolgerungen der Studie gehörte daher, vor etwaigen Änderungen der Zm-RL die Bemühungen um eine Evaluation mit weiteren Indikationen fortzusetzen. Dies hat allerdings bisher nicht stattgefunden.

Die Finanzkommission Gesundheit hat ausdrücklich empfohlen, das Zweitmeinungsverfahren zu evaluieren. Eine Evaluationsverpflichtung fehlt im Referentenentwurf jedoch. Das ist nicht nachvollziehbar. Die Evaluation muss zur Voraussetzung für weitere Schritte gemacht werden; und sie darf sich nicht nur auf die Funktionsfähigkeit des Verfahrens selbst beziehen, sondern muss auch die klinische Wirksamkeit und den medizinischen Nutzen bei den Patientinnen und Patienten untersuchen.

Zum anderen beruhen die positiven Erfahrungen mit der Einholung von Zweitmeinungen, auf die sich die Empfehlung stützt, aus den oben genannten Gründen weniger auf dem gesetzlichen Zweitmeinungsverfahren nach SGB V und der darauf basierenden Zweitmeinungs-Richtlinie des G-BA, sondern eher auf Erfahrungen mit Zweitmeinungsverfahren, die als freiwillige Satzungsleistung von den Krankenkassen angeboten werden. Diese unterscheiden sich sowohl untereinander als auch vom Verfahren des G-BA. Es ist außerdem – wie auch die Finanzkommission Gesundheit festgestellt hat – von einem erheblichen Bias auszugehen, weil sich hier vermutlich überwiegend Versicherte beteiligt haben, die einem Eingriff ohnehin zweifelnd oder kritisch gegenüberstanden. Schließlich ist auch hier ist eine belastbare Evaluation über die Folgen der Anwendung des

Verfahrens nicht verfügbar. Seitens der Krankenkassen werden zwar Zahlen genannt, wie hoch der Anteil ihrer Versicherten ist, der nach Einholung einer Zweitmeinung von einer ursprünglich angeratenen Operation Abstand genommen hat. Aussagen darüber, inwieweit sich diese Entscheidung auch mittel- oder langfristig für die Versicherten unter medizinischen Gesichtspunkten ausgezahlt hat, gibt es aber nicht. Ebenso wenig gibt es Informationen darüber, ob und in welcher Höhe Einsparungen durch eine vermiedene Operation nicht durch anderweitige Folgekosten konservativer Behandlungen oder einer am Ende dann doch notwendig gewordenen operativen Maßnahme ausgeglichen oder sogar überstiegen wurden.

Die Bundesregierung lässt auch die Frage unbeantwortet, wie die für ein verpflichtendes Zweitmeinungsverfahren erforderliche hohe Zahl von „zweitmeinenden Ärztinnen und Ärzten“ realisiert werden soll. Der Gesetzgeber stellt hohe Anforderungen an Qualifikation und Erfahrung dieser Ärztinnen und Ärzte. Die bisherige Zahl von zweitmeinenden Ärztinnen und Ärzten steht in einem deutlichen Missverhältnis zu der Zahl von Zweitmeinungsverfahren, die bei einer Verpflichtung durzuführen wäre. Es bleibt unklar, wie dieses Problem gelöst werden soll.

Als sicher angenommen werden kann lediglich die Aussicht, dass sich die Bürokratielastigkeit des Verfahrens bei einer sanktionsbewehrten Verpflichtung zur Zweitmeinung deutlich steigern würde. Dies sieht im Übrigen auch der Bundesrat in seiner Stellungnahme zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vom 12.06.26 (Drucksache 256/26) so, indem deutliche Zweifel am Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen bei dieser Maßnahme geäußert werden und eine Steigerung von auf Aufwand und Bürokratie prognostiziert wird. Auch der Bundesrat empfiehlt daher, zunächst die wissenschaftliche Evaluation des bisherigen Zweitmeinungsverfahrens abzuwarten.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Erhalt der Freiwilligkeit des Zweitmeinungs-Verfahrens, Streichung der beabsichtigten Neuregelung. Sorgfältige Evaluation der bestehenden Verfahren.

Teilarbeitsunfähigkeit

Artikel 1 Nr. 17 (§ 44c SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Versicherte, die infolge einer nicht nur geringfügigen Erkrankung absehbar länger arbeitsunfähig sein werden, sollen eine teilweise Ausübung ihrer bisherigen Tätigkeit aufnehmen können, wenn sie sich dazu gesundheitlich in der Lage sehen, die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt eine entsprechende Teilarbeitsunfähigkeit in Höhe von 25, 50 oder 75 Prozent der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit feststellt und der Arbeitgeber der teilweisen Arbeitsaufnahme zustimmt.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer begrüßt die geplante Einführung einer teilweisen Arbeits(un)fähigkeitsfeststellung. Die Einführung in einem für Versicherte freiwilligen Verfahren erhöht die Akzeptanz und ermöglicht es, Erfahrungen mit diesem Instrument zu sammeln und daraus zu lernen.

In einem Policy Brief des ZEW Leibniz-Zentrums für Europäische Wirtschaftsforschung (Oktober 2025) wird auf Basis einer Auswertung der ökonomischen Forschungsliteratur

gegen die Einführung von Karenztagen und gegen eine Absenkung der Lohnersatzrate argumentiert und stattdessen für die gesetzliche Verankerung von Teilzeitkrankschreibungen nach skandinavischem Vorbild plädiert. Zur Begründung wird darauf verwiesen, dass in allen skandinavischen Ländern die graduelle Krankschreibung etabliert ist und dort rund ein Drittel aller Krankschreibungen auf Teilzeitkrankschreibungen mit 25, 50 oder 75 Prozent Restarbeitsfähigkeit entfällt. Wissenschaftliche Analysen zeigten, dass graduelle Lohnfortzahlung die Dauer der Arbeitsunfähigkeit verkürzt und gleichzeitig eine schnellere Arbeitsreintegration fördert, insbesondere bei muskulären Erkrankungen. Das Instrument werde als kosteneffektiv beurteilt, vor allem bei Langzeitarbeitsunfähigkeiten, die fast die Hälfte aller Arbeitsunfähigkeitstage in Deutschland ausmachen. Gelänge es, nur zehn Prozent der Vollzeitkrankschreibungen in Halbtagskrankschreibungen umzuwandeln, ergäbe sich ein geschätztes Potenzial von 45 Millionen zusätzlichen Arbeitstagen. (https://www.zew.de/fileadmin/FTP/policybrief/de/pb14-25.pdf)

Bei der weiteren Ausgestaltung durch den G-BA ist auf eine bürokratiearme Umsetzung zu achten. Neben der Berücksichtigung der Wünsche von Versicherten gilt es, die aus medizinisch-fachlicher Sicht erforderlichen ärztlichen Entscheidungsspielräume zu wahren.

Globale Begrenzung der Vergütungsanstiege

Artikel 1 Nr. 25 Buchstabe b (§ 71 SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Um die Finanzierung der GKV zu stabilisieren, soll die Wiedereinführung der Grundlohnrate als feste Obergrenze für Vergütungssteigerungen genutzt werden, wodurch die Ausgaben an die Einnahmen angeglichen werden sollen. Für die Jahre 2027 bis 2029 soll ein pauschaler Abschlag in Höhe von einem Prozentpunkt erfolgen. Begründet wird dies damit, dass in diesem Zeitraum die Grundlohnrate von rund vier Prozent deutlich über der langfristigen Entwicklung der Einnahmen der Krankenkassen von rund 2,5 Prozent liegen würde.

Diese Regelung soll u. a. auf folgende Paragrafen angewendet werden:

- § 73b SGB V (Hausarztzentrierte Versorgung)

  Um überschüssige Vergütungen zu vermeiden, sollen darüber hinaus Leistungen aus Verträgen der hausarztzentrierten Versorgung, die aufgrund steigender Teilnehmerzahlen erbracht werden, mit einem Abschlag vergütet werden (Fixkostendegression). Begründet wird dies damit, dass die in den Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung vereinbarten Leistungsvergütungen einen Fixkostenanteil enthalten, der unabhängig davon anfalle, ob die Fixkosten bereits abgedeckt seien. Mit zunehmender Teilnehmerzahl würden sich diese Fixkosten auf eine größere Anzahl von Fällen verteilen, sodass der zur Kostendeckung erforderliche Fixkostenanteil je Leistung sinke.
- § 87 SGB V (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte)
- § 87a (Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten)
- § 87d neu (Vergütung vertragsärztlicher Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung)

- § 111 SGB V (Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen)
- § 111c (Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen)
- § 120 SGB V (Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen)
- § 125 SGB V (Verträge zur Heilmittelversorgung)
- § 127 SGB V (Verträge zur Hilfsmittelversorgung)
- § 132 SGB V (Versorgung mit Haushaltshilfe)
- § 132a SGB V (Versorgung mit häuslicher Krankenpflege)
- § 132l SGB V (Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege)
- § 133 SGB V (Versorgung mit Krankentransportleistungen)
- § 134a SGB V (Versorgung mit Hebammenhilfe)
- § 140a SGB V (Besondere Versorgung)
- §§ 9 und 10 KHEntgG (Vereinbarungen zu den Krankenhausvergütungen auf Bundes- und Landesebene; Veränderungswert)

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer sieht die Wiedereinführung der Grundlohnrate als feste Obergrenze für Vergütungssteigerungen kritisch und lehnt umso mehr die im Gesetzentwurf vorgesehene Einführung eines zusätzlichen Abschlags in Höhe von einem Prozentpunkt auf die Grundlohnrate ab.

Reformen in der Gesundheitsversorgung dürfen nicht nur fiskalisch gesteuert werden. Der Versorgungsbedarf ergibt sich medizinisch. Leistungserbringer haben allenfalls nur begrenzt Einfluss auf gesamtwirtschaftliche oder gesamtgesellschaftliche Rahmenbedingungen. Somit besteht das Risiko, dass reale Kostensteigerungen, z. B. durch eine zu erwartende Steigerung der Morbidität, in Praxen, Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen nicht ausreichend abgebildet werden und somit eine schleichende Unterfinanzierung der ambulanten, stationären und rehabilitativen Versorgung entsteht. Darüber hinaus wird, wie bereits von der Finanzkommission Gesundheit ausgeführt, die Begrenzung der Vergütungssteigerungen die Attraktivität der betroffenen Gesundheitsberufe mindern. Wie bereits von der Finanzkommission Gesundheit eingeräumt, besteht somit die berechtigte Gefahr, dass die geplante Regelung mittelbar die Zahl der Leistungserbringer, die Versorgungsdichte und -kapazitäten sowie den Patientenzugang beeinflussen wird.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung der beabsichtigten Neuregelung.

Geplante Maßnahme: Streichung extrabudgetäre Zusatzvergütung Organspendeberatung

Nummer 31 Doppelbuchstabe bb (§ 87 SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Ab 01.01.2027 soll im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen die Vergütung für die ärztliche Beratung nach § 2 Absatz 1a des Transplantationsgesetzes (TPG) über die Organ- und Gewebsspende sowie über die Möglichkeit, eine Erklärung zur Organ- und Gewebsspende im Register nach § 2a TPG abgeben, ändern und widerrufen zu können, entfallen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Um die Situation in der Organspende zu verbessern, wurde im Jahr 2020 das Gesetz zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende verabschiedet, das am 1. März 2022 in Kraft trat. Ein wesentliches Ziel des Gesetzes war es, die regelmäßige Auseinandersetzung mit der Thematik zu fördern.

Dazu zählt auch, dass die Hausärztinnen und Hausärzte ihre Patientinnen und Patienten bei Bedarf aktiv über die Organ- und Gewebespende beraten. Hausärztinnen und Hausärzte betreuen und versorgen ihre Patientinnen und Patienten meist über Jahre hinweg und werden als besondere Vertrauenspersonen wahrgenommen. Sie sind deshalb besonders wichtige Ansprechpartner für das Thema Organspende und damit bedeutsame Multiplikatoren in die Bevölkerung.

Gerade in einer älter werdenden Gesellschaft werden die Hausärztinnen und Hausärzte zunehmend mit Fragen konfrontiert, die das Lebensende betreffen. Dazu zählen auch Fragen rund um das Thema Organspende. Zudem kann der Versand von Aufklärungsunterlagen und Organspendeausweisen, der derzeit alle zwei Jahre durch die gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungsunternehmen erfolgt, von Patientinnen und Patienten zum Anlass für ein Gespräch mit ihrer Hausärztin oder ihrem Hausarzt genommen werden. Deshalb können gerade Hausärztinnen und Hausärzte durch ihre Beratung entscheidend dazu beitragen, dass die Menschen sich auch tatsächlich mit der eigenen Spendenbereitschaft befassen. Daher ist die Organspendeberatung durch Hausärztinnen und Hausärzte auch mit Blick auf die mögliche Einführung einer Widerspruchslösung gerade im Sinne der Patientenautonomie von wesentlicher Bedeutung.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung der beabsichtigten Neuregelung.

Streichung der Vergütung für die Erstbefüllung und Aktualisierung der elektronischen Patientenakte (ePA) ab 2027

Artikel 1 Nr. 31 c (§ 87 SGB V-E)

A) Beabsichtigung Neuregelung

Durch die Streichung der bestehenden Regelung im § 87 Absatz 2a Satz 25 und 26 SGB V entfällt die Vergütung für die Erstbefüllung und Aktualisierung der ePA ersatzlos. Durch die Streichung der verpflichtenden Unterstützungsleistung bei der Erstbefüllung einer ePA (§ 346 SGB V) und des Wegfalls der damit verbundenen zusätzlichen Vergütung sollen bis zu 700 Mio. EUR jährlich eingespart werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die ePA, die seit dem 01.10.2025 verpflichtend durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte zu befüllen ist, nimmt in den Digitalisierungsbemühungen im Gesundheitswesen eine zentrale Stellung ein. Die Erwartungen an die elektronische Patientenakte als Plattform für Informationen zum Patienten hinsichtlich eines Beitrages für eine bessere Patientenversorgung, effizienteren Abläufen, passgenauer Steuerung, Grundlage für Forschung und zielgenauer Ressourcenallokation sind immens. Daher gilt es für alle Beteiligten, die Akzeptanz, die Verbreitung und aktive Nutzung der Patientenakte zu erhalten bzw. weiter zu steigern. Hierunter fällt auch die erforderliche Erstbefüllung von Patientenakten, die in weiten Teilen im bisherigen Wirkbetrieb noch nicht erfolgen konnte. Die elektronische Patientenakte kann ihre Wirkung nur dann entfalten, wenn sie sukzessive durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte gefüllt wird, um möglichst genau ein Abbild des Gesund- bzw. Krankheitszustandes der Patienten darstellen. Dies gilt für Primär- und Sekundärnutzung der Patientendaten gleichermaßen. Daher ist die Folgebefüllung der ePA von ebenso essenzieller Bedeutung. Finanzielle Kürzungen für diese ärztlichen Aufgaben sollten daher unterbleiben.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung der beabsichtigten Neuregelung.

Streichung der Vergütungsregelungen für TSVG-Konstellationen und Rückführung in die MGV für Leistungen in TSVG-Konstellationen

Artikel 1 Nr. 31 Buchstabe d) Doppelbuchstabe aa) und Buchstabe e) Doppelbuchstabe aa) (§ 87 SGB V-E) sowie Nr. 32 Buchstabe b) (§ 87a SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Finanzkommission Gesundheit hat vor dem Hintergrund der Evaluationsergebnisse des Instituts des Bewertungsausschusses (InBA) eine vollständige Abschaffung der Vergütungsregelungen für TSVG-Konstellationen empfohlen. Die vorgeschlagene Abschaffung betrifft dabei ausschließlich die zusätzlichen Vergütungsregelungen für TSVG-Konstellationen. Die nicht monetären Instrumente des TSVG, insbesondere offene Sprechstunden und die Terminvermittlung über die TSS, sollten dagegen fortgeführt werden, da für beide Instrumente Hinweise auf einen versorgungspraktischen Nutzen bestünden. Ihre zukünftige Rolle solle im Zusammenhang mit der geplanten Einführung eines Primärversorgungssystems überprüft und gegebenenfalls neu geregelt werden.

Die von der Kommission konkret genannten Anpassungen wurden im Referentenentwurf nachvollzogen. Gestrichen werden die Zuschläge auf die Versichertenpauschale und die Grundpauschale beim TSS-Vermittlungsfall und beim Hausarztvermittlungsfall. Auch die Zuschläge für einen schnellen Behandlungsbeginn werden ab dem 01.01.2027 gestrichen. Gleichzeitig werden diese Leistungen sowie die Leistungen, die im Rahmen einer offenen Sprechstunde erbracht werden, nur noch bis zum 31. Dezember 2026 außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) vergütet. Die bereinigten Vergütungen sollen in die MGV zurückgeführt werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer lehnt die geplante Streichung der Vergütungsregelungen für TSVG-Konstellationen und die Rückführung der Leistungen in TSVG-Konstellationen in die MGV zum jetzigen Zeitpunkt ab.

Viele Ärztinnen und Ärzte haben im inhaltlichen und betriebswirtschaftlichen Vertrauen auf die Regelungen des TSVG mit Anpassungen ihrer Praxisabläufe und der Einstellung von Personal reagiert, um die Zielstellung des TSVG - eine zeitnahe und bedarfsgerechte Patientenversorgung - zu gewährleisten. Gleichzeitig wurden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte mit dem TSVG verpflichtet, ihre vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten um fünf Stunden pro Woche auszuweiten und somit im Rahmen ihrer vollzeitigen vertragsärztlichen Tätigkeit fortan mindestens 25 Stunden wöchentlich zur Verfügung zu stehen.

