

GKV-Sparkurs zu Lasten der Gesundheit

Der vorliegende Gesetzentwurf zum **GKV-Beitragsatzstabilisierungsgesetz (BStabG)** ist kein überzeugender Schritt hin zu einer nachhaltigen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Er ist ein politisch motiviertes Sparprogramm auf Kosten der Patientenversorgung.

Besonders gravierend ist das fortgesetzte Ausblenden der Finanzierung versicherungsfremder Leistungen. Die Beiträge für Bürgergeldempfänger bleiben weiterhin deutlich unterfinanziert. Jahr für Jahr fehlen der GKV dadurch rund 12 Milliarden Euro. Diese gesamtgesellschaftliche Aufgabe gehört zwingend in die Steuerfinanzierung und darf nicht den Beitragszahlern (Arbeitnehmer und Arbeitgeber) aufgebürdet werden.

Zusätzlich belastet Finanzminister Klingbeil (SPD) die gesetzliche Krankenversicherung und streicht dauerhaft 2 Milliarden Euro jährlich, um Haushaltslöcher im Bundesetat zu stopfen. Die angebliche Entlastung bei den Gesundheitskosten für Bürgergeldempfänger – magere 250 Millionen Euro – ist dabei kaum mehr als symbolisch.

Das ist ein politischer Taschenspielertrick – kurzfristig, unausgewogen und zulasten derjenigen, die das System tragen, Versicherte, Arbeitgeber und Leistungserbringer.

Sozialpolitisch ist das unredlich, ordnungspolitisch ein Systembruch.

Hinzu kommt der demografische Druck: Die Bevölkerung wird älter und lebt länger, wodurch der Bedarf an medizinischer Versorgung steigt. Zugleich nimmt die Zahl der beitragspflichtigen Arbeitseinkommen relativ ab. Wer unter diesen Bedingungen ernsthaft Stabilität sichern will, braucht keine bloßen Sparmaßnahmen, sondern eine klare Neuordnung der Finanzierungsverantwortung und eine „patientenorientierte Leistungspolitik“.

Der Entwurf belastet ausgerechnet den leistungsfähigsten Teil des Systems: den ambulanten Sektor. Mittelständische, freiberuflich geführte Praxen und Apotheken sichern die wohnortnahe Versorgung und entlasten teure stationäre Strukturen. Wenn Vergütungen begrenzt, Anreize zurückgenommen und Dynamiken gedeckelt werden, sinkt die Attraktivität einer Niederlassung. Die zwangsläufigen Folgen einer rein fiskalischen „einnahmenorientierten Ausgabenpolitik“ werden spürbare Einschränkungen der Patientenversorgung vor Ort sein.

In der vorliegenden Form gefährdet das Gesetz langfristig die Versorgungsqualität, die erreichbare Versorgungstiefe und das Vertrauen der Beitragszahler in die GKV. Es muss grundlegend überarbeitet werden.

Die im MIT-GPA mitwirkenden Persönlichkeiten aus schleswig-holsteinischen Organisationen und Verbänden des Gesundheitswesens legen in diesem GPA-Report fachlich fundierte Stellungnahmen sowie konkrete Änderungsvorschläge vor.

GPA - Gesundheitspolitischer Arbeitskreis der MIT-SH

Hans-Peter Küchenmeister - Vorsitzender, Dreiangel 8, 24161 Altenholz
0173-99 123 88, 0431-12 800 191, gpa@kuechenmeister.net, www.mit-sh.de
28.11.2023

GPA - Gesundheitspolitischer Arbeitskreis der Mittelstands- und Wirtschaftsunion (MIT) Schleswig-Holstein
Die Mittelstands- und Wirtschaftsunion Deutschland (MIT) ist die größte parteipolitische Wirtschaftsvereinigung Europas. Sie engagiert sich insbesondere für die Belange der Klein – und Mittelständischen Unternehmen (KMU). www.mit-sh.de Seite 1 von 1

Änderungsvorschläge zum Entwurf GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz (BStabG)

Institut für Mikrodaten-Analyse Kiel >Seite 3

**Kassenärztliche Vereinigung SH, Hartmannbund SH,
Ärztegenossenschaft Nord >Seite 11**

Psychotherapeutenkammer SH >Seite 22

**Kassenzahnärztliche Vereinigung SH, Zahnärztekammer SH, Freier
Verband Deutscher Zahnärzte SH >Seite 26**

Apothekerkammer SH, Apothekerverband SH >Seite 40

GPA - Gesundheitspolitischer Arbeitskreis der MIT-SH

Hans-Peter Küchenmeister - Vorsitzender, Dreiangel 8, 24161 Altenholz
0173-99 123 88, 0431-12 800 191, gpa@kuechenmeister.net, www.mit-sh.de
28.11.2023

Änderungsvorschläge „GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz“ („Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 29.04.2026“)

Verfasser: Prof. Dr. Thomas Drabinski; Leiter Institut für Mikrodaten-Analyse (IfMDA), Kiel

Inhaltsverzeichnis

1. Einordnung	2
2. Änderungsvorschläge	3
Änderungsvorschlag 1: Bundeszuschusskürzung streichen und GKV-Notfallzuschuss einführen	3
Änderungsvorschlag 2: Bürgergeldfinanzierung sofort kostendeckend aus Bundesmitteln regeln	4
Änderungsvorschlag 3: Versicherungsfremde Leistungen gesetzlich erfassen und gegenfinanzieren	4
Änderungsvorschlag 4: Grundlohnratenbindung in allen Bereichen der GKV streichen	5
Änderungsvorschlag 5: Ambulante Arzt-Patienten-Kontaktpauschale von 5 Euro einführen	5
Änderungsvorschlag 6: Beitragsbemessungsgrenze nicht erhöhen, sondern um 5.000 Euro pro Jahr absenken	6
Änderungsvorschlag 7: GKV-Arbeitgeberbeitrag für Minijobs auf maximal 10 Prozent begrenzen	6
Änderungsvorschlag 8: Ehegattenzuschlag im bestehenden Beitragssystem streichen	6
Änderungsvorschlag 9: Krankengeld vollständig aus dem GKV-Leistungskatalog streichen	7
Änderungsvorschlag 10: Eigenbeteiligungen in Verträgen der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V rechtssicher ermöglichen	8

1. Einordnung

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung verfolgt das Ziel, die Beitragssatzentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) kurzfristig zu stabilisieren. Dieses Ziel ist angesichts der absehbaren Finanzierungslücken der GKV grundsätzlich richtig. Das Bundesministerium für Gesundheit führt das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz als laufendes Verfahren mit Kabinettsbeschluss vom 29.04.2026. Der Entwurf trägt den Titel „Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung“.

Die vorliegende Bewertung konzentriert sich ausdrücklich nicht auf eine detaillierte Bewertung aller Leistungskürzungen oder Vergütungsmaßnahmen bei Leistungserbringern. Im Mittelpunkt steht vielmehr die Finanzarchitektur der GKV. Bewertet wird, ob der Gesetzentwurf die Lasten zwischen Bund, Arbeitgebern, Mitgliedern, Rentnern, Patienten und sonstigen Finanzierungsverantwortlichen sachgerecht verteilt.

Der Kabinettsentwurf ist insgesamt keine strukturelle Reform der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern ein kurzfristiges Notstands- und Konsolidierungsgesetz zur Dämpfung der Zusatzbeiträge.

Die Bundesregierung weist für 2027 eine Gesamtentlastung von 16,3 Mrd. Euro aus. Der größte Konsolidierungsblock entfällt mit 11,2 Mrd. Euro auf Leistungserbringer, Hersteller und Krankenkassen. Patienten sollen 2,5 Mrd. Euro, Arbeitgeber 3,1 Mrd. Euro und Mitglieder 1,2 Mrd. Euro tragen. Der Bund ist 2027 per Saldo sogar mit minus 1,8 Mrd. Euro zulasten der GKV ausgewiesen.

Gesundheitsökonomisch ist die Hauptschwäche des Pakets die massive Verlagerung der Konsolidierungslasten auf die Versorgungsseite. Die systematische Begrenzung von Preis- und Vergütungssteigerungen über die Grundlohnrate sowie die Streichung von Sondervergütungen mindern nicht nur Ausgaben, sondern erhöhen auch das Risiko von Wartezeiten, Kapazitätsverknappung und sinkender Niederlassungsattraktivität.

Die eigentlichen Ursachen der GKV-Finanzkrise bleiben unangetastet: Versicherungsfremde Leistungen, strukturelle Unterfinanzierung der Bürgergeldbeziehenden, demografischer Druck sowie ein veraltetes, überwiegend lohn- und rentenbezogenes Finanzierungssystem.

Allein die versicherungsfremden Leistungen der GKV belaufen sich auf 35 Mrd. Euro. Die gesondert ausgewiesene Vollfinanzierung der Bürgergeldbeziehenden beläuft sich auf zusätzlich 12 Mrd. Euro. Zusammengenommen ergibt sich damit ein ordnungspolitisch fehlzugeordneter Lastenblock von rund 47 Mrd. Euro.

Der Bund übernimmt diese Lasten nicht stärker, sondern zieht sich zunächst weiter zurück: Die Beitragspauschale für Grundsicherungsempfänger steigt 2027 nur um 0,25 Mrd. Euro, während der Bundeszuschuss zugleich dauerhaft um 2,00 Mrd. Euro pro Jahr abgesenkt wird.

Die offizielle Reformrhetorik – historische Sozialstaatsreform, langfristige Beitragssatzstabilität, verlässliche Versorgung – steht daher in einem deutlichen Spannungsverhältnis zur materiellen Substanz des Gesetzes.

Der Entwurf folgt im Kern einer „einnahmenorientierten Ausgabenpolitik“. Das bedeutet: Die Ausgabendynamik der GKV soll stärker an die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen, insbesondere an die Grundlohnrate, gekoppelt werden. Der Kabinettsentwurf selbst sieht vor, den Grundsatz der Beitragssatzstabilität auf weitere Bereiche auszuweiten. Im offiziellen

Entwurf wird dies etwa für den Heilmittelbereich damit begründet, dass Preisanhebungen oberhalb der Veränderungsrate ausgeschlossen werden sollen.

Eine Grundlohnratenbindung konserviert damit gerade jene Systemlogik, die überwunden werden muss. Sie macht die Ausgabenseite abhängig von einer Einnahmenbasis, die selbst strukturell überholt ist. Gesundheit darf aber nicht dauerhaft an die Lohnsumme gekettet werden. Ein modernes Finanzierungssystem muss sich von der Vorstellung lösen, dass Löhne, Gehälter und Renten die natürliche und nahezu ausschließliche Grundlage der Gesundheitsfinanzierung sind.

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung setzt an vielen Stellen bei Ausgaben, Vergütungen und Leistungserbringern an. Das kann kurzfristig fiskalisch wirken, löst aber das Kernproblem nicht. Das Kernproblem ist die Finanzierungsarchitektur der GKV. Eine GKV, die weiterhin überwiegend auf Löhnen, Gehältern und Renten basiert, aber zugleich gesamtgesellschaftliche Aufgaben, Bürgergeldunterdeckungen, Krankengeld, Investitionsverschiebungen und demografische Lasten trägt, wird dauerhaft instabil bleiben.

Ordnungspolitisch notwendig wäre eine ausgabenorientierte Einnahmenpolitik: Zunächst müsste definiert werden, welche Leistungen und Lasten legitimerweise solidarisch über die GKV zu finanzieren sind. Anschließend wäre die Finanzierungsarchitektur so zu ordnen, dass versicherungsfremde Blöcke vollständig aus dem Beitragskreislauf herausgenommen werden.

