

Stellungnahme

des

Spitzenverbandes Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) vom 17. Juni 2026

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (BT-Drs. 21/6130)

Kontakt:

Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa)

Anschrift: Robert-Koch-Platz 9, 10115 Berlin
Telefon: +49 30 – 40 00 96 31, Fax: +49 30 40 00 96 32
E-Mail: info@spifa.de
Registergericht: Amtsgericht Charlottenburg, Registernummer: VR 29131 B

Vorstand:

Dr. med. Dirk Heinrich, Dr. med. Helmut Weinhart, Prof. Dr. med. Hermann Helmberger, Dr. med. Petra Bubel, Dr. med. Norbert Smetak, Jan Henniger, Markus Haist (kooptiert), Dr. med. Anna-Katharina Doepfer (kooptiert)

Hauptgeschäftsführer:

Dr. iur. André Byrla

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Ordentliche Mitglieder des SpiFa





Assoziierte Mitglieder des SpiFa



Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzt*innen



INHALT

I. Vorwort.....	5
II. Maßnahmen des Referentenentwurfes im Einzelnen.....	9
Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	9
Nummer 10 (Ersetzung § 27b) – Zweitmeinungsverfahren.....	9
Nummer 25 (Änderung § 71).....	10
Nummer 31 (Änderung § 87) – Streichung Zuschläge TSS- und HÄ-Vermittlungsfälle; Begrenzung der OWP-Anpassung	10
Nummer 32 (Änderung § 87a) – Budgetierung	11
Nummer 34 (§ 87d – neu)	16
Nummer 42 (Änderung § 115f Absatz 2 Satz 2) – Dynamik Ambulantisierung, Hybrid- DRG, Kurzzeit-DRG	18
Nummer 60 (Änderung § 221).....	20
Nummer 61 (Änderung § 223).....	20
Nummer 62 (Änderung § 232a).....	21

I. Vorwort

Der vorliegende Gesetzentwurf enthält ein Paket von Maßnahmen zur Stabilisierung der Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Kernidee ist eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik: Die Ausgaben der GKV sollen künftig nicht stärker wachsen als ihre Einnahmen. Als Obergrenze für Vergütungs- und Preissteigerungen dient dabei grundsätzlich die sogenannte Grundlohnrate, also die Entwicklung der beitragspflichtigen Einkommen der GKV-Mitglieder. Formuliertes Ziel des Gesetzentwurfes ist, die Beitragssätze ab 2027 dauerhaft zu stabilisieren, ohne das Leistungsniveau oder die Versorgungsqualität grundsätzlich zu senken.

Für die vertragsärztliche Versorgung sieht der vorliegende Regierungsentwurf vor, Vergütungssteigerungen dauerhaft auf die tatsächliche Kostenentwicklung zu begrenzen, wobei die Grundlohnrate die verbindliche Obergrenze bildet. Darüber hinaus sollen „Sondervergütungen und Doppelfinanzierungen“, die keinen nachweisbaren Zusatznutzen für die Versorgung der Patientinnen und Patienten brächten, abgeschafft werden. Ziel sei es, Fehlanreize zu beseitigen und die Vergütung stärker am tatsächlichen Nutzen der Leistungen auszurichten. Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sollen neben Krankenhäusern, pharmazeutischen Unternehmen und anderen, einen angemessenen Beitrag zur finanziellen Konsolidierung leisten.

Auch der Bund soll nach dem Gesetzentwurf einen Beitrag zur Stabilisierung der GKV leisten. Vorgesehen ist zunächst die Verschiebung der Rückzahlung von Bundesdarlehen in Höhe von insgesamt 5,6 Milliarden Euro, die in den Jahren 2023, 2025 und 2026 gewährt wurden, um die GKV kurzfristig zu entlasten. Außerdem soll der Bund die monatliche Beitragspauschale für Beziehende von Grundsicherung ab 2027 schrittweise erhöhen.

Gleichzeitig soll der Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds ab 2027 zur Konsolidierung des Bundeshaushalts um 2 Milliarden Euro jährlich reduziert werden.

Bewertung des SpiFa:

Der Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) sieht den vorliegenden Gesetzentwurf mit großer Sorge. Unter dem Leitbild der Beitragssatzstabilisierung wird ein Paradigmenwechsel in der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung eingeleitet: An die Stelle einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung tritt eine politisch verordnete Ausgabenbegrenzung. Künftig soll nicht mehr der medizinische Versorgungsbedarf der Patientinnen und Patienten Maßstab der Finanzierung sein, sondern die Höhe der verfügbaren Einnahmen. Damit wird das zentrale Leistungsversprechen der gesetzlichen Krankenversicherung grundlegend infrage gestellt.

Dieser Paradigmenwechsel betrifft nicht allein die Finanzierungslogik der GKV, sondern auch die Verteilung von Versorgungs- und Mobilitätsrisiken. Soweit die

gesetzliche Vergütung kurzfristig verfügbare, koordinierte und wohnortnahe fachärztliche Versorgung nicht mehr bedarfsgerecht abbildet, wird das Risiko der tatsächlichen Inanspruchnahme, der regional unterschiedlichen Patientenströme und der kurzfristigen Terminverfügbarkeit einseitig auf die vertragsärztliche Versorgung verlagert. Dieses Risiko kann die Ärzteschaft weder organisatorisch noch wirtschaftlich dauerhaft tragen. Eine leistungsfähige ambulante Versorgung setzt voraus, dass zusätzliche, dringliche und niedrigschwellige Versorgungsangebote auch verlässlich finanziert werden.

Der Gesetzentwurf verfolgt das Ziel, die Finanzlage der GKV kurzfristig zu stabilisieren. Tatsächlich werden die finanziellen Probleme jedoch nicht gelöst, sondern verlagert. Statt die strukturelle Unterfinanzierung der GKV konsequent anzugehen und gesamtgesellschaftliche Aufgaben ausreichend aus Steuermitteln zu finanzieren, sollen Leistungserbringer und Versicherte die Hauptlast der Konsolidierung tragen. Die vorgesehenen Maßnahmen laufen in ihrer Gesamtheit auf eine verdeckte Rationierung medizinischer Leistungen hinaus.

Besonders kritisch bewertet der SpiFa die konsequente Ausweitung von Budgetierungs- und Deckelungsinstrumenten in der ambulanten Versorgung. Die starre Bindung der Vergütungsentwicklung an die Grundlohnrate ignoriert die Realität eines Gesundheitssystems, das durch medizinischen Fortschritt, demografischen Wandel, Fachkräftemangel und steigende Morbidität geprägt ist. Wer die Finanzierung medizinischer Versorgung dauerhaft von der tatsächlichen Kosten- und Leistungsentwicklung entkoppelt, gefährdet zwangsläufig Versorgungsqualität, Innovation und den Zugang der Patientinnen und Patienten zu modernen Behandlungsmöglichkeiten.