Gerade offene Sprechstunden und die Vermittlung von Terminen über die Plattform „116117“ sind wichtige Instrumente für einen zeitnahen Zugang zur fachärztlichen Versorgung. Auch die Finanzkommission Gesundheit empfiehlt ausdrücklich die Beibehaltung dieser beiden Instrument und bestätigt, dass Hinweise auf einen versorgungspraktischen Nutzen bestehen. Es ist aus Sicht der Bundesärztekammer widersprüchlich, die Instrumente in Anerkenntnis ihres Nutzens einerseits beibehalten zu wollen, ihnen andererseits aber die finanzielle Grundlage und damit ihre Wirksamkeit zu entziehen.

Eine finanzielle Abwicklung des TSVG kann nicht folgenlos bleiben. Die vorgesehenen Streichungen werden dazu führen, dass die Wartezeiten für Patientinnen und Patienten auf Facharzttermine weiter steigen, insbesondere in den Fachgebieten, die von den geplanten Streichungen besonders betroffen sein würden. Explizit benennt auch die FinanzKommission Gesundheit, dass die Rücknahme der TSVG-Regelungen insbesondere Arztgruppen mit einem hohen Anteil der TSVG-Fallkonstellationen, und damit unter anderem die grundversorgenden Fachgebiete wie HNO-Heilkunde, Orthopädie und Neurologie, betrifft. Dies ist mit dem Grundsatz einer gleichmäßigen Lastenverteilung nicht vereinbar.

Die koordinierende und bedarfsgerechte Vermittlung von Behandlungsterminen in der fachärztlichen Versorgung durch Hausärztinnen und Hausärzte ist ein Kernelement der Primärversorgung. Die vom BMG derzeit geplante Einführung eines Primärversorgungssystems wird zwangsläufig mit Änderungen der Vergütungssystematik einhergehen müssen, um die Zielstellungen der Primärversorgung erreichen zu können und dabei Verwerfungen in der Vergütungssystematik zu vermeiden. Es wäre deswegen sachgerecht, die mit Terminvergabe und Zugangssteuerung zusammenhängenden Regelungen erst im Rahmen eines stimmigen Gesamtkonzepts zur Primärversorgung im Primärversorgungsgesetz zu überprüfen und ggf. zu modifizieren, statt mit vorgezogenen isolierten Streichungen eine Verschlechterung des Zugangs zur notwendigen fachärztlichen Versorgung in Kauf zu nehmen und die Patientinnen und Patienten sowie die Ärzteschaft zusätzlich zu verunsichern. Gerade auch angesichts der Diskussionen um Wartezeiten auf Termine bei Fachärztinnen und Fachärzten sind Eingriffe in die Vergütungssystematik in diesem Bereich verfrüht. Auch der Bundesrat hält es für verfrüht, im Rahmen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes, insbesondere die finanziellen Anreize für eine schnellere Terminvergabe und -vermittlung und für die extrabudgetäre Vergütung dieser Behandlungsfälle vollständig und ersatzlos zu streichen und bittet, diese weitreichenden Einschnitte in die ambulante Vergütungsstruktur zurückzustellen und sie stattdessen im Kontext des Primärversorgungssystems in einer Gesamtschau unter Berücksichtigung der konkreten Steuerungswirkung zu prüfen (Drucksache 256/26).

In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen dass auch im Rahmen der anstehenden Notfallreform tiefgreifende Änderungen anstehen, denen nicht durch Eingriffe in Vergütungsregelungen vorgegriffen werden sollte, die den Zielen einer verbesserten Patientensteuerung und eines verbesserten Terminmanagements entgegenstehen.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung der beabsichtigten Neuregelung zugunsten einer Überprüfung und ggf. Modifikation im Rahmen der Einführung des ärztlichen Primärversorgungssystems.

Streichung Zuschläge Kurzzeittherapie (KZT) bei ambulanter Psychotherapie

Artikel 1Nr. 31 (§ 87 Absatz 2c SGBV-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Ab dem 1. Januar 2027 darf der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen keine Zuschläge auf diejenigen psychotherapeutischen Leistungen, die im Rahmen des ersten Therapieblocks einer neuen Kurzzeittherapie erbracht werden, enthalten.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Kurzzeitpsychotherapien verkürzen gegenüber Langzeittherapien die Wartezeiten durch Freigabe von Kapazitäten. Die Anreize für diese positiven Versorgungseffekte fallen nach Streichung der Zuschläge weg. Durch mehr Langzeittherapien erhöhen sich bei gleichbleibender Nachfrage die Wartezeiten, die Zahl der versorgten Patientinnen und Patienten sinkt.

Dabei haben die Ergebnisse der am 31.12.2025 veröffentlichen „Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie“ (Projekt im Innovationsfonds des G-BA) gezeigt, dass nach einer psychotherapeutischen Sprechstunde 43,6 % der depressiven Kinder und Jugendlichen und 42,8 % der depressiven Erwachsenen eine Kurzeittherapie absolvieren und danach kaum weitere psychotherapeutische Leistungen benötigen. Die Kurzzeittherapie ist in der Versorgung somit die weitgehend bevorzugt angewendete Versorgungsform. Entsprechend hat sich der 130. Deutsche Ärztetag gegen die Streichung der Zuschläge positioniert (130. DÄT Beschluss Ib-31).

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung der beabsichtigten Neuregelung.

Innovationsfonds, Fördergrundlagen

Artikel 1 Nr. 37 (§92a SGBV-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Förderung neuer Versorgungsformen durch den Innovationsausschuss erfolgt bisher in unterschiedlichen Verfahren. Von diesem Verfahren soll das bisher zweistufige Förderverfahren mit vorgeschalteter Interessenbekundungsphase zugunsten des einstufigen Standardverfahrens gestrichen werden.

Die Fördermöglichkeit zur Entwicklung und Weiterentwicklung von Meldesystemen zur Förderung der Patientensicherheit soll aus dem Portfolio von Versorgungsforschungsthemen entfernt werden.

Des Weiteren soll die jährliche Fördersumme von 200 auf 100 Mio. € halbiert werden. Die Finanzierung der Mittel soll dabei künftig ausschließlich über die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erfolgen. Nicht verausgabte Mittel sollen künftig jährlich an den Gesundheitsfonds zurückgeführt werden, eine Rücklagenbildung entfällt.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Vereinfachung von Verwaltungsabläufen ist grundsätzlich zu begrüßen. Inwieweit die Abschaffung des zweistufigen Verfahrens im Bereich der neuen Versorgungsformen hier eine signifikante Entlastung der Geschäftsstelle des G-BA erbringt, kann von der Bundesärztekammer nicht quantifiziert werden. Es sollte allerdings vermieden werden, dass die Umstellung des Verfahrens zulasten der Sorgfalt und der Gleichbehandlung bei der Bearbeitung der Anträge geht.

Die Streichung von Fördermöglichkeiten zur Entwicklung von Meldesystemen im Bereich der Patientensicherheit und hier explizit mit der Absicht der Etablierung eines nationalen Meldesystems für sogenannte „Never Events“ ist aus Sicht der Bundesärztekammer nachvollziehbar. Hierzu sind mittlerweile Förderanträge eingereicht worden, deren weitere Entwicklung abzuwarten ist.

Die beabsichtigte Halbierung der Fördermittel sieht die Bundesärztekammer kritisch. Die Finanzkommission hat in ihrer Empfehlung Nr. 58 eine deutlich geringere Kürzung vorgeschlagen. Wenngleich nicht alle der geförderten Projekte letztlich zu überzeugen vermögen, ist das Konstrukt des Innovationsfonds ein wichtiges Element der GKV zur Förderung von innovativen Versorgungsformen und insbesondere auch von Leitlinien, die für die von der Finanzkommission zu Recht angemahnte konsequentere und breitere Berücksichtigung der evidenzbasierten Medizin im Gesundheitswesen unverzichtbar sind.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Es sollte im Gesetzestext formuliert werden, dass einstufige Verfahren künftig die Regel sein sollen, aber die Zweistufigkeit in begründeten Fällen weiterhin möglich ist, etwa wie folgt:

§ 92a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 7 bis 12 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die Förderung erfolgt in der Regel in einem einstufigen Verfahren. **Zweistufige Verfahren bleiben in begründeten Fällen möglich.** Ein Anspruch auf Förderung besteht nicht.“

Die Bundesärztekammer spricht sich gegen die Absenkung der Fördersumme aus. Hilfsweise sollte dem Vorschlag der Finanzkommission einer Absenkung um lediglich 50 statt 100 Mio. € gefolgt werden.

Einführung von Ausnahmen vom „dynamischen Herstellerabschlag“

Artikel 1 Nr. 48 Buchstabe a, (§ 130a SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1b wird durch die Absätze 1b und einen neuen Absatz 1c ersetzt. Im neuen Absatz 1c wird für Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen, die erstmalig ab dem 1. Januar 2027 in Verkehr gebracht werden, die Möglichkeit einer Befreiung vom Abschlag nach Absatz 1b Satz 1 geschaffen, wenn mindestens 5 % der Studienteilnehmer der Zulassungsstudien in Deutschland rekrutiert wurden und die Produktion des Arzneimittels in Deutschland ausreichend ist, um 50 % der Patientinnen und Patienten in Deutschland, die damit behandelt werden könnten, für den Zeitraum von drei Jahren zu versorgen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Schaffung von Anreizen, um die Rückholung der Produktion von Arzneimitteln nach Deutschland und die Durchführung von klinischen Studien in Deutschland zu stimulieren, ist zu begrüßen. Aus Sicht der Bundesärztekammer ist jedoch die Kopplung an den Arzneimittelpreis der falsche Stimulus, denn darüber werden die Krankenkassen belastet. Vielmehr sollten aus Sicht der Bundesärztekammer Anreize geschaffen werden, wie sie im Critical Medicines Act der EU (CMA) für denselben Zweck vorgesehen sind, z. B. über Fördergelder für die Durchführung von klinischen Studien und die Produktion von Arzneimitteln in Deutschland.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer empfiehlt, anstelle der im neuen Absatz 1c vorgesehenen Regelungen geeignetere Maßnahmen zu ergreifen. Dies sind Maßnahmen zur Bildung von Anreizen für die Durchführung von klinischen Studien und die Produktion von Arzneimitteln in Deutschland in Anlehnung an den CMA, z. B. über die Ausschüttung von entsprechenden Fördergeldern.

Erstattungsbeträge für Arzneimittel (Abschaffung der „Leitplanken“)

Artikel 1 Nr. 49 Buchstabe c, (§ 130b SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) im November 2022 eingeführten „Leitplanken“ für die Verhandlung von Erstattungsbeträgen sollen abgeschafft und die damit einhergehende finanzielle Mehrbelastung der GKV durch andere Instrumente kompensiert werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Abschaffung der „Leitplanken“ findet im Bericht der Finanzkommission Gesundheit vom 30. März 2026 (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/F/FinanzKommission_Gesundheit/FinanzKommissionGesundheit_Erster_Bericht_20260330.pdf) keine Erwähnung. Im Gegenteil betont die Finanzkommission explizit, dass Reformoptionen eine begründbare Nutzen-Preis-Relation berücksichtigen müssen, um die Finanzierbarkeit für die Solidargemeinschaft zu gewährleisten und gleichzeitig Anreize für echte Innovationen zu wahren. Auch aus Sicht der Bundesärztekammer muss zwingend sichergestellt sein, dass das Prinzip der nutzenbasierten Preisfindung im AMNOG-Verfahren weiter gestärkt und nicht aufgeweicht wird. Die Bundesärztekammer kritisiert deshalb ausdrücklich, dass durch den Wegfall der „Leitplanken“ Arzneimittel mit einem lediglich geringen oder nicht quantifizierbaren Zusatznutzen preislich wie hochrelevante therapeutische Innovationen behandelt werden könnten. Dies setzt falsche finanzielle Anreize. Ressourcen im Gesundheitswesen müssen zielgerichtet dort eingesetzt werden, wo ein echter, substanzieller Mehrwert für Patientinnen und Patienten nachgewiesen ist. Dass die Abschaffung der „Leitplanken“ zu relevanten finanziellen Belastungen führt, legt der Gesetzesentwurf in seinen eigenen Wirtschaftlichkeitsberechnungen offen. Es ist mit erheblichen, progressiv steigenden Mehrkosten zu rechnen (prognostizierte jährliche Mehrausgaben von bis zu 600 Millionen Euro im Jahr 2030). Besonders kritisch ist zu bewerten, dass die Streichung der „Leitplanken“ auf Basis einer unzureichenden Datengrundlage beschlossen werden soll. Der Gesetzesentwurf bezieht sich auf die AMNOG-

Evaluation von 2024 (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/amnog-evaluation), die explizit konstatiert, dass für den Evaluationszeitraum Ende 2022 bis 2024 keine abschließende Bewertung der Maßnahmen des GKV-FinStG möglich war. Ein Beobachtungszeitraum von lediglich zwei Jahren zwischen dem Inkrafttreten des Gesetzes und dem Abschluss der Analysen war aus Sicht der Gutachter zu kurz, um die dämpfenden Effekte der „Leitplanken" auf die Ausgabenentwicklung verlässlich zu beurteilen.

Aus Sicht der Bundesärztekammer sollte das AMNOG-Verfahren durch eine funktionale Reform der Kosten-Nutzen-Bewertung (KNB) so weiterentwickelt werden, dass Preise streng an den nachgewiesenen, patientenrelevanten Zusatznutzen gekoppelt bleiben. Wie auch das IQWiG in seiner Stellungnahme zum Referentenentwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes vom 20.04.2026 (https://www.iqwig.de/presse/iqwig-stellungnahmen/20april-2026.html) erläutert, sollten Konstellationen definiert werden, wann eine KNB und/oder eine Ausgaben-Einfluss-Analyse verpflichtend zur Unterstützung der Preisverhandlung durchgeführt werden muss. Die Überarbeitung kann am zweckmäßigsten im Rahmen der gesetzlichen Umsetzung der Ergebnisse aus dem derzeit laufenden Pharma- und Medizintechnikdialog und dem zweiten Gutachten der Finanzkommission Gesundheit erfolgen.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung der Abschaffung der „Leitplanken" und zugleich umfassende Überarbeitung des § 35b SGB V zur verbindlichen Einführung von Kosten-Nutzen-Bewertungen sowie Ausgaben-Einfluss-Analysen zur Unterstützung der Preisverhandlungen.

Beteiligung des Bundes an Aufwendungen, Beiträge für Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherungsgeld

Artikel 1 Nr. 60 (§ 221 SGB V-E) zusammen mit Artikel 1 Nr. 62 (§ 232a SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Zuschuss des Bundes zum Gesundheitsfonds soll ab 2027 jährlich um 2 Mrd. auf 12,5 Mrd. Euro gekürzt werden. Für die Jahre 2027 und 2028 wird das vom Bund getragene Beitragsaufkommen für die Bezieherinnen und Bezieher von Grundsicherung jeweils um rund 250 Millionen gesteigert. In den Jahren 2029, 2030 und 2031 entspricht der jährliche Anstieg jeweils 500 Millionen Euro, so dass ab 2031 jährlich zusätzlich 2 Milliarden Euro gegenüber dem Jahr 2026 durch den Bund gezahlt werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die seit Jahren unzureichende Steuerfinanzierung der Krankenkassenbeiträge für Bürgergeldempfänger stellt aus Sicht der Bundesärztekammer ein gravierendes Problem für den gesellschaftlichen Zusammenhalt dar. Die angemessene Finanzierung versicherungsfremder Leistungen und insbesondere auch die Finanzierung der Versicherungsbeiträge für Empfängerinnen und Empfänger von Bürgergeld wurde von der Finanzkommission Gesundheit ausdrücklich empfohlen. Ausweislich der Berechnungen der Finanzkommission Gesundheit geht es dabei um ein Finanzvolumen von jährlich ca. 12,5 Mrd. Euro.

Die Bundesärztekammer fordert die Bundesregierung nachdrücklich auf, an dieser Stelle umzusteuern. Zumindest sollte mit dem vorliegenden Gesetz ein ernsthafter Einstieg in die vollständige Refinanzierung versicherungsfremder Leistungen aus Bundesmitteln

eingeleitet werden. Ein erster, dringend notwendiger Schritt wäre ein zusätzlicher Steuerzuschuss an den Gesundheitsfonds in Höhe von mindestens drei Milliarden Euro, der in den kommenden Jahren konsequent ausgebaut werden muss.

Verschärfend kommt hinzu, dass der Bund den Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds von 14,5 auf 12,5 Milliarden Euro absenkt, während die Beitragspauschale für Bürgergeldbeziehende im Jahr 2027 lediglich um 250 Millionen Euro erhöht wird. Per Saldo bedeutet dies eine Nettoentnahme von 1,75 Milliarden Euro aus dem System.

Die Bundesärztekammer bewertet dieses Vorgehen als nicht vereinbar mit den Grundsätzen einer soliden und solidarischen Gesundheitsfinanzierung. Es handelt sich um ein finanzpolitisches Manöver, das die Konsolidierung des Bundeshaushalts auf dem Rücken der Versicherten, der Patientinnen und Patienten sowie der im Gesundheitswesen Beschäftigten betreibt, die als Beitragszahlende und als unmittelbar von den Einsparfolgen Betroffene gleich doppelt belastet werden.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung der Regelungen in dieser Form. Die Bundesärztekammer fordert stattdessen, die Höhe des Bundeszuschusses nicht länger nach politischen Opportunitätskriterien festzusetzen, sondern regelgebunden und dynamisch an den tatsächlichen Kosten versicherungsfremder Leistungen auszurichten. Hierfür bedarf es eines verbindlichen Kriterienkatalogs, der eindeutig bestimmt, welche Leistungen beitrags- und welche steuerfinanziert zu tragen sind, sowie einer größeren Transparenz über die Mittelverwendung des Bundeszuschusses, um politische Verschiebungen nachvollziehbar zu machen und Verantwortung einfordern zu können.