Der Bund muss seine Verantwortung übernehmen. Versicherungsfremde Leistungen müssen aus dem Beitragskreislauf heraus. Die Grundlohnratenbindung darf nicht ausgeweitet werden. Arbeitgeber müssen entlastet werden. Patientenbeteiligung muss transparent und einfach ausgestaltet werden. Rentnerhaushalte mit hoher wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit dürfen nicht dauerhaft geschont werden. Krankengeld gehört nicht in die Krankenversicherung.

Die GKV braucht kein weiteres Gesetz, das Arbeit stärker belastet und Ausgaben an die Lohnsumme kettet. Sie braucht ein Notfallgesetz, das die Finanzierungsarchitektur bereinigt: Bundeslasten zum Bund, Lohnersatzleistungen aus der GKV heraus, Zahnersatz in die Eigenverantwortung, Rentnereinkünfte sachgerecht einbeziehen, Arbeitgeber entlasten und Patientenbeteiligung transparent ausgestalten. Nur so wird aus Beitragssatzstabilisierung mehr als ein kurzfristiges Verschieben der nächsten Krise.

2. Änderungsvorschläge

Änderungsvorschlag 1: Bundeszuschusskürzung streichen und GKV-Notfallzuschuss einführen

Regelungsproblem: Der Gesetzentwurf sieht eine Absenkung des Bundeszuschusses an den Gesundheitsfonds vor. Diese Maßnahme ist ordnungspolitisch nicht vertretbar. In einer akuten GKV-Finanzierungskrise darf der Bund nicht zunächst den eigenen Haushalt entlasten und gleichzeitig von Versicherten, Patienten und Arbeitgebern zusätzliche Beiträge verlangen.

Die GKV trägt in erheblichem Umfang staatlich veranlasste oder gesamtgesellschaftliche Aufgaben. Wenn der Bund diese Aufgaben nicht vollständig finanziert, werden beitragspflichtige Einkommen zu einem Ersatzsteuerträger. Genau diese Fehlordnung muss beendet werden.

Änderungsvorschlag: Die vorgesehene Absenkung des Bundeszuschusses wird gestrichen. Stattdessen wird ein befristeter GKV-Notfallzuschuss des Bundes für die Jahre 2027 bis 2029 eingeführt.

Formulierungsvorschlag: Der Bund leistet dem Gesundheitsfonds in den Jahren 2027 bis 2029 einen zusätzlichen GKV-Notfallzuschuss. Der Zuschuss dient der Stabilisierung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes sowie der Kompensation gesamtgesellschaftlicher und bundesgesetzlich veranlasster Finanzierungsaufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung.

Begründung: Ein Notfallgesetz muss die GKV stabilisieren, nicht den Bundeshaushalt. Die Kürzung des Bundeszuschusses ist deshalb zu streichen. Der Bund muss in der Krise nicht weniger, sondern mehr Verantwortung übernehmen.

Änderungsvorschlag 2: Bürgergeldfinanzierung sofort kostendeckend aus Bundesmitteln regeln

Regelungsproblem: Die Finanzierung der Krankenversicherung von Bürgergeldbeziehenden ist eine staatliche Fürsorgeaufgabe. Sie gehört nicht in den Beitragskreislauf der GKV. Eine nur schrittweise oder unvollständige Erhöhung der Beitragspauschalen löst das Problem nicht, sondern verlängert die Unterfinanzierung.

Änderungsvorschlag: Die Beitragspauschale für Bürgergeldbeziehende wird ab 2027 kostendeckend ausgestaltet und jährlich dynamisiert.

Formulierungsvorschlag: Für Leistungsberechtigte nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch trägt der Bund Beiträge in Höhe der durchschnittlichen jährlichen Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für diese Versichertengruppe. Die Pauschale wird jährlich auf Grundlage der tatsächlichen Ausgabenentwicklung angepasst.

Begründung: Wer aus sozialpolitischen Gründen Personen in den Schutz der GKV einbezieht, muss die daraus entstehenden Kosten aus Steuermitteln finanzieren. Andernfalls finanzieren Arbeitnehmer, Arbeitgeber, Rentner und freiwillig Versicherte eine staatliche Fürsorgeaufgabe über Krankenversicherungsbeiträge. Das ist intransparent und ordnungspolitisch falsch.

Änderungsvorschlag 3: Versicherungsfremde Leistungen gesetzlich erfassen und gegenfinanzieren

Regelungsproblem: Die GKV finanziert seit Jahren Leistungen und Aufgaben, die nicht originär Krankenbehandlung sind. Dazu gehören insbesondere Lohnersatz-, familienpolitische, sozialpolitische, infrastrukturelle und staatlich induzierte Aufgaben. Ohne eine klare Erfassung und Gegenfinanzierung versicherungsfremder Leistungen bleibt jede Beitragssatzstabilisierung ein Provisorium.

Änderungsvorschlag: Ein neuer Paragraph wird im SGB V eingeführt: Berichtspflicht, Bezifferung und Gegenfinanzierung versicherungsfremder Leistungen.

Formulierungsvorschlag: Die Bundesregierung legt dem Deutschen Bundestag jährlich einen Bericht über Art, Umfang und Finanzierungszuständigkeit versicherungsfremder Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung vor. Leistungen, die nicht originär der medizinischen Krankenbehandlung oder der unmittelbaren Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung dienen, sind gesondert auszuweisen. Für bundesgesetzlich veranlasste versicherungsfremde Leistungen ist eine Finanzierung aus Bundesmitteln vorzusehen.

Begründung: Die GKV darf nicht länger Schattenhaushalt des Staates sein. Beitragssatzstabilisierung beginnt nicht bei der nächsten Zuzahlung und nicht bei der nächsten Beitragsanhebung, sondern bei der sauberen Trennung von Versicherungsleistungen und Staatsaufgaben.

Änderungsvorschlag 4: Grundlohnratenbindung in allen Bereichen der GKV streichen

Regelungsproblem: Der Entwurf will die Ausgabenentwicklung stärker an die Grundlohnrate koppeln. Diese Logik ist grundsätzlich verfehlt. Die GKV soll künftig nicht noch enger an Löhne, Gehälter und Renten gebunden werden, sondern gerade aus dieser überholten Finanzierungslogik herausgeführt werden.

Eine Grundlohnratenbindung in allen Bereichen der GKV bedeutet: Die Versorgungsausgaben werden an eine Einnahmenbasis gekoppelt, die demografisch schrumpft beziehungsweise relativ schwächer wächst. Das ist nicht nachhaltig. Es verschärft den Grundfehler der GKV-Finanzierung, statt ihn zu beheben.

Änderungsvorschlag: Alle vorgesehenen Neuregelungen, die eine zusätzliche oder verschärfte Grundlohnratenbindung in der GKV einführen, werden gestrichen.

Formulierungsvorschlag: Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Ausweitungen des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität auf weitere Leistungsbereiche werden gestrichen. Eine Kopplung der Ausgabenentwicklung an die Grundlohnrate ist nicht geeignet, die strukturellen Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung nachhaltig zu lösen.

Begründung: Eine moderne GKV-Finanzierung muss sich von der lohn-, gehalts- und rentenbezogenen Beitragssystematik lösen. Perspektivisch ist eine Finanzierung über Gesundheitspauschalen mit steuerfinanziertem Sozialausgleich sachgerechter. Die Grundlohnrate ist ein Instrument der alten Ordnung. Sie sollte nicht ausgeweitet, sondern zurückgebaut werden.

Änderungsvorschlag 5: Ambulante Arzt-Patienten-Kontaktpauschale von 5 Euro einführen

Regelungsproblem: Der Entwurf erhöht Zuzahlungen, ohne daraus eine systematische Finanzierungs- und Steuerungslogik für die ambulante Inanspruchnahme zu entwickeln. Eine moderne Patientenbeteiligung sollte einfach, sichtbar und versorgungsnah sein.

Änderungsvorschlag: Die Zuzahlungen werden auf den ambulanten Bereich ausgeweitet. Für jeden Arzt-Patienten-Kontakt in der ambulanten Versorgung wird eine Kontaktpauschale von 5 Euro eingeführt. Diese Pauschale wird nicht mit der vertragsärztlichen Vergütung verrechnet, sondern verbleibt als Bareinnahme in den Arztpraxen und ambulanten Praxen.

Formulierungsvorschlag: Versicherte leisten für jeden persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt in der ambulanten vertragsärztlichen, vertragspsychotherapeutischen und sonstigen ambulanten Versorgung eine Kontaktpauschale in Höhe von 5 Euro. Die Kontaktpauschale verbleibt beim jeweiligen Leistungserbringer und wird nicht auf die vertragsärztliche oder sonstige ambulante Vergütung angerechnet. Die Belastungsgrenzen bleiben unberührt.

Begründung: Eine Kontaktpauschale schafft ein einfaches, transparentes Eigenbeteiligungselement. Sie stärkt zugleich die ambulanten Praxen, ohne die GKV zusätzlich zu belasten. Entscheidend ist, dass die Pauschale nicht als verdeckte Kürzung der vertragsärztlichen Vergütung verrechnet wird.

Änderungsvorschlag 6: Beitragsbemessungsgrenze nicht erhöhen, sondern um 5.000 Euro pro Jahr absenken

Regelungsproblem: Der Gesetzentwurf sieht eine außerordentliche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze vor. Das ist finanzpolitisch kurzfristig attraktiv, aber standortpolitisch falsch. Es belastet qualifizierte Arbeit, Arbeitgeber und Fachkräfte zusätzlich und verschärft die Lohnzentrierung der GKV.

Änderungsvorschlag: Die Beitragsbemessungsgrenze wird nicht angehoben, sondern um 5.000 Euro pro Jahr abgesenkt.

Formulierungsvorschlag: Die Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung wird gegenüber dem geltenden Recht um 5.000 Euro jährlich abgesenkt und dauerhaft festgeschrieben. Eine außerordentliche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze findet nicht statt.

Begründung: Die GKV-Finanzierung darf nicht weiter auf Arbeitseinkommen konzentriert werden. Eine Absenkung der Beitragsbemessungsgrenze entlastet Arbeitgeber und höher qualifizierte Beschäftigung. Sie verbessert die Standortbedingungen und setzt ein klares Signal: Die Lösung der GKV-Finanzkrise liegt nicht in der weiteren Belastung von Löhnen und Gehältern, sondern in einer Neuordnung der Finanzierungsbasis.

Änderungsvorschlag 7: GKV-Arbeitgeberbeitrag für Minijobs auf maximal 10 Prozent begrenzen

Regelungsproblem: Die geplante Erhöhung der Arbeitgeberbelastung im Bereich geringfügiger Beschäftigung trifft besonders personalintensive und arbeitsmarktnahe Bereiche. Minijobs sind in vielen Bereichen ein flexibles Beschäftigungsinstrument. Eine übermäßige Belastung kann legale Beschäftigung verdrängen und Arbeitskosten erhöhen.

Änderungsvorschlag: Der pauschale GKV-Arbeitgeberbeitrag für geringfügig Beschäftigte wird dauerhaft auf 10 Prozent begrenzt.

Formulierungsvorschlag: Der pauschale Arbeitgeberbeitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung für geringfügig Beschäftigte beträgt höchstens 10 Prozent des Arbeitsentgelts.

Begründung: Die GKV darf nicht durch eine zusätzliche Belastung arbeitsmarktlich sensibler Beschäftigungsformen stabilisiert werden. Gerade kleinere Betriebe, Dienstleister und haushaltsnahe Beschäftigungsverhältnisse benötigen Entlastung statt weiterer Lohnnebenkostensteigerung.

Änderungsvorschlag 8: Ehegattenzuschlag im bestehenden Beitragssystem streichen

Regelungsproblem: Der geplante Ehegattenzuschlag passt nicht zur bestehenden Systematik der lohn-, gehalts- und rentenbezogenen Beitragsbemessung. Er belastet selektiv die erwerbstätige Bevölkerung und öffnet zugleich unnötig die Flanke zur Bürgerversicherungsdiskussion.