Besonders widersprüchlich ist die geplante Abschaffung bewährter TSVG-Regelungen. Ausgerechnet diejenigen Instrumente, die nachweislich zu einer schnelleren Versorgung dringlicher Behandlungsfälle und zu kürzeren Wartezeiten geführt haben, sollen abgeschafft werden. Die Botschaft an die Patientinnen und Patienten lautet damit: Schnellere Termine und ein verbesserter Zugang zur fachärztlichen Versorgung waren nur solange gewollt, wie sie politisch opportun erschienen. Die Folgen werden längere Wartezeiten, weniger verfügbare Behandlungskapazitäten und eine spürbare Verschlechterung der Versorgung sein.

Reduzierte ambulante Termin- und Behandlungskapazitäten werden zudem nicht folgenlos bleiben, sondern Patientinnen und Patienten verstärkt in die Notaufnahmen und stationären Strukturen der Krankenhäuser lenken. Damit droht eine Verlagerung in regelmäßig kostenintensivere Versorgungsstrukturen, die dem Ziel einer nachhaltigen Stabilisierung der GKV-Finzen gerade widerspricht.

Hinzu kommt eine erhebliche Schiefelage in der Belastung einzelner Fachgruppen. Von der Streichung der extrabudgetären Vergütung für TSS-Vermittlungsfälle, hausärzt-

liche Vermittlungsfälle und offene Sprechstunden wären insbesondere diejenigen grundversorgenden Facharztgruppen betroffen, die bereits heute einen wesentlichen Teil des niedrighwelligen und kurzfristigen Zugangs zur fachärztlichen Versorgung sicherstellen. Gerade um deren Termin- und Versorgungskapazitäten geht es jedoch in der gesundheitspolitischen Diskussion um ein künftiges Primärversorgungssystem. Terminservicestellen, ärztliche Vermittlung und offene Sprechstunden sind keine verzichtbaren Sonderstrukturen, sondern zentrale Zugangselemente, die auch in einem Primärversorgungssystem weiterhin benötigt werden.

Führen die vorgesehenen Änderungen bei einzelnen Fachgruppen zu erheblichen Honorarrückgängen, in der Spitze bis zu 30 Prozent, wird dies zwangsläufig Auswirkungen auf das Versorgungsangebot haben. Vertragsärztinnen und Vertragsärzte werden ihre Leistungserbringung wirtschaftlich neu ausrichten, Sprechstundenkapazitäten reduzieren und sich gegebenenfalls anderen, verlässlicher finanzierten Tätigkeitsfeldern zuwenden müssen. Einmal abgebauten ambulanten Versorgungskapazitäten fehlt regelmäßig die Grundlage für eine kurzfristige Wiederherstellung. Sprechstunden, die infolge solcher Fehlsteuerungen verloren gehen, werden den Patientinnen und Patienten daher nicht ohne Weiteres wieder zur Verfügung stehen.

Darüber hinaus setzt der Gesetzentwurf Fehlanreize, die den erklärten gesundheitspolitischen Zielen der vergangenen Jahre diametral entgegenstehen. Ambulante Operationen, Präventionsleistungen, Strahlentherapien und andere bislang gezielt geförderte Leistungsbereiche sollen budgetiert werden. Gleichzeitig wird die weitere Ambulantisierung stationärer Leistungen ausgebremst. Damit droht eine Entwicklung, bei der wirtschaftlich und medizinisch sinnvolle ambulante Versorgungsformen geschwächt und vermeidbare stationäre Behandlungen begünstigt werden. Dies verschlechtert nicht nur die Versorgung der Patientinnen und Patienten, sondern erhöht mittel- und langfristig auch die Kosten des Gesundheitssystems erheblich.

Besonders problematisch ist schließlich die Rolle des Bundes. Einerseits erkennt die Bundesregierung an, dass die Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben unzureichend ist und erhöht ihre Beteiligung an den Gesundheitskosten von Bezieherinnen und Beziehern von Grundsicherung geringfügig. Andererseits kürzt sie gleichzeitig den Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds und bleibt bei der Finanzierung versicherungsfremder Leistungen weit hinter dem tatsächlichen Finanzierungsbedarf zurück. Der Bund entzieht sich damit weiterhin seiner Verantwortung und verlagert erhebliche Lasten auf die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler der gesetzlichen Krankenversicherung.

In der Gesamtschau entsteht der Eindruck, dass die Stabilisierung der Beitragssätze nicht durch eine nachhaltige Reform der Finanzierungsstrukturen erreicht werden soll, sondern vor allem durch die Begrenzung medizinischer Leistungen und die Schwächung bestehender Versorgungsangebote. Der SpiFa lehnt diesen Kurs entschieden

ab. Die Zukunftsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung wird nicht durch Rationierung, Budgetierung und Leistungsbegrenzung gesichert, sondern durch eine auskömmliche Finanzierung, die Stärkung ambulanter Versorgungsstrukturen, die Förderung von Prävention und Ambulantisierung sowie eine konsequente Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben aus Steuermitteln.

II. Maßnahmen des Referentenentwurfes im Einzelnen

Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nummer 10 (Ersetzung § 27b) – Zweitmeinungsverfahren

Die Regelung sieht ein verpflichtenden Zweitmeinungsverfahren für planbare Eingriffe vor. Nach bisheriger Rechtslage ist die Inanspruchnahme der Zweitmeinung für Patientinnen und Patienten freiwillig und trägt insbesondere zu einer informierten Entscheidungsfindung bei. Die beabsichtigte Neuregelung sieht ein Abrechnungsverbot für den Arzt, die Ärztin oder die Einrichtung vor, welcher oder welche einen bestimmten vom Zweitmeinungsverfahren erfassten Eingriff durchführt, wenn der oder die Versicherte sich nicht vor dem Eingriff nachweislich eine zweite Meinung eingeholt hat. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll bis zum 31. März 2027 mindestens einen und danach jährlich mindestens einen weiteren der von der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL) erfassten Eingriffe auswählen. Zudem soll das G-BA das Nähere zur geeigneten Nachweisführung gegenüber dem jeweiligen Kostenträger wie die Art der Dokumentation, Einreichungsfristen sowie eine möglichst digitale Form des Nachweises in seiner Zm-RL regeln.

Bewertung des SpiFa:

Der SpiFa lehnt die geplante Regelung ab.

