

DOPANET

Wissen & Kommunikation

Joachim Maurice Mielert
PWW Patienten wie wir e. V.
Vorstandsvorsitzender
www.patienten-wie-wir.de
info@patienten-wie-wir.de

THE HEALTH CAPTAINS CLUB
Board of Trustees / Kuratorium
healthcaptains@berlin.de

DOPANET Wissen & Kommunikation
RG Nr. 00017 Lobbyregister des Deutschen Bundestages
www.dopanet.com
info@dopanet.com

PATIENT-EMPOWERMENT
www.patient-empowerment.org
info@patient-empowerment.org

Postfach 1501, 25735 Heide/Holstein
Tel.: +49 481 149 22 99-0
Mobil: +49 172 1741572
info@mielert.de
<https://linktr.ee/mielert>

Bundesministerium für Gesundheit

Heide/Holstein, 6. Oktober 2026

Mauerstraße 29
10117 Berlin

Postanschrift: 11055 Berlin

POSITIONSPAPIER

Finanzstabilität braucht Versorgungssicherheit

Nachsteuerung des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes noch vor seiner vollständigen Wirksamkeit - Patientensicherheit und Patientenperspektive bleiben dennoch nachgeordnet

Autor: DOPANET Wissen & Kommunikation

Kernaussage

Das GKV-BStabG soll die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung stabilisieren. Die jetzt vorliegenden Änderungsanträge zeigen jedoch bereits vor dem vollständigen Eintritt wesentlicher Steuerungswirkungen, dass Versorgung, Rechtsklarheit und einzelne Schutzmechanismen nachträglich justiert werden müssen. DOPANET fordert deshalb: Wirtschaftliche Steuerung braucht eine gleichrangige, messbare Patientensicherheits- und Versorgungs-Guardrail.

EXECUTIVE POSITION

Mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz verfolgt die Bundesregierung das Ziel, die Ausgabendynamik der gesetzlichen Krankenversicherung zu begrenzen und die Beitragssätze ab 2027 zu stabilisieren. Das Bundesministerium für Gesundheit beziffert die prognostizierte Finanzierungslücke für 2027 mit rund 19 Milliarden Euro.¹

¹ Bundesministerium für Gesundheit (BMG), „Fragen und Antworten zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (Entwurf)“, Abruf 06.10.2026: prognostizierte Finanzierungslücke 2027 rund 19 Mrd. Euro; Ziel: Stabilisierung der Beitragssätze ab 2027.

DOPANET Wissen & Kommunikation stellt dieses Ziel nicht in Frage. Finanzielle Stabilität ist Voraussetzung einer dauerhaft leistungsfähigen gesetzlichen Krankenversicherung. Sie ist aber nicht mit Versorgungssicherheit gleichzusetzen.

Mit der Ausschussdrucksache 21(14)107 vom 5. Oktober 2026 liegen zwölf Änderungsanträge der Fraktionen CDU/CSU und SPD vor. Sie korrigieren, ergänzen, verschieben, differenzieren oder konkretisieren zahlreiche Regelungen des GKV-BStabG und angrenzender Gesetze.²

DOPANET wertet dies nicht als bloße technische Feinsteuerung. Sichtbar wird vielmehr, dass ein vornehmlich finanzpolitischer Eingriff in ein hochkomplexes Versorgungssystem zusätzliche Leitplanken braucht - und zwar noch bevor wesentliche Regelungen ihre vollständige praktische Wirkung entfalten.