Besonders problematisch ist die Ungleichbehandlung gegenüber Rentnerhaushalten. Rentnerhegatten werden nicht in gleicher Weise belastet, selbst wenn im Haushalt erhebliche Einkünfte aus Vermietung, Verpachtung, Kapitalvermögen oder sonstigen Quellen vorhanden sind. Das ist sozial und demografisch nicht konsistent.

Änderungsvorschlag: Der Ehegattenzuschlag wird aus dem Gesetzentwurf gestrichen. Eine Belastung erwachsener Ehegatten oder Lebenspartner darf nur im Rahmen einer umfassenden Neuordnung der GKV-Finanzierung erfolgen, etwa über pauschale Erwachsenenbeiträge („Gesundheitspauschale“) mit steuerfinanziertem Sozialausgleich.

Formulierungsvorschlag: Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen zur Erhebung eines Zuschlags für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner werden gestrichen.

Ergänzender Prüfauftrag: Die Bundesregierung prüft bis zum 30.06.2027 eine Neuordnung der Beitragsbemessung in der Krankenversicherung der Rentner, bei der sämtliche Einkünfte, einschließlich Einkünften aus Vermietung und Verpachtung, Kapitalvermögen und sonstigen Einkünften, angemessen berücksichtigt werden.

Begründung: Der Ehegattenzuschlag ist in der vorgeschlagenen Form ungerecht. Wenn man erwachsene Mitversicherte belasten will, muss man das gesamte Finanzierungssystem auf Gesundheitspauschalen umstellen, etwa 150 Euro je erwachsene Person mit steuerfinanziertem Sozialausgleich. Im bestehenden System trifft der Zuschlag einseitig die erwerbstätige Bevölkerung und verschont vermögende Rentnerhaushalte. Das ist verteilungspolitisch nicht haltbar.

Änderungsvorschlag 9: Krankengeld vollständig aus dem GKV-Leistungskatalog streichen

Regelungsproblem: Das Krankengeld ist keine medizinische Leistung, sondern eine Lohnersatzleistung. Es gehört systematisch nicht in die Krankenversicherung. Die Finanzierung über GKV-Beiträge belastet den Zusatzbeitrag erheblich und verschleiert den Charakter dieser Leistung als Einkommensersatz.

Das Krankengeldvolumen liegt in der Größenordnung von über 20 Mrd. Euro. Eine Herauslösung aus dem GKV-Leistungskatalog könnte den Zusatzbeitrag deutlich senken beziehungsweise nahezu halbieren, abhängig von Jahr und Bemessungsgrundlage.

Änderungsvorschlag: Das Krankengeld wird vollständig aus dem Leistungskatalog der GKV gestrichen und in einen sachnäheren Sozialversicherungszweig überführt, etwa in die Arbeitslosenversicherung oder die Rentenversicherung.

Formulierungsvorschlag: Die Leistungen bei krankheitsbedingtem Erwerbsausfall nach Ablauf der Entgeltfortzahlung werden aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung herausgenommen. Die Bundesregierung legt bis zum 31.12.2026 einen Gesetzentwurf vor, der die Absicherung des krankheitsbedingten Erwerbsausfalls in einen sachnäheren Sozialversicherungszweig, insbesondere die Arbeitslosenversicherung oder die Rentenversicherung, überführt.

Begründung: Krankengeld ist eine versicherungsfremde Leistung der GKV. Es ersetzt Einkommen. Es gehört deshalb nicht in den GKV-Beitragssatz. Seine Ausgliederung wäre eine der wirksamsten Einzelmaßnahmen zur Senkung des Zusatzbeitrags und zur ordnungspolitischen Bereinigung der GKV-Finzen.

Änderungsvorschlag 10: Eigenbeteiligungen in Verträgen der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V rechtssicher ermöglichen

Regelungsproblem: Bei der Ausgestaltung von Vertragsinhalten nach § 140a SGB V gibt es im SGB V bislang keine ausdrückliche Norm, nach der Eigenbeteiligungen der Versicherten in Verträgen der besonderen Versorgung rechtssicher umgesetzt werden können. Die besondere Versorgung nach § 140a SGB V ist ein zentrales Instrument zur Entwicklung innovativer, qualitätsgesicherter und wirtschaftlicher Versorgungsformen. In der Praxis besteht jedoch Rechtsunsicherheit, ob und in welchem Umfang in Verträgen der besonderen Versorgung freiwillige, begrenzte und sozial abgesicherte Eigenbeteiligungen der Versicherten an zusätzlichen Versorgungsbestandteilen vereinbart werden dürfen. Diese Rechtsunsicherheit erschwert innovative Modelle, die über die Regelversorgung hinausgehende Qualitäts-, Koordinations-, Service- oder Vergütungsbestandteile finanzieren und zugleich die Beitragssatzstabilität unterstützen sollen.

Änderungsvorschlag: § 140a SGB V wird um eine ausdrückliche Öffnungsklausel ergänzt. Danach können Krankenkassen in Verträgen der besonderen Versorgung freiwillige, begrenzte und sozial abgesicherte Eigenbeteiligungen mit teilnehmenden Versicherten vereinbaren, soweit diese ausschließlich zusätzliche Aufwendungen der besonderen Versorgung betreffen und den Anspruch auf medizinisch notwendige Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht einschränken.

Einbringungsvorschlag: Artikel X - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wird wie folgt geändert. Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) In Verträgen nach Absatz 1 können Krankenkassen mit den teilnehmenden Versicherten eine begrenzte Eigenbeteiligung an zusätzlichen Aufwendungen der besonderen Versorgung vereinbaren, soweit diese Eigenbeteiligung Bestandteil eines besonderen, qualitätsgesicherten Versorgungsmodells ist, ausschließlich auf zusätzliche, über die vergleichbare Regelversorgung hinausgehende Versorgungs-, Service-, Koordinations-, Qualitäts- oder Vergütungsbestandteile bezogen ist, den Zugang zu medizinisch notwendigen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht ausschließt oder verzögert, vor Beginn der Teilnahme transparent, verständlich und der Höhe nach bestimmbar erläutert wird, kalenderjährlich durch eine Belastungsobergrenze begrenzt wird, durch Härtefallregelungen eine finanzielle Überforderung der Versicherten ausschließt und der Evaluation der Qualität, Wirtschaftlichkeit und Versorgungseffekte des Vertrages unterliegt. Die Eigenbeteiligung darf nicht für Leistungen erhoben werden, auf die Versicherte außerhalb des Vertrages nach den allgemeinen Vorschriften dieses Buches Anspruch haben. Sie darf insbesondere nicht dazu führen, dass Versicherte von der Inanspruchnahme medizinisch notwendiger Leistungen ausgeschlossen werden. Eine Vorleistungspflicht der Versicherten darf nicht begründet werden. Direktforderungen der Leistungserbringer gegenüber Versicherten sind ausgeschlossen. Das Nähere zu Art, Umfang, Höhe, Belastungsobergrenze, Sozialschutz und Transparenz der Eigenbeteiligung ist im Vertrag nach Absatz 1 zu regeln. Die Satzung der Krankenkasse kann ergänzende Regelungen vorsehen.“

Änderungsvorschläge zum Entwurf GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz (BStabG)

Die Kassenärztliche Vereinigung SH (KVSH), der Hartmannbund SH (HB SH) und die ägNord teilen die Kritik der KBV und unterstützen ausdrücklich die einzelnen Bewertungen und Änderungsvorschläge. In diese Übersicht wurden die wichtigsten Punkte übernommen. Für eine Bewertung der weiteren Maßnahmen vgl. Stellungnahme der KBV zum GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz, 4. Mai 2026, www.kbv.de/positionen/stellungnahmen/gkv-beitragssatzstabilisierungsgesetz

Hauptkritikpunkte – Bewertung und Änderungsvorschläge

Vorstand der KVSH: Dr. Bettina Schultz, Karsten Brandstetter, Alexander Paquet

Landesvorstandsmitglied des HB SH: Dr. Mark F. Tobis, FEBO

ägNord, Stellv. Vorstandsvorsitzender Dr. Axel Schroeder

Gesetzesentwurf	beabsichtigte Neuregelung	Bewertung	Änderungsvorschlag
ART. 1 NR. 17 (§ 44c ABS. 1 SGB V – TEILARBEITSUNFÄHIGKEIT)	<p>Nach § 44b werden die folgenden §§ 44c und 44d eingefügt:</p> <p>Versicherte, die infolge einer nicht nur geringfügigen Erkrankung absehbar länger arbeitsunfähig sein werden, können während der Dauer der ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit eine teilweise Ausübung ihrer bisherigen Tätigkeit aufnehmen, wenn</p> <ol style="list-style-type: none">1. sie sich dazu gesundheitlich in der Lage sehen,2. die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt eine entsprechende Teilarbeitsunfähigkeit in Höhe	<p>Begründung: Die Regelung dieser Nummer widerspricht grundsätzlich § 12 Abs. 1 SGB V (Wirtschaftlichkeitsgebot).</p> <p>Zudem sind die Belange in der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie (AU-RL) geregelt.</p>	<p>Streichung von Nr. 1 und entsprechende Neummerierung von Nr. 2 und Nr. 3;</p> <p>Entsprechende Anpassung bzw. Ergänzung der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie (AU-RL)</p>

Gesetzesentwurf	beabsichtigte Neuregelung	Bewertung	Änderungsvorschlag
	<p>von 25, 50 oder 75 Prozent der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit des Versicherten feststellt und</p> <p>3. der Arbeitgeber der teilweisen Arbeitsaufnahme zustimmt.</p>		
<p>ART. 1 NR. 25 (§ 71 ABS. 2 S. 2 ABS. 3 SGB V – BEI-TRAGSSTABILITÄT)</p>	<p>Die Neuregelung sieht eine Streichung der Möglichkeit der Überschreitung der Veränderungsraten der beitragspflichtigen Einnahmen bei vertraglich abgesicherten oder Einsparungen in anderen Leistungsbereichen vor. Der Grundsatz der Beitragsstabilität gilt grundsätzlich für alle Vergütungsbereiche. Bei der Ermittlung der Veränderungsrate für die Jahre 2027 und 2028 bleibt die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze außer Betracht. Die Veränderungsrate wird für die Jahre 2027 bis 2029 um einen Prozentpunkt reduziert.</p>	<p>Die Regelung wird abgelehnt. Sie entspricht nicht den medizinischen Versorgungsbedarfen. Insbesondere wird nicht berücksichtigt, dass es in der Vergangenheit bereits negative Veränderungsraten der beitragspflichtigen Einnahmen gab, die durch die weitere Absenkung um einen Prozentpunkt und die fehlende Berücksichtigung der Anpassung der Beitragsbemessungsgrenze weiter verschärft würden. Eine negative Anpassung der Vergütung ist in jedem Fall zu vermeiden.</p>	<p>Streichung der Regelung</p>
<p>ART. 1 NR. 31 F) (ABSATZ 2G – AUFNAHME VERWEIS ZUR BEITRAGSSATZS)</p>	<p>Die Geltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität wird für die Fortschreibung des Orientierungswertes explizit festgeschrieben.</p>	<p>Die KBV lehnt die Anpassung ab. Die Festschreibung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität bei der Fortentwicklung der Gesamtvergütung durch die Anpassung des Orientierungswertes stellt eine Abkehr</p>	<p>Entfall der Regelung</p>