Es fehlt bereits an Evidenz für die Wirksamkeit eines solchen Zweitmeinungsverfahrens mit Blick auf die langfristige Verbesserung der Ergebnisse sowie der Qualität der medizinischen Versorgung. Das Zweitmeinungsverfahren schafft zudem zusätzliche bürokratische Belastungen für alle von Zweitmeinungsverfahren betroffenen Eingriffe.

Zudem sind die Anforderungen für das geplante verpflichtende Zweitmeinungsverfahren, welches Voraussetzung für die Vergütung medizinisch indizierter Eingriffe werden soll, deutlich überspannt und gehen über den spezifischen Facharztstandard, den eine begutachtender Arzt zweifelfrei liefern muss, deutlich hinaus. Neben der langjährigen fachärztlichen Tätigkeit soll die besondere Expertise auch "Kenntnisse über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung zur jeweiligen Diagnostik und Therapie einschließlich Kenntnisse über Therapiealternativen zum empfohlenen Eingriff" beinhalten. Zudem werden als weitere Kriterien bei der Auswahl "regelmäßige gutachterliche Tätigkeit in einem für die Indikation maßgeblichen Fachgebiet" oder eine "besondere Zusatzqualifikation" vorgeschlagen. Aus Sicht des SpiFa besteht damit bereits aus Kapazitätsgründen die ganz erhebliche Gefahr, dass das beabsichtigte verpflichtende Zweitmeinungsverfahren zum Flaschenhals für medizinisch indizierte Eingriffe gesetzlich Versicherter wird und gesetzlich Versicherte mithin medizinisch notwendige Versorgung nicht zeitnah erhalten werden.

Nummer 25 (Änderung § 71)

Die Regelung sieht vor, die Möglichkeit der Verrechnung von Einsparungen in einem Leistungsbereich mit Mehrausgaben in einem anderen Leistungsbereich zu streichen. Die Grundlohnrate bildet damit die feste Obergrenze für die Veränderungsrate der Vergütungen. Die Regelung sieht zudem vor, die durchschnittliche Veränderungsrate für die Jahre 2028 und 2029 ohne die Wirkung der außerordentlichen Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze zu ermitteln. Das Ergebnis der Ermittlung ist in den Jahren 2027, 2028 und 2029 jeweils um einen Prozentpunkt zu mindern.

Bewertung des SpiFa:

Der SpiFa sieht die Regelung kritisch.

Mittel- bis langfristig kann die feste Limitierung der Veränderungsrate durch die Grundlohnrate dazu führen, dass die gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten vom medizinisch-technologischen Fortschritt abgeschnitten werden. Auch strukturelle Veränderungen der medizinischen Versorgung, die die Patientenversorgung verbessern und zu einer Verschiebung von Ausgaben zwischen Leistungsbereichen führen, werden durch die vorgesehene Streichung grundsätzlich behindert, selbst wenn diese in Saldo mit erheblichen Einsparungen verbunden sind.

Nummer 31 (Änderung § 87) – Streichung Zuschläge TSS- und HÄ-Vermittlungsfälle; Begrenzung der OWP-Anpassung

Mit der beabsichtigten Regelung sollen die mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) eingeführten und durch das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) angehobenen Zuschläge für die TSS- sowie Hausarzt-Vermittlungsfälle in § 87 gestrichen werden. Zudem soll zur Begrenzung von Ausgabenzuwächsen klargestellt werden, dass die Anpassung des Orientierungswertes an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu koppeln ist.

Bewertung des SpiFa:

Der SpiFa lehnt die geplante Änderung ab.

Die sogenannten „TSVG-Regelungen“ stellen ein zentrales Steuerungselement der ambulanten Versorgung dar. Durch sie wird die zeitnahe Vergabe fachärztlicher Termine bei Feststellung eines dringlichen fachärztlichen Behandlungsbedarf beanreizt. Die Vermittlungsfälle aus den Terminservicestellen (TSS-Vermittlungsfälle) machten im Jahr 2024 etwa 0,3 Prozent (1,5 Millionen Vermittlungen), die Vermittlungsfälle aus der hausärztlichen Versorgung (Hausarzt-Vermittlungsfälle) etwa 0,8 Prozent (4,5 Millionen Vermittlungen) aller Behandlungsfälle aus. Auswertungen des Zentralinstituts

der Kassenärztlichen Bundesvereinigung haben zudem ergeben, dass in diesen Konstellationen die Wartezeit deutlich unterhalb der allgemeinen Wartezeit auf einen fachärztlichen Termin liegen. So wurden in 62% der Hausarzt-Vermittlungsfälle (bezogen auf einige Fachgruppen, wie HNO, Chirurgie, Frauenheilkunde, Urologie) sogar in 70-80% der Hausarzt-Vermittlungsfälle eine Vermittlung innerhalb von vier Tagen erreicht. In den TSS-Vermittlungsfällen in 47% der Fälle innerhalb von 4 Tagen und in 75% der Fälle innerhalb von 14 Tagen. Damit ist das Ziel des Gesetzgebers, in dringenden Behandlungsfällen die Wartezeiten zu reduzieren und den Zugang zur fachärztlichen Versorgung zu verbessern, erreicht worden.

Die TSVG-Regelungen stellen ein zentrales Versprechen für die fachärztliche Versorgung der 19. Legislaturperiode dar. Die Streichung der extrabudgetären Vergütung und Zuschläge ohne jede Kompensation würde zu einer gravierenden Verschlechterung zum Zugang zur fachärztlichen Versorgung mit langen Wartezeiten führen.

Die Festschreibung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität bei der Fortentwicklung der Gesamtvergütung durch die Anpassung des Orientierungswertes stellt eine Abkehr von einer an betriebswirtschaftlichen Maßstäben orientierten Vergütungsentwicklung der ambulanten Versorgung dar, die die Entwicklung eines hochwertigen medizinischen Versorgungsangebotes in der fachärztlichen Versorgung gesetzlich Versicherter mittelfristig gefährdet.

Nummer 32 (Änderung § 87a) – Budgetierung

Die Regelung sieht vor, die mit dem TSVG eingeführten extrabudgetären Leistungen zu streichen und diese explizit der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zuzuweisen. Die Zuschläge sollen ersatzlos gestrichen werden. Diese Leistungen, einschließlich der Leistungen, die im Rahmen einer offenen Sprechstunde erbracht werden, sollen nur noch bis zum 31. Dezember 2026 außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) vergütet werden.