Außerordentliche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze im Jahr 2027 um 3.600 Euro

Artikel 1 Nr. 61 (§ 223 Absatz 4 SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Beitragsbemessungsgrenze im Jahr 2027 entspricht der um 3.600 Euro einmalig erhöhten Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Absatz 7 im Jahr 2027. Sie verändert sich in den folgenden Jahren entsprechend der Regelung in § 6 Absatz 6 Satz 2 und 3. Die Bundesregierung setzt die Beitragsbemessungsgrenze in der Rechtsverordnung nach § 160 des Sechsen Buches fest.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer lehnt die Regelung ab. Die Erhöhungen führen bei den betroffenen Mitgliedern der GKV zu deutlich steigenden Mehrausgaben von ca. 1,2 Milliarden Euro pro Jahr.

Die Arbeitgeber würden jährlich in vergleichbarer Höhe betroffen, da die Arbeitgeber die Hälfte der Kosten für die Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung (Lohnnebenkosten) tragen müssen. Die Wettbewerbsfähigkeit der Deutschen Wirtschaft würde durch diese zusätzlichen Kosten deutlich geschwächt.

Die Finanzkommission Gesundheit hatte die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze ausdrücklich nicht empfohlen. Auch Kliniken würden durch die hohe Beitragsbemessungsgrenze durch höhere Lohnnebenkosten belastet.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung der beabsichtigten Neuregelung.

Anpassung der Prüfquoten und Schwellenwerte bei Krankenhausabrechnungen, Erweiterung des MD-Prüfauftrags und Stärkung des Falldialogverfahrens, Prüfquoten des Medizinischen Dienstes

Artikel 1 Nr. 66 (§ 275c SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen beauftragen den Medizinischen Dienst (MD) mit der Prüfung von Rechnungen der Krankenhäuser und beanstanden diese im Fall einer nicht regelkonformen Abrechnung. Als Beitrag zur bürokratischen Entlastung durch Systematisierung und Begrenzung von Prüfungen durch den MD war ein Prüfquotensystem für Krankenhaus-Abrechnungen eingeführt worden. Bei einem hohen Anteil beanstandeter Rechnungen können die Kassen einen Aufschlag auf den Rückzahlungsbetrag geltend machen – dabei gelten bestimmte Schwellenwerte. Prüfquoten und Schwellenwerte sollen nun angehoben werden. Dadurch soll der Anreiz gestärkt werden, regelkonform abzurechnen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer lehnt die vorgesehene Anhebung der Prüfquoten und die Verschärfung der Schwellenwerte nach § 275c SGB V-E entschieden ab.

Die Gesetzesbegründung unterstellt, dass die Abrechnungsqualität der Krankenhäuser trotz Einführung des Prüfquotensystems nicht verbessert worden ist und deshalb stärkere Prüfungsanreize erforderlich seien. Diese Schlussfolgerung ist weder hinreichend belegt noch geeignet, die vorgesehenen Maßnahmen zu rechtfertigen. Insbesondere bleibt unberücksichtigt, dass die Beanstandungsquote wesentlich von der Prüfpraxis der Krankenkassen und der Auslegung komplexer Abrechnungsregelungen abhängt. Aus einer unverändert hohen Beanstandungsquote kann daher nicht ohne Weiteres auf eine mangelnde Regelkonformität der Krankenhäuser geschlossen werden.

Die vorgesehene Neuregelung führt zudem nicht zu einer Entlastung, sondern zu einer erheblichen Ausweitung der Prüf- und Dokumentationsbürokratie. Aktuelle Auswertungen auf Grundlage der Quartalsstatistik des GKV-Spitzenverbandes zeigen, dass sich die Zahl der möglichen Prüfungen durch die vorgesehenen Änderungen mehr als verdoppeln könnte. Gleichzeitig würde sich die durchschnittliche Prüfquote von 12 Prozent auf 25 Prozent erhöhen. Rechnerisch ergäbe sich hierdurch ein zusätzlicher Aufwand von mehreren hunderttausend Arbeitsstunden pro Quartal sowie ein erheblicher zusätzlicher Personalbedarf allein auf Seiten der Krankenhäuser.

In einer Zeit, in der die Notwendigkeit zum entschiedenen Bürokratieabbau, gesamtstaatlich wie in der Gesundheitspolitik, breiter Konsens ist, weitet der Gesetzentwurf die Bürokratie massiv aus. Damit setzt dieses Reformvorhaben die Fehler vorangehender Gesetzesvorhaben, wie zum Beispiel bei der Krankenhausreform, fort. Die Bundesärztekammer fordert die Bundesregierung erneut auf, an dieser Stelle entschieden umzusteuern. Der Deutsche Bundestag sollte klar machen, dass er Gesetzentwürfen, die die Bürokratie insgesamt weiter ausweiten, nicht zustimmen wird.

Die Annahme, eine Ausweitung von Kontrollen führe automatisch zu höherer Effizienz und geringeren Ausgaben, verkennt grundlegende Erkenntnisse der Verwaltungs- und

Organisationsforschung. Zusätzliche Kontrollmechanismen erzeugen ihrerseits erhebliche Bürokratie-, Transaktions- und Opportunitätskosten. Diese Kosten werden in der Gesetzesbegründung nicht berücksichtigt. Die vorgesehenen Maßnahmen binden ärztliche und administrative Ressourcen, die für die Patientenversorgung benötigt werden, und verstärken damit die bereits bestehende Belastung der Krankenhäuser.

Besonders kritisch ist, dass die Neuregelung ein strukturelles Misstrauensregime gegenüber den Krankenhäusern weiter ausbaut, ohne einen belastbaren Nachweis dafür zu erbringen, dass die hierdurch entstehenden zusätzlichen Kontrollkosten durch entsprechende Einsparungen kompensiert werden. Der Gesetzentwurf folgt damit einer Logik der Kontrollausweitung statt einer Strategie zur Entbürokratisierung und Verbesserung der Patientenversorgung.

Die Bundesärztekammer sieht daher weder einen sachlichen noch einen gesundheitsökonomischen Nachweis für die Notwendigkeit der vorgesehenen Verschärfungen.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung der beabsichtigten Neuregelung.

Statt einer weiteren Ausweitung der Prüfquoten sollte eine unabhängige Evaluation des seit 2022 geltenden Prüfquotensystems durchgeführt werden. Dabei sind neben möglichen Rückflüssen an die gesetzliche Krankenversicherung insbesondere die durch die Prüfverfahren verursachten Bürokratie-, Personal- und Transaktionskosten bei Krankenhäusern, Medizinischem Dienst und Krankenkassen zu berücksichtigen. Bis zum Vorliegen einer solchen Evaluation besteht keine sachliche Grundlage für eine Verschärfung der Prüfquoten und Schwellenwerte.

Im Übrigen deckt sich auch an dieser Stelle die Einschätzung der Bundesärztekammer mit der Stellungnahme des Bundesrats zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vom 12.06.26 (Drucksache 256/26). Der Bundesrat sieht durch pauschale Anhebung der Prüfquoten weder eine Entbürokratisierung noch eine Qualitätssteigerung zuverlässig erreichbar und empfiehlt stattdessen, das Vergütungs- und Abrechnungssystem einer deutlichen Vereinfachung zu unterziehen.

Evaluation des Gesetzes

Artikel 1 Nr. 71 (§ 430 SGB V-E Neu)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Bundesministerium für Gesundheit soll spätestens bis zum 31. Dezember 2030 evaluieren, ob die getroffenen Maßnahmen des Gesetzes sich als geeignet und ausreichend erwiesen haben, das Ziel stabiler Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung bei Beibehaltung eines Niveaus der gesundheitlichen Versorgung nach § 12 Absatz 1 Satz 1 zu erreichen. Es soll die Durchführung der Evaluation ganz oder in Teilen auf einen Dritten übertragen können.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Ausdrücklich begrüßt die Bundesärztekammer das Vorhaben, die Auswirkungen der geplanten Maßnahmen zu evaluieren. Allerdings erfolgt die Evaluation deutlich zu spät, da die ersten, kurzfristig wirksamen Maßnahmen bereits im Jahr 2027 greifen und potenziell tiefgreifende Auswirkungen auf die Versorgung haben werden.

Sollten die aktuellen Reformpläne umgesetzt werden, müssen ihre Folgen für die Versorgungsqualität fortlaufend im Blick behalten werden. Dafür ist eine kontinuierliche Analyse durch das Bundesgesundheitsministerium gemeinsam mit der ärztlichen Selbstverwaltung erforderlich, um frühzeitig zu erkennen, in welchem Maße sich negative Veränderungen in der Versorgung ergeben. Nur so kann bei Bedarf rechtzeitig nachgesteuert werden.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

§ 430 SGB V ist wie folgt zu formulieren:

„*Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert spätestens bis zum 31. Dezember* ***~~2030~~ 2027 und von da an fortlaufend*** *die mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vom … [einsetzen: Ausfertigungsdatum und Fundstelle dieses Gesetzes] getroffenen Maßnahmen daraufhin, ob sie sich als geeignet und ausreichend erwiesen haben, das Ziel stabiler Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung bei Beibehaltung eines Niveaus der gesundheitlichen Versorgung nach § 12 Absatz 1 Satz 1 zu erreichen. Es kann die Durchführung der Evaluation ganz oder in Teilen auf einen Dritten übertragen.* ***Die Evaluationskriterien sind im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Bundesärztekammer festzulegen. Das BMG veröffentlicht die Evaluationsergebnisse alle sechs Monate.***“

Reduzierung der Refinanzierung von Tarifsteigerungen in somatischen Krankenhäusern

Artikel 3 Nr. 7 Buchstabe c (§ 10 KHEntgG-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die derzeit vollständige Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen in somatischen Krankenhäusern soll auf eine hälftige Refinanzierung zurückgeführt werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die geplante Absenkung der Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen im stationären somatischen Bereich wird von der Bundesärztekammer abgelehnt. Auch wenn die ursprünglich (im Referentenentwurf) geplante vollständige Streichung abgemildert wird, bleibt auch eine nur hälftige Refinanzierung unzureichend, wodurch der zusätzliche finanzielle Druck auf die Krankenhäuser bestehen bleibt.

Die bisherige Verpflichtung zur Refinanzierung der Tarifsteigerungen für das Krankenhauspersonal stellt ein wesentliches Instrument zur Sicherung einer bedarfsgerechten Personalausstattung und der wirtschaftlichen Stabilität dieser Einrichtungen dar und sollte daher nicht ohne eine tragfähige Alternative aufgegeben werden.

Angesichts der in diesen Einrichtungen bestehenden hohen Arbeitsbelastung, des ausgeprägten Fachkräftemangels sowie der besonderen Qualifikationsanforderungen ist es nicht sachgerecht, die Einkommensentwicklung des medizinischen Personals strukturell nicht in der Finanzierung abzubilden. Eine solche Begrenzung beeinträchtigt die Attraktivität der Gesundheitsberufe, und bestehende Personalengpässe drohen sich weiter zu verschärfen.

Grundsätzlich ist sicherzustellen, dass das für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung erforderliche Personal auch tatsächlich finanziert wird. Basis dafür sollte eine verlässliche Personalbedarfsbemessung sein. Dies gilt für die Pflege, aber auch für den ärztlichen Bereich, in dem die Personalbemessung den patienten- und aufgabengerechten ärztlichen Personalbedarf abbilden muss. Hierfür ist das ärztliche Personalbemessungssystem der Bundesärztekammer ein geeigneter Ansatz.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung der beabsichtigten Neuregelung.

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Artikel 5 § 3b Abs. 4 BPflV

A) Beabsichtigte Neuregelung

In der Bundespflegesatzverordnung war die Tarifrefinanzierung bereits auf 75 Prozent der vereinbarten Erhöhungsrate begrenzt und wird jetzt auf 35 Prozent halbiert.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Zusätzlich zu den ebenfalls zu deckelnden Budget-Obergrenzen und zu den für 2026 bereits gültigen Sanktionsregelungen der PPP-RL in der Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie würde das für die psychiatrischen Häuser und Abteilungen eine zusätzliche und diskriminierende, weil doppelte Belastung darstellen.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung der geplanten Neuregelung.

Streichung der Meistbegünstigungsklausel

Artikel 3 Nr. 6 Buchstabe b (§ 9 Absatz 1b KHEntgG_E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der geplanten Neuregelung sollen die Vorgaben für die Vereinbarung des Veränderungswerts geändert werden. Der Veränderungswert begrenzt die Entwicklung der Landesbasisfallwerte und ist damit maßgeblich für die Erlösentwicklung der Krankenhäuser.

Bislang war grundsätzlich der jeweils höhere Wert von Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V und Orientierungswert nach § 10 Absatz 6 Satz 1 KHEntgG maßgeblich (sog. Meistbegünstigungsklausel). Künftig soll der jeweils niedrigere Wert gelten, das heißt, liegt der Orientierungswert über der Veränderungsrate, entspricht der Veränderungswert der Veränderungsrate; liegt er darunter, entspricht der Veränderungswert dem Orientierungswert.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer lehnt die vorgesehene Umkehrung der Meistbegünstigungsklausel ab. Die Festlegung des jeweils niedrigeren Werts von Veränderungsrate und Orientierungswert gewährleistet keine vollständige Refinanzierung der tatsächlichen

Kostensteigerungen bei bereits heute bestehen erheblichen Finanzierungslücken. Wie bereits der Bundesrat ausgeführt hat, führt dies zu einer strukturellen Unterfinanzierung der Krankenhäuser und beeinträchtigt langfristig die Sicherstellung einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen stationären Versorgung. Die geplante Umkehr der Meistbegünstigungsklausel ist daher zu streichen.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung der beabsichtigten Neuregelung.

Einführung von DRG-Kurzzeitfallpauschalen

Artikel 4 (§ 17b Absatz 3 SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Kurzzeitfallpauschalen sollen für kurze stationäre Behandlungsfälle von bis zu drei Kalendertagen und maximal zwei Übernachtungen die bisherigen die Ambulantisierung fördernden Instrumente AOP und Hybrid-DRG ergänzen. Das InEK wird bis 31.03.2027 ein Konzept für DRG-Kurzzeitfallpauschalen erstellen. Eine Umsetzung ist bis zum Anwendungsjahr 2028 zu ermöglichen. Die nach Kurzzeitfallpauschalen zu vergütenden Fälle sind unabhängig von der tatsächlichen Behandlungsdauer zu vergüten, also auch für Behandlungsfälle ohne Übernachtungen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Der Gesetzgeber erkennt mit der Einführung von Kurzzeitfallpauschalen grundsätzlich an, dass der bisher mit den Hybrid-DRG beschrittene Weg so nicht fortgesetzt werden kann. Aus Sicht der Bundesärztekammer ist noch nicht ausreichend erkennbar, wie sich die neu geplanten Kurzzeitpauschalen in ein stimmiges sektorenübergreifendes Gesamtsystem einfügen sollen. Der 130. Deutsche Ärztetag hat gefordert, die sektorenübergreifende Vergütung ambulanter Behandlungen grundlegend neu zu konzipieren und hierzu die ärztliche Selbstverwaltung, die wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften und Medizincontrolling-Expertise einzubinden. Wesentlich ist, dass bei allen Maßnahmen die Auswirkungen auf die ärztliche Weiterbildung geprüft und negative Effekte verhindert werden.

4. Ergänzender Änderungsbedarf

Abschaffung des Orphan-Privilegs: Bericht der Finanzkommission Gesundheit (Empfehlung Nr. 40)

A) Begründung

Die Finanzkommission Gesundheit (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/F/FinanzKommission_Gesundheit/FinanzKommissionGesundheit_Erster_Bericht_20260330.pdf) weist darauf hin, dass Orphan-Arzneimittel mit einem Verordnungsvolumen mit nur 0,1 % an den Gesamtverordnungen, 13 % der Arzneimittelausgaben der GKV darstellen. Besonders gravierend sei auch die Kostendynamik: Die Ausgaben würden im 5-Jahres-Mittel um 14 % ansteigen, bei patentgeschützten nicht-Orphan-Arzneimitteln würde dies nur 8 % pro Jahr im 5-Jahres-Mittel betragen.

B) Ergänzungsvorschlag

Es wird vorgeschlagen, die von der Finanzkommission Gesundheit vorgeschlagene Maßnahme umzusetzen. Bei Orphan-Arzneimitteln gilt im AMNOG ein Zusatznutzen bis zur Überschreitung der Umsatzgrenze von 30 Mio. € als belegt. Dies führt zu einem Vorteil bei den Preisverhandlungen, der sich in der Ausgabendynamik niederschlägt. Eine Abschaffung dieses sog. „Orphan-Drug-Privilegs" macht es möglich, dass sich die Ausgabenentwicklung an die der anderen patentgeschützten Arzneimittel anpasst.

Realisierung von Einspareffekten auf Seiten der gesetzlichen Krankenkassen durch die Digitalisierung bestehender Prozesse

A) Begründung

Die Etablierung des Versichertenstammdatenmanagements, des elektronischen Rezeptes (E-Rezept) und der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) hat auf Seiten der gesetzlichen Krankenkassen zu hohen Einspareffekten geführt. Daher ist die hohe Präferenz der Krankenkassen, dass zunächst diese Verfahren eingeführt werden, nachvollziehbar. Direkte positive Auswirkungen auf die Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten haben diese drei Anwendungen allerdings nicht in gleichem Maße – sie dienen primär der Erhöhung der Wirtschaftlichkeit administrativer Verfahren. Festzustellen ist allerdings, dass die Hebung dieser Wirtschaftlichkeitsreserven bislang nicht zu einer Reduzierung der Verwaltungsausgaben der Krankenkassen geführt haben.

Durch das Versichertenstammdatenmanagement wurde das physische Austauschen (Produktion und Personalisierung, Versand der eGK an den Versicherten) von Millionen von elektronischen Gesundheitskarten (eGK) unnötig, da bei Datenänderung eine Online-Aktualisierung der eGK erfolgt.

Durch die Etablierung des E-Rezeptes (ca. 500 Millionen/Jahr) und der eAU (ca. 70 Millionen/Jahr) stehen den Kassen medienbruchfrei Daten zur Verfügung, die vorher in Papierform angenommen und aufwändig verarbeitbar gemacht werden mussten.