Gesetzentwurf	beabsichtigte Neuregelung	Bewertung	Änderungsvorschlag
TABILITÄT BEI ANPASSUNGEN DES ORIENTIERUNGS WERTS)		von einer an betriebswirtschaftlichen Maßstäben orientierten Vergütungsentwicklung der ambulanten Versorgung dar.	
ART. 1 NR. 31 D) AA) UND E) AA) (ABSATZ 2B UND 2C – WEGFALL DER TSVG-ZUSCHLÄGE)	Mit den Regelungsvorschlägen werden die sog. „TSVG-Zuschläge“ aus § 87 SGB V entfernt.	Die KBV und der HB SH lehnen die Anpassungen ab: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die sog. „TSVG-Regelungen“ stellen das zentrale Steuerungselement der ambulanten Versorgung dar. Durch sie wird die zeitnahe Vergabe bestimmter Termine incentiviert. Gleichzeitig stellten sie das zentrale Versprechen für die fachärztliche Versorgung in der vorvergangenen Legislaturperiode dar. ▪ Bei einer Umsetzung dieser Gesetzesänderung zum Wegfall der extrabudgetären Zuschläge ohne jede Kompensation mit den entsprechenden Auswirkungen auf die etablierten Wege der Terminvermittlung im haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich käme es zu gravierenden Auswirkungen auf den fachärztlichen Versorgungsbereich, da die TSVG-Konstellationen überwiegend für Fachärzte definiert sind. Es wird ein negativer Anreiz für die Terminvermittlung gesetzt. Wartezeiten auf Termine in der fachärztlichen Versorgung werden steigen. 	<p style="text-align: center;"><u>ENTWEDER</u> Entfall der Regelung</p> <p style="text-align: center;"><u>ODER</u> Regelung belassen, aber mit Rückabwicklung der TSVG-Verpflichtungen, (siehe weiter unten)</p>

Gesetzentwurf	beabsichtigte Neuregelung	Bewertung	Änderungsvorschlag
<p>ART. 1 NR. 32 B) UND 32 D) (ABSATZ 3 UND ABSATZ 5 – WEGFALL DER EXTRABUD- GETÄREN VERGÜTUNG VON TSVG- KONSTELLATIO- NEN)</p>	<p>Die extrabudgetäre Vergütung für die sog. TSVG-Fälle wird zurückgenommen.</p>	<p>Die KBV und der HB SH lehnen die Anpassungen ab:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Durch die Regelungen wird das zentrale Steuerungselement für die Vergabe von Terminen abgeschafft. ▪ Bei einer Umsetzung dieser Gesetzesänderung zum Wegfall der extrabudgetären Vergütung der Leistungen in vermittelten Behandlungsfällen ohne jede Kompensation mit den entsprechenden Auswirkungen auf die etablierten Wege der Terminvermittlung im haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich käme es zu gravierenden Auswirkungen auf den fachärztlichen Versorgungsbereich. Es wird ein negativer Anreiz für fachärztliche vertragsärztliche Versorgung gesetzt. 	<p style="text-align: center;"><u>ENTWEDER</u></p> <p style="text-align: center;">Entfall der Regelung</p> <p style="text-align: center;"><u>ODER</u></p> <p style="text-align: center;">Regelung belassen, aber mit Rückabwicklung der TSVG-Verpflichtungen, (siehe weiter unten)</p>
<p>RÜCKABWICKLUNG DER TSVG-VERPFLICHTUNGEN</p>		<p>Die Streichung der TSVG-Vergütungsregelungen ohne die Rückführung der TSVG-Leistungsverpflichtungen stellt einen eklatanten Vertragsbruch dar. Ohne entsprechende Kürzungen bei den Leistungsverpflichtungen machen sich Regierung und Gesetzgeber unglaublich und gefährden das Vertrauen in die Rechtssicherheit unseres Landes.</p>	<p>1. Streichung in § 75 Abs. 1a SGB V des folgenden Satzes: „Die Kassenärztlichen Vereinigungen informieren die Versicherten im Internet in geeigneter Weise bundesweit einheitlich über die Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte und über die Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen zur Versorgung (Barrierefreiheit) und richten Terminservicestellen ein, die spätestens zum 1. Januar 2020 für 24 Stunden täglich an sieben Tagen in der Woche unter einer</p>

Gesetzentwurf	beabsichtigte Neuregelung	Bewertung	Änderungsvorschlag
			<p>bundesweit einheitlichen Telefonnummer erreichbar sein müssen.“</p> <p>2. Streichung in § 75 Abs. 1a SGB V der folgenden Sätze: „Die Terminservicestelle hat</p> <p>1. Versicherten innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 zu vermitteln, 2. Versicherte bei der Suche nach einem Hausarzt zu unterstützen, den sie nach § 76 Absatz 3 Satz 2 wählen möchten, und 3. Versicherten spätestens zum 1. Januar 2020 in Akutfällen auf der Grundlage eines bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens eine unmittelbare ärztliche Versorgung in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene zu vermitteln. Für die Vermittlung von Behandlungsterminen bei einem Facharzt muss mit Ausnahme von Behandlungsterminen bei einem Augenarzt oder einem Frauenarzt und mit Ausnahme der Vermittlung in Akutfällen nach Satz 3 Nummer 3 eine Überweisung vorliegen; eine Überweisung muss auch in den Fällen des Satzes 11 Nummer 2 vorliegen.“</p> <p>3. Streichung in § 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V der folgenden Ergänzung: [Die hausärztliche Versorgung beinhaltet insbesondere ... 2. die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen] „einschließlich der Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins</p>

Gesetzentwurf	beabsichtigte Neuregelung	Bewertung	Änderungsvorschlag
			<p>bei einem an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer“</p> <p>4. Ersatz von § 19a Abs. 1 Satz 2 Ärzte-ZV durch: „Der Arzt ist verpflichtet, im Rahmen seiner vollzeitigen vertragsärztlichen Tätigkeit mindestens 20 [vormals 20, aktuell 25] Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden für gesetzlich Versicherte zur Verfügung zu stehen.“</p> <p>5. Streichung von § 19a Abs. 1 Satz 3 Ärzte-ZV: „Ärzte, die an der fachärztlichen Versorgung nach § 73 Absatz 1a Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch teilnehmen und die insbesondere den Arztgruppen der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung angehören, müssen mindestens fünf Stunden wöchentlich als offene Sprechstunden ohne vorherige Terminvereinbarung anbieten.“</p>
<p>ART. 1 NR. 32 C) (ABSATZ 3B UND ABSATZ 3C – KORREKTUR KINDERARZT- MGV UND HAUSARZT-MGV)</p>	<p>Die Regelung ändert den Aufsatz der Berechnung der Kinderarzt-MGV, die nicht mit befreiender Wirkung von der GKV gezahlt wird. Durch die Änderung wird i. d. R. eine höhere Kinderarzt-MGV ermittelt. Zudem werden Abschläge für die allgemeinen Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen auf Ausgleichszahlungen bei Überschreitung der</p>	<p>Die KBV lehnt die Anpassungen ab:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Änderung der Regelung zur MGV-Plus für Kinder- und Jugendärzte stellt einen Bruch der den Kinder- und Jugendärzten gegebenen Versprechen dar. ▪ Die isolierte Betrachtung der Kinderarzt-MGV übersieht die Interaktionen mit der Bestimmung der Hausarzt-MGV. Bei der Bestimmung der Hausarzt-MGV wird „zusätzlich ausgezahltes Honorar aufgrund von Finanzmitteln der Kinderarzt-MGV“ bei der Berechnung des Honoraranteils und damit als Teil der 	<p>Entfall der Regelung</p>

Gesetzentwurf	beabsichtigte Neuregelung	Bewertung	Änderungsvorschlag
	<p>morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen (MGV) in den Versorgungsbereichen der Kinder- und Jugendmedizin und der allgemeinen hausärztlichen Versorgung neu aufgenommen.</p>	<p>Hausarzt-MGV erhöhend berücksichtigt. Eine Anpassung im Bereich der Kinderarzt-MGV wird in den KVen, in denen Finanzmittel aus der Kinderarzt-MGV vorhanden waren, zu einer Absenkung der Hausarzt-MGV führen, da anderenfalls die Finanzmittel im durch die Trennung der Vergütungen vorgegebenen gesamten hausärztlichen Versorgungsbereich nicht ausreichen werden. Der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 85. Sitzung muss in der Folge korrigiert werden, da die Berechnungsformel nicht mehr korrekt ist. Eine Einsparung für die GKV erfolgt in Summe in der Regel nicht, da es zu höheren Nachzahlungen bei den Hausärzten kommen würde.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Verringerung der Leistungsvergütung bei Überschreiten der MGV für Kinder- und Jugendärzte und für Hausärzte stellt einen Bruch der den Kinder- und Jugendärzten und Hausärzten gegebenen Versprechen dar. ▪ Eine Abschlagsregelung bei den Ausgleichszahlungen ist nicht sachgerecht. Kostendegressionen bei Fallzahlsteigerungen gemäß § 87 Abs. 2g sind bei der Festlegung des Orientierungswertes und damit bei der Weiterentwicklung der MGV, die die Kinderarzt-MGV sowie die Hausarzt-MGV umfasst, zu berücksichtigen. Es käme hier 	

Gesetzentwurf	beabsichtigte Neuregelung	Bewertung	Änderungsvorschlag
		<p>zu einer sachlich falschen Doppelberücksichtigung der Kostendegression.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Vorgabe einer quartalsweisen Evaluation ist durch eine jährliche Evaluation zu ersetzen, um unnötigen Verwaltungsaufwand, dem keine weitergehenden Erkenntnisse gegenüberstehen, zu vermeiden. ▪ Eine über die in Bearbeitung befindliche Evaluation der extrabudgetären Vergütung der Leistungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie hinausgehende Evaluation wird als nicht notwendig angesehen. 	
<p>ART. 1 NR. 34 (§ 87D SGB V – VERGÜTUNG VERTRAGS-ÄRZTLICHER LEISTUNGEN AUßERHALB DER MORBIDITÄTSBEDINGTEN GESAMTVERGÜTUNGEN)</p>	<p>Durch die Regelungen werden im Ergebnis verschiedene Arten von gedeckelten Gesamtvergütungen geschaffen und insbesondere wesentliche Teile der extrabudgetären Vergütung gedeckelt.</p>	<p>Die KBV lehnt die Anpassungen ab:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Durch die Regelung werden bisherige Entscheidungen der gemeinsamen Selbstverwaltung im Bewertungsausschuss negiert und die Überprüfung dieser Regelungen durch den Bewertungsausschuss erschwert. Der Gesetzgeber greift mit der Regelung massiv in die Kompetenz der gemeinsamen Selbstverwaltung ein. ▪ Durch die Regelung wird erheblich neue Bürokratie geschaffen. ▪ Verschiedene nebeneinander bestehende Gesamtvergütungen und Honorarverteilungen werden die 	<p>Entfall der Regelung.</p>

Gesetzentwurf	beabsichtigte Neuregelung	Bewertung	Änderungsvorschlag
		<p>Selbstverwaltungsorgane erheblich belasten.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Regelung wird zu erheblichen Rechtsstreitigkeiten führen. ▪ Sofern psychotherapeutische Leistungen als Teil der MGV oder der Gesamtvergütung mit begrenztem Ausgabenvolumen nach Absatz 1 durch die Krankenkassen vergütet werden, sind diese gemäß dieser Regelung an die Psychotherapeuten zu verteilen. Da die angemessene Höhe der Vergütung dieser Leistungen ihrer Höhe nach bereits im EBM festzulegen ist und gemäß der Regelung in § 87b Abs. 2 SGB V die Honorarverteilung diese Angemessenheit umzusetzen hat, ergibt sich an dieser Stelle kein Gestaltungsspielraum für eine Quotierung der Leistungsmengen oberhalb der Begrenzung des Ausgabenvolumens. Im Ergebnis muss die Finanzierung dieser zusätzlichen Leistungen aus der MGV durch Fachärzte erfolgen. Dies führt zu erheblichen Verteilungskonflikten zwischen Fachärzten und Psychotherapeuten und wird erhebliche Rechtsunsicherheit erzeugen. ▪ Die Frist, neue Leistungen automatisch nach zwei Jahren in die MGV zu überführen, ist wesentlich zu kurz. Die Etablierung dieser neuen Leistung hat zu diesem Zeitpunkt nach den bisherigen Erfahrungen im Bewertungsausschuss 	

