

Stellungnahme

Änderungen zur Reform der Notfallversorgung und
zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz

Bundesgeschäftsstelle
Abteilung Sozialpolitik

Bei Rückfragen:

Tel. 030 726222-0

Fax 030 726222-328

sozialpolitik@sovd.de

**Anlässlich der öffentlichen Anhörung im Ausschuss
für Gesundheit des Deutschen Bundestages
am 7. Oktober 2026 zu der Vorlage**

Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und
SPD

**Änderungsanträge zu dem Entwurf eines Gesetzes
zur Reform der Notfallversorgung – Folgeregulungen
zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz**

Ausschussdrucksache: 21(14)107

1 Einleitung zu den Änderungsanträgen

Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (GKV-BStG), das in Teilen bereits am 30. Juli 2026 in Kraft getreten ist, sieht ein umfassendes Maßnahmenpaket vor, das auf eine Begrenzung des Ausgabenwachstums abzielt und die Vergütungssteigerungen im Gesundheitswesen stärker an die Einkommensentwicklung anpassen soll (einnahmenorientierte Ausgabenpolitik), mit dem Ziel, die Ausgaben und die Beitragssätze der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ab 2027 zu stabilisieren.

2 SoVD-Bewertung der Änderungsanträge

Der SoVD nimmt zu ausgewählten Änderungsanträgen wie folgt Stellung:

Änderungsantrag 1: Feststellung der Dringlichkeit einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung

Zu Artikel 1 Nr. 13 b) (§ 92 Abs. 6A Satz 7 SGB V-NEU)

Durch diese Regelung erhält der Gemeinsame Bundesausschuss den Auftrag, in seiner Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) Regelungen zur Feststellung der Dringlichkeit einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung festzulegen. Die Kriterien werden im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde erhoben.

SoVD-Bewertung: Aus Patientensicht ist eine verbindliche Einschätzung der Dringlichkeit grundsätzlich zu begrüßen, wenn sie dazu beiträgt, Patient*innen mit besonders dringendem Behandlungsbedarf schneller mit einem Therapieplatz zu versorgen. Dabei darf die Dringlichkeit jedoch nicht allein anhand des aktuellen Schweregrades einer Erkrankung bewertet werden. Entscheidend muss auch berücksichtigt werden, welche Folgen eine weitere Wartezeit für die betroffene Person und den weiteren Krankheitsverlauf haben kann. Insbesondere darf eine niedrigere Dringlichkeit nicht dazu führen, dass Patient*innen dauerhaft oder unangemessen lange auf eine notwendige Behandlung warten müssen. Eine patientengerechte Regelung setzt daher transparente und nachvollziehbare Kriterien sowie die Möglichkeit voraus, die Dringlichkeit bei einer Verschlechterung erneut zu bewerten.

Die Einführung eines Dringlichkeitsverfahrens ersetzt jedoch nicht die Notwendigkeit eines Ausbaus der Versorgungskapazitäten. Diese reichen vielerorts bereits heute nicht aus, um den bestehenden Bedarf zeitnah zu decken. Um Wartezeiten nachhaltig zu reduzieren und allen Patient*innen einen zeitnahen Zugang zu notwendiger Psychotherapie zu ermöglichen, braucht es deshalb auch einen deutlichen Ausbau der psychotherapeutischen Behandlungskapazitäten.

Ausnahmen von der Budgetierung psychotherapeutischer Leistungen

Zu Artikel 1a Nummer 3 (§ 87d NEU)

Mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz wird die bislang weitgehend extrabudgetäre Vergütung psychotherapeutischer Leistungen ab dem 1. Januar 2027 zum überwiegenden Teil aufgehoben. Die psychotherapeutischen Leistungen werden grundsätzlich in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführt und unterliegen damit künftig einer Mengenbegrenzung. Der neue § 87d SGB V korrigiert die weitgehende Rückführung teilweise und legt fest, welche psychotherapeutischen

Leistungen weiterhin außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und damit extrabudgetär vergütet werden. Dazu gehören unter anderem Leistungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, psychotherapeutische Leistungen für bestimmte schwer psychisch erkrankte Patient*innen sowie psychotherapeutische Akutbehandlungen unter bestimmten Voraussetzungen.