Die in der extrabudgetären Vergütung verbliebenen Leistungen sollen in einen § 87d verschoben werden, der die extrabudgetäre Vergütung ab dem Jahr 2027 in einer neuen und strengeren Systematik regelt. Die bisherige Regelung, wonach die Vertragspartner auf Landesebene weitere Leistungen vereinbaren können, die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden können, wird ebenfalls ersatzlos gestrichen.

Auf Grund der Streichung der extrabudgetären Vergütungen von Leistungen im Behandlungsfall nach der Terminvermittlung durch die Terminservicestelle und durch einen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und im Rahmen der offenen Sprechstunde, sollen die bereinigten Vergütungen wieder in die MGV zurückgeführt werden. Diese

Rückbereinigung soll im Kalenderjahr 2027 erfolgen. Anpassungen beim Punktwert und beim Behandlungsbedarf sollen dabei zu berücksichtigen sein. Der Bewertungsausschuss soll für das Verfahren der Rückbereinigung entsprechende Vorgaben machen.

Bewertung des SpiFa:

Der SpiFa lehnt die geplante Änderung ab.

Der Regelungsvorschlag bedeutet eine Abkehr von einer bedarfsgerechten Versorgung der gesetzlich Versicherten und läuft auf eine einnahmeorientierte Ausgabenpolitik hinaus, in der das Morbiditätsrisiko der zunehmend alternden und multimorbiden GKV-Versicherten in der ambulanten Versorgung strukturell allein von der fachärztlichen Versorgung getragen wird.

In den Vermittlungskonstellationen, in denen die fachärztlichen Leistungserbringer auf Grund der TSVG-Regelungen extrabudgetär außerhalb der MGV für ihre Behandlungsleistungen vergütet werden, handelt es sich gesamthaft um Behandlungsfallkonstellationen, in denen zwingend zuvor seitens der Terminservicestelle oder durch einen hausärztlichen Leistungserbringer ein entweder akuter oder ein dringlicher fachärztlicher Behandlungsbedarf festgestellt wurde. Wir sind nach wie vor der Auffassung, dass in Konstellationen eines festgestellten fachärztlichen Behandlungsbedarfs die mengenbegrenzende Wirkung der MGV einer zeitnahen und bedarfsgerechten Leistungserbringung gegenüber gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten nicht entgegenstehen darf. Das gilt für uns mit Blick auf die heutige gesetzliche Lage und es gilt für uns auch für alle Überlegungen in Richtung eines Primärversorgungssystems. Die Budgetierung unabweisbaren Behandlungsbedarfs stellt für uns eine strukturelle Diskriminierung gesetzlich Versicherter dar und widerspricht eklatant einer bedarfsgerechten Versorgung.

Jedenfalls hilfsweise muss eine gesetzlich angeordnete Rückführung der bislang extrabudgetär vergüteten Leistungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung so ausgestaltet werden, dass der seit Inkrafttreten des TSVG tatsächlich eingetretene Leistungsmengenzuwachs vollständig berücksichtigt wird. Der Gesetzgeber hat mit dem TSVG im Jahr 2019 bewusst zusätzliche Zugangs- und Versorgungskapazitäten für gesetzlich Versicherte geschaffen und insbesondere die Terminvermittlung durch die Terminservicestellen, die ärztliche Vermittlung sowie die offenen Sprechstunden als Elemente einer verbesserten und schnelleren fachärztlichen Versorgung etabliert. Die vertragsärztlichen Praxen haben diese gesetzgeberische Zielsetzung umgesetzt und ihr Leistungsangebot entsprechend ausgeweitet.

Eine Rückbereinigung, die lediglich die seit 2019 vorgenommenen rechnerischen Bereinigungen der MGV rückgängig macht, ohne das im Zeitraum 2019 bis 2026 tatsächlich erbrachte und vergütete Leistungsvolumen vollständig als Ausgangsbasis zu

berücksichtigen, würde diesen politisch gewollten Leistungsmengenzuwachs systematisch ausblenden. Dies hätte eine strukturelle Unterfinanzierung der MGV ab dem Jahr 2027 zur Folge und käme faktisch einer nachträglichen Entwertung der im TSVG-Zeitraum aufgebauten und erbrachten Mehrleistungen gleich.

Sofern der Gesetzgeber an der Rückführung dieser Leistungen in die MGV festhält, muss daher gesetzlich klargestellt werden, dass die in die MGV zurückzuführenden Vergütungsanteile so zu bemessen sind, dass das im Referenzzeitraum 2019 bis 2026 tatsächlich erreichte Versorgungs- und Leistungsniveau die verbindliche Ausgangsbasis für die Fortschreibung der MGV ab 2027 bildet. Eine Absenkung des erreichten Versorgungsniveaus durch die Rückbereinigung darf nicht zulässig sein. Der Bewertungsausschuss ist entsprechend zu verpflichten, für das Verfahren der Rückbereinigung Vorgaben zu beschließen, die sowohl Punktwertentwicklungen als auch den tatsächlichen Behandlungsbedarf und die tatsächlich eingetretene Leistungsmengenentwicklung vollständig berücksichtigen.

Die im vorliegenden Gesetzentwurf vorgebrachte Begründung für die Streichung der extrabudgetären Vergütung ist sachlich nicht haltbar. Im Jahr 2024 machten die extrabudgetär vergüteten Vermittlungsfälle aus den Terminservicestellen einen Umfang von 0,3% aller ambulanten Behandlungsfälle aus. Auswertungen des Zentralinstituts der Kassenärztlichen Bundesvereinigung haben ergeben, dass in 47% der Fälle innerhalb von 4 Tagen und in 75% der Fälle innerhalb von 14 Tagen eine Vermittlung mit ambulanter Behandlungsaufnahme erfolgte. Die extrabudgetär vergüteten Vermittlungsfälle seitens der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte in die fachärztliche Versorgung machten im Jahr 2024 etwa 0,8 Prozent aller Behandlungsfälle aus. So wurden in 62% der Hausarzt-Vermittlungsfälle (bezogen auf einige Fachgruppen, wie HNO, Chirurgie, Frauenheilkunde, Urologie) sogar in 70-80% der Hausarzt-Vermittlungsfälle eine Vermittlung mit fachärztlicher Behandlungsaufnahme innerhalb von vier Tagen erreicht. Diese Wartezeit auf den Beginn einer fachärztlichen Versorgung ist ganz deutlich unterhalb der Wartezeit auf eine Facharzttermin, der sich aus der Versichertenbefragung im Rahmen der Evaluation der TSVG-Regelungen durch das Institut des Bewertungsausschusses ergibt, die zur Streichung der extrabudgetären Regelung in dem vorliegenden Entwurf als Rechtfertigung angegeben wird. In Folge der Streichung steht ernstlich zu befürchten, dass auch in dringenden Behandlungsfällen eine deutlich spürbare Erhöhung der Wartezeiten erfolgt.

