

Stellungnahme zum GKV-BStabG | Anhörung Gesundheitsausschuss, 22. Juni 2026

STELLUNGNAHME

der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ)

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz – GKV-BStabG, Kabinettsversion vom 29. April 2026)

Berlin, Juni 2026

I. Vorbemerkung

Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) ist die wissenschaftliche Fachgesellschaft der gesamten Kinderheilkunde und Jugendmedizin in Deutschland mit über 20.000 Mitgliedern und vertritt die Pädiatrie gegenüber Fachkreisen, Politik und Öffentlichkeit. Sie ist der bestmöglichen gesundheitlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen verpflichtet.

Den im Rahmen der Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages eingebrachten Änderungsantrag der Fraktion Bündnis 90/ DIE GRÜNEN unterstützen wir grundsätzlich, insbesondere die Forderung, „die Reformen so auszugestalten, dass sie die größtmögliche Wirkung im System entfalten, dabei sozial ausgewogen sind und die Gesundheitsversorgung nachhaltig verbessern“. Die DGKJ erkennt die strukturelle Finanzierungssituation der GKV an und unterstützt das Ziel, die Beitragsstabilität zu sichern. Der vorliegende Gesetzentwurf enthält in mehreren Bereichen Regelungen, die die Gesundheitsversorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Familien strukturell beeinträchtigen können. Die DGKJ nimmt dazu im Folgenden Stellung.

Die Pädiatrie nimmt innerhalb der Krankenhauslandschaft eine strukturelle Sonderstellung ein. Sie ist durch vergleichsweise geringe Fallzahlen, hohe Personalintensität, hohe Vorhaltebedarfe und einen ausgeprägten Spezialisierungsgrad gekennzeichnet. Steuerungsinstrumente der Erwachsenenmedizin sind daher auf die Pädiatrie nur eingeschränkt übertragbar. Die Zahl pädiatrischer Standorte ist seit Jahrzehnten kontinuierlich zurückgegangen; ein weiterer Konzentrationsbedarf besteht in diesem Bereich nicht. Die Sicherung bestehender Strukturen ist Voraussetzung für eine flächendeckende und qualitativ hochwertige Versorgung.

Ausgabenbegrenzungen, die die pädiatrische Versorgungsstruktur weiter schwächen, sind mit dem Ziel einer bedarfsgerechten Kinder- und Jugendgesundheitsversorgung nicht vereinbar.

Die nachfolgenden Ausführungen aktualisieren und ergänzen die DGKJ-Stellungnahme vom 20. April 2026 auf der Grundlage des Kabinettsentwurfs vom 29. April 2026 und des aktuellen Stands des parlamentarischen Verfahrens. Der Kabinettsentwurf hat gegenüber dem Referentenentwurf in einzelnen Punkten Änderungen vorgenommen, insbesondere die Streichung der geplanten Krankengeldabsenkung und den Verzicht auf die Kürzung des Kinderkrankengeldes. Diese Änderungen werden zur Kenntnis genommen.

II. Zu den geplanten Maßnahmen im Einzelnen

1. Stationäre Finanzierung der Pädiatrie – Pädiatriezuschlag, Förderbetrag und Grenzverweildauer

Die besondere Förderung der stationären Pädiatrie folgt einer gestuften Regelungsarchitektur. Das ursprünglich für 2023 und 2024 befristete gesonderte Erlösvolumen nach § 4a KHEntgG (300 Mio. € jährlich, basierend auf Fallzahlen 2019) ist ausgelaufen. Für 2025 und 2026 übernimmt ein Übergangszuschlag nach § 5 Abs. 3k KHEntgG die Brückenfunktion bis zur strukturellen Nachfolgeregelung.

Strukturelle Nachfolgeregelung ist der mit dem KHVVG eingeführte Pädiatrie-Förderbetrag von 288 Mio. € jährlich nach § 39 KHG, der – durch das KHAG bereits einmal auf 2028 verschoben – über erhöhte Vorhaltebewertungsrelationen der pädiatrischen Leistungsgruppen dauerhaft wirken soll. Die volle Finanzwirksamkeit der Vorhaltevergütung ist erst ab 2030 vorgesehen.

Die allgemeine Ausgabenbremse und Grundlohnratenbindung im GKV-BStabG gefährdet diese Stufenarchitektur. Sie dürfte den Übergangszuschlag 2025/2026 faktisch mindern und die planmäßige Einführung des strukturellen Förderbetrags nach § 39 KHG unterlaufen. Kinderkliniken, die bereits heute überwiegend defizitär wirtschaften, wären davon überproportional betroffen.

