

**Deutscher Bundestag**  
Ausschuss für Gesundheit  
  
Ausschussdrucksache  
21(14)92(26)  
gel. VB zur öffent. Anh. am 22.06.2026  
18.06.2026



Berufsverband der  
Kinder- und Jugendärzt\*innen

# Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Begrenzung zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV- BStabG)

vom 29. April 2026

(BT-Drucksache 21/6130)

18. Juni 2026

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

## Vorbemerkung

Angesichts der wirtschaftlich äußerst schwierigen Zeiten und einem Gesundheitssystem, das kaum mehr finanzierbar ist, ist die Ärzteschaft dazu bereit, Verantwortung zu übernehmen und Lasten mitzutragen. Bereits die Vorschläge der GKV-Finanzkommission hätten der Ärzteschaft große Opfer abverlangt. Die Vorschläge der Kommission waren aber immerhin weitgehend ausgewogen, sahen Einsparungen bei der Ärzteschaft, den Krankenhäusern, den Patient\*innen, aber auch der Pharmaindustrie vor. Vor allem aber hätten sie auch den Bund in die Pflicht genommen (insbesondere bei den Beiträgen für Grundsicherungsempfänger) diejenigen Lasten zu tragen, die schlechterdings außerhalb der Verantwortung von Beitragszahlern wie auch von Leistungserbringern liegen. Der vorliegende Gesetzentwurf hat sich von dieser Ausgewogenheit weit entfernt und muss daher ganz grundsätzlich unsere Ablehnung finden.

Die Lasten für Kosteneinsparungen sollen nun fast in Gänze von den Leistungserbringern, allen voran der Ärzteschaft getragen werden. Und dies obwohl der Gesetzentwurf selber einräumen muss, dass der vertragsärztliche Bereich „in den vergangenen 15 Jahren und bis einschließlich heute moderater gestiegen ist als die Ausgaben insgesamt.“ Gleichzeitig steigt der Anteil der ambulant versorgten Patient\*innen mit zunehmender Ambulantisierung seit Jahren stetig an – eine Entwicklung, die die kinder- und jugendärztlichen Praxen besonders betrifft, da in den letzten Jahren die Zahl und die Bettenkapazitäten der Kinderkliniken bereits massiv reduziert wurden. Die geplanten Einsparungen träfen mithin den aktuell effizientesten Bereich der Versorgung.

Wir fordern den Gesetzgeber auf, die Pläne zur zukünftigen Finanzierung der GKV nicht nur unter dem Aspekt kurzfristiger Ausgabenbegrenzungen, sondern im Licht der anstehenden strukturellen Reformen zu bewerten. Die erhofften Verbesserungen durch geplante Präventionsgesetz werden durch pauschale Budgetbeschränkungen hintertrieben. Bei der geplanten Reform der Notfallversorgung und vor allem bei der Einführung eines Primärarzt systems werden Haus- und Kinderärzte eine zentrale Rolle spielen. Vor diesem Hintergrund erscheinen Einsparungen in der primärärztlichen Versorgung kaum realisierbar, ohne den Erfolg dieser Reformen von Vorneherein zu gefährden. Die im Gesetzentwurf vorgesehen pauschale Kappung der Vergütungssteigerung unabhängig von Morbidität oder den Effekten kommender Reformen auf Patientenwege, ist abzulehnen. Zielführend ist eine angemessene Vergütung einer Leistung dort, wo sie erbracht wird.

Wenn ein zukünftiges Primärarzt system zu mehr Leistungen in Haus- und Kinderarztpraxen führt, müssen diese vergütet werden. Wenn Primärärzt\*innen Patient\*innen an Gebietsfachärzt\*innen überweisen, müssen deren Leistungen ebenfalls kalkulierbar vergütet werden.

Wenn der Trend zur Ambulantisierung weiter anhält und Fallzahlen in Kliniken sinken, während sie in der ambulanten Versorgung steigen, können die GKV-Ausgaben nicht streng nach Versorgungsbereich getrennt betrachtet werden.