Auch die Begründung für die Streichung der extrabudgetären Vergütung für die offenen Sprechstunden der grundversorgenden Facharztgruppen ist sachlich nicht haltbar.

Es ist zunächst methodisch völlig verfehlt, mit Blick auf die offenen Sprechstunden den Zugang zur fachärztlichen Versorgung anhand der im Rahmen der Evaluation der TSVG-Regelung erfolgten Versichertenbefragung zu Wartezeiten auf Facharzttermine begründen zu wollen. Bei den offenen Sprechstunden handelt es sich um ein mit dem

TSVG in § 19a Absatz 1 Ärzte-ZV geschaffenes, verpflichtendes Angebot der Arztgruppen, die der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung angehören, im Rahmen ihrer vollzeitigen vertragsärztlichen Tätigkeit mindestens fünf Stunden wöchentlich als offene Sprechstunden ohne vorherige Terminvereinbarung anzubieten. Das Wesen der offenen Sprechstunden in der vertragsärztlichen Versorgung durch Fachärztinnen und Fachärzte ist die Behandlung von GKV-Versicherten OHNE Termin.

Sollte der Gesetzgeber an der Streichung der extrabudgetären Vergütung für Leistungen in offenen Sprechstunden festhalten, muss folgerichtig auch die Verpflichtung zur Vorhaltung zusätzlicher offener Sprechstunden nach § 19a Absatz 1 Ärzte-ZV aufgehoben werden. Eine gesetzlich verpflichtende zusätzliche Sprechstundenkapazität kann nicht zugleich ohne gesonderte, bedarfsgerechte Finanzierung in eine mengenbegrenzte Vergütungssystematik überführt werden.

Zunächst möchten wir mit Blick auf die extrabudgetäre Vergütung der offenen Sprechstundenleistungen darauf hinweisen, dass seit dem Jahr 2023 eine zeitlich unbefristete, arztgruppenspezifische Bereinigung der MGV in jedem Quartal um die extrabudgetär vergüteten, in den offenen Sprechstunden erbrachten Leistungen stattfindet. An dieser Stelle kann deshalb auch unter keinen Umständen von einer Doppelfinanzierung oder Doppelvergütung oder Sonderversgütung gesprochen werden. Vielmehr müsste sich der Gesetzgeber fragen, warum an dieser Stelle von Gesetzes wegen eine reine arztgruppenspezifische und nicht eine globale Bereinigung der MGV erfolgt, wenn Versicherte ungesteuert (ohne Überweisung oder andere ärztliche Veranlassung und ohne Termin) in offenen Sprechstunden der fachärztlichen Grundversorger behandelt werden. Der morbiditätsbedingte Behandlungsbedarf, der der Ermittlung der Gesamtvergütung zugrunde liegt, dürfte vielfach kein rein fach- und arztgruppenspezifischer Behandlungsbedarf sein.

Eine Streichung der extrabudgetären Vergütung für offene Sprechstunden dürfte dazu führen, dass diese in deutlich geringerem Umfang geleistet werden, jedenfalls aber, dass die Zahl der Behandlungsfälle auch in Terminkonstellationen (also die Regelversorgung außerhalb der offenen Sprechstunden) und damit das Terminangebot seitens der Fachärztinnen und Fachärzte deutlich zurückgeht. Der Gesetzgeber muss also damit rechnen, dass sich die Wartezeiten auf Facharzttermine in den kommenden Jahren gegenüber der aktuellen Versichertenbefragung deutlich und für die Versicherten spürbar nach oben entwickeln werden.

Die Streichung der bisherigen Regelung in § 87a Absatz 3 Satz 6, wonach die Gesamtvertragsparteien als gemeinsame Selbstverwaltung weitere Leistungen vereinbaren können, die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden können, ist ebenfalls nicht sachgerecht und wird den Zugang zur fachärztlichen Versorgung erheblich verschlechtern. Zu diesen nach dem Willen der gemeinsamen Selbstverwaltung extrabudgetär vergüteten Leistungen gehören unter anderem

Leistungen des ambulanten Operierens und stationersetzende Leistungen (nach Kapitel 31 des EBM), belegärztliche Leistungen (nach Kapitel 36 des EBM), die Strahlentherapie sowie Früherkennungsuntersuchungen (auch bei Kindern). Diese Regelung geht NICHT auf das TSVG zurück, sondern wurde mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) vom 1. April 2007 eingeführt und in Teilen durch die Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28. August 2008 umgesetzt. Ein Teil dieser Leistungen waren auch vor dem GKV-WSG auf der Grundlage von § 71 Abs. 1 S. 2 a. F. oder § 85 Abs. 3 S. 3 a. F. aus dem budgetierten Teil der Gesamtvergütung ausgliedert.

Die Budgetierung dieser Leistungen wird den Zugang zur Versorgung ganz erheblich verschlechtern. So steht beispielsweise zu erwarten, dass Menschen, die auf Grund einer Krebserkrankung einer Strahlentherapie bedürfen, künftig auf den Beginn einer Strahlentherapie werden warten müssen. Ein zeitlich verzögerter Beginn kann je nach Tumorart, Tumorstadium, biologischer Aggressivität und Therapieziel erhebliche Auswirkungen haben, wie weiteres Tumorwachstum und Progression, verminderte Heilungschancen, erhöhte Komplexität der Behandlung, Erhöhung der Risiken von Lokalrezidiven nach Operationen, Verschlechterung von Symptomen, aber auch psychische Belastungen aufgrund von längeren Wartezeiten.

Die Budgetierung des ambulanten Operierens würde voraussichtlich zu einer Reduzierung des ambulanten OP-Kapazitäten, längeren Wartezeiten und einer Verlagerung von Eingriffen in den kostenintensiven stationären Bereich führen. Diese Budgetierung steht damit im deutlichen Widerspruch zu den gesundheitspolitischen Zielen der Ambulantisierung und der Krankenhausreform, die ausdrücklich eine stärkere Verlagerung geeigneter Leistungen vorsieht. Ambulante Operationen sind regelmäßig deutlich wirtschaftlicher als die vergleichbare stationäre Leistungserbringung und tragen zur effizienten Nutzung knapper personeller und finanzieller Ressourcen bei. Die Budgetierung des ambulanten Operierens würde erhebliche Fehlanreize schaffen und insbesondere kleinere ambulante OP-Strukturen gefährden. Aus struktureller und gesundheitsökonomischer Sicht ist die extrabudgetäre Vergütung des ambulanten Operierens sachgerecht, um Versorgungskapazitäten zu sichern, unnötige Mehrkosten für das Gesundheitssystem sowie für die Patientinnen und Patienten unnötige stationäre Krankenhausaufenthalte zu vermeiden.