Fünf Befunde

- 1. Nachsteuerung vor vollständiger Wirksamkeit.** Das Gesetz muss bereits in zentralen Bereichen präzisiert, korrigiert oder ergänzt werden. Das ist ein Hinweis darauf, dass die fiskalische Steuerung allein die Versorgungskomplexität nicht hinreichend abbildet.
- 2. Versorgungsketten werden enger reguliert.** Budgets, Abschläge, Ausschreibungen, neue Zugangsbedingungen und Vergütungsanreize verändern nicht nur Preise, sondern reale Versorgungsüblichkeiten. Aus Patientensicht kann dies Auswahl, Kontinuität, Erreichbarkeit und individuelle Versorgung berühren.
- 3. Patientensicherheit ist kein durchgängiges Leitmotiv.** Sie wird punktuell ausdrücklich adressiert, insbesondere bei sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen, aber nicht als horizontale, für alle ökonomischen Eingriffe geltende Guardrail operationalisiert.
- 4. Leistungsketten werden wirtschaftlich enger gebunden.** Leistungserbringer bleiben unternehmerisch eigenverantwortlich, während ihre Erlös- und Handlungsspielräume regulatorisch weiter verdichtet werden. Das wirtschaftliche Risiko verbleibt bei ihnen.
- 5. Die Patientenperspektive bleibt überwiegend konsultativ.** Patientenorganisationen wurden im ursprünglichen Gesetzgebungsverfahren angehört. In den jetzt vorliegenden Änderungsanträgen ist jedoch keine systematische Patientenfolgenabschätzung und keine institutionalisierte Mitwirkung der Patientenperspektive an der Ausgestaltung der Nachsteuerung erkennbar.

Wo Patientensicherheit tatsächlich mit Prüfung, Verantwortlichkeit und Rechtsfolge verbunden wird, zeigt sich zugleich, wie eine wirksame Guardrail aussehen kann. Bei sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen werden Anforderungen an Qualität, Patientensicherheit und Dokumentation dem Medizinischen Dienst zugeordnet und grundsätzlich mit der Vergütungsfähigkeit verbunden.³

² Deutscher Bundestag, Ausschussdrucksache 21(14)107 vom 05.10.2026, „Änderungsanträge zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung - Folge Regelungen zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz“, Änderungsanträge 1-12 der Fraktionen CDU/CSU und SPD.

³ Ausschussdrucksache 21(14)107, Änderungsantrag 10, S. 39-43: Anforderungen an Qualität, Patientensicherheit und Dokumentation; Prüfung durch den Medizinischen Dienst; Verknüpfung mit der Vergütungsfähigkeit.

1. Ausgangspunkt: Nachsteuern vor vollständiger Wirksamkeit

Das GKV-BStabG folgt einer klaren finanzpolitischen Logik: Ausgaben sollen stärker an die Einnahmenentwicklung gekoppelt, Vergütungsanstiege begrenzt und zusätzliche Belastungen der Beitragszahler vermieden werden. Das BMG beschreibt die Begrenzung der Ausgabendynamik ausdrücklich als Kern der Reform.⁴

Dieses Ziel ist legitim. Politisch und versorgungswissenschaftlich entscheidend ist jedoch, welche Nebenwirkungen entstehen, wenn ein komplexes Versorgungssystem primär über finanzielle Begrenzungsmechanismen gesteuert wird.

Die nun vorliegenden Änderungsanträge geben darauf bereits eine erste Antwort: Sie ergänzen Ausnahmen, korrigieren Fehlanreize, schaffen Übergangsregelungen, stellen Informationsrechte wieder her, konkretisieren Prüfständigkeiten und justieren therapeutische Vorgaben. Damit entsteht faktisch eine zweite Regulierungsschicht über einem Gesetz, dessen wesentliche finanzielle Steuerung erst ab 2027 voll greifen soll.

Ein besonders klarer Fall ist die Information über Zusatzbeitragserhöhungen. Das GKV-BStabG hatte die individuelle Informationspflicht aus Gründen der Entbürokratisierung und Kosteneinsparung gestrichen. Änderungsantrag 9 stellt nun ausdrücklich fest, dass weiterhin ein individueller Informationsbedarf besteht und die Pflicht wieder gesetzlich geregelt werden soll.⁵

Das ist mehr als eine redaktionelle Korrektur. Es zeigt exemplarisch, dass eine Einspar- oder Entbürokratisierungsmaßnahme mit einem anderen Schutzgut kollidieren kann - hier Transparenz und die praktische Wahrnehmbarkeit von Versichertenrechten. Ein belastbares Gesetzgebungsmodell muss solche Gegenparameter von Beginn an mitführen.

2. Versorgungsketten im engeren Korsett

Patientinnen und Patienten erleben Versorgung nicht als Summe von Einzelnormen oder Kostenstellen. Sie erleben Versorgung als Kette konkreter Beziehungen: Arzt, Apotheke, Krankenhaus, Hilfsmittelanbieter, Therapeut, Pflege, Rehabilitation, Krankenkasse und gegebenenfalls weitere Partner.