B) Ergänzungsvorschlag

Der Gesetzgeber wird aufgefordert zu prüfen, in welcher Höhe den Krankenkassen im Rahmen der Digitalisierung Kostenersparnisse erwachsen und die Verwaltungsausgaben der Kassen entsprechend abzusenken.

Als Orientierungsgröße könnten Einspareffekte durch nicht notwendige Austausche von eGK (ca. 10-15 €/Stück) und Einspareffekte durch medienbruchfreie Zulieferung von E-Rezepten und eAU (1 €/Vorgang) dienen.

TOP Ia **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aussprache zum Leitantrag**

Titel: Zuverlässig und zukunftsfest - stabile Gesundheitsversorgung in Zeiten des Wandels

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache Ia - 01) unter Berücksichtigung des Antrags von Wieland Dietrich, Christa Bartels, Dr. Klaus J. Doubek, Sebastian Exner, Markus Haist, Prof. Dr. Bernhard Hemming, MPH, Dr. Dirk Altrichter, Prof. Dr. Tim Knoop, Dr. Paula Hezler-Rusch, Dr. Silke Lüder, Dr. Gerd-Hermann Büscher, PD Dr. Kirsten Jung, Dr. Uta Stierstorfer, Dr. Sophia Blankenhorn, Dr. Christof Sturm, Dr. Stefan Streit, Dr. Joachim Wichmann, MBA, Dr. Ariane Kunstein und Dr. Christian Messer (Drucksache Ia - 01b) Wieland Dietrich, Christa Bartels, Dr. Gerd-Hermann Büscher, Dr. Silke Lüder und Dr. Christian Messer (Drucksache Ia - 01c) Dr. Florian Gerheuser, Dr. Dirk Altrichter, Dr. Mirko Barone, Dr. Lydia Berendes, Prof. Dr. Stephan Böse-O'Reilly, Hans-Ulrich Braun, Dr. Karl Breu, Dr. Georg Deichhardt, Alexander Fuchs, Dr. Jürgen Gatter, Dr. Melanie Kretschmar, Dr. Heidemarie Lux, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Dr. Melanie Rubenbauer, Dr. Andreas Schießl, Anne Schluck, Dr. Christian Schwark, Dr. Christine Schwill, Dr. Jan Henrik Sperling, Dr. Katharina Thiede, Prof. Dr. Andreas Umgelter und Julian Veelken (Drucksache Ia - 01e) Dr. Hans-Jörg Bittrich, Dr. Ellen Lundershausen und Dr. Gerald Quitterer (Drucksache Ia - 01f) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Das Gesundheitswesen in Deutschland steht vor einem Wendepunkt. Die demografische Entwicklung, die steigende Krankheitslast und der Fachkräftemangel belasten die Versorgung massiv. Gleichzeitig nehmen Patientinnen und Patienten insbesondere in der ambulanten Versorgung medizinische Leistungen oft unkoordiniert in Anspruch, was die Versorgung zusätzlich strapaziert. Auch im stationären Sektor besteht Handlungsbedarf, um zukunftsgerechte Krankenhausstrukturen zu erreichen, die Ambulantisierung voranzubringen und eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung dauerhaft zu sichern.

Diese Herausforderungen treffen auf ein System, dessen finanzielle Grundlage unter Druck steht. Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 unterstützt deshalb grundsätzlich die Zielsetzung der Bundesregierung, das Gesamtsystem so auszurichten, dass die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ihre Einnahmen nicht dauerhaft übersteigen. Bei der konkreten Umsetzung sieht er aber die dringende Notwendigkeit, die in dem von der Bundesregierung vorgelegten Entwurf für ein GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vorgesehenen Neuregelungen hinsichtlich ihrer Folgewirkungen, ihres Zusammenspiels untereinander und der Lastenverteilung auf alle Beteiligten sauber auszutarieren und zu überarbeiten.

Zudem sind finanzielle Stabilität, Versorgungsqualität und die Belastbarkeit des Systems zusammenzudenken. Die Stabilisierung der GKV-Finanzen darf weder zulasten der Patientenversorgung gehen noch die beruflichen Rahmenbedingungen derjenigen verschlechtern, die sich Tag für Tag um die Patientinnen und Patienten kümmern.

Eine ausschließliche Orientierung der Ausgaben an der Entwicklung der (reduzierten) Grundlohnrate, wie im Entwurf für das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz angelegt, greift zu kurz. Denn ein solidarisches Gesundheitssystem muss seine Leistungen letztlich am medizinisch erforderlichen Versorgungsbedarf der Bevölkerung ausrichten.

Andernfalls drohen massive Verwerfungen in der Versorgung, die langfristig sogar zu steigenden Kosten führen können. Das gilt unter anderem für die geplanten Kürzungen bei offenen Sprechstunden und der Terminvergabe über die Rufnummer 116 117 im ambulanten Bereich sowie für die Streichung der vollständigen Refinanzierung von Tarifsteigerung der Beschäftigten im stationären Bereich.

Statt eines reinen Spargesetzes ist eine echte Reform erforderlich. Diese Reform muss auf einem stimmigen, dreistufigen Gesamtkonzept beruhen:

- erstens notwendige, kurzfristig wirksame Sofortmaßnahmen zur finanziellen und organisatorischen Stabilisierung des Systems,
- zweitens darauf aufbauende, mittelfristig wirksame Strukturreformen für mehr Patientenorientierung und Effizienz und
- drittens eine nachhaltig wirksame Stärkung und Neuausrichtung der Präventionspolitik als Investition in die Gesunderhaltung der Bevölkerung.

In allen drei Bereichen dürfen die notwendigen Schritte nicht länger aufgeschoben werden. Von der Politik erwarten wir eine faire, frühzeitige und substanzielle Einbindung der Ärzteschaft in diese grundlegende Neuausrichtung. Im Gegenzug übernehmen wir Verantwortung sowohl bei der Ausarbeitung von Konzepten als auch bei der Umsetzung der notwendigen Schritte.

Notwendige Sofortmaßnahmen als Basis für Strukturreformen

Versicherungsfremde Leistungen steuerfinanzieren. Ordnungspolitische Fehlentwicklungen müssen konsequent korrigiert werden. Der 130. Deutsche Ärztetag unterstützt die Empfehlung der GKV-FinanzKommission, die Finanzierung von versicherungsfremden Leistungen adäquat aus Steuermitteln zu sichern und appelliert an den Bundesfinanzminister, hier seiner Verantwortung gerecht zu werden. Dies gilt insbesondere für die Gesundheitsversorgung der Bürgergeldbeziehenden. Die Absicherung dieser Personengruppe ist Ausdruck eines gesamtgesellschaftlichen Solidarversprechens und damit eine originäre staatliche Aufgabe. Es ist nicht vertretbar, diese Last allein den beitragszahlenden Mitgliedern der GKV aufzubürden. Im Entwurf des GKV-

Beitragssatzstabilisierungsgesetzes wird der Zuschuss des Bundes an den Gesundheitsfonds sogar noch um Milliardenbeträge gekürzt. De facto bedeutet das, dass die Beschäftigten im Gesundheitswesen, Versicherte sowie Patientinnen und Patienten zur Konsolidierung des Bundeshaushalts herangezogen werden.

Fiskalpolitik gesundheitsorientiert ausrichten. Die Einführung bzw. Erhöhung von Steuern oder zweckgebundenen Abgaben auf krankmachende Genussmittel wie Alkohol, Tabak und Zucker ist ein notwendiger Schritt, der Prävention und Gesundheitsfinanzierung zusammenbringt. Die auf diese Weise generierten Mittel sind unmittelbar der Gesundheitsversorgung zuzuführen. Zu einer fairen Finanzierung zählt zudem die Absenkung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel von 19 auf 7 Prozent. Auch hier ist der Bundesfinanzminister gefordert.

Bürokratie abbauen. Ein konsequenter Bürokratieabbau ist für ein effizientes und patientenorientiertes Gesundheitswesen grundlegend. Der 130. Deutsche Ärztetag appelliert an die Bundesregierung, den im Koalitionsvertrag angekündigten Entbürokratisierungsmaßnahmen jetzt konkrete Taten folgen zu lassen. Zur Vorbereitung ist eine Bürokratie-Taskforce aus Politik und Selbstverwaltung einzurichten. Diese muss bereits vorliegende Einzelvorschläge der Ärzteschaft und anderer Akteure aus dem Gesundheitswesen zügig in umsetzbare Maßnahmen überführen.

Industrie an den Lasten beteiligen. Die Arzneimittelausgaben gehören zu den größten und am stärksten wachsenden Ausgabenblöcken im Gesundheitswesen. Notwendig ist eine angemessene Beteiligung der Industrie, kurzfristig durch eine Erhöhung des Herstellerrabatts für patentgeschützte Arzneimittel und mittelfristig durch weiterentwickelte Mechanismen bei der Preisfindung für Arzneimittel. Dabei sollten die vorliegenden Vorschläge des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege (SVR) berücksichtigt werden.

Gesamtkonzept notwendig. Alle diese Schritte sind ordnungspolitisch sinnvoll. Allerdings reichen die vorgenannten kurzfristigen finanzpolitischen Maßnahmen nicht aus, um das in Schräglage geratene Gesundheitssystem wieder auf die Beine zu stellen. Dringend notwendig ist ein Gesamtkonzept, das auch strukturelle Reformen zum Inhalt haben muss, um das Gesundheitswesen zukunftsfest zu gestalten.

Echte Strukturreformen für mehr Patientenorientierung und Effizienz

Primärversorgung gemeinsam entwickeln. Wir brauchen mehr Kooperation und Koordination in der Versorgung. Der 130. Deutsche Ärztetag begrüßt ausdrücklich die Bemühungen der Bundesregierung, die Primärversorgung gemeinsam mit den Akteuren aus der Versorgung strukturiert und zielgerichtet umzusetzen. Dabei sollten die Patientinnen und Patienten für die primäre Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung eine Arztpraxis verbindlich wählen. Diese ist in der Regel eine hausärztliche oder kinderärztliche Praxis. Dieser "erste Anlaufpunkt" übernimmt grundsätzlich die primärärztliche Versorgung

sowie die Koordination einer notwendigen Weiterbehandlung bei Fachärztinnen und Fachärzten in allen Gebieten und in weiteren Versorgungsbereichen.

Neue Steuerungsinstrumente dürfen keine zusätzliche Bürokratie schaffen. Sie müssen sich am Bedarf der Patientinnen und Patienten und an der Arbeitsrealität der Beschäftigten in der Versorgung ausrichten - nicht umgekehrt.

Die Verantwortung für die Ersteinschätzung und das Terminmanagement müssen in den Händen der ärztlichen Selbstverwaltung liegen.

Über die abschließende Terminvergabe entscheiden die ärztlichen Einrichtungen wie Arztpraxen, medizinische Versorgungszentren (MVZ) und Ambulanzen, denn dies ergibt sich aus der ärztlichen Freiberuflichkeit, aus der Endverantwortung des Behandelnden zur Frage medizinischer Notwendigkeit und letztlich auch auf Grundlage des Selbstständigen- bzw. Inhaberstatus.

Digitale Instrumente können die Prozesse bei der Ersteinschätzung unterstützen, unverzichtbar bleibt jedoch die Möglichkeit für einen persönlichen Kontakt, telefonisch oder vor Ort in der Praxis.

Teamorientierte Patientenversorgung. Ebenso wie die Primärversorgung bedarf die Patientenversorgung insgesamt der Zusammenarbeit aller Gesundheitsberufe bei klar geregelten Verantwortlichkeiten. Dabei sind auch Physician Assistants (PA) zu berücksichtigen, die in den letzten Jahren zu einem integralen Bestandteil der Gesundheitsversorgung in Deutschland geworden sind. Alle Tätigkeiten, für die spezifische ärztliche Fachkenntnisse und Erfahrungen erforderlich sind, müssen einem Arztvorbehalt unterliegen. Die ärztliche Gesamtverantwortung für Diagnose und Therapie darf nicht infrage gestellt werden. Nur auf dieser Basis können Delegation und Teamarbeit sicher zum Wohl der Patientinnen und Patienten gelingen.

Notfallreform bedarfsgerecht gestalten. Der 130. Deutsche Ärztetag erkennt an, dass die Bundesregierung die Reform der Notfallversorgung nach langem Stillstand voranbringen und dabei auch die Neuordnung des Rettungsdienstes einbeziehen will. Ziel muss es sein, die bestehenden Strukturen spürbar zu entlasten und die Akut- und Notfallversorgung sektorenübergreifend und bedarfsgerecht zu organisieren. Regional bereits funktionierende Lösungen in der sektorenübergreifenden Notfallversorgung dürfen nicht zerschlagen werden. Diesen Maßstäben wird der vorliegende Gesetzentwurf noch nicht gerecht.

Vor dem Hintergrund der erwartbaren Einschnitte in allen Leistungsbereichen ist es weder sachgerecht noch leistbar, unabhängig vom tatsächlichen Bedarf rund um die Uhr - und damit auch während der regulären Versorgungszeiten - über die Rufnummer 116 117 telemedizinische und aufsuchende Angebote vorzuhalten. Auch ein Nebeneinander verschiedener Ersteinschätzungssysteme mit jeweils unterschiedlichen Steuerungsfolgen,

wie es der Gesetzentwurf vorsieht, kann nicht der richtige Weg sein.

Eine echte Entlastung der Notfallstrukturen kann schließlich nur dann wirksam werden, wenn die vorgesehenen Zugangs- und Behandlungspfade von den Hilfesuchenden verbindlich und einheitlich genutzt werden. Dies erfordert eine konsequente Steuerung und eine umfassende zielgruppengerechte Informationskampagne über die Vorteile des Systems für Patientinnen und Patienten.

Der 130. Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, den Gesetzentwurf im parlamentarischen Verfahren unter Einbeziehung der Akteure aus der Patientenversorgung in diesen und weiteren Punkten substanziell zu überarbeiten.

Krankenhausreform: **Chancen nutzen und notwendige Korrekturen vornehmen.** Bei allen noch bestehenden Mängeln an der Krankenhausreform unterstützen wir ausdrücklich, dass Bund und Länder den Weg für deren Umsetzung freigemacht haben. Die Reform führt erstmals eine deutschlandweit einheitliche Planungssystematik ein. Zudem bieten die Mittel aus dem Transformationsfonds die Chance, die Standorte stabil und leistungsstark neu aufzustellen. Im Zuge der Strukturreform müssen auch Maßnahmen mitgedacht werden, um die Krisenresilienz der stationären Versorgung zu gewährleisten. Voraussetzung für das Gelingen der Reform ist aber, dass sie an entscheidenden Stellen klug und praxistauglich weiterentwickelt wird. Unter anderem brauchen wir eine grundlegende Überarbeitung der Vorhaltevergütung. Auch bei den Qualitätsvorgaben für die Leistungsgruppen sind Korrekturen und Klarstellungen unabdingbar. Dies gilt nicht nur für die Pflegepersonaluntergrenzen, sondern ebenso für die Anforderungen an das erforderliche fachärztliche Personal. Es ist im Gesetzestext klarzustellen, dass außerhalb des Regeldienstes die fachärztliche Verfügbarkeit durch Rufbereitschaft gewährleistet werden kann. Zudem sind zahlreiche handwerkliche Schwächen in der Leistungsgruppensystematik zu beheben. Besonders dringend erforderlich sind Änderungen, die die Auswirkungen der Krankenhausreform auf die ärztliche Weiterbildung angemessen berücksichtigen. Regionale Zusammenschlüsse von Krankenhäusern, Arztpraxen oder medizinischen Versorgungszentren (MVZ) zu von den (Landes-) Ärztekammern anerkannten Weiterbildungsverbünden sind konsequent zu stärken. Bei der Zuteilung von Leistungsgruppen sollten vorrangig solche Häuser berücksichtigt werden, die sich aktiv an der Weiterbildung und an regionalen Verbünden beteiligen. Rotationen innerhalb dieser Verbünde dürfen nicht durch die Regelungen des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes (AÜG) behindert werden.

Weiterbildung sichern - und finanzieren. Eine ausreichende Zahl gut qualifizierter Fachärztinnen und Fachärzte ist unverzichtbare Voraussetzung für die Sicherung einer guten Patientenversorgung; Politik und (Landes-)Ärztekammern stehen hier in unmittelbarer Verantwortung. Sowohl im stationären als auch im ambulanten Sektor findet die Weiterbildung jedoch unter erheblichem Versorgungs- und Effizienzdruck statt.

Personalmangel, enge Dienstpläne und wirtschaftliche Zielvorgaben erschweren in vielen

Bereichen die vollständige Vermittlung aller erforderlichen Weiterbildungsinhalte.

Politik und Kostenträger müssen anerkennen, dass Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung einen wesentlichen Beitrag zur Versorgung der Bevölkerung leisten, der vollumfänglich finanziell abgebildet werden muss. Zudem ist der mit der Weiterbildung einhergehende strukturelle und personelle Aufwand angemessen zu vergüten, etwa durch die Einführung einer Weiterbildungspauschale.

Dabei ist es Aufgabe der (Landes-)Ärztekammern, den fachlichen und rechtlichen Rahmen für eine qualitativ hochwertige und strukturierte Weiterbildung zu setzen. Dazu gehört auch, die entsprechenden Strukturen und Prozesse kontinuierlich weiterzuentwickeln, um Qualität und Vertrauen in die ärztliche Weiterbildung dauerhaft zu sichern.

Medizinstudium reformieren, Fachkräfte sichern. Wir fordern Bund und Länder auf, die Reform des Medizinstudiums endlich umzusetzen und so einen substanziellen Beitrag zur ärztlichen Nachwuchsförderung und Fachkräftesicherung zu leisten. Darüber hinaus muss Fachkräftesicherung auch diejenigen in den Blick nehmen, die am Ende ihres Berufslebens stehen. Umfragen zeigen, dass viele Ärztinnen und Ärzte im Ruhestandsalter bereit sind, sich weiterhin in die Patientenversorgung einzubringen, sofern die Rahmenbedingungen stimmen. Deshalb muss die zum Jahresbeginn in Kraft getretene Aktivrente auch für Selbstständige, etwa niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, möglich gemacht werden.