SoVD-Bewertung: Aus Patientensicht ist grundsätzlich zu begrüßen, dass mit dem neuen § 87d SGB V bestimmte psychotherapeutische Leistungen weiterhin extrabudgetär vergütet werden. Dies gilt insbesondere für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen, da ein frühzeitiger Zugang zu notwendiger Behandlung entscheidend dazu beitragen kann, einer Verfestigung psychischer Erkrankungen und daraus entstehenden langfristigen Beeinträchtigungen entgegenzuwirken. Auch die Berücksichtigung schwer psychisch erkrankter Menschen und von Patient*innen mit dringendem Behandlungsbedarf ist positiv zu bewerten.

Entscheidend ist jedoch, dass die Vergütungsregelungen insgesamt eine bedarfsgerechte psychotherapeutische Versorgung sicherstellen. Die Rückführung eines Teils der psychotherapeutischen Leistungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung darf nicht dazu führen, dass Behandlungskapazitäten eingeschränkt werden oder sich die bestehenden Wartezeiten weiter verlängern. Gerade vor dem Hintergrund des hohen und weiterhin bestehenden Bedarfs an psychotherapeutischer Behandlung müssen die Auswirkungen der neuen Vergütungsregelungen auf das tatsächliche Versorgungsangebot und die Wartezeiten eng beobachtet und gegebenenfalls angepasst werden.

Der SoVD appelliert daher an den Deutschen Bundestag, die gesetzlichen Rahmenbedingungen für einen bedarfsgerechten Ausbau der psychotherapeutischen Behandlungskapazitäten zu schaffen und damit einen zeitnahen Zugang zu notwendiger psychotherapeutischer Versorgung für alle Patient*innen sicherzustellen.

Änderungsantrag 2: Streichung des Fixkostendegressionsabschlags in der hausarztzentrierten Versorgung und bei Haus- sowie Kinderärzt*innen

Zu Artikel 1 Nummer 6 (§§ 73b, 87a, 87b SGB V)

Mit der Regelung wird der im GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vorgesehene Fixkostendegressionsabschlag für Leistungen im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung sowie für bestimmte bereits extrabudgetär vergütete Leistungen in der hausärztlichen und kinder- und jugendärztlichen Versorgung aufgehoben. Die

entsprechenden Leistungen werden damit künftig nicht mehr durch den Fixkostendegressionsabschlag in ihrer Vergütung gemindert.

SoVD-Bewertung: Der SoVD bewertet die Aufhebung des Fixkostendegressionsabschlags wie seinerzeit die mit dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) erfolgte Entbudgetierung der hausärztlichen Versorgung aus Patientensicht differenziert. Die Aufhebung kann grundsätzlich dazu beitragen, Vergütungsbegrenzungen abzubauen und die hausärztliche sowie die kinder- und jugendärztliche Versorgung zu stärken. Aus SoVD-Sicht ist entscheidend, dass notwendige medizinische Leistungen nicht aufgrund von Vergütungsbegrenzungen eingeschränkt werden. Gleichzeitig führt die Aufhebung des Abschlags allein nicht automatisch zu einer Verbesserung der Versorgung, insbesondere in Regionen mit bereits bestehenden Versorgungslücken. Finanzielle Anreize dürfen nicht zu einer Mengenausweitung oder Abrechnungsoptimierung zulasten der Versichertengemeinschaft führen. Entscheidend ist daher, dass sich die Maßnahme tatsächlich in einer besseren Erreichbarkeit und einer bedarfsgerechten Primärversorgung für die Patient*innen niederschlägt.