Die aktuellen Regelungen greifen an vielen Punkten gleichzeitig in diese Ketten ein. Vergütungen werden begrenzt oder in Budgets zurückgeführt. Pauschale Abschläge werden angeordnet. Ausschreibungsinstrumente werden erneut eröffnet. Verwaltungskosten werden gedeckelt. Ambulantisierung wird über Vergütungsänderungen verstärkt. Erfolgs- und Nutzungsparameter werden mit Zahlungen verbunden.

Jede einzelne Maßnahme kann wirtschaftlich begründbar sein. In ihrer Summe verändern sie jedoch Versorgungsüblichkeiten. Was bisher über gewachsene Beziehungen, regionale Strukturen, persönliche Kenntnis und individuelle Anpassung organisiert wurde, wird stärker durch Budgets, Vergabeverfahren, standardisierte Kriterien und Abrechnungsbedingungen bestimmt.

Die aus Patientensicht entscheidende Frage lautet deshalb nicht nur: Wie viel lässt sich einsparen?

Ebenso entscheidend ist: Welche bisher selbstverständliche Versorgung wird dadurch möglicherweise schwieriger, standardisierter, weiter entfernt, langsamer oder wirtschaftlich unattraktiv?

3. Patientensicherheit: kein horizontales Leitmotiv

Patientensicherheit erscheint in den Änderungsanträgen nicht als durchgängiger, horizontaler Steuerungsparameter. Sie wird punktuell ausdrücklich genannt, aber nicht systematisch bei jeder neuen Vergütungs-, Ausschreibungs- oder Strukturentscheidung als messbare Mindestvoraussetzung verankert.

Am deutlichsten wird Patientensicherheit in Änderungsantrag 10. Dort wird erläutert, dass Anforderungen an Qualität, Patientensicherheit und Dokumentation bereits vorgesehen waren, bislang jedoch eine ausdrückliche

⁴ BMG, „Bundeskabinett beschließt GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz“, 29.04.2026; ferner BMG-FAQ zum GKV-BStabG: Begrenzung der Ausgabendynamik und Stabilisierung der Beitragssätze ab 2027.

⁵ Ausschussdrucksache 21(14)107, Änderungsantrag 9, S. 31-33. Die Begründung nennt die zuvor aus Gründen der Entbürokratisierung und Kosteneinsparung gestrichene Informationspflicht und den weiterhin bestehenden individuellen Informationsbedarf.

gesetzliche Regelung fehlte, aus der zweifelsfrei hervorging, dass der Medizinische Dienst die Prüfaufgabe übernehmen soll.⁶

Die Nachsteuerung schafft nun eine institutionelle Zuständigkeit, ein Prüfverfahren, Bescheid und Bescheinigung sowie grundsätzlich auch vergütungsrechtliche Konsequenzen. Damit wird Patientensicherheit nicht nur als Ziel genannt, sondern in eine Kontroll- und Rechtsfolgenarchitektur überführt.⁷

Genau darin liegt der Unterschied zwischen einem Schutzversprechen und einer Guardrail. Eine Guardrail benötigt mindestens fünf Elemente: Anforderung, Messung, Verantwortlichkeit, Schwellenwert und Rechtsfolge.

4. Leistungserbringer: regulatorisch gebunden, unternehmerisch verantwortlich

Gesundheitsversorgung wird in wesentlichen Teilen von wirtschaftlich eigenverantwortlichen Leistungserbringern erbracht. Arztpraxen, Apotheken, Hilfsmittelunternehmen, therapeutische Einrichtungen, Rehabilitationsanbieter, Krankenhäuser und digitale Gesundheitsunternehmen müssen Personal, Infrastruktur, Investitionen, Logistik, Qualitätssicherung und laufenden Betrieb finanzieren.

Der Staat kann Vergütungen begrenzen, Budgets setzen, Abschläge anordnen, Ausschreibungen ermöglichen und Abrechnungsbedingungen verändern. Das unternehmerische Risiko übernimmt er dadurch nicht.