Schlussendlich muss auch die Verantwortung der Patient\*innen einbezogen werden. Verbindliche Steuerung im Notfall und im Primärarztsystem ist notwendig, um Fehlversorgung zu begrenzen und Kapazitäten gezielt zu nutzen. Die Chance zu nutzen, finanzielle Anreize zu setzen, die das Moral-Hazard-Problem abmildern könnten, wurde leichtfertig vertan. So sind auch der Überinanspruchnahme von Gesundheitsressourcen durch Versicherte weiterhin keine engen Grenzen gesetzt.

**Aus Sicht des BVKJ sind folgende Änderungen des Gesetzentwurfes unbedingt erforderlich:**

## **1. Extrabudgetäre Leistungen nach § 87 d SGB V**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Der Gesetzentwurf sieht vor, die Ausgaben der (bislang) extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV) auf die Grundlohnsummensteigerung zu deckeln. Hierfür soll die EGV zukünftig nur noch in vergleichbarem Umfang wie die MGV wachsen.

### **Bewertung**

In der kinder- und jugendärztlichen EGV finden sich hauptsächlich Leistungen der Prävention – wie Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen – aber auch z. B. der Sozialpädiatrie. Versicherte Kinder und Jugendliche haben bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche, geistige oder psycho-soziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Die Untersuchungen beinhalten auch eine Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken einschließlich einer Überprüfung der Vollständigkeit des Impfstatus.

Es liegt im politischen und bevölkerungsmedizinischen Interesse, dass möglichst viele versicherte Kinder und Jugendliche diese Präventionsleistungen in Anspruch nehmen, um Krankheiten und Entwicklungsstörungen zu verhüten oder früh zu erkennen. Letztlich sollen so Krankheitslast und Folgekosten reduziert werden. Auch neue Präventionsleistungen, wie die geplante neue Kindervorsorge U<sub>10</sub> im Grundschulalter, sollen bereits nach zwei Jahren in die Deckelung einbezogen werden.

Die ungezielte Begrenzung des EGV-Ausgabenvolumens widerspricht der Intention des Gesetzes, Ausgaben in Hinblick auf einen Nutznachweises für Versicherte zu überprüfen. Vorsorgen und Impfungen gehören zu den wirksamsten präventiven Maßnahmen überhaupt. Sie sind nach gerade und auch nach Maßgaben Wirtschaftlichkeit zweifellos gerechtfertigt und haben ihren Nutznachweis vielfach erbracht. Die Überprüfung ihrer Wirtschaftlichkeit erfolgt bereits heute kontinuierlich durch den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Impfungen und Kinder- und Jugendvorsorgen (auch neu hinzukommende) verhindern Morbidität und sparen so Kosten des Gesundheitssystems ein. Sie sollten von jeglicher Budgetierung ausgenommen werden.

## Änderungsvorschlag

In § 87d Absatz 4 wird nach Nummer 4 folgende Nummer 5 eingefügt:

„5. Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin, insbesondere Präventions- und Vorsorgeleistungen, Impfungen sowie sozialpädiatrische Leistungen.“

## 2. Entbudgetierung nach § 87a Abs. 3b

### Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung ändert das Aufsatzquartal bei der Berechnung der kinder- und jugendärztlichen morbiditätsbedingte Gesamtvergütung und sieht eine quartalsweise Festlegung vor. Zwar wird die MGV im Bereich der Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin auch weiterhin nicht mit befreiender Wirkung bezahlt und diese Leistungen sind von den Krankenkassen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vollständig zu vergüten. Jetzt wird allerdings einschränkend hinzugefügt „soweit sie aus der für diese Leistungen festgesetzten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vollständig vergütet werden kann.“

Sobald Ausgleichszahlungen durch die Krankenkassen zu leisten sind, sind diese mit einem Abschlag für die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen zu vergüten. Die Höhe des Abschlags wird durch den Bewertungsausschuss vorgegeben.