Die im KHVVG angelegte Abschaffung der Abschläge bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer für Kinder und Jugendliche – ebenfalls durch das KHAG auf 2028 verschoben – sollte zeitnah umgesetzt werden. Eine frühzeitige Entlassung in das familiäre

Umfeld ist aus pädiatrischer Sicht in vielen Fällen medizinisch unbedenklich und wirkt sich positiv auf Genesung und Entwicklungsverlauf aus.

Empfehlung: Der Übergangszuschlag nach § 5 Abs. 3k KHEntgG ist von der allgemeinen Ausgabenbremse des GKV-BStabG auszunehmen. Der strukturelle Pädiatrie-Förderbetrag nach § 39 KHG (288 Mio. € jährlich) ist planmäßig ab 2028 einzuführen und nicht erneut zu verzögern oder durch Ausgabenobergrenzen zu begrenzen. Die Abschaffung der pädiatrischen Grenzverweildauerabschläge ist zeitnah umzusetzen.

2. Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen

Kinder stellen in der Notfallversorgung eine besonders vulnerable Patientengruppe dar. Sie benötigen altersangepasste diagnostische Verfahren, spezifische Medikation, kindgerechte Ausstattung sowie Personal mit pädiatrischer Expertise. Diese Anforderungen unterscheiden sich von der Notfallversorgung Erwachsener. Die Ausgabenbremse des GKV-BStabG sollte nicht dazu führen, dass pädiatrische Notfallkapazitäten weiter zurückgehen. Dort, wo spezialisierte pädiatrische Notfallstrukturen aufgrund regionaler Gegebenheiten oder begrenzter personeller Ressourcen nicht vorgehalten werden können, ist eine verbindliche telemedizinische Anbindung an pädiatrische Strukturen vorzusehen.

Empfehlung: Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen in der Notfallversorgung ist von pauschalen Ausgabenbegrenzungen auszunehmen. Pädiatrische Notfallkapazitäten sind strukturell zu erhalten.

3. Grundlohnratenbindung bei Heilmitteln

Der Entwurf sieht vor, Vergütungssteigerungen für Heilmittelerbringer auf die Grundlohnrate zu deckeln und die vollständige Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen zu beenden. Kinder mit Entwicklungsstörungen, Behinderungen und chronischen Erkrankungen sind in besonderem Maße auf Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie angewiesen. Diese Versorgung wird in enger Kooperation mit Sozialpädiatrischen Zentren und in Praxen niedergelassener Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte erbracht. Bleibt die Vergütung von Heilmittelerbringern strukturell hinter der Kostenentwicklung zurück, ist mit einem weiteren Rückgang von Therapieplätzen und einer Verlängerung bestehender Wartezeiten zu rechnen.

Heilmittelversorgung bei pädiatrischen Indikationen, insbesondere im Bereich der Frühförderung, hat nachweislich positive Langzeiteffekte auf Entwicklung, Teilhabe und spätere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen.

Empfehlung: Für pädiatrische Indikationen sind differenzierte Vergütungsregelungen vorzusehen, die eine bedarfsgerechte Versorgung gewährleisten.

4. Vergütungsbegrenzung für Sozialpädiatrische Zentren

Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) nach § 119 SGB V versorgen in bundesweit rund 162 zugelassenen Einrichtungen Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen, Behinderungen sowie psychischen und seelischen Störungen. Ihre multiprofessionellen Teams – bestehend aus Ärztinnen und Ärzten, Psychologinnen und Psychologen, Logopädinnen, Ergo- und Physiotherapeutinnen sowie Sozialpädagoginnen – setzen eine kostendeckende Refinanzierung voraus, da Personalkosten den weitaus größten Kostenblock bilden. Eine Deckelung auf die Grundlohnrate bei gleichzeitig darüber liegenden Tariflohnsteigerungen würde zu struktureller Unterfinanzierung führen, die mittelfristig Standortschließungen zur Folge haben könnte.

Empfehlung: Für SPZ sind eigenständige Vergütungsregelungen vorzusehen, die eine kostendeckende Finanzierung sicherstellen.

5. Kinderkrankenpflege

Eine qualitativ hochwertige stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen setzt spezialisiertes Pflegepersonal voraus. Die pflegerische Versorgung von Kindern erfordert spezifische fachliche, entwicklungsbezogene und psychosoziale Kompetenzen, die sich von der Pflege Erwachsener unterscheiden. Im pädiatrischen Pflegebereich bestehen bereits erhebliche Personalengpässe; das Bündnis Kinder- und Jugendgesundheit weist auf deren versorgungsrelevante Ausmaße hin. Eine Deckelung der Vergütungssteigerungen auf die Grundlohnrate dürfte die Attraktivität pädiatrischer Stationen als Arbeitgeber weiter verringern und bestehende Engpässe verstärken.

