



**Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft**

Stellungnahme

der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di

zu

Änderung des GKV-Beitragsstabilisierungsgesetzes und ggf. weiterer Gesetze

zur Erörterung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundesta-
ges am 07.10.2026

Berlin, 05. Oktober 2026

ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft
Bundesverwaltung – Fachbereich Gesundheit,
Soziale Dienste, Bildung und Wissenschaft
Bereich Gesundheitswesen/Gesundheitspolitik
Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin

Bewertung einzelner Änderungen

Änderungsantrag Nr. 1: Artikel 1 Nr. 13, Artikel 1a neu, Artikel 10a neu (§§87a, 87b, 87d, 92 SGB V, GKV – BStabG) – Umsetzung der EntschlieÙung zur Psychotherapie

Durch die Regelung erfolgt eine Ausweitung extrabudgetär zu vergütender, psychotherapeutischer Leistungen für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, für schwer psychisch kranke Versicherte und dringlich zu behandelnde psychotherapeutische Leistungen. In der Honorarverteilung wird vorgesehen, dass bei begonnenen Behandlungen keine Maßnahmen zur Mengenbegrenzung vorgenommen werden dürfen.

Bewertung

ver.di begrüÙt das Ansinnen, die psychotherapeutische Versorgung in den genannten Leistungsbereichen von der vorgesehenen Wiedereingliederung ambulanter psychotherapeutischer Leistungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) auszunehmen. Versorgungsbedarfe insbesondere in unterversorgten oder mit besonders großen Bedarfszuwächsen versehen Leistungsbereichen dürfen nicht aufgrund rigider Sparvorgaben zu erschwerten Versorgungszugängen für Versicherte führen. Insbesondere gesetzlich Versicherte sind, abhängig von Wohnort und Verteilung der Kassensitze von Psychotherapeut*innen vor Ort, zum Teil mit deutlich längeren Wartezeiten und im Vergleich mit PKV-Kund*innen erschwerten Versorgungszugängen konfrontiert. Vor diesem Hintergrund kritisiert ver.di jedoch den skizzierten Weg der Einführung einer extrabudgetierten Lösung für die genannten Leistungsbereiche, da das nicht aufgeführte, weitere Versorgungsspektrum im ambulant psychotherapeutischen Bereich somit weiterhin einer Budgetierung und Deckelung unterworfen bleibt. ver.di fordert den Gesetzgeber auf, die Bedarfsplanung mit Kassensitzen für ambulante Psychotherapie am tatsächlichen Versorgungsbedarf der Bürger*innen auszurichten und von einer mengenmäßigen Deckelung grundsätzlich Abstand zu nehmen.

Änderungsbedarf

Streichung der Rückführung der gesamten ambulanten Psychotherapie in die MGV. Neuausrichtung der Bedarfsplanung für Kassensitzvergabe am tatsächlichen Versorgungsbedarf.

Änderungsantrag 2: Artikel 1 Nr. 6 (§§73b, 87a, 87b SGB V) – Streichung des Fixkostendegressionsabschlags in der HzV und bei Haus- und Kinderärzten

Vorgesehen ist, den Fixkostendegressionsabschlag für Haus- und Kinderärzte und für die hausarztzentrierte Versorgung zu streichen, sodass keine Preisminderungen bei Fallzahl- oder Mengenausweitungen angewandt werden.

Bewertung

ver.di begrüßt die vorgeschlagene Streichung des Fixkostendegressionsabschlags. Maßgebliche Grundlage für die Bemessung der Behandlungszahlen von Haus- und Kinderärzt*innen muss der gegebene Behandlungsbedarf der Versicherten sein. Einer möglichen Ausweitung der Streichung auf den fachärztlichen Versorgungsbereich steht ver.di hingegen kritisch gegenüber, da der Versorgungsbedarf durch die hausärztliche Diagnose und Überweisung gesteuert wird.

Änderungsbedarf

Keine Änderungen.