DOPANET sieht deshalb einen zentralen Prüfauftrag: Jede weitere Einschränkung der Erlösseite muss auch danach beurteilt werden, welche realen Folgen sie auf der Leistungserbringerseite auslösen kann. Dazu gehören Marktberaumung, Konzentration, Rückzug aus weniger rentablen Regionen oder Leistungsfeldern, Standardisierung und Reduktion zusätzlicher Dienstleistungen.

Nicht jede dieser Folgen muss eintreten. Aber jede ist vorhersehbar genug, um sie vor dem regulatorischen Eingriff und während seiner Umsetzung beobachten zu müssen. Versorgung kann nicht dauerhaft dadurch stabilisiert werden, dass ihre Infrastruktur wirtschaftlich destabilisiert wird.

5. Patientenperspektive: konsultativ statt konstitutiv

DOPANET stellt nicht in Abrede, dass Patienten- und Selbsthilfeorganisationen im ursprünglichen Gesetzgebungsverfahren beteiligt wurden. Zur öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses am 22. Juni 2026 waren unter anderem Patienten- und Selbsthilfeorganisationen eingeladen.⁸

Eine Anhörung ist jedoch noch keine systematische Patientenbeteiligung. Entscheidend ist nicht allein, ob Patientenvertreter Stellung nehmen dürfen. Entscheidend ist, ob die Patientenperspektive die Architektur der Regelung selbst verändert: bei der Definition des Problems, bei der Wahl der Steuerungsparameter, bei der Festlegung von Endpunkten und bei der Frage, welche Fehlentwicklung welche regulatorische Reaktion auslösen muss.

In den vorliegenden Änderungsanträgen werden Vergütungsmechanismen, Abschläge, Budgets, Prüfquoten, Vertragsmodalitäten und administrative Verfahren detailliert normiert. Eine vergleichbar systematische Patientenfolgenabschätzung ist nicht erkennbar. DOPANET kritisiert daher nicht die Abwesenheit jeder Patientenstimme, sondern ihre fehlende Gleichrangigkeit als Steuerungsparameter.

Hinzu kommt der zeitliche Kontext: Die Ausschussdrucksache 21(14)107 datiert vom 5. Oktober 2026; die öffentliche Anhörung zu den Änderungsanträgen ist für den 7. Oktober 2026 angesetzt.⁹

⁶ Ausschussdrucksache 21(14)107, Änderungsantrag 10, S. 39-41. Die Begründung stellt fest, dass bislang eine ausdrückliche gesetzliche Zuordnung der Prüfaufgabe an den Medizinischen Dienst fehlte.

⁷ Ausschussdrucksache 21(14)107, Änderungsantrag 10, S. 42-43. Die Vergütungsfähigkeit sektorenübergreifender Leistungen wird grundsätzlich an die Erfüllung der maßgeblichen Anforderungen gekoppelt; Abweichungen durch Bundesvereinbarung bleiben möglich.

⁸ Deutscher Bundestag, Ausschuss für Gesundheit, öffentliche Anhörung „GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz“, 22.06.2026; Sachverständigenliste mit Patienten- und Selbsthilfeorganisationen.

⁹ Deutscher Bundestag, Ausschuss für Gesundheit, öffentliche Anhörung „Änderungsanträge GKV-BStabG“, 07.10.2026, 16:00-17:30 Uhr; Gegenstand u. a. Ausschussdrucksache 21(14)107.

Unabhängig von der formalen Ordnungsmäßigkeit des parlamentarischen Verfahrens ist ein derart komprimierter öffentlich sichtbarer Beratungszeitraum für die umfassende Bewertung komplexer Versorgungsfolgen anspruchsvoll. Patientenbeteiligung sollte deshalb wesentlich früher beginnen.