Änderungsantrag 5: Möglichkeit von Ausschreibungen für bestimmte Hilfsmittelversorgungen

Nr. 18b Buchstabe b – § 127 Abs. 1c und 1d SGB V

Es wird die Möglichkeit geschaffen, dass Krankenkassen künftig wieder Ausschreibungen für bestimmte Hilfsmittelversorgungen durchführen. Voraussetzung ist, dass eine Ausschreibung unter Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeit, Qualität und Versorgungssicherheit zweckmäßig ist; dabei sollen unter anderem Wohnortnähe, eine zeitnahe Versorgung, Beratung, Anpassung, Einweisung und Nachbetreuung berücksichtigt werden. Für bestimmte Hilfsmittelversorgungen, insbesondere bei individuell angefertigten Hilfsmitteln oder einem hohen Dienstleistungsanteil, sollen Ausschreibungen grundsätzlich nicht zweckmäßig sein. Dazu sollen gemeinsame Empfehlungen entwickelt werden.

SoVD-Bewertung: Der SoVD kritisiert die vorgesehene Wiedereinführung von Ausschreibungen für Hilfsmittel entschieden. Die Abschaffung der Ausschreibungen im Jahr 2019 mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) hatte der SoVD ausdrücklich begrüßt. Dies geschah vor dem Hintergrund der bereits damals bestehenden Hinweise auf Qualitäts- und Versorgungsprobleme sowie der Gefahr einer zu starken Ausrichtung des Wettbewerbs am Preis. Auch die vorliegende Antragsbegründung erkennt diese Erfahrungen ausdrücklich an. Das Bundesamt für

Soziale Sicherung kam in seinem Sonderbericht von 2022 zudem zu dem Ergebnis, dass sich das wettbewerbsbasierte Vertragsmodell in der Hilfsmittelversorgung nicht bewährt hat. Mit der Abschaffung der Ausschreibungen im Jahr 2019 wurde aus Sicht des SoVD eine wichtige Konsequenz aus diesen Erfahrungen gezogen. Die nun vorgesehene Möglichkeit, bestimmte Hilfsmittelversorgungen wieder auszuschreiben, läuft dieser positiven Entwicklung jedoch entgegen und stellt aus Sicht des SoVD einen Rückschritt dar.

Auch die vorgesehene Einschränkung, wonach Ausschreibungen bei individuell anzufertigenden Hilfsmitteln oder Versorgungen mit hohem Dienstleistungsanteil „in der Regel“ nicht zweckmäßig sein sollen, bietet aus Sicht des SoVD keinen ausreichenden Schutz vor Versorgungs- und Qualitätsproblemen. Denn die Formulierung „in der Regel“ lässt auch hier Ausnahmen zu und bietet daher keinen hinreichend verlässlichen Schutz davor, dass auch bei einem hohen individuellen Versorgungsbedarf Ausschreibungen durchgeführt werden. Aus Sicht des SoVD ist zudem nicht nachvollziehbar, warum die mit der Abschaffung der Ausschreibungen im Jahr 2019 gezogene Konsequenz nun wieder aufgeweicht werden soll. Die Risiken einer ausschreibungs-basierten Versorgung beschränken sich nicht auf individuell anzufertigende Hilfsmittel oder Versorgungen mit hohem Dienstleistungsanteil. Auch bei anderen Hilfsmitteln können die Wahlmöglichkeiten der Versicherten, die wohnortnahe Versorgung und die Versorgungskontinuität durch eine Konzentration auf einzelne Ausschreibungsgewinner beeinträchtigt werden. Die Einschränkung auf bestimmte besonders sensible Versorgungen greift daher aus Sicht des SoVD zu kurz.