Gesetzentwurf	beabsichtigte Neuregelung	Bewertung	Änderungsvorschlag
		<p>noch nicht in ausreichendem Maße stattgefunden.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Analyse der Auswirkungen sollte wie üblich durch den Bewertungsausschuss erfolgen. Eine Aufsplittung der Arbeiten auf Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) und dem Institut des Bewertungsausschusses ist ineffizient. 	
<p>ART. 1 NR. 62 (§ 232a ABS. 1 NR. 2</p> <p style="text-align: center;">-</p> <p>BEITRAGSPFLICHTIGE EINKÜNFTE DER BEZUGSLOSEN GELDER, UNTERHALTSGELDER, KURZARBEITERGELDER ODER QUALIFIZIERUNGSGELDER)</p>	<p>§ 232a Absatz 1 Nummer 2 wird durch die folgende Nummer 2 ersetzt:</p> <p>„ 2. bei Personen, die Grundsicherungsgeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches beziehen, für das Jahr 2027 das 0,2234-fache der monatlichen Bezugsgröße, für das Jahr 2028 das 0,2312-fache der monatlichen Bezugsgröße, für das Jahr 2029 das 0,2464-fache der monatlichen Bezugsgröße, für das Jahr 2030 das 0,2618-fache der monatlichen Bezugsgröße und ab dem Jahr 2031 das 0,2766-fache der monatlichen Bezugsgröße; abweichend von § 223 Absatz 1 sind die Beiträge für jeden Kalendermonat, in dem mindestens für einen Tag eine</p>	<p>Die Deckung der Beiträge für Bürgergeldempfänger ist keine partiell- sondern eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.</p>	<p>§ 232a Absatz 1 Nummer 2 wird durch die folgende Nummer 2 ersetzt:</p> <p>„ 2. bei Personen, die Grundsicherungsgeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches beziehen, für das Jahr 2027 das 0,5852-fache (Faktor) der monatlichen Bezugsgröße; abweichend von § 223 Absatz 1 sind die Beiträge für jeden Kalendermonat, in dem mindestens für einen Tag eine Mitgliedschaft besteht, zu zahlen. Der Faktor ist für die Folgejahre so zu berechnen und neu festzulegen, dass der Bund die Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung des zuvor genannten Personenkreises voll bezahlt. Defizit oder Überschuss des vorhergehenden Vorjahres sind bei der Faktorneuberechnung auszugleichen und zu berücksichtigen.“</p>

Gesetzentwurf	beabsichtigte Neuregelung	Bewertung	Änderungsvorschlag
	Mitgliedschaft besteht, zu zahlen.“		

Darüber hinaus sehen die KVSH, der Hartmannbund SH und die äg Nord im Einklang mit der Positionierung der KBV **Handlungsbedarf im Bereich der Erstattung von versicherungsfremden Leistungen** aus dem Bundeshaushalt, die im aktuellen Gesetzentwurf faktisch nicht erfolgt. Insofern ist auf die Bewertung der KBV zu verweisen:

- „Zusätzlich zieht sich der Staat maßgeblich und dauerhaft aus seiner Verantwortung zurück. Insbesondere bei der Finanzierung von versicherungsfremden Leistungen erfolgt keine ausreichende Gegenfinanzierung aus Steuermitteln. Allein zur Deckung der Beiträge für Bürgergeldempfänger wären 12 Milliarden Euro notwendig. Stattdessen wird der Gesundheitsfonds noch stärker belastet; die Bundesregierung kürzt ab dem Jahr 2027 dauerhaft den Bundeszuschuss aus Steuermitteln zur Gegenfinanzierung von versicherungsfremden Leistungen um jährlich 2 Milliarden Euro. Im Jahr 2027 finanziert die Bundesregierung die bisher nicht ausgeglichenen Kosten für Bürgergeldempfänger in Höhe von jährlich 12 Milliarden Euro mit lediglich 250 Millionen Euro (welche bis ins Jahr 2030 auf 2 Milliarden Euro anwachsen). Der Staat nutzt damit faktisch die Beitragsmittel zur Deckung von Haushaltslücken im Bundeshaushalt und als Ersatzfinanzierung für versicherungsfremde Leistungen, die nicht durch die Versichertengemeinschaft über die gesetzlichen Krankenkassen zu finanzieren sind: ein insgesamt gesundheitspolitisch falscher Ansatz, der das Gesundheitssystem zusätzlich unter Druck setzt.“¹

¹ Vgl. Stellungnahme der KBV zum GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz, 4. Mai 2026, www.kbv.de/positionen/stellungnahmen/gkv-beitragssatzstabilisierungsgesetz

**Aktionsbündnis
Psychotherapie**



BVDP Berufsverband
Deutscher Psychiater



BPtK
Bundes
Psychotherapeuten
Kammer

bwvp BUNDESVERBAND DER
VERTRAGSPSYCHOTHERAPEUTEN E.V.
Vielfalt macht den Unterschied

DGPt

Deutsche Gesellschaft für
Psychoanalyse,
Psychotherapie,
Psychosomatik und
Tiefenpsychologie e.V.

DGVT BV
DGVT-Berufsverband
Psychosoziale Berufe e.V.



DPtV Deutsche
Psychotherapeuten
Vereinigung

VAKJP

Vereinigung für analytische und
tiefenpsychologisch fundierte Kinder-
und Jugendlichen-Psychotherapie
in Deutschland e.V. gegr. 1953

9-Punkte-Erklärung der psychotherapeutischen und psychiatrischen Organisationen, Berufsverbände und Fachgesellschaften

Die Psychotherapeutenkammer SH unterstützt diese Erklärung!
Dr. Clemens Veltrup (Präsident), Dr. Christina Bern (Geschäftsführerin)

GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz jetzt stoppen – Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen fair und zukunftsfest sichern

Psychische Erkrankungen zählen zu den häufigsten und folgenschwersten Krankheiten. Sie verursachen große persönliche Belastungen für Betroffene und Angehörige, führen zu langen AU-Zeiten und sind die häufigste Ursache für Erwerbsminderungsrenten. Die Versorgung psychisch erkrankter Menschen ist eine zentrale gesellschaftliche Verpflichtung. Zugleich bedeuten Krankengeldzahlungen und Rentenausgaben hohe volkswirtschaftliche Kosten.

Schon heute gibt es massive Versorgungsengpässe und teils monatelange Wartezeiten. Mit größter Sorge sehen wir, dass der vorliegende Entwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes (BStabG) die Behandlung psychisch erkrankter Menschen unausweichlich und unvermeidbar reduzieren wird. Aus psychotherapeutischer und psychiatrischer Sicht ist das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz ein GKV-Wartezeitenverlängerungsgesetz. Deshalb sagen wir: Ja zu durchdachten Reformen, nein zu diesem Gesetzentwurf.

Unser Appell:

1. Den Entwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes nicht beschließen.

Wir fordern die Bundesregierung nachdrücklich auf, ihrer Verantwortung für eine zukunftsfeste Versorgung gerecht zu werden und den überhasteten Entwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes auf der Kabinettsitzung am 29. April 2026 nicht zu beschließen. Nötig ist ein neuer Ansatz für eine nachhaltige Reform.

2. Gesetzesfolgen realistisch abschätzen.

Wir stellen fest, dass dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz eine praxisnahe Gesetzesfolgenabschätzung fehlt. Das BStabG bedeutet tiefe Einschnitte in Versorgungskapazitäten. Denn der vorliegende Gesetzentwurf deckelt die ambulante GKV-Versorgung, gefährdet die finanzielle Basis von Praxen, belastet die stationäre Versorgung und spart auf dem Rücken von Patient*innen. Wir wollen eine Versorgung nach Dringlichkeit, nicht nach Versicherungsart. Für alle erkrankten Menschen. Aber der vorliegende Gesetzentwurf budgetiert und rationiert Versorgung für GKV-Versicherte – und gefährdet so auch ein solidarisches Gesundheitssystem. So gelingt keine nachhaltige Stabilisierung der GKV.

3. Expertise der Gesundheitsberufe sorgfältig einbeziehen.

Weniger als vier Tage (inklusive Wochenende) für die Stellungnahme: Ein derart übereiltes Verfahren ist bei einem so komplexen und bedeutenden Gesetzesvorhaben nicht akzeptabel. Eine zukunftsorientierte Finanzierung der Versorgung psychischer Erkrankungen braucht Vertrauen und Beratung. Wir bieten der Politik dafür unsere fachliche Expertise und vertrauensvolle Zusammenarbeit an.

4. GKV nachhaltig stabilisieren.

Das BStabG verschärft langfristig die finanzielle Situation der Sozialversicherungssysteme. Denn wer kurzfristig Versorgung abbaut, erhöht langfristig Ausgaben an anderer Stelle – etwa für Krankengeld, Arbeitslosigkeit oder Erwerbsminderungsrenten. Nötig ist ein umfassender Blick.

5. Versorgung am tatsächlichen Bedarf orientieren.

Die Versorgung psychisch erkrankter Menschen muss sich am tatsächlichen Bedarf orientieren. Nicht an der Grundlohnsumme. Aber die soll die Basis bilden für eine künftige Mengenbegrenzung. Nur eine verlässliche Finanzierung ambulanter, teilstationärer und stationärer Leistungen ermöglicht eine frühzeitige Krisenintervention und evidenzbasierte Behandlung.

6. Versicherungsfremde Leistungen aus Steuermitteln bezahlen.

12,5 Milliarden Euro – so groß ist die Deckungslücke, die der Bund in der GKV 2027 reißt. Der Bund muss seiner eigenen Verantwortung für stabile GKV-Beiträge gerecht werden und versicherungsfremde Leistungen kostendeckend steuerfinanzieren. Dass der Bund die GKV-Beiträge indirekt selbst erhöht und dann auf steigende GKV-Beiträge mit Leistungsabbau reagiert, ist unzumutbar.

7. Psychotherapeutische und psychiatrische Praxen stärken statt unterminieren.

Überbordende Bürokratie, steigende Mieten und Personalkosten – die Belastungen für Praxen sind schon heute hoch. Ärztliche und psychotherapeutische Praxen leisten gemeinsam die Versorgung, sind in der Region verwurzelt, arbeiten eng zusammen und helfen erkrankten Menschen dort, wo sie wohnen. Ob in Großstädten oder in strukturschwachen Gebieten. Die mit dem BStabG vorgesehene Budgetierung untergräbt die finanzielle Basis von ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen, reduziert unausweichlich deren Behandlungskapazität für gesetzlich Versicherte und gefährdet damit die ambulante Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

8. Krankenhausversorgung stärker ambulantisieren.

Wer die psychiatrische Krankenhausversorgung zukunftsfähig gestalten und deren Qualität stärken will, muss stationäre Bettenkapazitäten – wo sinnvoll – in teilstationäre und ambulante Behandlungsangebote umwandeln und gleichzeitig die Therapieintensitäten ausbauen, statt pauschal zu kürzen. Gerade die adäquate Versorgung von Menschen mit schweren Erkrankungen bleibt nur gesichert, wenn das Ambulantisierungspotenzial konsequent genutzt und die sektorenübergreifende Zusammenarbeit gestärkt werden.