6. Was die Änderungsanträge selbst über den Regelungsbedarf zeigen

6.1 Hilfsmittel: Preiswettbewerb braucht Versorgungsgrenzen

Für Hilfsmittelversorgungen ist für 2027 und 2028 ein pauschaler Abschlag von drei Prozent vorgesehen. Gleichzeitig wird die Möglichkeit von Ausschreibungen erneut eröffnet.¹⁰

Bemerkenswert ist die Begründung des Änderungsantrags selbst: Die frühere Ausschreibungsmöglichkeit war 2019 insbesondere wegen Hinweisen auf Qualitäts- und Versorgungsprobleme sowie wegen der Sorge vor einem vorwiegend preisgetriebenen Wettbewerb abgeschafft worden. Die Neuregelung versucht deshalb, Wohnortnähe, Zeitgerechtigkeit, Beratung, Anpassung, Einweisung, Nachbetreuung, Wartung, Reparatur, Ersatzversorgung und Kontinuität als Gegenparameter zu verankern.¹¹

Diese Schutzkriterien sind sachgerecht. Sie bestätigen zugleich die Grundthese: Der Preis allein bildet Versorgung nicht ab. Gerade bei chronisch Kranken und Menschen mit Behinderung ist die Leistung häufig das Zusammenspiel von Produkt, Anpassung, persönlicher Kenntnis, Service und schneller Reaktion. Aus DOPANET-Sicht müssten deshalb nicht nur Vergabekriterien, sondern patientenbezogene Versorgungsendpunkte mit definierten Mindestwerten normiert werden.

6.2 Ambulantisierung: Finanzierung verschiebt Fälle - Sicherheit selektiert Patienten

Änderungsantrag 1 verändert die Vergütung von Hybrid-DRG-Leistungen und setzt weitere Ambulantisierungsanreize. Leistungen ohne Übernachtung werden 2027 anders vergütet; ab 2028 wird die spezielle sektorengleiche Vergütung gestrichen und durch Kurzzeitfallpauschalen abgelöst.¹²

Ambulantisierung kann für Patienten sinnvoll sein. Sie kann stationäre Aufenthalte vermeiden und Ressourcen effizienter nutzen. Aber ambulant ist nicht automatisch sicherer oder besser. Die entscheidende Frage lautet: Für welchen Patienten ist welche Leistung unter welchen Voraussetzungen sicher ambulant durchführbar?

DOPANET hält deshalb patientenbezogene Sicherheitsendpunkte für erforderlich: ungeplante stationäre Aufnahme, Wiederaufnahme, postoperative Komplikationen, ausreichende häusliche Versorgung, definierte Überwachungsdauer, Notfallkontakt und verfügbare Rückfallebene. Eine Finanzierungssystematik kann Fälle verlagern. Eine Sicherheitsarchitektur muss entscheiden, welche Patienten verlagert werden können.

6.3 Zytostatika: Sicherheit darf kein unbestimmter Vorbehalt bleiben

Bei parenteralen Zubereitungen in der Onkologie sollen regionale Vertrags- und Preisregelungen erneut ermöglicht werden. Die Begründung formuliert, vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven sollten ohne Einschränkungen der Qualität und Sicherheit der Versorgung erschlossen werden; regional solle eine friktionsfreie orts- und zeitnahe Versorgung sichergestellt werden.¹³

DOPANET begrüßt, dass Sicherheit ausdrücklich benannt wird. Doch der Begriff bleibt ohne definierte Parameter unvollständig. Was bedeutet zeitnah? Welche maximale Reaktionszeit gilt bei kurzfristiger Therapieänderung? Wie werden Transport, Temperaturführung, Rückruf, Ersatz, Ausfall des Vertragspartners und regionale Erreichbarkeit abgesichert? Ohne Messgröße und Rechtsfolge bleibt Sicherheit Zielbeschreibung statt Guardrail.

¹⁰ Ausschussdrucksache 21(14)107, Änderungsantrag 5, S. 17-20: dreiprozentiger Abschlag für Hilfsmittelversorgungen 2027/2028 sowie erneute Ermöglichung von Ausschreibungen.

¹¹ Ausschussdrucksache 21(14)107, Änderungsantrag 5, S. 20-22: frühere Qualitäts- und Versorgungsprobleme bei Ausschreibungen; Schutzkriterien u. a. Wohnortnähe, Zeitgerechtigkeit, Beratung, Anpassung, Nachbetreuung, Wartung, Reparatur und Versorgungskontinuität.

¹² Ausschussdrucksache 21(14)107, Änderungsantrag 1, S. 6-8: Neuregelung der Vergütung von Hybrid-DRG-Leistungen ohne Übernachtung 2027 und Einführung von Kurzzeitfallpauschalen ab 2028 zur weiteren Förderung der Ambulantisierung.