Kritisch sieht der SoVD zudem die vorgesehene Gewichtung von Preis und Qualität. Zwar soll der Preis nicht das alleinige Zuschlagskriterium sein. Bei der Hilfsmittelversorgung muss jedoch die Qualität der Produkte und der Versorgung im Mittelpunkt stehen, da eine wirtschaftliche Versorgung nur dann ihren Zweck erfüllt, wenn sie zugleich eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Versorgung gewährleistet. Aus Sicht des SoVD muss daher die Qualität der Versorgung bei der Vergabe maßgeblich sein und darf nicht hinter dem Preis zurücktreten. Gerade bei Hilfsmitteln greift eine kurzfristige Betrachtung des Preises zu kurz. Eine vermeintlich günstigere Versorgung kann langfristig zu höheren Kosten führen, wenn sie eine unzureichende Versorgung, Fehlversorgungen, zusätzliche Anpassungen oder Ersatzbeschaffungen zur Folge hat. Eine qualitativ hochwertige und bedarfsgerechte Versorgung ist daher nicht nur aus Patientensicht entscheidend, sondern kann auch dazu beitragen, vermeidbare Folgekosten zu verhindern.

Änderungsantrag 9: Korrektur der Streichung der Informations- und Vorlagepflicht der Krankenkassen bei Zusatzbeitragserhöhungen

Zu Artikel 1 Nummer 20a neu (§ 175 SGB V)

Die mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (GKV-BStG) vorgenommene Abschaffung der Pflicht der Krankenkassen, ihre Mitglieder über eine Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes individuell zu informieren, wird rückgängig gemacht. Zugleich wird die Vorlagepflicht der Krankenkassen gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde wieder eingeführt und die Möglichkeit einer elektronischen Information ergänzt.

SoVD-Bewertung: Der SoVD begrüßt ausdrücklich, dass die mit dem GKV-BStG abgeschaffte Pflicht der Krankenkassen, ihre Mitglieder über eine Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes individuell zu informieren, wieder eingeführt werden soll. Der SoVD hatte die Streichung scharf kritisiert, da sie die Wahrnehmung des Sonderkündigungsrechts erheblich erschwert und den hohen Bedarf an individuellen Informationen über eine Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes verkennt. Die mit dem GKV-BStG verfolgten Ziele der Entbürokratisierung und Kosteneinsparung wurden zulasten der Versicherten an der falschen Stelle verfolgt. Die Wiedereinführung der Informationspflicht ist daher grundsätzlich richtig und wichtig.

Positiv bewertet der SoVD zudem die Möglichkeit einer elektronischen Übermittlung, sofern die Voraussetzungen hierfür vorliegen und das Mitglied in diese Form der digitalen Kommunikation eingewilligt hat. Dies ist eine sinnvolle Modernisierung. Zugleich muss sichergestellt bleiben, dass Versicherte, die digitale Kommunikationswege nicht nutzen oder nicht eingewilligt haben, weiterhin zuverlässig auf dem Postweg informiert werden. Dies ist insbesondere für ältere und weniger technikaffine Versicherte wichtig. Zu begrüßen sind zudem die Klarstellung zur gut wahrnehmbaren Gestaltung der Information, die ausdrückliche Festlegung der erforderlichen Inhalte sowie die Konkretisierung der Aufsichtsrechte.

Änderungsantrag 12

- **Dringender zusätzlicher Korrekturbedarf beim Zweitmeinungsverfahren**
(Zu Artikel 1 Nr. 10 GKV-BStG: § 27b Abs. 3 Satz 1 und 6 Satz 2 SGB V)

Der SoVD warnt vor einer fehlerhaften Verlagerung der Verantwortung im Zweitmeinungsverfahren auf die Versicherten und hält eine dringende Klarstellung und Korrektur der Regelung für erforderlich. Nach § 27b Abs. 6 Satz 2 hat der*die

Ärzt*in bei vom Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmten Eingriffen den Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass bei Fehlen eines Nachweises über eine eingeholte Zweitmeinung die **Kosten für die Durchführung des Eingriffs von dem Versicherten zu tragen** sind.