Empfehlung: Die Finanzierung pädiatrischer Pflegekapazitäten sollte im GKV-BStabG gesondert geregelt werden. Das Wahlrecht auf einen spezialisierten Abschluss in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege nach § 59 PfIBG ist beizubehalten.

6. Arzneimittelversorgung für Kinder und Jugendliche

Mit dem Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungsgesetz und dem Versorgungsverbesserungsgesetz (ALVVG, 2023) hat der Gesetzgeber für Kinderarzneimittel Schutzregelungen eingeführt: Festbetragsbildung und Rabattverträge wurden abgeschafft, pharmazeutische Unternehmen können die Abgabepreise um bis zu 50 % des zuletzt geltenden Festbetrags anheben. Ziel

dieser Regelungen ist die Bekämpfung von Lieferengpässen und die Stärkung der Versorgungssicherheit.

Der GKV-BStabG sieht u. a. eine Verdoppelung des Herstellerrabatts nach § 130a SGB V von 7 auf 14 % vor. Diese Maßnahme gilt grundsätzlich für alle Arzneimittel. Eine pauschale Anwendung auf Kinderarzneimittel steht in einem Spannungsverhältnis zu den ALVVG-Schutzregelungen: Die mit dem ALVVG eingeführte Preisflexibilität auf Herstellerseite würde durch die Rabatterhebung teilweise kompensiert. Dies könnte die wirtschaftlichen Anreize zur Versorgung des deutschen Markts mit Kinderarzneimitteln verringern.

Das Problem der Off-Label-Verschreibung von Arzneimitteln im Kindesalter bleibt strukturell ungelöst. Die DGKJ spricht sich für eine dauerhafte öffentliche Förderung der Arzneimitteldatenbank Kinderformularium (www.kinderformularium.de) aus. Die Datenbank stellt Dosierungsempfehlungen für Kinder einschließlich Off-Label-Anwendungen bereit und wird in vergleichbaren europäischen Ländern – darunter die Niederlande, Norwegen und Österreich – öffentlich finanziert. Der jährliche Förderbedarf beträgt rund 300.000 €.

Empfehlung: Kinderarzneimittel sind von der Herstellerrabatterhebung nach § 130a SGB V auszunehmen oder es sind Ausgleichsmechanismen zu schaffen, die die ALVVG-Schutzwirkung erhalten. Das Kinderformularium (<https://kinderformularium.de>) sollte dauerhaft öffentlich gefördert werden (rund 300.000 € jährlich).

7. Frühe Hilfen

Die Frühen Hilfen stellen einen zentralen Baustein der Verhältnisprävention dar und leisten einen wesentlichen Beitrag zur Förderung eines gesunden Aufwachsens von Kindern. Präventive Maßnahmen entfalten nachweislich größere Wirkung, je früher sie einsetzen, und verringern langfristig die Inanspruchnahme kostenintensiverer Leistungen. Regionale Unterschiede in Umfang, Erreichbarkeit und personeller Ausstattung führen bereits zu ungleichen Versorgungslagen. Eine nachhaltige Finanzierung und strukturelle Absicherung der Frühen Hilfen auf Bundesebene sind erforderlich. Das GKV-BStabG sollte keine Regelungen enthalten, die die bestehenden Strukturen beeinträchtigen.

Empfehlung: Die Frühen Hilfen sind von pauschalen Ausgabenbegrenzungen auszunehmen. Eine nachhaltige Bundesfinanzierung als gesamtgesellschaftliche Präventionsaufgabe ist sicherzustellen.

8. Beitragspflicht für mitversicherte Ehepartner

Die geplante Einführung einer Beitragspflicht für bisher beitragsfrei familienversicherte Ehepartner betrifft in besonderem Maße Familien, in denen ein Elternteil aufgrund von Kindererziehung oder der Pflege eines behinderten Kindes nicht oder nur in Teilzeit erwerbstätig ist. Die wissenschaftliche Evidenz zeigt einen Zusammenhang zwischen sozioökonomischer Lage und Kindergesundheit. Finanzielle Mehrbelastungen dieser Haushalte können sich auf die gesundheitliche Versorgung der betroffenen Kinder auswirken.

Der Kabinettsentwurf hat die im Referentenentwurf vorgesehene Kürzung des Kinderkrankengeldes nicht übernommen. Die vorgesehene Änderung der Familienversicherungsregelung hat gleichwohl strukturelle Auswirkungen für Familien mit chronisch kranken oder behinderten Kindern.

Empfehlung: Gezielte Ausnahmeregelungen für Familien mit chronisch kranken oder behinderten Kindern sind vorzusehen. Eine soziale Folgenabschätzung sollte verbindlicher Bestandteil des weiteren Gesetzgebungsverfahrens sein.