Überdies ist unser Gesundheitssystem dringend auch auf Fachkräfte aus dem Ausland angewiesen. Insoweit unterstützen wir die geplante effizientere Gestaltung der Anerkennungsverfahren für Ärztinnen und Ärzte mit Qualifikationen aus Drittstaaten. Dabei müssen sowohl die Patientensicherheit als auch die hohen Qualitätsstandards uneingeschränkt gewahrt werden. Wir fordern die schnelle und konkrete Umsetzung in der ärztlichen Approbationsordnung (ÄApprO). Neben den "formellen" Voraussetzungen ist eine entsprechende Willkommenskultur unabdingbar.

Resilienz und Krisenvorsorge stärken, Klimaschutz weiter vorantreiben. Wir bieten unsere Zusammenarbeit an, um die Resilienz des Gesundheitswesens angesichts wachsender geopolitischer Konflikte, grenzüberschreitender Gesundheitsgefahren und akuter Folgen des Klimawandels zu stärken. Eine robuste Vorsorge erfordert die ausreichende Vorhaltung von Arzneimitteln, inklusive Blutprodukten und Medizinprodukten, die Diversifizierung und verlässliche Absicherung von Lieferketten sowie den Aufbau einer ausfallsicheren digitalen Infrastruktur. Bund und Länder sind gefordert, gemeinsam mit der Ärzteschaft eine umfassende Resilienzstrategie zu entwickeln, die klare Abläufe, Zuständigkeiten und die Finanzierung sicherstellt. Hierzu zählt auch ein Echtzeit-Lagebild der medizinischen Versorgungssituation. An einem entsprechenden Lagezentrum ist die Ärzteschaft zu beteiligen. Angesichts der sicherheitspolitischen Lage spielt die Zivil-Militärische Zusammenarbeit (ZMZ) im Gesundheitswesen eine immer größere Rolle.

Der 130. Deutsche Ärztetag stellt zudem klar, dass der Klimawandel die größte Bedrohung

für die Gesundheit und Zukunft der Menschheit ist. Er fordert die Bundesregierung daher erneut und nachdrücklich dazu auf, dieser Gefahr zum Schutz der Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger entschlossener entgegenzuwirken, indem sie die Verbrennung fossiler Energieträger zeitnah beendet. Dazu gehören der Wegfall von Subventionen für deren Nutzung, die zeitnahe Dekarbonisierung des Verkehrs sowie der Energieversorgung und der Verzicht auf den Ausbau fossiler Infrastrukturen, indem bereits heute verfügbare emissionsfreie Energieträger (v. a. Photovoltaik, Windkraft) mit dazugehörigen Netz- und Speicherkapazitäten massiv ausgebaut werden. Der unvermeidlich mit Belastungen einhergehende Wandel muss sozial verträglich gestaltet werden. Prävention und Aufklärung zu klimainduzierten Gesundheitsrisiken sind auszubauen. Zudem benötigt Deutschland verbindliche Hitzeschutzpläne und ein bundesweites Hitzealarmsystem sowie ein systematisches Monitoring klimabedingter Erkrankungen und Gesundheitsrisiken.

Digitalisierung und KI nutzen. Wir wollen die Digitalisierung vorantreiben und Künstliche Intelligenz (KI) nutzen. Die elektronische Patientenakte (ePA) ist als zentrale Plattform für Daten und Anwendungen praxis- und nutzerorientiert weiterzuentwickeln. Besondere Schwerpunkte müssen dabei die Etablierung versorgungsorientierter Anwendungen, Nutzerfreundlichkeit und die Betriebsstabilität sein. Die Patientenautonomie ist durch bessere Information, niedrigschwellige Nutzungsmöglichkeiten und gezielte Maßnahmen zur Akzeptanzsteigerung zu stärken.

Der Einsatz Künstlicher Intelligenz soll sich an den Bedürfnissen der ärztlichen Praxis orientieren: KI soll dokumentationsentlastend wirken, klinische Entscheidungsunterstützung bieten, Fehlverordnungen reduzieren, von Bürokratie entlasten und so zu einer Stärkung der Versorgungsqualität und Sicherheit für Patientinnen und Patienten beitragen. Der Einsatz von KI ist so zu gestalten, dass die ärztliche Gesamtverantwortung für Diagnose und Therapie gewahrt bleibt und die ärztliche Zuwendung zu den Patientinnen und Patienten gestärkt wird. Dafür brauchen wir klare, praxistaugliche Rahmenbedingungen, leicht zugängliche Test- und Pilotierungsmodelle sowie verbindliche Zeitpläne mit klaren Verantwortlichkeiten. Dann hat sie das Potenzial, die Patientenbehandlung zu verbessern. Der Budget- und Ressourcenbedarf für Implementierung und Schulung ist frühzeitig festzulegen. Risikomanagement, Datenschutz und die Vermeidung von Sicherheitslücken und Fehlanwendungen müssen dabei gewährleistet sein.

Beschäftigte im Gesundheitswesen konsequent vor Gewalt schützen. Gewalt gegen Ärztinnen und Ärzte sowie gegen andere im Gesundheitswesen tätige Personen hat in den vergangenen Jahren weiter zugenommen und stellt ein ernstzunehmendes strukturelles Risiko für die medizinische Versorgung dar. Daher sind eine konsequente und effiziente Strafverfolgung und Ahndung von Übergriffen auf medizinisches Personal notwendig. Der Gesetzgeber wird aufgefordert, den strafrechtlichen Schutz aller im Gesundheitswesen Tätigen zu verbessern und den vorgelegten Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Strafgesetzbuches – Stärkung des strafrechtlichen Schutzes des Gemeinwesens des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) zeitnah

weiterzuverfolgen. Zudem ist zeitnah ein bundesweit einheitliches, niedrigschwelliges Meldesystem für Gewaltvorfälle im Gesundheitswesen einzuführen, wobei auf den bereits entwickelten Prototypen der Bundesärztekammer zurückgegriffen werden und dieses aus der Selbstverwaltung heraus betrieben werden sollte. Ergänzend bedarf es verbindlicher Präventions- und Nachsorgekonzepte sowie einer systematischen Erfassung und Auswertung der Vorfälle. Nur durch ein koordiniertes Vorgehen von Politik, Selbstverwaltung und Einrichtungen kann die Sicherheit des medizinischen Personals nachhaltig gewährleistet werden.

Für eine nachhaltig wirksame Stärkung und Neuausrichtung der Präventionspolitik

Prävention zur ressortübergreifenden Aufgabe machen. Über kurzfristige Einsparungen und mittelfristig wirksame Strukturreformen hinaus muss die Politik Investitionen in Prävention und Gesunderhaltung der Bevölkerung in den Blick nehmen. Gerade bei chronischen Erkrankungen und Volkskrankheiten liegt hier ein erhebliches medizinisches und ökonomisches Potenzial. Wir fordern die Einrichtung eines Public-Health-Fonds zur Finanzierung dieser langfristigen Aufgaben. Dieser Fonds ist aus Haushaltsmitteln zu speisen, insbesondere durch die Einnahmen aus Steuern bzw. Abgaben auf krankmachende Genussmittel wie Alkohol, Tabak und Zucker. Zudem muss Prävention als ressortübergreifende Aufgabe mit klaren Zielen, verbindlichen Zeitplänen und messbaren Wirkungen fest verankert werden. Bildung, Arbeit, Verkehr, Umwelt und Stadtentwicklung prägen maßgeblich die Gesundheitschancen der Bevölkerung. Health in All Policies (HiAP) ist kein bloßes programmatisches Schlagwort, sondern Ausdruck moderner staatlicher Steuerungsfähigkeit. Die Förderung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung muss als bildungspolitisches Ziel von der frühkindlichen und schulischen Bildung an lebenslang konsequent verankert werden. Dazu gehört eine entschiedene Förderung von Sport und Bewegung im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter.

Selbstverantwortung als gesellschaftliche Aufgabe. Schließlich ist jede und jeder gefordert: Selbstverantwortung bedeutet mehr als finanzielle Selbstbeteiligung. Sie zeigt sich in der Bereitschaft, medizinische Leistungen verantwortungsvoll in Anspruch zu nehmen, die eigene Lebensweise gesundheitsfördernd zu gestalten und Präventionsangebote aktiv zu nutzen. Nur so kann eine zukunftsfähige Versorgung gelingen.

Gesellschaftliche Debatte über die Zukunft des Gesundheitswesens notwendig

Die Auseinandersetzung über die aktuellen Defizite in der Gesundheitsversorgung greift zu kurz, wenn sie sich auf Einsparmöglichkeiten und zusätzliche finanzielle Mittel für die nächsten Jahre beschränkt. Denn die finanzielle Basis des beitragsfinanzierten Gesundheitssystems wird mittelfristig im Rahmen der demografischen Entwicklung mit dem Ruhestandseintritt geburtenstarker Jahrgänge erodieren. Zugleich wird nicht nur der Versorgungsbedarf steigen. Auch die Möglichkeiten der modernen Medizin mit hochwirksamen, aber immer teureren Medikamenten und Therapieverfahren werden weiter

anwachsen. Es wäre falsch, sich der Hoffnung hinzugeben, diese Trends allein durch Strukturreformen und Effizienzgewinne ausgleichen zu können. Wir unterstützen ausdrücklich den Gedanken eines solidarischen Gesundheitssystems, in dem allen Menschen unabhängig vom Einkommen die medizinisch erforderliche Versorgung zur Verfügung gestellt wird. Umso mehr fordert der 130. Deutsche Ärztetag eine breite Debatte darüber, ob die Gesellschaft bereit ist, die dafür erforderlichen, perspektivisch wachsenden Mittel auch in Zukunft bereitzustellen und darüber, wie die Balance zwischen notwendiger Versorgung für alle, Eigenverantwortung und Grenzen des Finanzierbaren zu finden ist.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Bürokratieabbau im GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz mitdenken

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Susanne Johna, Dr. Christian Schwark, Anne Kandler, Dr. Christian Piper, PD Dr. Andreas Scholz, Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Sven Christian Dreyer, Sylvia Ottmüller und Dr. Melanie Rubenbauer (Drucksache Ib - 04) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert die Bundesregierung nachdrücklich auf, das aktuelle GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz zwingend mit einem nachhaltigen und systemeffektiven Bürokratieabbau zu verbinden.

Ein langfristig angelegter, systemeffektiver Abbau bürokratischer Hürden ist aus unserer Sicht essenziell, um die Leistungsfähigkeit und Qualität der medizinischen Versorgung in Deutschland zu erhalten. Eine lediglich kurzfristige Kostendämpfung, die nicht mit einer spürbaren Entbürokratisierung einhergeht, verstärkt nur den ökonomischen Druck im Gesundheitssystem und lässt die aktiven Akteure ohne Entlastung zurück.

Dies birgt die Gefahr, dass sich die Qualität der medizinischen Versorgung auf Dauer verschlechtert und dadurch letztendlich volkswirtschaftlich deutlich höhere Kosten entstehen.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Sparen in der ambulanten Versorgung bedeutet faktische Kürzung ambulanter Leistungen

Beschluss

Auf Antrag von Johannes Neimann, Dr. Gisbert Voigt, Dr. Thomas Buck, Manuela Dörnte, Dr. Klaus J. Doubek, Christian Popoviciu, Dr. Tilman Kaethner, Dr. Wolfgang Lensing, Dr. Raffael-Sebastian Boragk und Dr. Dietmar Klass (Drucksache Ib - 06) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 stellt fest, dass die aktuellen Vorschläge zur Stabilisierung der GKV-Finanzen in der ambulanten Versorgung nicht zu belastbar nachgewiesenen, versorgungsneutralen Effizienzgewinnen führen, sondern wesentlich in Zugang, Vorhaltung und Vergütung eingreifen. Unter den heutigen Versorgungsbedingungen bedeutet dies faktisch eine Kürzung ambulanter Leistungen durch längere Wartezeiten, Angebotsverengung und Verlagerung von Priorisierungsentscheidungen in den Versorgungsalltag.

Der 130. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, vor weiteren Einschnitten in die ambulante Versorgung nicht länger offen zu lassen, welche Entscheidungen fachlich und welche politisch zu treffen sind:

1. Die ärztliche Bewertung von medizinischer Notwendigkeit und Dringlichkeit ist ureigene Aufgabe der Ärzteschaft. Notwendige und dringliche Behandlungen bedürfen einer prioritären Versorgung.
2. Die politische Entscheidung, welche - nicht dringlichen und nicht notwendigen - Leistungen weiterhin uneingeschränkt, zeitlich nachrangig, eingeschränkt oder nicht mehr zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbracht werden sollen, ist Aufgabe des Gesetzgebers.
3. Steuerungsmaßnahmen dürfen erst dann eingeführt werden, wenn die daraus folgenden rechtlich verbindlichen Konsequenzen für Patientinnen und Patienten transparent festgelegt sind.

Begründung:

Die FinanzKommission Gesundheit prognostiziert eine Deckungslücke von 15,3 Milliarden Euro für 2027, steigend auf 40,4 Milliarden Euro bis 2030, und empfiehlt zugleich ein weitreichendes Konsolidierungsprogramm. Zwar erkennt die Ärzteschaft einzelne Vorschläge mit tatsächlichem Transformations- oder Qualitätsgewinn ausdrücklich an; diese bleiben wegen ihres geringen Einsparvolumens für sich genommen jedoch ohne relevante Wirkung auf das Strukturproblem.

Gerade die relevanten ambulanten Einsparvolumina beruhen nicht auf klar benannten, versorgungsneutralen Effizienzreserven, sondern auf Eingriffen in Vergütung, Vorhaltung und Zugang. Werden planbare und wirtschaftlich tragende Leistungsanteile zurückgedrängt, entsteht kein neutraler Effizienzgewinn, sondern eine faktische Kürzung des verfügbaren Angebots.

Solange politisch nicht festgelegt wird, welche Leistungen weiterhin uneingeschränkt, zeitlich nachrangig, eingeschränkt oder nicht mehr zulasten der GKV erbracht werden sollen, erfolgt Rationierung verdeckt durch Budget und Warteschlange.

Beitragsstabilität zu versprechen und zugleich Leistungskürzungen zu bestreiten, obwohl wesentliche Einsparhebel in der ambulanten Versorgung gesehen werden, ist logisch nicht vereinbar.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Keine Schwächung der frühen Prävention als Voraussetzung für spätere Gesundheit und als wichtiger Baustein der Kostendämpfung im Gesundheitssystem im GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Tilman Kaethner, Dr. Thomas Buck, Johannes Neimann, Dr. Thomas Carl Stiller und Dr. Gisbert Voigt (Drucksache Ib - 11) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert, dass die Bundesregierung die im GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vorgesehene finanzielle Begrenzung der Vergütung für präventive Leistungen, wenn die Zahlen dieser präventiven Leistungen steigen, überdenkt und zurücknimmt (ehem. EGV-Leistungen).

Begründung:

Im vorliegenden Entwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes ist eine Begrenzung der Vergütungen für Vorsorgeleistungen geplant. Wenn die gesundheitspolitische und medizinisch gewünschte Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen steigt, soll der dadurch ausgelöste Anstieg des Finanzbedarfs begrenzt werden.

Gerade bei Vorsorgeleistungen ist eine steigende Inanspruchnahme weder unerwünscht noch steuerbar, sondern ausdrücklich gewollt. Prävention dient der frühzeitigen Erkennung und Vermeidung von Erkrankungen und trägt langfristig zur Entlastung des Gesundheitssystems bei. Eine finanzielle Begrenzung der Vergütung setzt daher falsche Anreize und gefährdet den Ausbau präventiver Versorgung.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Sicherung der wirtschaftlichen Existenz der Praxen und Wahrung der Versorgungsqualität unter dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz

Beschluss

Auf Antrag von Johannes Neimann, Dr. Wolfgang Lensing, Manuela Dörnte und Dr. Thomas Carl Stiller (Drucksache Ib - 12) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

1. Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 stellt fest, dass die im Entwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes vorgesehene grundsätzliche Koppelung der Vergütung an die Grundlohnrate bei gleichzeitigem Wegfall von Leistungsanreizen (wie den TSS-Zuschlägen) in einer Zeit massiver Kostensteigerungen (Inflation, Personal, Betriebskosten) zu einer systemischen Unvereinbarkeit führt. Ein effizientes Versorgungssystem kann nicht unterhalb des wirtschaftlichen Kostendeckungsgrades betrieben werden, ohne die ärztliche Versorgung und damit auch die Patientensicherheit zu gefährden.
2. Der 130. Deutsche Ärztetag sieht die reale Gefahr, dass die Umsetzung des Gesetzentwurfs in der jetzigen Fassung aufgrund seiner massiven wirtschaftlichen Auswirkungen vermehrt Ärztinnen und Ärzte zu einem früheren Eintritt in den Ruhestand (das Durchschnittsalter bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten lag 2025 bei 53,9 Jahren) oder sogar zu einer Abkehr aus der vertragsärztlichen Versorgung führen wird. Dies würde die Patientenversorgung nachhaltig und massiv verschlechtern.
3. Der 130. Deutsche Ärztetag fordert die politischen Entscheidungsträger auf, klar gegenüber der Bevölkerung zu benennen, dass die geplanten Maßnahmen unter den heutigen Versorgungsbedingungen keine "neutralen" Effizienzsteigerungen darstellen. Sie führen vielmehr zur faktischen Kürzung ambulanter Leistungen durch längere Wartezeiten, Angebotsverengung sowie Verlagerung von Priorisierungsentscheidungen in den Versorgungsalltag. Die Behauptung, es werde keine Leistungskürzungen geben, ist mit einer Politik der Beitragsstabilisierung durch Ausgabenbegrenzung in der ambulanten Versorgung logisch nicht vereinbar.