9. Prävention und differenzierte Versorgungsangebote stärken.

Politische Maßnahmen müssen darauf ausgerichtet sein, Erkrankungen zu vermeiden, frühzeitig zu erkennen und Rückfällen vorzubeugen. Es kommt darauf an, Prävention, Frühintervention und differenzierte Versorgungsangebote, in die nach Dringlichkeit gesteuert wird, weiter zu stärken. Unabdingbar ist es, eine Zuckersteuer einzuführen, Tabak und Spirituosen stärker zu besteuern und Mehreinnahmen für Prävention, die Entlastung der GKV und zur Verbesserung der Versorgung einzusetzen.

Folgende Verbände haben die 9-Punkte-Erklärung mitgezeichnet (Stand: 28.04.2026):

Aktionsbündnis Psychotherapie

Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP)

Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V. (bvvp)

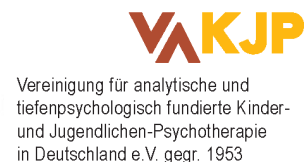
Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V. (DGPT)

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT)

Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPtV)

Vereinigung für analytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie in Deutschland (VAKJP)

**Aktionsbündnis
Psychotherapie**



Änderungsvorschläge zum Entwurf GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz (BStabG)

Stellungnahme der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) Schleswig-Holstein Dr. Michael Diercks, Vorstandsvorsitzender KZV-SH; ZA Peter Oleownik, 1. Stellv. Vorstandsvorsitzender KZV-SH; **unter Berücksichtigung von Beiträgen** von Dr. Michael Brandt, Präsident Zahnärztekammer SH, Dr. Roland Kaden, Vorstand Gebührenrecht Zahnärztekammer SH, Dr. Joachim Hüttmann, Landesvorstandsmitglied Freier Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ) SH, Jan-Philipp Schmidt, Landesvorsitzender Freier Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ) SH.

Aktuelles Gesetz	Gesetzentwurf	Änderungsvorschlag und Begründung
<p>§ 28 (2)</p> <p>Nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehört die kieferorthopädische Behandlung von Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet haben.</p>	<p>§ 28 wird wie folgt geändert:</p> <p>a) Absatz 2 Satz 6 und 7 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:</p> <p>„Nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehört die kieferorthopädische Behandlung</p> <p>1. durch Vertragszahnärzte, die keine Anerkennung als Fachzahnarzt für Kieferorthopädie besitzen,</p> <p>2. von Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet haben</p>	<p>§ 28 Abs. 2 S. 6 Ziffer 1 SGB V NEU Streichen</p> <p>Die Behauptung, kieferorthopädische Behandlungen durch Nichtfachzahnärzte wiesen qualitative Defizite auf, ist wissenschaftlich nicht belegt. Eine Quelle hierzu wird nicht genannt. Auch den KZVen sind keine Zahlen bekannt, die ein unterschiedliches Qualitätsniveau bei kieferorthopädischen Behandlungen durch Fachzahnärzte gegenüber denen durch Nichtfachzahnärzte belegen.</p> <p>Das Fach Kieferorthopädie ist sowohl Teil des präklinischen als auch klinischen Abschnittes des Studiums der Zahnmedizin und Prüfungsfach im zweiten und dritten Abschnitt der staatlichen Zahnärztlichen Prüfung. Gerade in ländlichen Bereichen gehören viele Behandlungsfälle zum normalen Behandlungsspektrum vieler Praxen.</p> <p>Kieferorthopädische Fachzahnarztpraxen befinden sich fast ausschließlich in großen und größeren Städten. Die kieferorthopädische Versorgung „auf dem Lande“ würde ohne die Leistungen von Allgemeinzahnärzten mit und ohne Tätigkeitsschwerpunkt Kieferorthopädie quasi „zusammenbrechen“, mit unabsehbaren Folgen für die Versorgung.</p>

Aktuelles Gesetz	Gesetzentwurf	Änderungsvorschlag und Begründung
		<p>Nach den aktuellen Zahlen würden bundesweit über 920.000 Patienten unbehandelt bleiben (vgl. Stellungnahme BZÄK und KZBV vom 20.04.2026). Auch sind Kapazitäten zur Weiterbildung von Fachzahnärztinnen und Fachzahnärzten für Kieferorthopädie zur Deckung eines erhöhten Bedarfs an den Universitäten nicht vorhanden. Schon jetzt warten zahlreiche Assistenten im Rahmen der Weiterbildung zum Fachzahnarzt für Kieferorthopädie auf eine Klinikstelle.</p> <p>Der Ausschluss vorwiegend kieferorthopädisch tätiger Allgemeinzahnärztinnen und -zahnärzte stellt einen schwerwiegenden Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit dar. Er kommt für diese Praxen einem faktischen Berufsverbot gleich und gefährdet deren wirtschaftliche Existenz.</p>
	<p>b) Nach Absatz 2 wird der folgende Absatz 2a eingefügt: „(2a) Für eine bis zum ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 7 dieses Gesetzes] bereits begonnene kieferorthopädische Behandlung durch Vertragszahnärzte, die eine Weiterbildung zum Fachzahnarzt für Kieferorthopädie nicht abgeschlossen haben, ist dieses Gesetz in der bis einschließlich ... [einsetzen: Datum des Tages vor dem Inkrafttreten nach Artikel 7 dieses Gesetzes] geltenden Fassung weiter anzuwenden.“</p>	<p>§ 28 Abs. 2a SGB V NEU (Übergangsregelung) entfällt, wenn Ziffer 1 des § 28 Abs. 2 S. 6 SGB V NEU entfällt</p>
<p>§ 55 Leistungsanspruch</p> <p>(1) Versicherte haben nach den Vorgaben in den Sätzen 2 bis 7 Anspruch auf</p>	<p>§ 55 wird wie folgt geändert: a) Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt: „(1) Versicherte haben nach den Vorgaben in</p>	<p>§ 55 SGB V NEU ist akzeptabel (sofern die Änderungen zu § 71 SGB V NEU unterbleiben)</p> <p>Die Absenkung der Festzuschüsse für medizinisch</p>

Aktuelles Gesetz	Gesetzentwurf	Änderungsvorschlag und Begründung
<p>befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß § 135 Abs. 1 anerkannt ist. Die Festzuschüsse umfassen 60 Prozent der nach § 57 Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung.</p> <p>Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen sich die Festzuschüsse nach Satz 2 auf 70 Prozent. Die Erhöhung entfällt, wenn der Gebisszustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen lässt und der Versicherte während der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die Untersuchungen nach § 22 Abs. 1 nicht in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen hat und 2. sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen. <p>Die Festzuschüsse nach Satz 2 erhöhen sich auf 75 Prozent, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung die Untersuchungen nach Satz 4</p>	<p>den Sätzen 2 bis 7 Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß § 135 Absatz 1 anerkannt ist. Die Festzuschüsse umfassen 50 Prozent der nach § 57 Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen sich die Festzuschüsse nach Satz 2 auf 60 Prozent. Die Erhöhung entfällt, wenn der Gebisszustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen lässt und der Versicherte während der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die Untersuchungen nach § 22 Absatz 1 nicht in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen hat und 2. sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen. <p>Die Festzuschüsse nach Satz 2 erhöhen sich auf 65 Prozent, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung die Untersuchungen nach Satz 4 Nummer 1 und 2 ohne Unterbrechung in</p>	<p>notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (faktische Rückkehr zur bis Oktober 2020 geltenden Regelung) führt zu einer finanziellen Mehrbelastung der Versicherten. Wahrscheinliche Folge wird eine verringerte Nachfrage seitens der Versicherten sein, die sich in einem tendenziell schlechteren prothetischen Versorgungsniveau widerspiegeln würde.</p> <p>Das Festzuschusssystem und die Belohnung von Präventionsmaßnahmen haben sich in der Zahnmedizin bewährt und beispielgebend ihre Wirksamkeit gezeigt.</p>

Aktuelles Gesetz	Gesetzentwurf	Änderungsvorschlag und Begründung
<p>Nr. 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat.</p> <p>Abweichend von den Sätzen 4 und 5 entfällt die Erhöhung der Festzuschüsse nicht aufgrund einer Nichtinanspruchnahme der Untersuchungen nach Satz 4 im Kalenderjahr 2020. In begründeten Ausnahmefällen können die Krankenkassen abweichend von Satz 5 und unabhängig von Satz 6 die Festzuschüsse nach Satz 2 auf 75 Prozent erhöhen, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Jahren vor Beginn der Behandlungen die Untersuchungen nach Satz 4 Nummer 1 und 2 nur mit einer einmaligen Unterbrechung in Anspruch genommen hat. Dies gilt nicht in den Fällen des Absatzes 2.</p> <p>(2)</p> <p>Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen Betrag in Höhe von 40 Prozent der nach § 57 Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung, angepasst an die Höhe der für die Regelversorgungsleistungen tatsächlich anfallenden Kosten, höchstens jedoch in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, wenn sie ansonsten unzumutbar belastet würden; wählen Versicherte, die unzumutbar belastet würden, nach Absatz 4 oder 5 einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- oder andersartigen Zahnersatz, leisten die</p>	<p>Anspruch genommen hat. In begründeten Ausnahmefällen können die Krankenkassen abweichend von Satz 5 die Festzuschüsse nach Satz 2 auf 65 Prozent erhöhen, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Jahren vor Beginn der Behandlungen die Untersuchungen nach Satz 4 Nummer 1 und 2 nur mit einer einmaligen Unterbrechung in Anspruch genommen hat. Dies gilt nicht in den Fällen des Absatzes 2.“</p> <p>b) Absatz 2 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:</p> <p>„Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen Betrag in Höhe von 50 Prozent der nach § 57 Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung, angepasst an die Höhe der für die Regelversorgungsleistungen tatsächlich anfallenden Kosten, höchstens jedoch in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, wenn sie ansonsten unzumutbar belastet würden; wählen Versicherte, die unzumutbar belastet würden, nach Absatz 4 oder 5 einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- oder andersartigen Zahnersatz, leisten die Krankenkassen nur den Festzuschuss nach Absatz 1 Satz 2 und den Betrag in Höhe von 50 Prozent der nach § 57 Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge</p>	