¹³ Ausschussdrucksache 21(14)107, Änderungsantrag 7, S. 26-27: Wirtschaftlichkeitsreserven bei parenteralen onkologischen Zubereitungen sollen ohne Einschränkungen von Qualität und Sicherheit der Versorgung erschlossen werden; Ziel ist eine orts- und zeitnahe Versorgung.

6.4 Sektorenübergreifende Versorgung: hier wird die Guardrail sichtbar

Änderungsantrag 10 ist deshalb besonders aufschlussreich. Die Prüfung der vereinbarten Anforderungen wird ausdrücklich dem Medizinischen Dienst zugewiesen. Das Ergebnis wird durch Bescheid festgestellt; bei positivem Ergebnis wird eine Bescheinigung ausgestellt. Die Vergütungsfähigkeit wird grundsätzlich an die Einhaltung der maßgeblichen Anforderungen geknüpft.¹⁴

Dies ist der im Antragspaket klarste Ansatz einer echten Patientensicherheits-Guardrail. Zugleich bleibt auch hier Nachschärfungsbedarf: Prüfungen sind als Antragsverfahren ausgestaltet; eine Mitteilungspflicht wird bei länger als einen Monat anhaltender Nichterfüllung ausgelöst; außerdem können die Vertragsparteien auf Bundesebene abweichende Regelungen zur Vergütungsfolge treffen. Aus Patientensicht sollte präzisiert werden, welche sicherheitskritischen Anforderungen nicht disponibel sein dürfen.

6.5 Cannabis: patientenbezogene Korrektur einer starren Vorgabe

Der Vorrang eines cannabishaltigen Fertigarzneimittels wird auf zugelassene Indikationen konkretisiert. Zugleich entfällt der bislang gesetzlich verpflichtende sechsmonatige Therapieversuch; die Dauer wird in das ärztliche Ermessen gestellt. Die Begründung stellt ausdrücklich fest, dass die Weiterverordnung eines nicht wirksamen oder nicht vertragenen Fertigarzneimittels nicht sachgerecht ist.¹⁵

Damit wird eine starre Zeitvorgabe durch eine stärker patientenbezogene klinische Entscheidung ersetzt. DOPANET sieht darin ein wichtiges Prinzip: Nicht die abstrakte Systemvorgabe, sondern ihre konkrete Wirkung beim Patienten muss der entscheidende Kontrollpunkt sein.

6.6 Bürokratie: risikoadaptiert statt pauschal

Änderungsantrag 3 führt für Krankenhäuser mit mindestens 90 Prozent unbeanstandeten Abrechnungen eine Prüfquote von einem Prozent ein. Die Begründung verweist ausdrücklich auf eine Protokollerklärung der Bundesregierung zur weiteren Bürokratieentlastung bei unauffälligen Krankenhäusern.¹⁶

Dieser risikoadaptierte Ansatz ist nachvollziehbar und übertragbar: Nicht pauschal weniger Kontrolle, sondern gezielte Kontrolle dort, wo Risiko besteht. Für Patientensicherheit bedeutet dies, dass ein modernes System nicht alles permanent prüfen muss - aber wissen muss, was es prüfen muss, wann ein Risiko entsteht und wann eine Intervention zwingend wird.

7. DOPANET fordert

- 1. Verbindliche Patienten- und Versorgungssicherheits-Folgenabschätzung.** Jede wesentliche finanzielle Steuerungsmaßnahme muss vor Inkrafttreten auf Folgen für Patientensicherheit, Zugang, Versorgungskontinuität und regionale Versorgungsstrukturen geprüft werden.
- 2. Patientensicherheit als horizontale Guardrail.** Sie darf nicht nur in einzelnen Leistungsbereichen ausdrücklich geregelt werden. Jede strukturell relevante Reform muss definieren, anhand welcher Parameter Sicherheitsrisiken erkannt werden.
- 3. Messbare patientenbezogene Endpunkte.** Dazu gehören insbesondere Wartezeiten, Versorgungsabbrüche, ungeplante Anbieterwechsel, Nichtverfügbarkeit von Leistungen, Liefer- und Reparaturzeiten, Komplikationen, Wiederaufnahmen und regionale Versorgungsdichte.
- 4. Frühwarnsysteme und verbindliche Interventionsschwellen.** Evaluation darf nicht erst Jahre später erfolgen. Wesentliche Eingriffe müssen ab Inkrafttreten überwacht werden. Vorab muss definiert sein, wann eine Fehlentwicklung eine Korrektur auslöst.