Nummer 34 (§ 87d – neu)

Die beabsichtigte Regelung sieht eine systematische Neuregelung der extrabudgetär zu vergütenden Leistungen vor.

Es ist dabei vorgesehen, dass die Vertragspartner auf Landesebene jeweils bis zum 31. Oktober für das Folgejahr eine Gesamtvergütung für auf Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses beruhende Vorsorge- und Präventionsleistungen sowie eine weitere Gesamtvergütung für weitere auf Grund eines Beschlusses des Bewertungsausschusses außerhalb der MGV zu vergütende Leistungen vereinbaren. Die vereinbarten Gesamtvergütungen sind mit befreiender Wirkung durch die Krankenkassen an die jeweiligen Kassenärztliche Vereinigung zu entrichten. Durch die entsprechende Geltung von § 87a Absatz 5 Satz 7 erster Halbsatz kommen die gegebenenfalls anzupassenden Vorgaben des Bewertungsausschusses zur Aufteilung der neuen, auf KV-Bezirksebene definierten Gesamtvergütungen zwischen den Krankenkassen analog zu § 87a Absatz 4 Satz 2 (Aufteilung nach Leistungsmenge) und zur Bereinigung insbesondere zu Selektivverträgen, zur ambulanten spezial-fachärztlichen Versorgung sowie zur speziellen sektorengleichen Vergütung (§ 115f) auch auf die neuen Gesamtvergütungen zur Anwendung.

Für die erstmalige Festsetzungen der jeweiligen Gesamtvergütungen für das Jahr 2027 haben die Vertragspartner auf Landesebene das Ausgabenvolumen des Jahres 2025 für die entsprechenden Leistungen zu ermitteln und dieses um die Preis- und Mengensteigerungen sowie um Veränderungen bei den Leistungen, die extrabudgetär vergütet werden, für das Jahr 2026 und 2027 fortzuschreiben. Damit ist das Ausgabenvolumen grundsätzlich um die Leistungen zu bereinigen, die nicht mehr in der extrabudgetären Vergütung enthalten sind. Die Fortschreibung der Ausgabenvolumina für das Jahr 2027 hat unter Berücksichtigung der Begrenzung durch die Grundlohnsumme nach § 71 Absatz 1 bis 3 als feste Obergrenze zu erfolgen. Für die folgenden Vereinbarungen der Gesamtvergütungen ist die jeweilige Gesamtvergütung des Vorjahres sodann um die Preis- und Mengensteigerungen sowie um Veränderungen bei den Leistungen, die extrabudgetär vergütet werden, für das jeweilige Jahr fortzuschreiben und das mit der Maßgabe, dass hierbei die Begrenzung durch die Grundlohnsumme nach § 71 Absatz 1 bis 3 als feste Obergrenze gilt.

Die Kassenärztliche Vereinigung hat nach Absatz 3 die vereinbarten Gesamtvergütungen an die Leistungserbringer der ambulanten ärztlichen Versorgung zu verteilen. Dabei obliegt es ihr, wie sie die Gesamtvergütung verteilt. Um mögliche Verzerrungen zwischen den Facharztgruppen zu vermeiden, darf sie die Gesamtvergütung für die weiteren vom Bewertungsausschuss beschlossenen Leistungen nach den unterschiedlichen fachärztlichen Versorgungsbereichen unterteilen und entsprechend verteilen. Wie auch in der MGV hat die Kassenärztliche Vereinigung durch geeignete Maßnahmen die Einhaltung der vereinbarten Gesamtvergütungen sicherzustellen. Sollte die Gesamtvergütung nicht ausreichen, haben die Kassenärztlichen Vereinigungen Maßnahmen, zum Beispiel in Form von gestaffelten Vergütungen, vorzusehen. Auch bei den extrabudgetären Leistungen findet § 87b Absatz 2 Satz 6 seine Anwendung.

Der Absatz 4 regelt abschließend, welche Leistungen abweichend von Absatz 1 Satz 1 vollständig mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung zu vergüten sind. Hierzu zählen nichtärztliche Dialyseleistungen sowie neue Leistungen, die noch keine vollständigen zwei Kalenderjahre im EBM enthalten sind. Nach Ablauf dieser zwei Kalenderjahre sind die Leistungen entweder in die Gesamtvergütung nach Absatz 1 Satz 1 aufzunehmen oder im Rahmen der MGV zu vergüten. Ebenfalls vollständig zu vergüten sind die Leistungen im Rahmen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit sowie die kinder- und jugendpsychiatrische Grundversorgung. Diese Ausnahmen entsprechen den bisherigen gesetzlichen Vorgaben zur extrabudgetären Vergütung in § 87a Absatz 3 Satz 5.

Der Bewertungsausschuss kann zudem Kriterien festlegen, die Leistungen erfüllen müssen, damit diese ausnahmsweise ebenfalls vollständig mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden können. Dabei müssen die Kriterien sicherstellen, dass die Leistungen nachweisbar die Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit signifikant erhöhen und dies mit einer Vergütung der Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87a Absatz 3 Satz 1 oder der Gesamtvergütung nach 87d Absatz 1 Satz 1 nicht erreicht werden kann. Die Vertragspartner können anhand dieser Kriterien weitere Leistungen mit einer vollständigen extrabudgetären Vergütung vereinbaren. Die Vereinbarung darüberhinausgehender extrabudgetärer Leistungen auf Landesebene ist ausgeschlossen. Sofern auf Landesebene bisher extrabudgetäre Leistungen vereinbart worden sind, sind diese in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zurückzuführen, da mit der Einführung des § 87d die Rechtsgrundlage für derartige Vereinbarungen entzogen worden ist. Der Bewertungsausschuss hat diese Leistungen jährlich zu evaluieren und insbesondere daraufhin zu überprüfen, ob ihre Vergütung außerhalb der Gesamtvergütung sachgerecht und notwendig ist.

Bewertung des SpiFa:

Der SpiFa lehnt die geplante Änderung ab.

Wir lehnen die Schaffung weiterer Gesamtvergütungen neben der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung als Instrument der Budgetierung und Quotierung ärztlicher Leistungen ab. Die Regelung stellt im Zusammenhang mit der beabsichtigten Streichung der extrabudgetär vergüteten Leistungen nach § 87a Absatz 3 Satz 5 und 6 eine Abkehr einer bedarfsgerechten Versorgung dar. (Zur Vermeidung von Wiederholungen verweisen wir hier auf unsere Ausführungen zu Nummer 31.)