Aktuelles Gesetz	Gesetzentwurf	Änderungsvorschlag und Begründung
<p>Krankenkassen nur den Festzuschuss nach Absatz 1 Satz 2 und den Betrag in Höhe von 40 Prozent der nach § 57 Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung.</p>	<p>für die jeweilige Regelversorgung.“</p>	
	<p>c) Nach Absatz 5 wird der folgende Absatz 6 eingefügt: „(6) Für alle vor dem 1. Januar 2027 bewilligten Festzuschüsse gilt § 55 in der bis zum 31. Dezember 2026 geltenden Fassung.</p>	<p>§ 55 Abs. 6 SGB V NEU Übergangsregelung (richtig)</p>
<p>§ 71 (2)/. Abweichend von Satz 1 ist eine Überschreitung zulässig, wenn die damit verbundenen Mehrausgaben durch vertraglich abgesicherte oder bereits erfolgte Einsparungen in anderen Leistungsbereichen ausgeglichen werden.</p> <p>(3) ./. Die Feststellung wird durch Veröffentlichung im Bundesanzeiger bekannt gemacht. Bei der Ermittlung der durchschnittlichen Veränderungsrate nach Satz 1 werden für die Jahre 2017 und 2018 die Mitglieder nicht berücksichtigt, die nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a in der am 31. Dezember 2015 geltenden Fassung vorrangig familienversichert gewesen wären.</p>	<p>§ 71 wird wie folgt geändert:</p> <p>a) Absatz 2 Satz 2 wird gestrichen.</p> <p>b) Absatz 3 Satz 3 und 4 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:</p> <p>„Die durchschnittliche Veränderungsrate nach Satz 1 wird für die Jahre 2028 und 2029 ohne die Wirkung der außerordentlichen Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in § 223 Absatz 4 Satz 1 ermittelt. Das Ergebnis der Ermittlung nach Satz 1 ist in den Jahren 2027, 2028 und 2029 jeweils um einen Prozentpunkt zu mindern. Die durchschnittliche Veränderungsrate nach den Sätzen 1 bis 4 wird durch Veröffentlichung im Bundesanzeiger bekannt gemacht.</p>	<p>§ 71 Abs. 3 S. 3 und 4 SGB V NEU, Gesetzesänderung streichen, bisherige Formulierung belassen</p> <p>Eine Minderung der durchschnittlichen Veränderungsrate (GLS) um 1 Prozentpunkt ist weder erforderlich noch angemessen. Der zahnärztliche Bereich ist nur noch mit 5,7 % (Stand 2025) an den Gesamtausgaben der GKV beteiligt. Trotz Aufnahme neuer Leistungen (Besuchsleistungen für vulnerable Gruppen, Präventionsleistungen bei Kleinstkindern, Einführung einer umfangreichen Parodontitistherapie, Eingliederung von sog. „Schnarchschiene“) in den GKV-Katalog, ist es zu keiner Ausweitung des Anteils an den GKV-Gesamtausgaben gekommen. Im Gegenteil: die Zahnmedizin ist der einzige nennenswerte Versorgungsbereich in der GKV, dessen Ausgabensteigerungen regelmäßig unterhalb der Grundlohnsummenentwicklung liegt. Eine derartige Begrenzung der Punktwertsteigerungen und der Erhöhung der Gesamtvergütung auf die geminderte Grundlohnsummenveränderungsrate würde zudem insbesondere kleinere und umsatzschwächere Praxen,</p>

Aktuelles Gesetz	Gesetzentwurf	Änderungsvorschlag und Begründung
		häufig in ländlichem Raum gelegen, treffen. Weitere Praxisschließungen mit dem damit einhergehenden Risiko von Versorgungsdefiziten für die Bevölkerung wären die Folge.
<p>(§ 79 (6)) Für den Vorstand gilt § 35a Absatz 1 Satz 3 und 4, Absatz 2, 5 Satz 1, Absatz 6a und 7 des Vierten Buches entsprechend; für die Mitglieder der Vertreterversammlung gilt § 42 Absatz 1 bis 3 des Vierten Buches entsprechend. Die Vertreterversammlung hat bei ihrer Wahl darauf zu achten, dass die Mitglieder des Vorstandes die erforderliche fachliche Eignung für ihren jeweiligen Geschäftsbereich besitzen. Für die Kassenärztlichen Vereinigungen gilt § 35a Absatz 6a Satz 2 des Vierten Buches mit der Maßgabe, dass sich die Bedeutung der Körperschaft insbesondere nach der Zahl der Mitglieder bemisst. Die Aufsichtsbehörde kann vor ihrer Entscheidung nach § 35a Absatz 6a des Vierten Buches in Verbindung mit Satz 1 verlangen, dass ihr die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen eine unabhängige rechtliche und wirtschaftliche Bewertung der Vorstandsdienstverträge vorlegen. Vergütungserhöhungen sind während der Dauer der Amtszeit der Vorstandsmitglieder der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen unzulässig. Zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Vorstandsmitgliedes der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen kann eine über die zuletzt nach § 35a Absatz 6a</p>	<p>§ 79 Absatz 6 wird durch den folgenden Absatz 6 ersetzt:</p> <p>„(6) Für den Vorstand gelten § 35a Absatz 1 Satz 3 und 4, Absatz 2, 5 Satz 1, Absatz 6a und 7 des Vierten Buches entsprechend; für die Mitglieder der Vertreterversammlung gilt § 42 Absatz 1 bis 3 des Vierten Buches entsprechend. Die Vertreterversammlung hat bei ihrer Wahl darauf zu achten, dass die Mitglieder des Vorstandes die erforderliche fachliche Eignung für ihren jeweiligen Geschäftsbereich besitzen. Für die Kassenärztlichen Vereinigungen gilt § 35a Absatz 6a Satz 2 des Vierten Buches mit der Maßgabe, dass sich die Bedeutung der Körperschaft insbesondere nach der Zahl der Mitglieder bemisst</p>	<p>§ 79 Abs. 6 SGB V NEU iVm 35a SGB IV Der Regelungsinhalt wird in das vierte Buch des Sozialgesetzbuchs verschoben.</p> <p>Die Regelung ist nicht sachgerecht, weil die Vergütungen von Vorstandmitgliedern der KZVen durch die Mitglieder der KZV aufgebracht werden und in das Haushaltsrecht der KZV-Vertreterversammlung fallen.</p>

Aktuelles Gesetz	Gesetzentwurf	Änderungsvorschlag und Begründung
<p>Satz 1 des Vierten Buches gebilligte Vergütung der letzten Amtsperiode oder des Vorgängers im Amt hinausgehende höhere Vergütung nur durch einen Zuschlag auf die Grundvergütung nach Maßgabe der Entwicklung des Verbraucherpreisindex vereinbart werden. Die Aufsichtsbehörde kann zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Vorstandsmitgliedes der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen eine niedrigere Vergütung anordnen. Finanzielle Zuwendungen nach Absatz 4 Satz 10 sind auf die Vergütung der Vorstandsmitglieder der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen anzurechnen oder an die jeweilige Kassenärztliche Bundesvereinigung abzuführen. Vereinbarungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen für die Zukunftssicherung der Vorstandsmitglieder sind nur auf der Grundlage von beitragsorientierten Zusagen zulässig.</p>		
<p>(§ 85 2d) Die Punktwerte für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz dürfen im Jahr 2023 gegenüber dem Vorjahr höchstens um die um 0,75 Prozentpunkte verminderte durchschnittliche Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 angehoben werden. Die Punktwerte für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz dürfen im Jahr 2024 gegenüber dem Vorjahr höchstens um die um 1,5 Prozentpunkte verminderte durchschnittliche Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 angehoben werden. Die Sätze 1 und 2 gelten</p>	<p>§ 85 wird wie folgt geändert: a) Absatz 2d wird durch den folgenden Absatz 2d ersetzt: „(2d) Für die Veränderung der Punktwerte für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz ist gilt § 71 Absatz 1 bis 3; dies gilt nicht für Leistungen nach den §§ 22, 22a, 26 Absatz 1 Satz 5, § 87 Absatz 2i und 2j sowie Leistungen zur Behandlung von Parodontitis für Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 des Elften Buches zugeordnet sind oder in der Eingliederungshilfe nach § 99 des Neunten</p>	<p>§ 85 Abs. 2d SGB V NEU: Streichen Auf Anmerkung zu § 71 Abs. 3 S. 3 und 4 SGB V NEU wird verwiesen Richtigerweise sind Leistungen nach §§ 22, 22a, 26, 87 Abs. 2i und 2j SGB V von der strikten Budgetierung ausgenommen. Allerdings werden im Zusammenhang mit der Behandlung dieser Patientengruppen auch „Annexleistungen“ aus dem konservierend-chirurgischen Bereich erbracht, die unter die Begrenzung der Punktwerverhöhung fallen.</p>

Aktuelles Gesetz	Gesetzentwurf	Änderungsvorschlag und Begründung
<p>nicht für Leistungen nach den §§ 22, 22a, 26 Absatz 1 Satz 5, § 87 Absatz 2i und 2j sowie Leistungen zur Behandlung von Parodontitis für Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 des Elften Buches zugeordnet sind oder in der Eingliederungshilfe nach § 99 des Neunten Buches leistungsberechtigt sind. Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert bis zum 30. September 2023 die Auswirkungen der Begrenzung der Anhebungen der Punktwerte nach Satz 1 auf den Umfang der Versorgung der Versicherten mit Leistungen zur Behandlung von Parodontitis.</p>	<p>Buches leistungsberechtigt sind.“</p>	
<p>§ 85 Abs. 3 S. 2 SGB V Bei der Vereinbarung der Veränderungen der Gesamtvergütungen ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71) in Bezug auf das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragszahnärztlichen Leistungen ohne Zahnersatz neben den Kriterien nach Satz 1 zu berücksichtigen.</p>	<p>b) Absatz 3 Satz 2 wird durch den folgenden Satz ersetzt: „Bei der Vereinbarung der Veränderungen der Gesamtvergütungen gilt § 71 Absatz 1 bis 3 in Bezug auf das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragszahnärztlichen Leistungen ohne Zahnersatz; dies gilt nicht für Leistungen nach den §§ 22, 22a, 26 Absatz 1 Satz 5, § 87 Absatz 2i und 2j sowie Leistungen zur Behandlung von Parodontitis für Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 des Elften Buches zugeordnet sind oder in der Eingliederungshilfe nach § 99 des Neunten Buches leistungsberechtigt sind.“</p>	<p>Auf Anmerkung zu § 71 Abs. 3 S. 3 und 4 SGB V NEU wird verwiesen Richtigerweise sind Leistungen nach §§ 22, 22a, 26, 87 Abs. 2i und 2j SGB V von der strikten Budgetierung ausgenommen. Allerdings werden im Zusammenhang mit der Behandlung dieser Patientengruppen auch „Annexleistungen“ aus dem konservierend-chirurgischen Bereich erbracht, die unter die strikte Budgetierung fallen und damit die Gesamtvergütung belasten.</p>
<p>§ 85 (3a) Die Gesamtvergütungen nach Absatz 3 dürfen im Jahr 2023 gegenüber dem Vorjahr</p>	<p>c) § 85 Absatz 3a wird gestrichen</p>	<p>§ 85 Abs. 3a SGB V Alt Zustimmung – Regelung ist vom Zeitablauf überholt</p>

Aktuelles Gesetz	Gesetzentwurf	Änderungsvorschlag und Begründung
<p>höchstens um die um 0,75 Prozentpunkte verminderte durchschnittliche Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 angehoben werden. Im Jahr 2024 dürfen die Gesamtvergütungen für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz gegenüber dem Vorjahr höchstens um die um 1,5 Prozentpunkte verminderte durchschnittliche Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 angehoben werden. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für Leistungen nach den §§ 22, 22a, 26 Absatz 1 Satz 5, § 87 Absatz 2i und 2j sowie Leistungen zur Behandlung von Parodontitis für Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 des Elften Buches zugeordnet sind oder in der Eingliederungshilfe nach § 99 des Neunten Buches leistungsberechtigt sind. Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert bis zum 30. September 2023 die Auswirkungen der Begrenzung der Anhebungen der Gesamtvergütungen nach Satz 1 auf den Umfang der Versorgung der Versicherten mit Leistungen zur Behandlung von Parodontitis.</p>		
<p>§ 346, (3) Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen oder in Einrichtungen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen oder in zugelassen Krankenhäusern tätig sind, haben auf der Grundlage der Informationspflichten der Krankenkassen nach § 343 die Versicherten nach Maßgabe der §§ 347 bis 349 bei der</p>	<p>§ 346 Absatz 3, 4 und 5 wird gestrichen.</p>	<p>§ 346 Absatz 3, 4 und 5 sind beizubehalten.</p> <p>Die Befüllung der elektronischen Patientenakte stellt einen zusätzlichen und nicht unwesentlichen Aufwand dar. Dabei geht es nicht nur um die technische Durchführung der Befüllung. Patienten müssen über die Patientenakte informiert und über ihre Rechte zur Befüllung, aber auch jedes Mal und individuell über ihre Widerspruchsrechte aufgeklärt werden. Mit dem Patienten muss in jedem</p>