Änderungsantrag Nr. 3: Artikel 1a neu (§275c SGB V)- Einführung einer Prüfquotenklasse von 1 Prozent für Krankenhäuser mit geringen Auffälligkeiten in der Krankenhausabrechnung

Es soll eine weitere Prüfquotenklasse für Krankenhausabrechnungsprüfungen eingeführt werden, die eine Prüfquote von 1 Prozent vorsieht, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen eines Krankenhauses bei mindestens 90 Prozent liegt.

Bewertung

ver.di begrüßt im Grundsatz das Ansinnen, die bürokratische Last für Krankenhäuser mit weitgehend korrekter Abrechnung zu reduzieren. Eine auf 1 Prozent reduzierte Prüfquote bedeutet jedoch, dass in entsprechend eingeordneten Krankenhäusern nahezu keine Möglichkeit mehr gegeben ist, etwaige spätere Fehler in Abrechnungsprüfungen, die zu einem Unterschreiten der 90 Prozent-Quote führen würden, noch wirksam aufzudecken. ver.di spricht sich daher für die Einführung eines Prüfintervalls aus, dass es in der neu einzuführenden Prüfquotenklasse innerhalb eines zu definierenden zeitlichen Intervalls erlaubt, einmalig eine Prüfquote oberhalb von 1 Prozent umzusetzen. Bleiben die Prüfergebnisse auch innerhalb dieser Intervallprüfung konsistent und weitgehend fehlerfrei, werden die untersuchten Krankenhäuser wieder mit einer Prüfquote von 1 Prozent eingestuft.

Änderungsbedarf

Umsetzung gemeinsam mit Einrichtung eines zeitlichen Intervalls, innerhalb dessen Krankenhäuser, die bereits in Prüfquotenklasse mit 1 Prozent eingeordnet sind, eine einmalige, intensiverte Prüfung durchlaufen können. Bleibt die Abrechnungsprüfung unauffällig, wird das Krankenhaus auch weiterhin in der genannten Prüfquotenklasse eingeordnet.

Änderungsantrag Nr. 4: Artikel 10a neu, 10b neu, 10c neu (§ 8 KHEntgG, §38 KHG, § 8 BPFIV): Einführung eines Rechnungszuschlags ab 2027 für nicht-universitäre somatische sowie psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser, für Universitätskliniken Einführung eines Rechnungszuschlags im Jahr 2027 und ab 2028 Erhöhung des Zuschlags für die spezielle Vorhaltung von Universitätskliniken

Die in der Protokollerklärung zum BStabG vorgesehene zusätzliche Finanzierung für nicht-universitäre Krankenhäuser sowie psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser im Umfang von 450 Mio. Euro bzw. 100 Mio. Euro für universitäre Kliniken wird durch den Änderungsantrag umgesetzt.

Bewertung

Es besteht ein erheblicher zusätzlicher Finanzierungsbedarf in zahlreichen Kliniken und Krankenhäusern aufgrund bereits bestehender Defizite in zahlreichenden Kliniken, der bereits vor Vorlage des BStabG bestehenden kalten Strukturbereinigung im Krankenhaussektor und den durch die Krankenhausreform angestoßenen Konzentrations- und Reorganisationsprozessen. Die durch das BStabG vorgesehene Einführung einer Begrenzung von Ausgabensteigerungen durch den Veränderungswert verschärft die bestehende Finanzierungslücke in der stationären Versorgung perspektivisch. ver.di begrüßt vor diesem Hintergrund zwar das Verfügbarmachen zusätzlicher Mittel für Kliniken, kritisiert jedoch das vorgesehene Gießkannenprinzip. Sinnvoller wäre es, bedarfsnotwendige Krankenhäuser gezielt zu unterstützen, statt über einen Rechnungszuschlag die begrenzten Mittel an sämtliche Kliniken und damit auch an jene, bei denen keine sachliche Grundlage für eine gesonderte finanzielle Unterstützung vorliegt, zu verteilen. Ver.di begrüßt, dass Universitätsklinika eine dauerhafte Mittelerhöhung durch Aufstocken der speziellen Vorhaltung für Hochschulkliniken erhalten sollen. Die vorgesehene Summe von 100 Mio. Euro erscheint angesichts tatsächlichen Mehrfinanzierungsbedarfe jedoch nicht als ausreichend, um Universitätskliniken aufgrund ihrer in der Regel besonders hohen Kosten wirksam zu entlasten. Ver.di fordert daher ein Aufstocken des vorgesehenen Betrags in den Folgejahren.