Zudem wird die ärztliche Vorsorge und Prävention durch Verschiebung dieser bisher extrabudgetär vergüteten Leistungen in eine Gesamtvergütung eklatant geschwächt. Es besteht damit das Risiko, dass Erkrankungen später erkannt und dadurch aufwendigere sowie kostenintensivere Behandlungen erforderlich werden. Prävention und Früherkennung sind nicht nur medizinisch geboten, sondern auch gesundheitsökonomisch sinnvoll, weil sie vermeidbare Krankheitslast reduzieren, spätere Behandlungsbedarfe begrenzen und kostenintensive Krankheitsverläufe verhindern können.

Längere Wartezeiten und eine geringere Inanspruchnahme präventiver Leistungen beeinträchtigen daher nicht nur die Versorgungsqualität, sondern laufen auch dem Ziel einer nachhaltigen Stabilisierung der GKV-Financen zuwider. Strukturell steht eine Budgetierung von Präventionsleistungen im Widerspruch zum gesundheitspolitischen Grundsatz „Prävention vor Therapie“ und nimmt die Anreize für eine frühzeitige Krankheitsvermeidung und -erkennung.

Dies gilt in besonderer Weise für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme, etwa Darmkrebsfrüherkennung einschließlich Koloskopie, das kürzlich durch den G-BA initiierte Lungenkrebs-Screening, Mammographie-Screening und Zervixkarzinom-Screening, sowie andere gesetzlich ausdrücklich gewollte Vorsorgeleistungen. Bei der organisierten Krebsfrüherkennung werden Versicherte gezielt zur Inanspruchnahme von Früherkennungsleistungen eingeladen; aus den Untersuchungen können sich abklärungsbedürftige Befunde und damit weiterer medizinisch notwendiger Behandlungsbedarf ergeben. Es ist systematisch widersprüchlich, zunächst durch organisierte Einladungsverfahren eine höhere Inanspruchnahme von Vorsorge- und Früherkennungsleistungen anzustreben, die daraus folgende Versorgung aber anschließend einer mengenbegrenzenden Gesamtvergütung zu unterwerfen. Entsprechendes gilt für besonders sensible Versorgungsbereiche wie die Schwangerschaftsvorsorge sowie, soweit betroffen, Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen. Gerade solche Leistungen dürfen nicht durch budgetäre Begrenzungen in ihrer zeitnahen Verfügbarkeit gefährdet werden.

Die beabsichtigte Regelung beschränkt zudem die Möglichkeiten der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Landesebene als Gesamtvertragsparteien bei der Gestaltung einer bedarfsgerechten Versorgung ganz erheblich und greift in ihre bisherige Rechtsposition ein.

Nummer 42 (Änderung § 115f Absatz 2 Satz 2) – Dynamik Ambulantisierung, Hybrid-DRG, Kurzzeit-DRG

Die Regelung sieht mit Blick auf die beabsichtigte Einführung sogenannter Kurzzeitfallpauschalen in der stationären Krankenhausversorgung vor, dass die Fälle, die von Krankenhäusern erbracht und mit den neuen Kurzzeitfallpauschalen vergütet werden, auf die Fallzahlvorgaben für die Dynamisierung der mittels Hybrid-DRG vergüteten Fälle anzurechnen sind. Für das Jahr 2028 soll die Fallzahl der mit Kurzzeitfallpauschalen vergüteten Fälle von den AOP-Vertragsparteien sachgerecht geschätzt werden.

Bewertung des SpiFa:

Der SpiFa lehnt die geplante Änderung nachdrücklich ab.

Eine Anrechnung der vollstationären Krankenhausbehandlungsfälle, die künftig mittels sogenannter Kurzzeitfallpauschalen vergütet werden sollen, auf die Fallzahlvorgaben für die Fälle, die nach § 115f SGB V mittels Hybrid-DRG vergütet werden, ist nicht sachgerecht und bremst die notwendige Ambulantisierung in Deutschland aus. Der SpiFa erinnert nachdrücklich daran, dass Deutschland bei der Ambulantisierung im internationalen Vergleich noch immer beträchtlich hinterherhinkt. Die beabsichtigte Maßnahme führt damit zu einem Rückschritt in der letzten Legislaturperiode getroffener struktureller Maßnahmen, die darauf abzielten, die Patientenversorgung zu verbessern und erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven durch Vermeidung vollstationärer Fälle zu heben. Die beabsichtigte Maßnahme widerspricht damit zugleich eklatant den formulierten Basiszielen des vorliegenden Gesetzentwurfes, die Finanzierungsgrundlagen der GKV zukunftssicher aufzustellen und die Beitragssätze dauerhaft zu stabilisieren.

Die spezielle sektorengleiche Vergütung mittels der Hybrid-DRG nach § 115f SGB V wurde mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfIEG) mit Wirkung zum 1. Januar 2024 eingeführt, um bestehende Ambulantisierungspotenziale bei bislang unnötig stationär erbrachten Leistungen zu heben. Grundidee ist eine Vergütung, deren Höhe zwischen dem ambulanten (EBM) und stationären Niveau (DRG) liegt, wodurch einerseits Anreize zur ambulanten Leistungserbringung gesetzt und andererseits höherer stationärer Behandlungsaufwand vermieden werden soll (BT-Drs. 20/4708, S. 100).

Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) wurde das zweijährliche Intervall für die Überprüfung und Anpassung des Hybrid-DRG-Leistungskatalogs auf ein Jahr verkürzt. Für den Umfang des Leistungskatalogs wurden klare Vorgaben geregelt, nachdem die bisherigen Bemühungen der AOP-Vertragsparteien scheiterten (2023 mit resultierender Ersatzvornahme des BMG für 2024) beziehungsweise deutlich hinter den Erwartungen des Gesetzgebers zurückblieben (2024 wurde eine nur geringfügige Erweiterung des Startkatalogs aus der Hybrid-DRG-Verordnung des BMG für 2025 vereinbart) (BT-Drs. 20/13407, S. 288).

Der Gesetzgeber konstatierte mit Verweis auf die Studienlage dabei ein Ambulantisierungspotential vollstationärer Fälle von 20 Prozent. Mit den Vorgaben sollte im Jahr 2030 ca. 12% der vollstationären Fälle ambulantisiert sein (BT-Drs. 20/13407, S. 288). Der Krankenhaus-Report 2026 weist unter Berücksichtigung der Empfehlungen des IGES-Gutachtens (Albrecht et al. 2022) auf Basis der Krankenhausdaten des Jahres 2024 gar 5,1 Millionen Krankenhausfälle mit einer Verweildauer ≤ 3 Tagen von insgesamt 15,2 Millionen vollstationären Krankenhausfällen als ambulantisierbare Fälle aus (Krankenhaus-Report 2026, Scheller-Kreinsen, Wasem, Beivers, Mostert-Brenck, S. 275 ff.).