¹⁴ Ausschussdrucksache 21(14)107, Änderungsantrag 10, S. 34-43: Prüfverfahren des Medizinischen Dienstes bei sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen, Bescheid/Bescheinigung, Mitteilungspflichten und Vergütungsfolgen.

¹⁵ Ausschussdrucksache 21(14)107, Änderungsantrag 11, S. 44-45: Vorrang des Fertigarzneimittels nur in zugelassener Indikation; Streichung der festen sechsmonatigen Therapieversuchsdauer zugunsten ärztlichen Ermessens.

¹⁶ Ausschussdrucksache 21(14)107, Änderungsantrag 3, S. 11-13: neue Prüfquotenklasse von 1 Prozent für Krankenhäuser mit mindestens 90 Prozent unbeanstandeten Abrechnungen; Umsetzung einer Protokollerklärung der Bundesregierung.

5. **Versorgungsketten statt Einzelbudgets betrachten.** Einsparungen in einem Leistungsbereich dürfen nicht isoliert bewertet werden, wenn sie Folgekosten oder Versorgungsprobleme an anderer Stelle verursachen können.
6. **Wirtschaftliche Erbringbarkeit als Versorgungsparameter.** Die Tragfähigkeit von Leistungserbringern ist kein Selbstzweck. Sie ist Voraussetzung dafür, dass Versorgung tatsächlich verfügbar bleibt.
7. **Institutionalisierte Patientenbeteiligung bereits bei der Konzeption.** Patientinnen und Patienten müssen beteiligt werden, bevor Steuerungsparameter feststehen - nicht erst, wenn ein weitgehend ausformulierter Entwurf kommentiert werden darf.
8. **Öffentliche und verständliche Berichterstattung über Versorgungsfolgen.** Nicht nur Einsparvolumina, sondern auch Auswirkungen auf Versorgungsqualität, Zugang, Anbieterstruktur und Patientensicherheit müssen transparent ausgewiesen werden.

8. Vorschlag: eine verbindliche Patientensicherheits-Guardrail

DOPANET schlägt für wesentliche gesetzliche Eingriffe in die Gesundheitsversorgung eine standardisierte Sicherheitsprüfung vor. Vor Inkrafttreten einer Regelung müssen fünf Fragen beantwortet werden:

1	Welches konkrete Patientenrisiko kann aus der Regelung entstehen?
2	Mit welchem messbaren Parameter wird dieses Risiko beobachtet?
3	Welche Institution erhebt und bewertet die Daten?
4	Ab welchem Schwellenwert liegt eine relevante Fehlentwicklung vor?
5	Welche verbindliche regulatorische Reaktion folgt daraus?

Dieses Modell ist kein Plädoyer für maximalen Prüfaufwand. Im Gegenteil: Es schafft die Voraussetzung für gezielte statt pauschale Steuerung und ermöglicht, wirtschaftliche Reformen durchzuführen, ohne ihre Risiken erst nach eingetretenen Versorgungsverlusten zu erkennen.

9. Schlussfolgerung

Das GKV-BStabG soll ein reales Problem lösen. Die gesetzliche Krankenversicherung braucht finanzielle Stabilität. Aber ein Versorgungssystem ist kein geschlossenes Rechenmodell. Es besteht aus Menschen, Beziehungen, Erfahrung, regionalen Strukturen, verfügbaren Kapazitäten und wirtschaftlich handlungsfähigen Leistungserbringern.

Die vorliegenden Änderungsanträge zeigen bereits, dass finanzielle Steuerung ohne ergänzende Schutzmechanismen nicht auskommt. Aus den jetzigen Einzelkorrekturen sollte deshalb ein allgemeiner gesundheitspolitischer Grundsatz entstehen:

Keine Finanzierungsreform ohne Versorgungsfolgenabschätzung.
Keine Wirtschaftlichkeitssteuerung ohne überprüfbare Patientensicherheits-Guardrail.
Keine Veränderung von Versorgungsketten ohne Prüfung ihrer tatsächlichen wirtschaftlichen Tragfähigkeit.
Keine Patientenorientierung ohne institutionalisierte Patientenbeteiligung.