Änderungsbedarf

Statt eines pauschalen Rechnungsaufschlags ist die gezielte Förderung von Krankenhäusern, die durch Bundesländer als bedarfsnotwendig eingestuft werden und finanziell gefährdet sind, umzusetzen. Für Universitätskliniken ist eine jährliche Erhöhung der Finanzierung der speziellen Vorhaltung auch nach 2028 vorzusehen, um der Kostendynamik in diesen Einrichtungen wirksam begegnen zu können.

Änderungsantrag Nr. 5: Artikel 1 Nummer 0 neu (§4 SGB V)

Vorgesehen ist, den zulässigen Anstieg der Verwaltungskosten der Krankenkassen je Versicherten für das Jahr 2027 um einen weiteren Prozentpunkt abzusenken.

Einordnung

ver.di kritisiert das Ansinnen deutlich und lehnt es entschieden ab. Bereits die Finanzkommission Gesundheit hatte in ihrer Empfehlung zur Reform der GKV-Finanzierung aufgezeigt, dass die Verwaltungskosten der Krankenkassen kein kostentreibender Faktor sind. Dass die GKV nun die finanziellen Defizite in der Finanzierung der Gesundheitsversorgung, die maßgeblich durch den Unwillen der Bundesregierung, eine kostendeckende Tragung der GKV-Beiträge von Grundsicherungsempfänger*innen umzusetzen, entstanden sind, nun in noch größerem Maße als bisher bekannt kompensieren soll, ist weder sachlich zu begründen noch zu vermitteln. Eine zusätzliche Begrenzung der Verwaltungskosten bedeutet in erster Linie, Einsparungen auf dem Rücken der Beschäftigten umsetzen zu wollen. Mit Blick auf das notwendige Gewinnen und Halten von Auszubildenden und neuen Fachkräften, aber auch im Sinne der Gewährleistung guter Arbeitsbedingungen steht ein solcher Sparansatz den Erfordernissen einer leistungsstarken Krankenkassenlandschaft diametral gegenüber.

Denn eine ausreichende Personalausstattung ist die wesentliche Voraussetzung für einen qualitativ hochwertigen, bürgernahen und zeitnahen Service der Krankenkassen. Personaleinsparungen, die durch die weitere Begrenzung der Verwaltungsausgaben erwartbar sind, führen daher nicht nur zu einer höheren Belastung der Beschäftigten, sondern haben zwangsläufig auch spürbare negative Auswirkungen für die Versicherten. Sie äußern sich in längeren Bearbeitungszeiten, eingeschränkter Erreichbarkeit, weniger persönlicher Beratung und einer insgesamt geringeren Servicequalität. Insbesondere in schwierigen Lebenssituationen wie Krankheit, Pflegebedürftigkeit oder finanziellen Notlagen benötigen Versicherte kompetente Ansprechpartner*innen, die ihre individuelle Situation nachvollziehen und sie beratend begleiten können. Besonders

schwerwiegend sind die Folgen bei existenziell wichtigen Leistungen. Verzögerungen bei der Bearbeitung und Auszahlung von Entgeltersatzleistungen können Versicherte in erhebliche finanzielle Schwierigkeiten bringen. Ebenso sind pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen darauf angewiesen, dass Anträge schnell und professionell bearbeitet werden, damit notwendige Unterstützungsleistungen rechtzeitig zur Verfügung stehen.