Begründung:

Der vorliegende Gesetzentwurf bricht mit dem Grundsatz der leistungsgerechten Vergütung. Die geplante "einnahmenorientierte Ausgabenpolitik" ignoriert die realen

Gestehungskosten ärztlicher Leistungen. Damit steuert die ambulante Versorgung auf ein Dumping-Niveau zu, das mit dem ärztlichen Ethos und der wirtschaftlichen Verantwortung eines Praxisinhabers unvereinbar ist. Gemäß § 12 SGB V (Wirtschaftlichkeitsgebot) ist der Arzt gesetzlich verpflichtet, Leistungen nur im notwendigen Maße zu erbringen. Wenn die bereitgestellten Mittel der Solidargemeinschaft für eine umfassende Versorgung nicht ausreichen, sind die Praxen gezwungen, das Leistungsangebot auf das gesetzliche Mindestmaß zu reduzieren, um ihre Wirtschaftlichkeit nicht zu verlieren.

Die praxisindividuelle Prüfung der Option eines Systemausstieges ist kein politisches Geplänkel, sondern eine notwendige unternehmerische Risikovorsorge. Werden ärztliche Leistungen dauerhaft unter Wert eingekauft, entzieht der Gesetzgeber der Freiberuflichkeit die Basis - einschließlich ihrer grundgesetzlich garantierten Finanzierung als Ausfluss des Artikels 12 Abs. 1 Grundgesetz.

Ein einheitliches Signal der gesamten Ärzteschaft ist hierbei unerlässlich, um die politische Spaltung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zu verhindern und die Versorgungssicherheit als Ganzes zu thematisieren.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Ambulante gebietsärztliche Versorgung für GKV-Patientinnen und -Patienten sicherstellen

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Katharina Thiede, Julian Veelken, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Dr. Charlotte Hillmann, Dr. Detlef Lorenzen, Prof. Dr. Andreas Umgelter, Dr. Joachim Suder und Prof. Dr. Stephan Böse-O'Reilly (Drucksache Ib - 13) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert Bundesregierung, Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) dazu auf, gleichzeitig mit Verabschiedung des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes gemeinsam mit den Vertretungen der Gebietsärztinnen und -ärzte geeignete Maßnahmen zu ergreifen, die tatsächlich sicherstellen, dass Patientinnen und Patienten in angemessener Zeit Termine in der ambulanten gebietsärztlichen Versorgung erhalten.

Dabei müssen sowohl echte Akutpatientinnen und -patienten berücksichtigt werden, als auch Patientinnen und Patienten, die bislang nicht oder nicht mehr fachärztlich betreut sind und eine zeitlich befristete Abklärung oder auch eine dauerhafte Anbindung benötigen.

Nach Abschaffung der Terminservice- und Versorgungsgesetz-Fälle (TSVG-Fälle) (inkl. Hausarztvermittlungsfälle, Terminservice-Fälle [TSS-Fälle] und der bisher extrabudgetär vergüteten offenen Sprechstunde) muss sichergestellt werden, dass Gebietsärztinnen und -ärzte trotzdem eine extrabudgetäre Vergütung für die kurzfristige Behandlung von Akutpatientinnen und -patienten erhalten.

Außerdem müssen die verantwortlichen Akteurinnen und Akteure ein Konzept entwickeln und umsetzen, mit dem auch Neupatientinnen und -patienten ohne dringlichen oder notfallmäßigen Behandlungsbedarf in die gebietsärztliche Regelversorgung aufgenommen werden. Dies könnte beispielsweise über eine Honorierung für die Annahme einer bestimmten Anzahl solcher Patientinnen und Patienten pro Quartal erfolgen.

Begründung:

Eine zeitnahe Vorstellung von Patientinnen und Patienten beim Gebietsarzt gelingt vielen

Kolleginnen und Kollegen aktuell oftmals nur dann, wenn diese im Rahmen von Dringlichkeits- oder Hausarztvermittlungsfällen vorgestellt werden. Gerade die Anbindung von Patientinnen und Patienten, die zur Vorsorge oder Mitbehandlung einen Gebietsarzt benötigen, ist regelmäßig aussichtslos. Mit der Streichung der TSVG-Fälle wird sich absehbar zusätzlich auch die Anbindung von Akutpatientinnen und -patienten erschweren.

Es ist aber dringend notwendig, alle Patientinnen und Patienten einer zeitlich und fachlich angemessenen Betreuung zuzuführen.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Vollständigen Versicherungsschutz sichern

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Katharina Thiede, Julian Veelken und Dr. Charlotte Hillmann (Drucksache Ib - 14) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert die Bundesregierung und die Krankenkassen dazu auf, sicherzustellen, dass es mit Wegfall der kostenlosen Mitversicherung von Angehörigen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht zu einem Anstieg faktisch unzureichend abgesicherter Personen kommt.

Es ist dafür Sorge zu tragen, dass die Abhängigkeit vom haupt- oder alleinverdienenden Ehepartner nicht dazu führt, dass der nicht- oder geringfügig beschäftigte Ehepartner seinen vollen Krankenversicherungsschutz verliert. Mit dem Entwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes beeinflusst das Einkommen des hauptverdienenden Partners die Beitragshöhe, begründet aber keine Zahlungspflicht des einen Partners gegenüber dem anderen.

Es muss außerdem unbedingt verhindert werden, dass durch möglicherweise entstehende Krankenkassenbeitragsschulden beider Partner ganze Familien nur noch einen eingeschränkten Krankenversicherungsschutz genießen.

Begründung:

Mit Wegfall der kostenlosen Mitversicherung von Angehörigen in der GKV kommt es zu einer höheren finanziellen Belastung des hauptverdienenden Ehepartners. Eine steigende finanzielle Belastung gerade für Familien mit geringem Haushaltseinkommen könnte dazu führen, dass einzelne Personen oder ganze Haushalte ihre Krankenkassenbeiträge nicht mehr zahlen (können) und für diese Menschen nur noch der ruhend gestellte Leistungsanspruch gilt.

Gleichzeitig verschärft sich die finanzielle Abhängigkeit des bisher mitversicherten Ehepartners. Dieser hat eine eigene Beitragspflicht, jedoch ohne eigenes Einkommen, und ist daher umso mehr vom hauptverdienenden Partner abhängig. Besonders gefährdet sind

an dieser Stelle Menschen in Beziehungen, in denen Gewalt oder Machtgefälle eine Rolle spielen.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Anregungen für den zweiten Bericht der FinanzKommission Gesundheit

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Julian Veelken, Dr. Katharina Thiede, Dr. Charlotte Hillmann, Prof. Dr. Andreas Umgelter, Dr. Joachim Suder, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H. und Dr. Hans-Otto Bürger (Drucksache Ib - 15) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 stellt mit Bedauern fest, dass das von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken vorgestellte GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz im Wesentlichen sowohl Leistungserbringer als auch Patientinnen und Patienten belastet, während notwendige Strukturreformen (wieder) vermieden werden.

Der 130. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, den Arbeitsauftrag für den zweiten Bericht der FinanzKommission Gesundheit so auszugestalten, dass er eine Diskussion ermöglicht, die über die jetzt erlebte Kürzungs- und Rationierungsdebatte hinausgeht und Grundlage einer umfassenden Reform der solidarischen Krankenversicherung sein kann.

Bei hohen Ausgaben für die Gesundheitsversorgung wird angesichts der demografischen Entwicklung einerseits und der allgemeinen Kostenentwicklung sowie des teuren medizinischen Fortschritts andererseits der Erhalt des GKV-Systems auf Dauer nicht möglich sein, ohne auch die Einnahmeseite des Systems zu stabilisieren.

Der 130. Deutsche Ärztetag bittet die FinanzKommission Gesundheit, Lösungsvorschläge zu erarbeiten,

- die die Einnahmemechanismen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) so gestalten, dass diese mittelfristig auskömmlich sind und sich nicht ausschließlich an der absehbar sinkenden Grundlohnrate orientieren,
- sodass gleichzeitig die Lohnnebenkosten gesenkt werden und mittelfristig nicht wieder steigen und
- außerdem der Beitragssatz wieder sinken kann.
- Darüber hinaus darf die Dualität der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung nicht sakrosankt sein, sondern muss zweckmäßig betrachtet und gestaltet werden.

Mit Blick auf die Ausgabenseite müssen nach der Kürzungsrunde des ersten Berichtes der FinanzKommission nunmehr echte Strukturreformen im Zentrum stehen. Dazu gehören beispielsweise eine Harmonisierung der Sektoren, Reformen bei der Preisfindung neuer Medikamente und Medizinprodukte oder auch die Auswirkungen einer möglichen Senkung oder Aussetzung der Mehrwertsteuer für Medikamente und Medizinprodukte, wie dies in anderen europäischen Ländern längst üblich ist.

Außerdem muss die FinanzKommission Gesundheit eine erste Bewertung der Umsetzung der Vorschläge ihres ersten Berichts vornehmen, die der jüngsten Gesundheitsreform zu Grunde liegen.

Begründung:

Die 66 Vorschläge zur Stabilisierung der GKV, die die FinanzKommission Gesundheit in ihrem ersten Bericht vorgestellt hat, haben ein breites Echo in der gesundheitspolitischen Diskussion gefunden.

Bereits im Vorfeld hat sich die politische Diskussion über die finanzielle Schieflage der GKV zu einer Priorisierungs- und Kürzungsdebatte entwickelt, die im Kern das System des solidarisch finanzierten GKV-Systems strukturell gefährdet.

Die konkrete Umsetzung der "Reform" mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz bestätigt diesen Befund und hat ihn noch verstärkt, da die von der Bundesregierung getroffene Auswahl aus den Vorschlägen der FinanzKommission dazu führt, dass Patientinnen und Patienten sowie Leistungserbringer massiv belastet werden, andere Akteure jedoch geschont und eine echte Strukturreform vermieden wird.

In der nun laufenden Debatte müssen daher unbedingt Vorschläge für den Auftrag eingebracht werden, den die Bundesregierung Ende 2026 der FinanzKommission Gesundheit für den geplanten zweiten Bericht erteilen wird.

Die Kommission muss unter möglichst wenigen restriktiven Vorgaben ermuntert werden, modellhaft neue Finanzierungskonzepte zu durchdenken und der Politik vorzuschlagen.

Hierbei muss neben der Ausgaben- auch die Einnahmeseite der GKV betrachtet werden, ohne nach dem alten Muster zu verfahren, die Lohnnebenkosten zu belasten und den Beitragssatz zu erhöhen.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Nachhaltige Finanzierung der Gesundheitsversorgung

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Han Hendrik Oen, Dr. Tilman Kaethner, Dr. Thomas Carl Stiller, Dr. Thomas Lipp, Sebastian Exner, Dr. Marco Hensel MBA, Bettina Rakowitz, Dr. Stefan Schröter, Dr. Ulrich Tappe, Dr. Ulrich Schwiersch und Johanna Riemer-Laudien (Drucksache Ib - 17) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert Bund und Gesetzgeber auf, die vollständige finanzielle Verantwortung für versicherungsfremde Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu übernehmen. Insbesondere müssen die Beiträge für Bürgergeldempfängerinnen und Bürgergeldempfänger vollständig und realitätsgerecht aus Steuermitteln finanziert werden. Eine dauerhafte Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben aus Beitragsmitteln der GKV ist systemwidrig und führt zu einer strukturellen Überlastung der Solidargemeinschaft. Mit der Übernahme wäre das für 2027 festgestellte Defizit von 15 Milliarden Euro zum großen Teil gedeckt. Dies würde die nötige Zeit dafür geben, die Versorgung im Rahmen von Strukturreformen zu sichern und auszubauen. Daraus könnten sich dann möglicherweise weitere Sparmaßnahmen ergeben.

Der 130. Deutsche Ärztetag erkennt zugleich die erheblichen finanziellen Herausforderungen der GKV ausdrücklich an und unterstützt das Ziel, die Finanzierungsgrundlagen der GKV nachhaltig zu stabilisieren. Dabei muss jedoch sichergestellt werden, dass notwendige Konsolidierungsmaßnahmen nicht zu einer Gefährdung der ambulanten und stationären Patientenversorgung führen.

Die Stabilisierung der GKV darf nicht primär über pauschale Vergütungsbegrenzungen, zusätzliche Bürokratie oder administrative Verdichtung erfolgen, sondern muss sich an Versorgungsqualität, Patientensicherheit, medizinischer Notwendigkeit und Versorgungseffizienz orientieren. Nachhaltige Stabilität entsteht durch verlässliche Rahmenbedingungen und eine starke medizinische Versorgung.

Kurzfristige Konsolidierungsmaßnahmen können jedoch notwendige Strukturreformen des Gesundheitswesens nicht ersetzen. Diese müssen in einem gesonderten, breit abgestimmten Prozess gemeinsam mit der ärztlichen Selbstverwaltung entwickelt werden. Ziel muss eine patientenorientierte, effiziente und zukunftsfeste Versorgungsstruktur sein, die Bürokratie reduziert, Digitalisierung konsequent nutzbar macht und die Versorgung langfristig sichert.

Der 130. Deutsche Ärztetag unterstützt die Weiterentwicklung präventiver und zweckgebundener Abgaben, insbesondere im Bereich stark zuckerhaltiger Getränke sowie perspektivisch auch im Bereich Alkohol und Tabak, um gesundheitspolitische Lenkungseffekte und zusätzliche Finanzierungsbeiträge miteinander zu verbinden. Ebenso sollte die Mehrwertsteuer auf Arzneimittel abgesenkt werden.

Der 130. Deutsche Ärztetag fordert den Bundesgesetzgeber auf, die im Rahmen des geplanten GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes vorgesehenen pauschalen Kürzungsmaßnahmen und Honorarbegrenzungen im ambulanten Bereich kritisch zu überprüfen und so auszugestalten, dass die wirtschaftliche Stabilität der Praxen und Krankenhäuser sowie die wohnortnahe Versorgung der Patientinnen und Patienten nicht beeinträchtigt werden. Ebenso sollte die geplante Kürzung des Bundeszuschusses um zwei Milliarden Euro zurückgenommen werden, um zusätzlichen finanziellen Druck auf die medizinische Versorgung zu vermeiden.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz - Sicherstellung der ambulanten fachärztlichen Versorgung nicht gefährden

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Regine Held, Dr. Petra Bubel, Dr. Gerd-Hermann Büscher, Dr. Michael Deeg, Dr. Bernhard Gallenberger, Dr. Uta Stierstorfer, Dr. Joachim Wichmann, MBA, Dr. Sabine Köhler, Dr. Norbert Smetak und Dr. Christian Messer (Drucksache Ib - 18) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 kritisiert die im GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vorgesehene Streichung der Vergütungselemente des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) und die geplante Begrenzung der Wachstumsdynamik der extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV).

Begründung:

Im Gegensatz zur Einschätzung der Experten der FinanzKommission Gesundheit werden die geplanten Sparmaßnahmen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes keineswegs ohne Auswirkungen auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten bleiben.

Vielmehr wird die geplante Streichung der Regelungen des TSVG weitreichende Folgen für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung haben. Die Verfügbarkeit von Terminen wird sich nicht verbessern. Ein Rückgang der verfügbaren Facharzttermine, längere Wartezeiten und Leistungskürzungen sind absehbar.

Durch die Streichung entfällt zudem die Grundlage für die Ausweitung der Sprechstunden von 20 auf 25 Wochenstunden, ebenso wie für die offene Sprechstunde sowie die Vermittlung über Hausärzte und die Rufnummer 116 117.

Zusätzlich betreffen die Kürzungen insbesondere grundversorgende Fachärzte, die aufgrund der Budgetierung bereits heute einen nicht unerheblichen Sparbeitrag leisten und dadurch über Gebühr belastet werden.

Explizit und offensichtlich gefährden die geplanten Einsparungen das Ziel einer weiteren Ambulantisierung und erschweren den Patientinnen und Patienten den Zugang zu

Früherkennungsuntersuchungen.

Die Sicherstellung einer flächendeckenden, qualitativ hochwertigen ambulanten fachärztlichen Versorgung darf nicht durch kurzfristige Sparmaßnahmen gefährdet werden.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Prioritätenwende im GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz: Bürokratie abbauen - Versorgungsqualität schützen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Jan Christoph Galuska, Dr. Rosemarie Hanna, Christian Popoviciu, Hans-Martin Wollenberg, Dr. Gisbert Voigt, Johannes Neimann, Dr. Thomas Buck, Daniel Wellershaus, Dr. Clara Kerth, Dr. Nadezda Jesswein, Dr. Karin Bremer, Dr. Christiane Qualmann, Katrin Erdmann, Manuela Dörnte, Dr. Tilman Kaethner, Timo Schumacher , Dr. Dietmar Klass und Dr. Wolfgang Lensing (Drucksache Ib - 19) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert die Bundesregierung und den Gesetzgeber auf, den Entwurf zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz grundlegend zu überarbeiten. Anstatt die Finanzstabilität der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) einseitig durch Mehrbelastungen der Patientinnen und Patienten sowie der Leistungserbringenden zu erkaufen, müssen wirksame Maßnahmen zum Bürokratieabbau stärker ins Zentrum gerückt werden.