9. Strukturelle Finanzierung der GKV

Die DGKJ teilt die im Entwurf dargelegte Einschätzung einer strukturellen Deckungslücke in der GKV. Die seit Jahren bekannte Unterfinanzierung durch nicht kostendeckende Pauschalbeiträge für Bürgergeldempfängerinnen und -empfänger – nach Angaben des BMG rund 10 Milliarden Euro jährlich – stellt eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar, die aus allgemeinen Steuermitteln zu finanzieren ist.

Der im Kabinettsentwurf vorgesehene Einstieg in die Steuerfinanzierung der Gesundheitsversorgung von Bürgergeldbeziehern (250 Mio. € für 2027, 500 Mio. € für 2028) ist ein erster Schritt; der Umfang bleibt deutlich hinter dem strukturellen Bedarf zurück. Die Verschiebung der Rückzahlung von Darlehensverbindlichkeiten auf die Jahre 2035 bis 2039 stellt keine strukturelle Finanzierungskorrektur dar. Die dauerhafte Kürzung des Bundeszuschusses um 2 Milliarden Euro auf 12,5 Milliarden Euro ist aus Sicht der Versorgungsqualität kritisch zu bewerten.

Empfehlung: Der Bund sollte seinen Finanzierungsbeitrag für versicherungsfremde Leistungen substanziell erhöhen. Die Steuerfinanzierung der Gesundheitsversorgung von Bürgergeldbeziehern sollte schrittweise ausgebaut werden. Die Verschiebung von Darlehensverbindlichkeiten ersetzt keine strukturelle Finanzierungsreform.

III. Zusammenfassung der Empfehlungen

Die DGKJ empfiehlt im Rahmen der Anhörung des Gesundheitsausschusses am 22. Juni 2026 folgende Änderungen am Kabinettsentwurf:

- Stationäre Finanzierung: Übergangszuschlag (§ 5 Abs. 3k KHEntgG) von der Ausgabenbremse ausnehmen; Pädiatrie-Förderbetrag nach § 39 KHG (288 Mio. €/Jahr) planmäßig ab 2028 einführen; Grenzerweildauerabschläge zeitnah aufheben.
- Notfallversorgung: Pädiatrische Notfallkapazitäten von pauschalen Ausgabenbegrenzungen ausnehmen; telemedizinische Anbindung an pädiatrische Zentren verbindlich regeln.
- Heilmittel: Differenzierte Vergütungsregelungen für pädiatrische Indikationen vorsehen; strukturelle Unterfinanzierung durch Grundlohnratenbindung vermeiden.
- Sozialpädiatrische Zentren: Eigenständige Vergütungsregelungen vorsehen, die eine kostendeckende Finanzierung sicherstellen.
- Kinderkrankenpflege: Finanzierung pädiatrischer Pflegekapazitäten gesondert regeln; spezialisierten Pflegeabschluss nach § 59 PflBG beibehalten.
- Arzneimittel: Kinderarzneimittel von der Herstellerrabatterhebung (§ 130a SGB V) ausnehmen oder Ausgleichsmechanismen schaffen; Spannungsverhältnis zu ALVVG-Schutzregelungen auflösen; Kinderformularium dauerhaft öffentlich fördern (rund 300.000 €/Jahr).
- Frühe Hilfen: Pauschale Ausgabenbegrenzungen ausschließen; nachhaltige Bundesfinanzierung als gesamtgesellschaftliche Präventionsaufgabe sicherstellen.
- Familienversicherung: Ausnahmeregelungen für Familien mit chronisch kranken oder behinderten Kindern vorsehen; soziale Folgenabschätzung verbindlich im Gesetzgebungsverfahren verankern.
- Strukturelle Bundesfinanzierung: Beitrag des Bundes für versicherungsfremde Leistungen erhöhen; Steuerfinanzierung der Gesundheitsversorgung von Bürgergeldbeziehern schrittweise ausbauen.
- Verfahren: DGKJ als Sachverständige zur Anhörung am 22. Juni 2026 einladen; sachgerechte Beteiligungsfristen im weiteren Verfahren gewähren.

Die DGKJ steht dem Deutschen Bundestag und der Bundesregierung als sachverständige Gesprächspartnerin zur Verfügung und bittet darum, die vorstehenden Positionen im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu berücksichtigen.

Kontakt:

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ)

Prof. Dr. Ursula Felderhoff-Müser, Präsidentin

PD Dr. med. Burkhard Rodeck, Generalsekretär

Geschäftsstelle: Chausseestr. 128/129, 10115 Berlin

Tel. 030 308 7779-0

politik@dgkj.de | www.dgkj.de