DOPANET erwartet nicht, dass Gesundheitspolitik jede bestehende Versorgungsstruktur konserviert. Reformen sind notwendig. Versorgungsüblichkeiten dürfen und müssen sich verändern. Eine Veränderung ist aber erst dann Fortschritt, wenn nachweisbar ist, dass sie nicht nur günstiger, sondern für den Patienten mindestens ebenso sicher, erreichbar und verlässlich ist.

Der Patient ist nicht der letzte Punkt einer Wertschöpfungskette.

Er ist der Grund, warum diese Kette überhaupt existiert.

Joachim Maurice Mielert

für DOPANET Wissen & Kommunikation

Über DOPANET Wissen & Kommunikation

DOPANET Wissen & Kommunikation entstand aus Patientenperspektive und versteht sich als unabhängiges Informations-, Kommunikations- und Interessenformat. Im Mittelpunkt stehen Patientensicherheit, Patientenrechte, Gesundheitskompetenz und Patient Empowerment.¹⁷

Patient Empowerment bedeutet für DOPANET nicht nur die Bereitstellung von Informationen. Dazu gehören verständliche und kritisch einordnungsfähige Gesundheitsinformationen, Shared Decision Making, Selbstmanagement, Autonomie und der Zugang zu den Ressourcen einer sicheren Versorgung.¹⁸

DOPANET beschreibt sich als 2018 von Patientenhand entstanden und ohne eigene wirtschaftliche Interessen. Die Patientenperspektive und eine aktive Patientenstimme bilden den Mittelpunkt der Arbeit. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf Patientensicherheit und auf den Interessen chronisch kranker Menschen.¹⁹

Dies zeigt sich unter anderem in der langjährigen Auseinandersetzung mit dem Einsatz von Titandioxid in Arzneimitteln und der Forderung, Arzneimittelsicherheit konsequent auch aus der Perspektive jener Menschen zu bewerten, die dauerhaft auf Medikamente angewiesen sind.²⁰

DOPANET sucht den Dialog mit Wissenschaft, Medizin, Politik, Forschung und Wirtschaft. Ziel ist, Patientinnen und Patienten in diesen Strukturen nicht auf die Rolle von Adressaten oder Betroffenen zu reduzieren, sondern ihre Perspektive frühzeitig und wirksam in Entscheidungsprozesse einzubringen.

Wissen schafft Kompetenz. Kompetenz ermöglicht Beteiligung. Beteiligung schafft Patientensicherheit.

Quellenbasis

Grundlage dieses Positionspapiers sind insbesondere die Ausschussdrucksache 21(14)107 vom 5. Oktober 2026, die öffentlich zugänglichen Informationen des Bundesministeriums für Gesundheit und des Deutschen Bundestages zum GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz sowie die öffentlich zugänglichen Selbstdarstellungen von DOPANET/AMOVISTA und PATIENT-EMPOWERMENT. Die Bewertung und Schlussfolgerungen sind Positionen von DOPANET Wissen & Kommunikation.

¹⁷ AMOVISTA, „DOPANET-MONITOR“, Abruf 06.10.2026: DOPANET beschreibt sich als 2018 von Patientenhand entstanden, ohne eigene wirtschaftliche Interessen und mit konsequenter Patientenperspektive und Patientenstimme.

¹⁸ PATIENT-EMPOWERMENT, Startseite, Abruf 06.10.2026: zentrale Elemente sind u. a. Gesundheitskompetenz, Shared Decision Making, Selbstmanagement, Autonomie und Zugang zu Ressourcen.

¹⁹ AMOVISTA, „DOPANET-MONITOR“, Abruf 06.10.2026; zur unabhängigen Patientenperspektive und zum Schwerpunkt Patientenrechte/Patientensicherheit.

²⁰ AMOVISTA/DOPANET, Projekt „Titandioxid“, Abruf 06.10.2026: Patientensicherheit und der besondere Schutz dauerhaft auf Arzneimittel angewiesener Patienten werden als Kern der Initiative beschrieben.