Hinzu kommt, dass anlaufende oder erforderliche Modernisierungs- und Digitalisierungsprozesse in Krankenkassen von einem solchen Verwaltungskostendeckel in erheblichem Maße betroffen sein dürften. Damit steht die Intention des Änderungsantrags dem eigentlichen Ziel des BStabG, die GKV finanziell zu stabilisieren, entgegen.

Änderungsbedarf

Streichen des Änderungsantrags.

Änderungsantrag Nr. 9: Artikel 1 Nummer 20a neu (§175 SGB V)

Durch den Änderungsantrag sollen Krankenkassen verpflichtet werden, schriftlich oder digital über Erhöhungen des Zusatzbeitragssatzes zu informieren. Die Informationen sollen vorab der Aufsichtsbehörde zur Kenntnis gegeben werden.

Einordnung

Ver.di begrüßt im Sinne der Transparenz gegenüber den Versicherten, dass die zuvor bestehende Informationspflicht nun wieder eingeführt werden soll. Es ist nicht zu begründen, dass kostenwirksame und damit für die Versicherten Mehrkosten zeitigende Zusatzbeitragssatzsteigerungen ohne durch die Krankenkassen selbst erbrachte Informationsleistung durchgeführt werden. Gleichwohl sind die den Krankenkassen unter anderem durch Versand von Unterlagen und Verwaltungsaufwand entstehenden Mehrkosten relevant. Ver.di fordert den Gesetzgeber auf, gemeinsam mit den Krankenkassen geeignete Verfahrenswege zu entwickeln, um eine maßgeblich digitale Umsetzung des Verfahrens und eine Entlastung der Krankenkassen von den mit der Erbringung der Informationspflichten verbundenen Mehrkosten zu erreichen.

Änderungsbedarfe

Keine.

Änderungsantrag Nr. 10: Art 1 Nr. 15a, 20a, 20b, 20c, 21a, 21b, Art. 10a neu, Nr. 1 bis 2 (§§ 115g, 275, 276, 278, 280, 283 SGB V, §§ 6c, 7, 8, 9, 14, 18, 21 KHEntgG): MD-Prüfungen bei sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (süV), Weiterentwicklung und Klarstellung des Vergütungsrahmens für süV

Künftig soll der MD Bund in die Prüfung des Leistungskataloges und der Qualitätsanforderungen für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen einbezogen werden. Die Ergebnisse der Prüfungen der Qualitäts,- Patientensicherheits- und Dokumentationsanforderungen sollen zur Grundlage der Vereinbarung des Gesamtvolumens gemacht werden. Es soll ein Abrechnungsverbot für den Fall der Nichterfüllung der Anforderungen nach Prüfung durch den MD geregelt werden.

Einordnung

ver.di begrüßt die Einbeziehung des MD in die Prüfung der süV und die Erforderlichkeit der Einhaltung der Prüfkriterien für die Vereinbarung des Gesamtvolumens grundsätzlich. Unbenommen davon kritisiert ver.di die in ihrer jetzigen Konstruktion nicht bedarfsgerechte Ausgestaltung der Vergütungsvereinbarungsstruktur der süV. So ist der Strukturpauschalanteil aufgrund seiner auch für Personalkosten geltenden Pauschalkonstruktion nicht geeignet, eine bedarfsgerechte Personalbemessung in der Pflege und in nichtpflegerischen Berufsgruppen zu ermöglichen. ver.di fordert, die Vergütungsvereinbarung dahingehend weiterzuentwickeln, dass Personalkosten nicht als Bestandteile der Strukturpauschale verrechnet werden oder alternativ erhöhend auf diese wirken, sofern unterjährig ein zusätzlicher Personalbedarf gedeckt werden muss.

Änderungsbedarfe

Formulierung eines gesetzlichen Auftrags zur Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen für die süV-Vergütungsvereinbarung, der eine kostendeckende Personalrefinanzierung in süV auch bei Überschreitung des Volumens der Strukturpauschale ermöglicht.