Konkret fordert die Ärzteschaft:

1. Ablehnung von bürokratiefördernden Maßnahmen: Instrumente, die zu einem weiteren Aufwuchs an Verwaltungsaufwand führen, wie etwa die Ausweitung verpflichtender Zweitmeinungsverfahren, sind abzulehnen. Diese binden wertvolle ärztliche Arbeitszeit in der Administration, ohne einen nachgewiesenen flächendeckenden Mehrwert für die Versorgungsqualität zu generieren.
2. Stopp der Belastung von Patientinnen und Patienten und Praxen/Kliniken: Die im Entwurf vorgesehenen Leistungskürzungen und erhöhten Zuzahlungen verschieben das Finanzierungsproblem lediglich auf die Schwächsten im System und erhöhen in den Praxen und Kliniken den Inkasso- und Dokumentationsaufwand.
3. Rasche Umsetzung eines wirksamen Bürokratieabbaus: Anstelle neuer Regularien fordert der 130. Deutsche Ärztetag eine kostenwirksame Reduktion von bürokratischen Prozessen, die nicht unmittelbar der Patientensicherheit dienen. Dazu gehören insbesondere:

   a) Die Einschränkung der Prüfquote des Medizinischen Dienstes (MD) auf ein notwendiges Minimum, um die "Dokumentations-Aufrüstung" in den Kliniken und ambulanten Einrichtungen zu beenden.

b) Die Einführung einer Relevanzprüfung für Dokumentationspflichten: Jede statistische Erhebung und jede Qualitätssicherungsmaßnahme muss auf ihren direkten Nutzen für die Patientenversorgung geprüft und bei mangelnder Relevanz gestrichen werden.

c) Eine echte Digitalisierung, die den Alltag entlastet (z. B. durch automatisierte Entlassbriefe und Interoperabilität), statt durch fehleranfällige und schlecht implementierte IT-Infrastrukturen zusätzliche Zeit zu fressen.

Begründung:

Die finanzielle Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung ist eine notwendige Aufgabe, doch der vorliegende Entwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes setzt die falschen Prioritäten.

Anstatt das System durch strukturelle Reformen zukunftsfest zu machen, stützt sich der Entwurf primär auf die Umverteilung von Kostenlasten: Er belastet Patientinnen und Patienten durch höhere Zuzahlungen und Leistungskürzungen und bürdet den Leistungserbringenden eine weitere Deckelung ihrer Ressourcen auf.

Einsparungen im Gesundheitswesen dürfen jedoch nicht länger zulasten derjenigen gehen, die die Versorgung tragen oder auf sie angewiesen sind. Das Ziel muss stattdessen unter anderem ein effizienteres Gesamtsystem sein. Ein gewaltiges Einsparpotenzial liegt in der massiven Überregulierung. Der 130. Deutsche Ärztetag fordert daher eine konsequente Entbürokratisierung, die alle Prozesse streicht, die keinen nachweisbaren Nutzen für die direkte Patientensicherheit haben. Durch das Beenden von redundanten Dokumentationspflichten, einer überbordenden Qualitätssicherungs-Bürokratie und kleinteiligen Abrechnungsprüfungen könnten personelle und finanzielle Ressourcen in Milliardenhöhe freigesetzt werden, ohne die Versorgung zu schwächen.

Besonders kritisch sind daher jene Maßnahmen im Gesetzentwurf zu bewerten, die - im Widerspruch zum Ziel der Kostendämpfung - sogar einen weiteren Bürokratieaufwuchs provozieren. Exemplarisch steht hierfür die Ausweitung verpflichtender Zweitmeinungsverfahren. Solche administrativen Hürden konterkarieren jegliche Bemühungen um Effizienzsteigerung; sie binden ärztliche Kapazitäten in der Verwaltung und erzeugen neue Kostenstellen. Werden Einsparungen lediglich durch Lastenverschiebung statt durch Effizienzgewinne im Bereich der Verwaltung und Regulierung angestrebt, gefährdet dies die Akzeptanz und die Funktionsfähigkeit unseres Gesundheitssystems. Echte Solidarität im System zeigt sich darin, Bürokratie abzubauen, um die Behandlungszeit am Patienten zu sichern.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz: Kürzungen gefährden die Versorgung

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Susanne Johna, Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Sven Christian Dreyer, Dr. Johannes Albert Gehle, Prof. Dr. Henrik Herrmann, Sylvia Ottmüller, Dr. Melanie Rubenbauer, Dr. Florian Gerheuser und Hans-Martin Wollenberg (Drucksache Ib - 20) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert die Bundesregierung auf, die in die Wege geleiteten Strukturreformen im Krankenhausbereich nicht durch schnelle und unausgewogene Sparpakete zu konterkarieren. Das betrifft die Festlegung der Grundlohnrate als feste Obergrenze, die zusätzliche einprozentige Kürzung der Veränderungsrate in 2027 bis 2029 sowie die Rückführung der Ausgleichsmöglichkeiten für Tariflohnsteigerungen auf 50 Prozent.

Die im Regierungsentwurf vorgesehenen Ausgabenkürzungen lassen sich in der geplanten Größenordnung nicht ohne - auch qualitative - Einschnitte in der Versorgung erzielen.

Statt einer strukturierten Krankenhausreform wird die "kalte Strukturbereinigung" beschleunigt. Am Ende fehlen dann genau die Strukturen, die für eine flächendeckende Versorgung dringend gebraucht werden.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Versicherungsfremde Leistungen endlich aus Steuermitteln finanzieren

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Torben Ostendorf, Petra Hummel-Kunhenn, Doris Höpner, Dr. Karin Bremer, Christiane Hoppe, Dr. Hans-Otto Bürger, Dr. Jan Helge Kurschel, Dr. Christine Schroth der Zweite, Dr. Katja Tritzschler, Dr. Christiane Qualmann, Dr. Johannes Albert Gehle, Prof. Dr. Henrik Herrmann, Dr. Sven Christian Dreyer, Dr. Susanne Johna, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Melanie Rubenbauer und Dr. Nadezda Jesswein (Drucksache Ib - 22) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert Bundesregierung und Gesetzgeber mit Nachdruck auf, versicherungsfremde Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) endlich vollständig aus Steuermitteln zu finanzieren, wie seit langem von der Ärzteschaft gefordert und zuletzt auch von der FinanzKommission Gesundheit empfohlen.

Dass stattdessen die Beitragssätze zulasten der medizinischen Versorgung stabilisiert werden sollen, wird entschieden abgelehnt.

Begründung:

Viele Leistungen der GKV sind keine Leistungen der medizinischen Versorgung der Versicherten, sondern gehören in den Bereich der staatlichen Daseinsvorsorge. Es entspricht nicht der Funktion einer Krankenversicherung, aus sachfremden Gründen, z. B. um den Bundeshaushalt zu entlasten, diese Leistungen zu finanzieren.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Struktur- und Finanzreform des Gesundheitswesens geordnet voranbringen

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Christian Messer, Dr. Norbert Smetak, Christine Neumann-Grutzeck, Dr. Petra Bubel, Dr. Sabine Köhler, Christa Bartels, Dr. Christiane Wessel, Dr. Martin Eichenlaub, Markus Haist, Dr. Silke Lüder, Dr. Regine Held, Dr. Klaus J. Doubek und Wieland Dietrich (Drucksache Ib - 23) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 lehnt das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz in der jetzigen Form und vor allem zum jetzigen Zeitpunkt ab. Die vorrangig und sofort vorzunehmende Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durch Herausnahme aller versicherungsfremden Leistungen würde eine weitgehende Beitragsstabilisierung für 2027 ermöglichen und Raum und Zeit schaffen, zunächst ein geplantes Strukturreformgesetz und im Nachgang ein daran angepasstes Finanzierungsgesetz zur nachhaltigen Beitragsstabilisierung bei verbesserten Versorgungsprozessen für eine nachhaltige Beitragsstabilisierung ab 2028 auf den Weg zu bringen. Das wäre ein geordnetes Verfahren, das der 130. Deutsche Ärztetag einfordert.

Begründung:

Eine Gesundheitsreform erfordert ein geordnetes Vorgehen.

Eine echte Gesundheitsreform muss verständlich machen, was sie den Menschen nützt. Der hier vorliegende Entwurf birgt lediglich Nachteile für Versicherte und Leistungstragende. Der 130. Deutsche Ärztetag begrüßt die prinzipiellen Bemühungen der Bundesregierung, die Beitragssätze nicht weiter steigen zu lassen und dadurch das Wirtschaftswachstum nicht weiter zu destabilisieren. Nachdem am 30.03.2026 ein erster Bericht der FinanzKommission mit einer Vielzahl von Empfehlungen veröffentlicht wurde, die in ihrer Gesamtheit mehrfach über das notwendig Einzusparende hinausgingen, war es Aufgabe eines Referentenentwurfs, diese nach dem Aspekt der Beitragsstabilisierung in eine Ordnung zu bringen, wohl wissend, dass der Koalitionsvertrag dem gleichen Haus ein Strukturgesetz zur Primärversorgung und Patientensteuerung aufgetragen hat, das derzeit für die zweite Jahreshälfte terminiert ist. Dieser Referentenentwurf wurde bereits am 16.04.2026 veröffentlicht und umfasst drastische gesetzlich vorgenommene Kürzungen, vor allem im ambulanten, und dort wesentlich im fachärztlichen und psychotherapeutischen

Bereich, und zwar bemerkenswerterweise bei denjenigen Leistungen, die der Gesetzgeber noch kürzlich als steuernd und besonders förderungswürdig erachtet hat. Aber auch der hausärztliche und stationäre Bereich sind betroffen. Der Regierungsentwurf hat all dies am 29.04.2026 weitgehend unkritisch übernommen.

Es stellt sich die Frage, wie ein geplantes Strukturreformgesetz darauf noch sinnvoll aufsetzen soll. Außerdem fehlt bei der Zusammenstellung der Kürzungen die strukturelle Auswirkungsabschätzung als Gesamtkonzept. Aus fachärztlicher und psychotherapeutischer Perspektive wird die ambulante Versorgung durch diesen Gesetzentwurf perspektivisch finanziell ausgetrocknet, ganz ungeachtet eines sich ändernden Bedarfs der Bevölkerung an Versorgung. Wenn das so gewollt ist, fehlt das politische Bekenntnis dazu.

Der mit Abstand größte Posten zur sofortigen Umsetzung einer Stabilisierung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung wäre die Herausnahme der versicherungsfremden Leistungen, die die FinanzKommission Gesundheit in ihrer Empfehlung 62, 60, 63 der Bundesregierung ans Herz gelegt hat. Dadurch wäre fast der gesamte im Jahr 2027 einzusparende Betrag zu decken. Von den zwölf Milliarden Euro nur zwei Prozent für 2027 und vier Prozent für 2028 zu decken, erfüllt den Zweck nicht, zumal zudem zwei Milliarden Euro weniger in den Gesundheitsfonds eingezahlt werden sollen. Empfänger von Bürgergeld und andere Empfänger versicherungsfremder Leistungen müssen gleichwertig gut medizinisch versorgt oder sozial abgesichert sein. Das ist die tiefste Überzeugung der deutschen Ärzteschaft. Ärztinnen und Ärzte sind in ihrer täglichen Arbeit viel mit den Nöten dieser Menschen konfrontiert. Es wird aber als grundsätzlich falsch bewertet, diese Mittel nicht aus dem Finanzhaushalt zu decken, sondern die Beiträge damit zu belasten, und dies ausdrücklich weiterhin bei einem Gesetz, das die Beiträge stabilisieren soll. Wenn nun der Bund nicht gewillt ist, die notwendigen Aufwendungen in die allgemeine Verantwortung zu überführen, um trickreich den Bundesfinanzhaushalt zu entlasten, belastet er die GKV-Versicherten doppelt, indem er ihnen die Lasten einseitig aufbürdet und zusätzlich Leistungen bei der ärztlichen Versorgung kürzt, wobei er sich selbst aber aus der Verantwortung zieht.

Daher fordert der 130. Deutsche Ärztetag die Bundesregierung auf, den Gesetzentwurf zurückzuziehen.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Keine Streichung des Konsiliarberichts für psychotherapeutische Leistungen bei bestehenden Voruntersuchungen (Empfehlung Nr. 12 der FinanzKommission Gesundheit)

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Christian Messer, Dr. Sabine Köhler, Christa Bartels, Dr. Martin Eichenlaub, Dr. Klaus J. Doubek, Dr. Norbert Smetak, Markus Haist, Stefanie Oberfeld und Dr. Regine Held (Drucksache Ib - 24) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 stellt die Notwendigkeit des Konsiliarberichts für psychotherapeutische Leistungen bei bestehenden Voruntersuchungen fest.

Der Konsiliarbericht hat die Aufgabe, somatische Faktoren, die mitursächlich und maßgeblich für die psychische Symptomatik sind bzw. diese mit aufrechterhalten, durch ärztliche Mitbehandlung bei Psychotherapien durch nichtärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten zu garantieren.

Der Konsiliarbericht dient der Patientensicherheit.

Eine Überweisung erfüllt diese Aufgabe nicht.

Das trifft auch für einen vorangegangenen Krankenhausaufenthalt zu.

Begründung:

Dankenswerterweise hat sich das Präsidium der Bundesärztekammer bereits zweifach mit der Notwendigkeit des Konsiliarberichts befasst, nachdem entsprechende Beschlussanträge aus Zeitgründen an den Vorstand überwiesen wurden.

Immer wieder taucht die Abschaffung des Konsiliarberichts auf, entweder unter dem Vorwand des Bürokratieabbaus oder - wie jetzt wieder in der Reformempfehlung Nr. 12 der FinanzKommission Gesundheit - aus Kosteneinsparungsgründen.

Nicht bei jeder qualifizierten Überweisung werden körperliche Ursachen ausgeschlossen.

Auch wird nicht festgestellt, in welcher Weise ärztliche Mitbehandlung während der laufenden psychologischen Psychotherapie erforderlich ist. Das trifft auch auf Krankenhausaufenthalte zu.

Da wohl die Annahme besteht, bei einer Überweisung seien immer körperliche Faktoren untersucht und ausgeschlossen, würde eine solche Regelung ein unkalkulierbares Haftungsrisiko für überweisende Ärztinnen und Ärzte bergen.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Einnahmenorientierte Ausgabendeckelung erstickt nicht-geförderte ambulante Weiterbildung

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Christian Messer, Christine Neumann-Grutzeck, Dr. Christiane Wessel, Dr. Norbert Smetak, Markus Haist, Dr. Sabine Köhler, Dr. Martin Eichenlaub, Christa Bartels, Dr. Klaus J. Doubek, Wieland Dietrich und Dr. Silke Lüder (Drucksache Ib - 25) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 stellt fest, dass eine Gesamtdeckelung auch über extrabudgetär vergütete Leistungen im ambulanten Bereich mittelfristig alle nicht-geförderten Weiterbildungsstellen in der ambulanten Versorgung nicht mehr finanzierbar machen würde. Damit wäre nicht nur die von der Regierung gewünschte Ambulantisierung konterkariert, sondern auch die angestrebte Beitragsstabilisierung, denn die Versorgung würde zwangsläufig in den stationären Bereich mit der größeren Kostendynamik rückgeführt werden.

Begründung:

Neben den bundesweit geförderten 2.000 Weiterbildungsstellen im fachärztlichen Bereich gibt es annähernd gleichviele nicht geförderte Weiterbildungsstellen. Bei deren Finanzierung ist neben hohem Engagement und Idealismus der anstellenden Fachärztinnen und Fachärzte der extrabudgetäre Vergütungsanteil am zu erzielenden Honorar der entscheidende Faktor der Finanzierbarkeit, auch für die Lohnkalkulation der Gehälter der Weiterzubildenden. Fällt dieser kalkulatorische Faktor weg, fällt auch die nicht-geförderte Weiterbildung weg.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Keine Sanierung des Bundeshaushalts auf Kosten der Versicherten

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Sven Christian Dreyer, Dr. Susanne Johna, Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Johannes Albert Gehle, Prof. Dr. Henrik Herrmann, Sylvia Ottmüller, Dr. Melanie Rubenbauer, Dr. Matthias Fabian und Dr. Lydia Berendes (Drucksache Ib - 26) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert den umgehenden Ausgleich des Zwölf-Milliarden-Defizits in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) infolge einer unzureichenden Kostenübernahme des Bundes für Empfänger der Grundsicherung.

Mit der im Regierungsentwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes vorgesehenen stufenweisen Erhöhung der Beitragspauschale für die Beziehenden von Grundsicherung und der gleichzeitigen Kürzung des Bundeszuschusses zum Gesundheitsfonds um jährlich zwei Milliarden Euro wird das Defizit von aktuell zwölf Milliarden Euro auch langfristig nicht ausgeglichen.

Dieses Vorhaben ist ordnungspolitisch nicht vermittelbar und muss geändert werden. Staatliche Aufgaben wie versicherungsfremde Leistungen, die weit über die Ausgaben für Empfänger von Grundsicherung hinausgehen und mit ca. 60 Milliarden Euro die Krankenkassen belasten, sind aus Steuern zu finanzieren und können nicht den Beitragszahlern eines solidarischen Krankenversicherungssystems aufgebürdet werden.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Bürokratieabbau zur Stabilisierung der GKV-Beitragssätze nutzen

Beschluss

Auf Antrag von Prof. Dr. Henrik Herrmann, Dr. Susanne Johna, Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Sven Christian Dreyer, Dr. Johannes Albert Gehle, Sylvia Ottmüller, Dr. Melanie Rubenbauer, Hans-Martin Wollenberg und Dr. Feras El-Hamid (Drucksache Ib - 27) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 appelliert an die Bundesregierung, im Gesetzentwurf zur Stabilisierung der GKV-Beitragssätze die Einsparmöglichkeiten durch Bürokratieabbau zu nutzen.

Der vorliegende Regierungsentwurf sieht stattdessen Regelungen vor, die zu einem weiteren Bürokratieaufbau im Gesundheitswesen führen. Das betrifft insbesondere die ausufernden Verfahrensregelungen zu den Prüfungen der Krankenkassen und der Medizinischen Dienste, zum obligatorischen Zweitmeinungsverfahren und zur Teilkrankschreibung. Diese Regelungen binden Personal im Übermaß und kosten unnötig Geld.