Das Zweitmeinungsverfahren soll dazu beitragen, unnötige und medizinisch nicht erforderliche Eingriffe zu vermeiden und damit die Qualität der Versorgung zu verbessern. Die Einhaltung der Voraussetzungen für die Vergütung eines Eingriffs betrifft grundsätzlich das Verhältnis zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen. Ein daraus entstehender Konflikt darf nicht auf die Versicherten verlagert werden. Patient*innen sind medizinische Laien und können weder die medizinische Notwendigkeit eines Eingriffs noch die vergütungsrechtlichen Voraussetzungen zuverlässig beurteilen. Sie müssen darauf vertrauen können, dass sie ordnungsgemäß über das Zweitmeinungsverfahren informiert werden und die erforderlichen Voraussetzungen für die Leistungserbringung geklärt sind.

Hinzu kommt, dass die rechtzeitige Einholung einer Zweitmeinung nicht immer in der Hand der Versicherten liegt. Insbesondere lange Wartezeiten auf Facharzttermine können dazu führen, dass ein entsprechender Nachweis nicht rechtzeitig vorliegt, obwohl sich die Versicherten um eine Zweitmeinung bemüht haben. Es wäre daher nicht sachgerecht, ihnen daraus ein erhebliches Kostenrisiko aufzuerlegen.

Der SoVD fordert deshalb, klarzustellen, dass ein fehlender oder nicht rechtzeitig vorliegender Nachweis einer Zweitmeinung **nicht zu einer persönlichen Kostenpflicht der Versicherten für einen medizinisch erforderlichen Eingriff führen darf**. Das finanzielle Risiko für die Einhaltung des Zweitmeinungsverfahrens darf nicht auf die Patient*innen verlagert werden.

- **Beitragsbemessungs- und Jahresarbeitsentgeltgrenze für 2027**
(Zu Nummer 1 a - § 6 SGB V und Artikel 1b Nummer 6 - § 223 Abs. 4 SGB V)

Die **mit dem GKV-BStG vorgesehene** zusätzliche **Anhebung der Beitragsbemessungs- sowie Jahresarbeitsentgeltgrenze für 2027** um jeweils 300 Euro monatlich über die jährliche Anhebung hinaus fällt aus Sicht des SoVD nach wie vor zu gering aus. Auch wenn die Anhebung bei der Fortschreibung in den Folgejahren berücksichtigt wird, bleibt sie deutlich hinter dem erforderlichen Schritt zu einer solidarischeren und gerechteren Finanzierung der GKV zurück. Vielmehr fordert der SoVD die deutliche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze bei entsprechender Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze **mindestens auf das**

Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung. Während die Beitragsbemessungsgrenze in der GKV für das Jahr 2026 bei 69.750 Euro jährlich (5.812,50 Euro monatlich) liegt, beträgt sie in der deutschen Rentenversicherung 101.400 Euro jährlich (8.450 Euro monatlich).

- **Ablehnung der Teilkrankschreibung**

(Zu Nummer 5 Buchstabe c – Artikel 11 Absatz 3)

Ebenso lehnt der SoVD die Einführung einer **Teilkrankschreibung** – **nunmehr** zum 1. Juli 2028 – weiterhin ab. Es besteht die berechtigte Sorge, dass erkrankte Beschäftigte unter wirtschaftlichem und betrieblichem Druck seitens der Arbeitgeber trotz gesundheitlicher Einschränkungen weiterarbeiten müssen, wodurch ihre Genesung gefährdet und das solidarische Absicherungssystem im Krankheitsfall geschwächt wird. Für den SoVD gilt: Krank ist krank! Diese Maßnahmen widersprechen dem Solidarprinzip und verschärfen soziale Ungleichheiten. Aus Sicht des SoVD ist dies der falsche Weg und setzt ein sozialpolitisch gefährliches Signal.