Die beabsichtigte Maßnahme höhlt diese Vorgabe aus. Bei den Kurzzeitfallpauschalen, die zukünftig auf die Fallzahldynamik angerechnet werden soll, handelt es sich um eine

Vergütung für vollstationäre Krankenhaufälle, mit der also das bestehende Ambulantisierungspotenzial schon denklogisch nicht gehoben werden kann. Vielmehr besteht die erhebliche Gefahr, dass mittels der Kurzzeitfallpauschalen vermeidbare Krankenhaufälle zum Nachteil der Patientinnen und Patienten sowie der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler künstlich in der vollstationären Versorgung gehalten werden.

Nummer 60 (Änderung § 221)

Die Regelung sieht vor, den Beitrag des Bundes an den Gesundheitsfonds zur pauschalen Abgeltung versicherungsfremder Leistungen von derzeit 14,5 Milliarden Euro ab dem Jahr 2027 um 2 Milliarden Euro abzusenken.

Bewertung des SpiFa:

Der SpiFa lehnt die Absenkung des vom Bund zu zahlenden Betrages zu Abgeltung versicherungsfremder Leistungen ausdrücklich ab.

Der bereits heute geleistete, aus Steuermitteln zu finanzierende Betrag in Höhe von 14,5 Milliarden Euro zur Abgeltung versicherungsfremder Leistungen in der GKV ist deutlich zu gering. Nach einer Studie des IGES Instituts vom Dezember 2025 sind Leistungen mit einem Finanzvolumen von knapp 22 Milliarden Euro jährlich als versicherungsfremd einzustufen. Weitere Leistungen in Höhe von rund 36 Milliarden Euro können teilweise als versicherungsfremd eingestuft werden. Insgesamt identifiziert die Studie potenziell versicherungsfremde Leistungen im Umfang von rund 64 Milliarden Euro jährlich. Wir fordern eine deutliche höhere Beteiligung aus Steuermitteln zur Abgeltung der versicherungsfremden Leistungen in der GKV als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu leisten.

Nummer 61 (Änderung § 223)

Die Regelung sieht eine außerordentliche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze in der GKV für das Jahr 2027 um 3.600 Euro jährlich bzw. 300 Euro monatlich vor. Diese Erhöhung tritt im Jahr 2027 zu einer Anpassung der Richtgrößen in der Sozialversicherung.

Bewertung des SpiFa:

Der SpiFa lehnt die geplante außerordentliche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze ab. Sie führt zu außerordentlichen Lohnkostensteigerungen für qualifizierte und hochqualifizierte Beschäftigte und damit zu höheren Personalausgaben in den Praxen und Krankenhäusern.

Nummer 62 (Änderung § 232a)

Die Regelung sieht vor, die Beteiligung des Bundes an den Kosten der gesundheitlichen Versorgung von Bezieherinnen und Beziehern von Grundsicherung zu steigern. In den Jahren 2027 und 2028 soll auf diese Weise das vom Bund getragene Beitragsaufkommen für die Bezieherinnen und Bezieher von Grundsicherung jeweils um rund 250 Millionen gesteigert werden. 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.

Bewertung des SpiFa:

Der SpiFa begrüßt, dass der Bund beabsichtigt, seine Beteiligung an den Kosten der gesundheitlichen Versorgung von Bezieherinnen und Beziehern von Grundsicherung zu steigern. Angesichts einer errechneten Beitragsdeckungslücke von rund 12 Milliarden Euro jährlich für die gesundheitliche Versorgung von Bezieherinnen und Beziehern von Grundsicherung ist dieser Einstieg zum Schließen dieser Deckungslücke in Höhe von 250 Millionen Euro allerdings deutlich zu gering. Damit geht weiterhin der überwiegende Teil der Versorgung von Bezieherinnen und Beziehern von Grundsicherung zu finanziellen Lasten der in der GKV versicherten Beitragszahlerinnen und Beitragszahler. Wir fordern eine deutliche höhere Beteiligung aus Steuermitteln.

Der Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) setzt sich zusammen aus:

Ordentliche Mitglieder: Akkreditierte Labore in der Medizin e.V. (ALM), Bundesverband für Ambulantes Operieren e.V. (BAO), Bundesverband der Belegärzte und Belegkrankenhäuser e.V. (BdB), Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten e.V. (BDI), Berufsverband Deutsche Neurochirurgie e.V. (BDNC), Berufsverband Deutscher Neuroradiologen e.V. (BDNR), Berufsverband Deutscher Nuklearmediziner e.V. (BDN), Bundesverband der Pneumologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin e.V. (BdP), Bundesverband für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (BDPM), Berufsverband der Deutschen Radiologie e.V. (BDR), Berufsverband Niedergelassener Chirurgen e.V. (BNC), Bundesverband Niedergelassener Kardiologen e.V. (BNK), Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e.V. (BNG), Berufsverband Niedergelassener und ambulant tätiger Gynäkologischer Onkologen in Deutschland e.V. (BNGO), Berufsverband der Niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für Hämatologie und Medizinische Onkologie in Deutschland e.V. (BNHO), Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands e.V. (BRZ), Berufsverband der Augenärztinnen und Augenärzte Deutschlands e.V. (BVA), Berufsverband der AngiologInnen Deutschlands e.V. (BVAD), Berufsverband der Deutschen Dermatologen e.V. (BVDD), Berufsverband Deutscher Humangenetiker e.V. (BVDH), Berufsverband der Deutschen Urologie e.V. (BvDU), Bundesverband Niedergelassener Diabetologen e.V. (BVND), Berufsverband der Frauenärztinnen und Frauenärzte e.V. (BVF), Deutscher Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte e.V. (BVHNO), Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU), Berufsverband für Physikalische und Rehabilitative Medizin e.V. (BVPRM), Deutscher Berufsverband der Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. (DBVPP), Deutscher Facharztverband e.V. (DFV), Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V. (DGMKG), Deutsche Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie e.V. (DGPRÄC), Berufsverband der Nephrologinnen und Nephrologen in Deutschland e.V. (DN), Verband der in Deutschland niedergelassenen Radioonkologen e.V. (VDRO).

Assoziierte Mitglieder: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen e.V. (BVKJ), MEDI GENO Deutschland e.V. (MEDI), Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e.V. (PVS Verband), Virchowbund – Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V. (VIR).