Finanzwirksame Maßnahmen müssen durch Abbau von Bürokratie Eingang in das Spargesetz finden.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz gefährdet hausarztzentrierte Versorgung

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Torben Ostendorf, Petra Hummel-Kunhenn, Doris Höpner, Christiane Hoppe, Dr. Hans-Otto Bürger, Dr. Jan Helge Kurschel, Dr. Christine Schroth der Zweite, Dr. Katja Tritzschler, Dr. Jonas Frédéric Fröhlich, Dr. Anja von Buch, Dr. Markus Beck und Dr. Nadezda Jesswein (Drucksache Ib - 28) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetrag 2026 stellt fest, dass die Stabilisierung der Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eine zentrale gesundheitspolitische Aufgabe ist. Die Politik hat sich für einen Kurs der strikten Ausgabenbegrenzung entschieden, der auch die ambulante Versorgung betrifft.

Die im Gesetzentwurf eines GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes enthaltenen Eingriffe - insbesondere in die hausarztzentrierte Versorgung (HzV) - überschreiten diese Grenze. Sie sind in Teilen systemfremd, greifen in die Vertragsautonomie ein und gefährden die Einführung eines funktionierenden, flächendeckenden Primärversorgungssystems. Zugleich besteht die Gefahr, dass erreichte Fortschritte bei der Entbudgetierung der hausärztlichen Versorgung durch gegenläufige Maßnahmen wieder relativiert werden. Insbesondere die vorgesehenen Regelungen im Bereich des § 73b SGB V setzen Fehlanreize und bremsen ausgerechnet ein System, das bereits heute als tragende Säule einer zukünftigen Primärversorgung dient und erprobte Strukturen einer funktionierenden kollegialen Zusammenarbeit von Fachärzten und Hausärzten eingeführt hat.

Der 130. Deutsche Ärztetag stellt fest:

Wer die hausärztliche Versorgung stärkt, stabilisiert das Gesundheitssystem - wer sie schwächt, gefährdet es.

Der 130. Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber daher auf,

- die geplanten Abschläge auf wachsende HzV-Verträge ("Wachstumsabschlag") ersatzlos zu streichen,
- die Bindung der Vergütungsentwicklung an die Grundlohnrate zurückzunehmen sowie
- Maßnahmen zu unterlassen, die die koordinierende und steuernde Rolle der

hausärztlichen Versorgung beeinträchtigen oder zusätzliche bürokratische Belastungen schaffen.

Begründung:

Die hausärztliche Versorgung ist als tragende Säule eines zukünftigen Primärversorgungssystems konsequent zu stärken und darf nicht durch widersprüchliche gesetzgeberische Eingriffe geschwächt werden. Eine nachhaltige Stabilisierung der GKV kann nur gelingen, wenn Einsparmaßnahmen zielgerichtet erfolgen und funktionierende Versorgungsstrukturen erhalten bleiben.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz konterkariert Krankenhausplanung

Beschluss

Auf Antrag von Eleonore Zergiebel, Dr. Lydia Berendes, Dr. Feras El-Hamid, Dr. Wilhelm Rehorn, Dr. Clara Kerth, Dr. Christian Schwark, Prof. Dr. Hansjörg Heep, Dr. Annette Bauer, Constantin Halim, Sonja Benders, Daniel Wellershaus, Stefanie Oberfeld, Dr. Jörg Woll, Dr. Frank Joachim Reuther, Prof. Dr. Dr. Christof Hofele M.Sc., Benjamin Breckwoldt, Dr. Christoph Janke, Dr. Friederike Fabian, Dr. Matthias Fabian, Dr. Svea Rüppell, Katharina Weis, Sylvia Ottmüller, Markus Haist und Dr. Regina Herzog (Drucksache Ib - 29) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 stellt fest, dass angemessene Erreichbarkeit von Krankenhausbehandlung und stationärer Geburtshilfe ein essenzieller Bestandteil der Daseinsvorsorge ist, den sozialen Frieden sichert und politischer Radikalisierung vorbeugt. Er fordert von den politisch Verantwortlichen, die Krankenhausversorgung an den Bedürfnissen und Erfordernissen der Bevölkerung auszurichten und somit bedarfsnotwendige Krankenhäuser und stationäre Geburtshilfe zu sichern.

Begründung:

Die Krankenhausplanung - momentan in Umsetzung - verspricht eine qualitativ hochwertige und bedarfsgerechte medizinische Versorgung. Die Vorschläge im gerade verabschiedeten Entwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes (besser wäre "GKV-Spargesetz") setzen die Krankenhäuser nun finanziell aber derart unter Druck, dass die gerade vor dem Abschluss stehenden Umsetzungen der Krankenhausplanung (KHVVG, KHAG Plan NRW) zunichte gemacht werden. Somit wird sich die kalte, ungesteuerte Bereinigung der Krankenhausversorgung über Insolvenzen fortsetzen. Eine kalte Bereinigung der Krankenhausversorgung missachtet die Versorgungsbedarfe und führt zu Unterversorgung gerade im ländlichen Raum, wo schon in der Vergangenheit etliche Krankenhäuser in die Insolvenz geraten sind oder Abteilungen aus betriebswirtschaftlichen Gründen geschlossen wurden, hier insbesondere Geburtshilfe und Gynäkologie. Ein Ersatz von Kreißsälen durch Geburtshäuser, die diese Lücken schließen sollen, widerspricht dem Ziel einer qualitativ hochwertigen, bedarfsgerechten Krankenhausplanung. Um das Ziel einer qualitativ hochwertigen Krankenhausplanung zu realisieren, muss eine ungesteuerte Bereinigung der

stationären Geburtshilfe dringend verhindert und die stationäre Geburtshilfe im Krankenhaus unbedingt weiter subventioniert werden.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Keine einseitige Kürzung der ambulanten Regelversorgung bei weiterhin unbegrenzten großflächigen Individualregelungen: hier Erstattungspsychotherapie

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Christian Messer, Christa Bartels, Dr. Sabine Köhler, Stefanie Oberfeld, Dr. Martin Eichenlaub, Dr. Klaus J. Doubek, Dr. Norbert Smetak und Dr. Regine Held (Drucksache Ib - 30) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 stellt fest, dass die ambulante Gesamt-Regelversorgung nicht ungeachtet bedarfsbegründeter Dynamik einnahmeorientiert gekürzt werden kann, solange Krankenkassen großflächige individuelle und dabei unbegrenzte Regelungen ihren Versicherten zu Marketingzwecken anbieten können.

Das trifft insbesondere auf die Erstattungspsychotherapie gemäß § 13 Abs. 3 Satz 3 SGB V zu: "Die Kosten für selbstbeschaffte Leistungen, die durch einen Psychotherapeuten erbracht werden, sind erstattungsfähig, …".

Das konterkariert die Gesetzgebung.

Begründung:

Eine Mengenbegrenzung bei der psychotherapeutischen Regelversorgung führt Patientinnen und Patienten zwangsläufig alternativ in die Erstattungspsychotherapie, die weiterhin gesetzlich unbegrenzt zur Verfügung steht und im Übrigen auch durch aktive Kommunikation von Krankenkassenmitarbeitenden aus Marketinggründen an die Versicherten herangetragen wird. Es kann nicht sein, dass einerseits alle fachärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen in der Regelversorgung durch Bedarfsdynamiken zur Ausgabenbeschränkung belastet werden, andernorts jedoch gesetzliche Regelungen den Krankenkassen erlauben, unbegrenzt selbst Kosten durch regelhafte Individualangebote ohne weitere Verträge zur Direktabrechnung zuzulassen, um dann als "gute Kasse" dazustehen.

Das konterkariert die Gesetzgebung.

Die gesetzgeberische Absicht, Beitragsstabilisierung durch globale Kürzung von Mitteln in der ambulanten Versorgung zu erzielen, wird zu sehr schmerzhaften Leistungseinschränkungen für die Bevölkerung führen und Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzte in der Regelversorgung in Bedrängnis bringen.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Keine Streichung der Zuschläge für Kurzzeitpsychotherapien

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Christian Messer, Christa Bartels, Dr. Sabine Köhler, Dr. Martin Eichenlaub, Stefanie Oberfeld, Dr. Norbert Smetak, Dr. Klaus J. Doubek, Markus Haist und Dr. Regine Held (Drucksache Ib - 31) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert die Bundesregierung auf, eine Streichung der Zuschläge für Kurzzeitpsychotherapien, wie sie von der FinanzKommission Gesundheit vorgeschlagen und von den Gesetzentwürfen unkritisch übernommen wurde, nicht umzusetzen.

Begründung:

Positive Versorgungseffekte nach Einführung der Zuschläge würden damit aufgegeben. Diese würden einerseits die Versorgung verschlechtern, andererseits nicht zu den Entlastungen führen, die die FinanzKommission Gesundheit angenommen hat.

Kurzzeittherapien sind Therapiekonzepte, die für die Praxen einen erhöhten administrativen Aufwand bedeuten und durch Freigabe von Kapazitäten Wartezeiten verkürzen. Aus der Betrachtung von Verhältniszahlen von Kurzzeit- zu Langzeittherapien und der Wartezeiten im Bericht der FinanzKommission Gesundheit, der hier zugrunde liegt, kann kein Fehlen einer Lenkungswirkung der Zuschläge abgeleitet werden.

Ein Aufwachsen von Kurzzeittherapien zum Nachteil von Langzeittherapien führte zur Beschäftigung von nichtärztlichem Praxispersonal zur Entlastung bei den organisatorischen und bürokratischen Arbeiten. Die aktuellen bestehenden Kürzungen zwingen bei weiteren Kürzungen zu Entlassungen von Personal.

In Folge ist zu erwarten, dass wieder mehr Langzeittherapien durchgeführt werden, die Zahl der versorgten Patientinnen und Patienten sinken wird, Wartezeiten steigen und ersatzweise auf Klinikschleifen ausgewichen wird. Das ist alles kostenintensiv und trägt nicht zur Beitragsstabilisierung bei.

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) wird von der gemeinsamen Selbstverwaltung

gestaltet. Ein Verbotseingriff bedarf nicht nur einer guten Begründung, sondern auch einer fundierten und vertieften Kenntnis der Regelungsauswirkungen. Die Zuschläge gehen in die allgemeine Bewertung der Psychotherapie ein. Eine isolierte Kürzung hat daher nicht nur einen großen Bürokratieaufwand, sondern hätte auch sehr viel weniger Einsparung zur Folge, als sich dies die FinanzKommission Gesundheit vorgestellt hat, was dann offenbar unkritisch im Eiltempo in die Gesetzentwürfe übernommen wurde.

Zur wirklichen Beitragsstabilisierung eignet sich die Kürzung also nicht. Ziel bleibt die Sicherstellung einer geordneten Finanzierung der gewünschten Versorgung.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Ungerechte Lastenverteilung im GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz verhindern!

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Sabine Köhler, Christa Bartels, Dr. Martin Eichenlaub, PD Dr. Kirsten Jung und Dr. Christian Messer (Drucksache Ib - 32) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 betont, dass die Ärzteschaft das geplante GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz ablehnt, solange die erwünschten Einsparungen weiter einer ungerechten Lastenverteilung unterliegen.

Begründung:

Der Kabinettsentwurf zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz plant Einsparungen im Gesundheitswesen von mehr als 16 Milliarden Euro für 2027. Grundlage hierfür waren die Vorschläge der FinanzKommission Gesundheit. Diese stellte ein Portfolio für Einsparungen in allen Sektoren vor. Auch die Ärzteschaft erkennt den Handlungsbedarf zu Einsparungen angesichts der prognostizierten Finanzierungslücke in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Der vorliegende Kabinettsentwurf ist jedoch aufgrund einer ungerechten Lastenverteilung abzulehnen. Während alle Bereiche der Tätigen in der medizinischen Versorgung mit Einsparungen konfrontiert werden, wird ein wesentlicher Pfeiler des Einsparpotenzials ausgelassen. So wird im Kabinettsentwurf die auch von der Kommission vorgeschlagene Übernahme versicherungsfremder Leistungen durch eine Steuerfinanzierung auf ein maximales Minimum begrenzt.

Während insbesondere die niedergelassene Ärzteschaft auf konkrete Honorarkürzungen zusteuert, wird die größte Belastung der GKV politisch nicht angegangen. Auch im stationären Bereich werden durch die geplanten Einsparungen Defizite durch die Ärzteschaft hingenommen werden müssen. Die Ärzteschaft steht zu Einsparungen im Gesundheitswesen, aber nur unter der Bedingung einer gerechten Lastenverteilung. Diesem Anspruch wird der vorliegende Kabinettsentwurf nicht gerecht.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: "GKV-Spargesetz" befeuert "Satellitenwirtschaft"

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Andreas Botzlar, Eleonore Zergiebel, Dr. Lydia Berendes, Dr. Clara Kerth, Dr. Christian Schwark, Dr. Jana Rönsch, Dr. Annette Bauer, Constantin Halim, Dr. Feras El-Hamid und Sonja Benders (Drucksache Ib - 34) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert die Bundesgesundheitsministerin auf, die im Gesetz vorgesehene Erhöhung ("Schärfung") der Quote der vom Medizinischen Dienst (MD) zu prüfenden Abrechnungsfälle im Krankenhaus zu streichen. Die Erhöhung der Quote zu prüfender Krankenhausfälle konterkariert das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz. Sie führt zur Kostenerhöhung für Bürokratie und verschärft den Fachkräftemangel. Durch diese Expansion der Verwaltungsaufwände wächst die Satellitenwirtschaft (Transaktionskosten), noch mehr Versichertenbeiträge werden zweckentfremdet.

Durch Einführung des DRG-Fallpauschalen-Systems im Jahr 2003 zur Abrechnung stationärer Behandlungen entwickelte sich parallel eine gigantische "Satellitenwirtschaft" und "Misstrauenskultur".

Auf der Seite der Krankenhäuser entstehen für die Erfüllung von Dokumentationspflichten, Codierung und Controlling nicht nur hohe Kosten für IT und Personal, sondern auch für Dienstleistungs- und Beraterfirmen. Sowohl auf Krankenhausseite als auch auf der Seite der Krankenkassen und Medizinischen Dienste entstehen durch immer neue und erweiterte Prüfungs- und Abrechnungsvorgaben Kosten für aufwendige Fallprüfungen und ein wachsender Personalaufwand. Hinzu kommen Kosten für juristische Abrechnungsauseinandersetzungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz stoppen!

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Sabine Köhler, Christa Bartels, Dr. Christian Messer, PD Dr. Kirsten Jung, Dr. Sebastian Roy und Dr. Martin Eichenlaub (Drucksache Ib - 35) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert, das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz wegen seiner Gefahr für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung zu stoppen.

Begründung:

Zweifelsohne sind Sparmaßnahmen bei sehr begrenzten finanziellen Ressourcen in verschiedenen Bereichen und somit auch im Bereich der Gesundheitsversorgung notwendig. Die im aktuell vorliegenden Kabinettsentwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes beschriebene Beschneidung der Mittel für die ambulante vertragsärztliche Versorgung allerdings bedroht die Arbeit in den Praxen und damit die breite Patientenversorgung.

Absurd ist die Tatsache, dass politisch errungene Maßnahmen zur Intensivierung ambulanter fachärztlicher Versorgung nach nur wenigen Jahren nicht nur rückgängig, sondern sogar in die Gegenrichtung eskaliert werden. Ausweitung der verpflichtenden Sprechstunden, Finanzierung der Terminservicestellen zur Terminvermittlung und die Regelungen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) haben zum Erhalt der Versorgung trotz Praxisaufgaben der "Babyboomer-Generation" beigetragen und in weiten Teilen zu einer Verbesserung der fachärztlichen Versorgung geführt.

Ambulante Versorger sind nicht die Kostentreiber im Gesundheitssystem. Mit 16 Prozent der Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versorgen sie 97 Prozent aller Behandlungsfälle.

Kluge Steuerung der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung kann Ressourcen bündeln sowie Behandlung und damit Geld sparen, ohne die Patientenversorgung zu gefährden. In den Steuerungsprozess müssen digital unterstützt, gemeinsam durch Haus- und Fachärzte geleistet, Informationen patientenzentriert zusammengeführt werden. Ein

Wandel der Versorgung in Deutschland mit dem erklärten Ambulantisierungsziel ist keinesfalls durch Sparen in dem Bereich zu erreichen, der zukünftig mehr Versorgung leisten soll.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Stärkere Rolle der Ärzteschaft in der Rahmengebung im Gesundheitswesen

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Marion Charlotte Renneberg, Dr. Tilman Kaethner, Dr. Christiane Qualmann, Johannes Neimann, Hans-Martin Wollenberg, Dr. Thomas Carl Stiller, Dr. Thomas Buck, Dr. Gisbert Voigt, Christian Popoviciu und Dr. Wolfgang Lensing (Drucksache Ib - 42) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 beauftragt den Vorstand der Bundesärztekammer, im Rahmen des GKV-Beitragssatzstabilisierunggesetzes noch stärker durch umfassende eigene fachübergreifende Konzepte auf Reformen im Gesundheitswesen hinzuwirken, wenn dies angezeigt ist. Zu beachten ist dabei das Interesse der gesamten Ärzteschaft und der Bevölkerung.

Begründung:

Die vergangenen Monate waren in besonderem Maße von Verbandspolitik gekennzeichnet, die im Kern die Interessen der jeweiligen Arztgruppe vertritt. Der Auftrag der Ärztekammern und damit der Bundesärztekammer als Arbeitsgemeinschaft dieser Kammern geht deutlich darüber hinaus, weil sie das Interesse der gesamten Ärzteschaft und der Allgemeinheit in den Blick nimmt.

Auch inhaltlich kann die Ärzteschaft sich noch stärker gestaltend einbringen, denn funktionale Selbstverwaltung durch Ärzte ist prädestiniert dafür, Versorgungsideen von den Personen, die tagtäglich ärztlich tätig sind, entwickeln zu lassen. Der Selbstverwaltungsgedanke sollte noch stärker - auch proaktiv - nutzbar gemacht werden, damit das Gesundheitswesen vor allem durch Personen gestaltet wird, die tagtäglich ihre Kraft den Menschen widmen und wissen, wo und was besser gemacht werden kann und muss.