### Bewertung

Die Einschränkung der Entbudgetierung des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin und der allgemeinen hausärztlichen Versorgung ist nicht sachgerecht. Die im Gesetzentwurf vorgesehenen pauschalen Kostenbegrenzungsmaßnahmen treffen die kinder- und jugendärztliche Versorgung empfindlich. Dadurch wird die Aufwertung der Kinder- und Jugendmedizin gegenüber anderen finanziell besser aufgestellten Fachgruppen entgegen früher abgegebenen Versprechungen in erheblichem Maße wieder zurückgenommen.

Nicht nachzuvollziehen ist vor allem, dass mit Einführung einer „Fixkostendegression“ doch wieder eine Deckelung vorgesehen wird. Sie hat zur Folge, dass wenn Infektwellen, andere morbiditätssteigernde Phänomene oder schlicht eine vielleicht mal wieder steigende Kinderzahl zu mehr Arztbesuchen führen, Kinderärzt\*innen Abschlüsse auf den erhöhten Behandlungsaufwand akzeptieren müssen. Leistungsmengenrisiken und Morbiditätsrisiken werden so wieder auf die Praxen verlagert.

Soweit eine Kostendegression festzustellen ist, wird diese bereits bei der Festlegung des Orientierungspunktwertes berücksichtigt. Diese bei der Kinder- und Jugendmedizin doppelt anzurechnen ist nicht sachgerecht und verhindert die eigentlich gewünschte Stärkung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen bestraft gerade leistungsfähige Praxen, die auch mehr Personal und mehr Räume für die Versorgung bereitstellen.

Kinder- und jugendärztliche Praxen sowie Hausarztpraxen sollen im Rahmen eines zukünftigen Primärarztsystems eine Schlüsselrolle bei der Patientenversorgung und -steuerung übernehmen. Dies erfordert, auch Mehrleistungen und ein höheres Patientenaufkommen. Vergütungskürzungen werden die Anreize zur Erbringung versorgungsstützender Mehrleistungen verringern. Dies stellt gerade in sozial angespannten Versorgungsgebieten und ländlichen Räumen ein Hindernis für Niederlassungen dar. Damit wird der ursprüngliche Zweck der Einführung der Entbudgetierung konterkariert.

### Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 32 Buchstabe c wird gestrichen.

### 3. Förderung der ambulanten kinder- und jugendärztlichen Weiterbildung

Für die Sicherung der künftigen flächendeckenden hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 (1a) SGB V spielt die ärztliche Weiterbildungsförderung eine wichtige Rolle. Die Zuständigkeit hierfür liegt bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen, die die Kosten der Förderung gemeinsam je zur Hälfte tragen.

Um speziell die kinder- und jugendmedizinische Versorgung über eine ausreichende Anzahl an Weiterbildungsstellen sicherzustellen, ist eine Ausweitung der Fördermöglichkeiten für Kinder- und Jugendärzte erforderlich. Damit wird die Kinder- und Jugendmedizin in die Lage versetzt, auch in Zukunft ihre primärärztliche Funktion zu erfüllen.

Aus diesem Grund soll die Weiterbildungsförderung der Kinder- und Jugendmedizin gemeinsam mit der Weiterbildungsförderung der Allgemeinmedizin ohne Höchstanzahl an Förderstellen ermöglicht werden, sodass der Auftrag aus dem Koalitionsvertrag, die Kapazitäten der Weiterbildungsstellen für Kinderärzte auszubauen, umgesetzt wird.

### Änderungsvorschlag

Nach Artikel 1 Nummer 28 ist die folgende Nummer 28a einzufügen:

„28a.

§ 75a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „allgemeinmedizinische“ die Wörter „und kinder- und jugendmedizinische“ eingefügt.

bb) In Satz 2 werden nach dem Wort „Allgemeinmedizin“ die Wörter „und Kinder- und Jugendmedizin“ eingefügt.