- **Kritik an der Ausweitung der Kontaktbefugnisse bei Krankengeldbezug**

(Zu Artikel 1 Nr. 16 GKV-BStG: § 44 Abs. 4 SGB V)

Weiter lehnt der SoVD die geplante Neuregelung ab, nach der Krankenkassen Versicherte im Zusammenhang mit dem Bezug oder drohenden Bezug von Krankengeld künftig ohne vorherige Einwilligung kontaktieren dürfen, um Leistungsansprüche zu prüfen oder Maßnahmen zur Sicherung der Arbeitsfähigkeit einzuleiten. Aus der SoVD-Sozialrechtsberatung wissen wir, dass durch solche Kontaktaufnahmen **massiver Druck auf die Betroffenen ausgeübt** wird – etwa mit dem Ziel, sie zu einer schnellen Reha oder einem Wechsel in die Erwerbsminderungsrente zu drängen oder gesundheitliche Angaben wiederholt kritisch zu hinterfragen. Vor diesem Hintergrund warnt der SoVD davor, dass die Ausweitung der Kontaktbefugnisse den bestehenden Druck auf kranke und belastete Versicherte weiter verschärfen und deren Position im Leistungsbezug zusätzlich schwächen könnte.

- **Weiterhin unzureichende Bundesmittel für die Absicherung von Grundsicherungsbeziehenden**

(Artikel 1 Nr. 20b zu § 232a SGB V)

Es bleibt dabei, dass der Bund seiner Finanzierungsverantwortung für versicherungsfremde Leistungen und gesamtgesellschaftliche Aufgaben,

insbesondere bei der **Absicherung von Grundsicherungsbeziehenden**, nicht ausreichend nachkommt. Der GKV-Spitzenverband beziffert die daraus resultierende Belastung auf rund 12 Milliarden Euro jährlich, die faktisch von den Beitragszahlenden der GKV getragen werden. Diese Kosten sind jedoch angemessen aus Steuermitteln zu finanzieren, da es sich um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt. Statt diese Last gerecht auf alle Schultern zu verteilen – einschließlich der Privatversicherten und Beamt*innen – wird sie seit Jahren einseitig den Beitragszahlenden aufgebürdet. Vor diesem Hintergrund ist es zwar grundsätzlich zu begrüßen, dass das GKV-BStG einen Einstieg in eine stärkere Bundesbeteiligung bei den Beitragspauschalen für Grundsicherungsbeziehende vorsieht. Die Ausgestaltung bleibt jedoch deutlich hinter dem tatsächlichen Handlungsbedarf zurück. Die Lücke wird damit auf Jahre hinaus nur zu einem Bruchteil geschlossen und dürfte angesichts steigender Gesundheitsausgaben weiterwachsen.

- **Kürzung des Bundeszuschusses verschärft finanzielles Defizit zusätzlich**

Die **Kürzung des Bundeszuschusses ab dem Jahr 2027 bleibt völlig unverständlich**. Der SoVD protestiert entschieden gegen diese Maßnahme! Die Beitragszahlenden der GKV finanzieren bereits heute in erheblichem Umfang gesamtgesellschaftliche Aufgaben, die aus Steuermitteln finanziert werden müssten. Statt diese strukturelle Schieflage zu beseitigen, will der Bund der GKV weitere Mittel entziehen und seinen Haushalt zulasten der Versicherten entlasten. Besonders widersprüchlich ist, dass der Bund einerseits einen schrittweisen Einstieg in eine höhere Finanzierung der Krankenversicherung von Grundsicherungsbeziehenden vorsieht, andererseits jedoch gleichzeitig den Bundeszuschuss kürzt. Der angekündigte Einstieg in eine stärkere Bundesbeteiligung wird damit faktisch ins Gegenteil verkehrt und ist ein Etikettenschwindel: Was der GKV an einer Stelle in kleinen Schritten gegeben wird, wird ihr an anderer Stelle in großem Umfang wieder entzogen. Die Konsolidierung des Bundeshaushalts darf nicht auf dem Rücken der gesetzlich Versicherten erfolgen. Erforderlich ist vielmehr eine verlässliche und auskömmliche Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben durch den Bund – nicht eine weitere Schwächung der Finanzbasis der GKV.

Berlin, 5. Oktober 2026

DER VORSTAND
Abteilung Sozialpolitik