- b) In Absatz 2 Satz 1 werden nach dem Wort „allgemeinmedizinische“ die Wörter „und kinder- und jugendmedizinische“ eingefügt.
- c) In Absatz 5 Satz 1 werden nach den Wörtern „Förderung der allgemeinmedizinischen“ die Wörter „und kinder- und jugendmedizinischen“ eingefügt.
- d) In Absatz 7 Nummer 2 werden nach dem Wort „Allgemeinmedizin“ die Wörter „und Kinder- und Jugendmedizin“ eingefügt.
- e) In Absatz 9 Satz 2 werden die Wörter „,davon mindestens 250 Weiterbildungsstellen in der Kinder- und Jugendmedizin,“ gestrichen.“

#### 4. Kopplung an die Grundlohnsummenentwicklung nach § 71 u.a. in § 87 Abs. 2g und § 73 b

##### Beabsichtigte Neuregelung

Der Entwurf beschreibt einen gegenüber dem Durchschnitt der 2010er Jahre mit 8 Prozent pro Jahr und etwa doppelt so starken Ausgabenanstieg. Preis-, Lohn- und Vergütungssteigerungen hätten sich damit in vielen Bereichen des Gesundheitswesens von der Einnahmenentwicklung in der GKV entkoppelt.

Krankenkassen und Leistungserbringer haben Vergütungsvereinbarungen schon immer so zu gestalten, dass Beitragserhöhungen ausgeschlossen werden. Grundlage sind die beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied.

Als Lösung sieht der Entwurf eine Begrenzung der Vergütungsanstiege im jeweiligen Leistungsbereich vor. Neu ist nun die Streichung der Möglichkeit der Überschreitung in einem Bereich, solange Einsparungen in anderen Leistungsbereichen erfolgen. Darüber hinaus soll für die Jahre 2027 bis 2029 soll hiervon noch ein Abschlag von 1 Prozentpunkt abgezogen werden.

##### Bewertung

Grundsätzlich ist zu kritisieren, dass die einzelnen Leistungsbereiche keinesfalls proportional ihres Anteils an den Gesundheitskosten belastet werden. Die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung, die für über 95 Prozent der Behandlungsfälle verantwortlich ist, wird stark überproportional belastet.

Die von der Einnahmenentwicklung abgekoppelte hohe Ausgabendynamik der GKV in den vergangenen Jahren wurde von den verschiedenen Leistungsbereichen in ganz unterschiedlichem Ausmaß verursacht. Der Ausgabenanstieg in der stationären Versorgung ist, bei gleichbleibenden Fallzahlen in den Kliniken hoch dynamisch gewesen, während der Kostenanstieg im ambulanten Bereich trotz dynamischer Fallzahlentwicklung moderat ausgefallen ist.

Deshalb ist die Möglichkeit der Verrechnung von Einsparungen in einem Leistungsbereich mit Mehrausgaben in einem anderen Leistungsbereich notwendig.

Angesichts der angestrebten Ambulantisierung und Straffung der Kliniklandschaft ist mit einer weiteren Verschiebung von stationären Fällen in die ambulante Versorgung zu rechnen. Eine identische Deckelung der Leistungsbereiche ignoriert diese Entwicklung. Ebenso

Weiterhin ist die Einführung eines Primärarztsystems mit einer Deckelung, die neben dem Orientierungspunktwert auch die hausarztzentrierte Versorgung treffen würde, unvereinbar. Hinzu kommt, dass die Praxiskostenentwicklung in den letzten Jahren (insb. die in der Kinder- und Jugendmedizin besonders hohen Personalkosten, aber auch die Kosten für Miete und Energie) generell über der Grundlohnrate liegt. Eine Obergrenze entlang der Grundlohnrate, die dazu noch für drei Jahre um 1 Prozentpunkt gemindert wird, würde eine reale Ertragsminderung bedeuten und so negative Anreize setzen.

## Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 25 wird gestrichen.

## 5. Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b

### Beabsichtigte Neuregelung

Die Hausarztzentrierte soll an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität gekoppelt werden – das gilt auch für die Einführung neuer Leistungen.

Leistungen auf Grund von mehr Teilnehmer an den Verträgen der HZV sollen mit einem Abschlag auf die vereinbarten Preise für die allgemeine Fixkostendegression vergütet werden.

### Bewertung

Die Bindung an Grundlohnrate gemäß § 71 Abs. 1 bis 3 in Abs. 5 Satz 2-5 Neu wie auch die Einschränkung der Möglichkeiten der Vertragspartner in Satz 8, hiervon Ausnahmen vorzusehen, widerspricht der Intension der hausarztzentrierten Versorgung, die parallel zur kollektivvertraglichen Versorgung unter besonderen Qualitätsanforderungen ein eigenes medizinisches Angebot sichern soll.

Der weiterhin vorgesehene Abschlag auf Mehrleistung aufgrund von gestiegenen Teilnehmern (Fixkostendegression) kann nicht wie vorgesehen verwirklicht werden, weil anders als im kollektivvertraglichen System keine Nachzahlung auf eine mit befreiender Wirkung gezahlte Vergütung existiert, sondern nach Systematik der HZV von vornherein alle Leistungen in voller Höhe vergütet

werden. Grundsätzlich sollten keine Maßnahmen erfolgen, die die Anreize, eine höhere Teilnehmerzahl in dem patientensteuernden System der HZV zu erhöhen, verringern.

## Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 27 wird gestrichen.

## 6. Kinderkliniken - § 39 Krankenhausfinanzierungsgesetz

Der BVKJ begrüßt, dass entgegen der Vorschläge der Finanz-Kommission die Förderbeträge für den Bereich der stationären Pädiatrie nicht angetastet werden sollen.

Eines der Ziele der Krankenhausreform von KHVG und KHAG ist die Konsolidierung der Krankenhauslandschaft durch eine Konzentration der spezialisierten Versorgung. Die Pädiatrie hat den angestrebten Strukturwandel allerdings bereits durchlaufen und erhebliche Standortschließungen sind erfolgt. So sank zwischen 1991 und 2012 die Anzahl der Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin von 440 auf 364, bis 2023 reduzierte sich diese Zahl weiter auf jetzt nur noch 323 pädiatrische Einrichtungen. Im Gegensatz zur Erwachsenenmedizin besteht daher kein Bedarf mehr für eine zusätzliche Konzentration, vielmehr ist es erforderlich, um eine angemessene flächendeckende Versorgung zu gewährleisten, die bestehenden pädiatrischen Standorte mit ihren Spezialisierungen zu bewahren und finanziell abzusichern.

Die neue Vorhaltefinanzierung allein kann das Problem der Unterfinanzierung der Kinderheilkunde nicht lösen. Zuschläge sind entsprechend der Ausgaben- und Kostenentwicklung zu dynamisieren.



Berufsverband der  
Kinder- und Jugendärzt\*innen

**Kontakt:**

**Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt\*innen e.V. (BVKJ)**

Mielenforster Straße 2, 51069 Köln

**Telefon:** 0221/68909-0

**E-Mail:** [info@bvkj.de](mailto:info@bvkj.de)

**Internet:** [www.bvkj.de](http://www.bvkj.de)

**Präsident:**

Dr. med. Michael Hubmann

**Vizepräsident\*innen:**

Dr. med. Anke Steuerer

Dr. med. Stefan Trapp

**Hauptgeschäftsführer:**

Tilo Radau

**Referent Gesundheitspolitik:**

Simon K. Hilber

**Tel.:** [030 280 475 10](tel:03028047510)

**E-Mail:** [simon.hilber@bvkj.de](mailto:simon.hilber@bvkj.de)

Lobbyregister beim Deutschen Bundestag: Registernummer R000638