Aktuelles Gesetz	Gesetzentwurf	Änderungsvorschlag und Begründung
<p>erstmaligen Befüllung der elektronischen Patientenakte ausschließlich im aktuellen Behandlungskontext zu unterstützen. Die Unterstützungsleistung nach Satz 1 umfasst die Übermittlung von medizinischen Daten in die elektronische Patientenakte und ist ausschließlich auf medizinische Daten aus der konkreten aktuellen Behandlung beschränkt. Die in Satz 1 genannten Leistungserbringer können Aufgaben in diesem Zusammenhang, soweit diese übertragbar sind, auf Personen übertragen, die als berufsmäßige Gehilfen oder zur Vorbereitung auf den Beruf bei ihnen oder in an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Einrichtungen oder in zugelassenen Krankenhäusern tätig sind.</p> <p>(4) Für Leistungen nach Absatz 2 zur Unterstützung der Versicherten bei der Verarbeitung arzneimittelbezogener Daten in der elektronischen Patientenakte erhalten Apotheken eine zusätzliche Vergütung. Das Nähere zu den Abrechnungsvoraussetzungen für Leistungen der Apotheken nach Absatz 2 vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene mit Wirkung zum 1. Januar 2021. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 2 ganz oder teilweise nicht zustande, gilt § 129 Absatz 8.</p> <p>(5) Die Leistungen nach Absatz 3 dürfen im Rahmen der gesetzlichen</p>		<p>Einzelfall besprochen werden, ob die Befüllung der ePA mit neuen Daten für eine einrichtungs-, fach- und sektorenübergreifende Nutzung sinnvoll ist.</p> <p>Die Streichung von § 346 Absatz 3, 4 und 5 würde die Motivation der Praxen, die Patienten zur Nutzung und Befüllung der elektronischen Patientenakte zu motivieren, senken und damit die gerade erst begonnene Akzeptanz der Versicherten für dieses neue Medium konterkarieren.</p>

Aktuelles Gesetz	Gesetzentwurf	Änderungsvorschlag und Begründung
<p>Krankenversicherung je Versicherten und elektronischer Patientenakte insgesamt nur einmal erbracht und nur einmal von Ärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen oder in Einrichtungen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen oder in zugelassen Krankenhäusern tätig sind und im Schwerpunkt die aktuelle ärztliche Behandlung des Versicherten übernehmen, abgerechnet werden. Das Nähere zu den Abrechnungsvoraussetzungen und -verfahren für Leistungen nach Absatz 3 vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sowie die Deutsche Krankenhausgesellschaft mit Wirkung zum Zeitpunkt der Zurverfügungstellung der elektronischen Patientenakte nach § 342 Absatz 1 Satz 2. Die Vereinbarung stellt sicher, dass nur eine einmalige Abrechnung der Vergütung für die Leistungen nach Absatz 3 möglich ist.</p>		
<p>§ 411 (weggefallen)</p>	<p>§ 411 Übergangsregelung zur Vergütung von Führungskräften der Ebene unterhalb der Vorstandsebene bei den Krankenkassen, ihren Landesverbänden und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, den Medizinischen Diensten und dem Medizinischen Dienst Bund sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen Vergütungserhöhungen sind für außertariflich bezahlte Führungskräfte</p>	<p>„Kassen[zahn]ärztliche Vereinigungen“ herausnehmen! Regelungen zur Vergütung von Führungskräften der Ebene unterhalb der Vorstandsebene bei den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen gehören in den Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Vereinigung, die der Rechtsaufsicht unterliegt. Die Regelungen sind Bestandteil des Haushalts der Vereinigung, der durch die Vertreterversammlung beschlossen wird. Bei den Vergütungen handelt es sich nicht um Versichertengelder.</p>

Aktuelles Gesetz	Gesetzentwurf	Änderungsvorschlag und Begründung
	<p>der Ebene unterhalb der Vorstandsebene bei den Krankenkassen, ihren Landesverbänden und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, den Medizinischen Diensten und dem Medizinischen Dienst Bund sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen ab dem ... [einsetzen: Datum der Verkündung] nur alle 6 Jahre zulässig. Eine höhere Vergütung darf nur durch einen Zuschlag auf die zuletzt vereinbarte Grundvergütung nach Maßgabe der durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des laufenden Kalenderjahres vereinbart werden. Die Sätze 1 und 2 gelten auch für am 30. März 2026 gültige Verträge, sofern diesen Verträgen nicht bereits eine Zusage über konkrete Vergütungserhöhungen zu entnehmen ist. Ab dem 31. März 2026 geschlossene Verträge dürfen keine Zusagen über Vergütungserhöhungen enthalten, die den Sätzen 1 und 2 widersprechen.“</p>	
	<p>Artikel 2 BStabG</p>	
<p>§ 35a (6a) SGB IV Der Abschluss, die Verlängerung oder die Änderung eines Vorstandsdienstvertrags bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der vorherigen Zustimmung der Aufsichtsbehörde. Die Vergütung der Mitglieder des Vorstandes einschließlich aller Nebenleistungen und Versorgungsregelungen</p>	<p>§ 35a (6a) SGB IV Der Abschluss, die Verlängerung oder die Änderung eines Vorstandsdienstvertrages bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der vorherigen Zustimmung der Aufsichtsbehörde. Die Vergütung der Mitglieder des Vorstandes einschließlich aller Nebenleistungen und Versorgungsregelungen hat in angemessenem Verhältnis zur Bedeutung der Körperschaft zu</p>	<p>Regelungen zu Vorstandsdienstverträgen bei den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen gehören in den Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Vereinigung, die der Rechtsaufsicht unterliegt. Die Regelungen sind Bestandteil des Haushalts der Vereinigung, der durch die Vertreterversammlung beschlossen wird. Bei den Vergütungen handelt es sich nicht um Versichertengelder.</p>

Aktuelles Gesetz	Gesetzentwurf	Änderungsvorschlag und Begründung
<p>hat in angemessenem Verhältnis zur Bedeutung der Körperschaft zu stehen, die sich nach der Zahl der Versicherten bemisst. Darüber hinaus ist die Größe des Vorstandes zu berücksichtigen.</p> <p>Finanzielle Zuwendungen nach Absatz 6 Satz 3 sind auf die Vergütung der Vorstandsmitglieder anzurechnen oder an die Körperschaft abzuführen.</p> <p>Vereinbarungen der Körperschaft für die Zukunftssicherung der Vorstandsmitglieder sind nur auf Grundlage von beitragsorientierten Zusagen zulässig.</p>	<p>stehen, die sich nach der Zahl der Versicherten bemisst. Darüber hinaus ist die Größe des Vorstandes zu berücksichtigen. Die Aufsichtsbehörde kann vor ihrer Entscheidung nach Satz 1 verlangen, dass ihr eine unabhängige rechtliche und wirtschaftliche Bewertung der Vorstandsdienstverträge vorgelegt wird. Vergütungserhöhungen sind während der Dauer der Amtszeit der Vorstandsmitglieder unzulässig. Zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Vorstandsmitgliedes kann eine über die zuletzt nach Satz 1 gebilligte Vergütung der letzten Amtsperiode des Vorgängers im Amt hinausgehende höhere Vergütung nur durch einen Zuschlag auf die Grundvergütung nach Maßgabe der durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches des laufenden Kalenderjahres vereinbart werden. Die Sätze 5 und 6 gelten auch für Verträge, denen die Aufsichtsbehörde bereits bis zum 30. März 2026 zugestimmt hat, sofern diesen Verträgen nicht bereits eine Zusage über konkrete Vergütungserhöhungen zu entnehmen ist. Ab dem 31. März 2026 geschlossene Verträge dürfen keine Zusagen über Vergütungserhöhungen enthalten, die den Sätzen 5 und 6 widersprechen. Die Aufsichtsbehörde kann zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Vorstandsmitgliedes eine niedrigere Vergütung anordnen. Finanzielle Zuwendungen nach Absatz 6 Satz 3 sind auf die Vergütung der Vorstandsmitglieder</p>	

Aktuelles Gesetz	Gesetzentwurf	Änderungsvorschlag und Begründung
	<p>anzurechnen oder an die Körperschaft abzuführen. Vereinbarungen der Körperschaft für die Zukunftssicherung der Vorstandsmitglieder sind nur auf der Grundlage von beitragsorientierten Zusagen zulässig.“</p>	

Änderungsvorschläge zum Entwurf GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz (BStabG)

Apothekerkammer Schleswig-Holstein K.d.ö.R. – Apothekerverband Schleswig-Holstein e. V.

Dr. Kai Christiansen, Präsident Apothekerkammer-SH; Dr. Felix-Alexander Litty, Geschäftsführer Apothekerkammer-SH

Hans-Günter Lund, Vorsitzender Apothekerverband Schleswig-Holstein; Georg Zwenke, Geschäftsführer Apothekerverband Schleswig-Holstein

Präambel

Mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz will die Bundesregierung auf die aktuellen finanziellen Herausforderungen für die gesetzliche Krankenversicherung reagieren. Sie greift dafür umfangreich auf Vorschläge der Finanzkommission Gesundheit zurück, ergänzt diese aber auch um neue Maßnahmen wie die Erhöhung des Apothekenabschlags. Das übergeordnete Ziel einer Stabilisierung der GKV-Finzen wird von uns unterstützt. Wir kritisieren allerdings, dass entgegen der öffentlichen Darstellung der Gesetzesinhalte, wonach alle Beteiligten gleichermaßen belastet werden sollen, eine überproportionale und nicht gerechtfertigte Belastung der Apotheken vorgesehen ist, während andere deutlich wirksamere Vorschläge der Finanzkommission Gesundheit (z. B. die konsequente Finanzierungsumstellung versicherungsfremder Leistungen von Beiträgen auf Steuern) nicht aufgegriffen wurden. Die Apotheken haben angesichts der seit dem Jahr 2013 ausstehenden Anpassung des Packungsfixums an die zwischenzeitlichen Kostensteigerungen bereits in den letzten Jahren erhebliche Sparbeiträge in Milliardenhöhe zu Gunsten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht. Sie ziehen darüber hinaus Forderungen der gesetzlichen Krankenversicherungen gegen Versicherte und pharmazeutische Unternehmen in jedem Jahr in Milliardenhöhe ein und finanzieren diese Einzüge selbst mit Millionenbeträgen, ohne hierfür auch nur einen Cent Kostenerstattung vom GKV-System zu erhalten. Sie sind verpflichtet, die weitere Digitalisierung des Gesundheitssystems auf vielfältige Weise zu unterstützen und voranzutreiben, ohne dass ihnen die finanziellen Aufwände für die Beschaffung neuer Hardware und Programmierung neuer Software erstattet werden. Seitens der Regierungskoalition ist dies anerkannt und soll durch die politisch zugesagte Erhöhung des Packungsfixums zumindest partiell ausgeglichen werden. **Gleichwohl gibt es nach wie vor keine konkreten Änderungsanträge im Rahmen der Apothekenreform, aus denen ersichtlich wäre, dass und wann diese Erhöhung beschlossen wird.** Vielmehr soll mit dem jetzigen Gesetz durch die Erhöhung des Apothekenabschlags eine weitere direkte Reduzierung der Apothekenhonorierung erfolgen bei gleichzeitiger deutlicher Steigerung der entschädigungslos zu tragenden Kosten für die Einzüge der erhöhten Zuzahlungen der Versicherten und die Finanzierung des Inkassos der gesteigerten Herstellerabschläge. Ferner ist beabsichtigt, in die von der Selbstverwaltung einvernehmlich geschlossenen Verträge im Bereich der Hilfsmittelversorgung einzugreifen und Apotheken zu zwingen, auf vertraglich vereinbarte Preise, die angesichts des Kostendrucks und der Wettbewerbssituation in diesem Markt ohne kaum auskömmlich sind, noch einmal kompensationslos einen Preisnachlass in Höhe von drei Prozent zunächst begrenzt auf zwei Jahre zu gewähren. Diese Maßnahmen des Gesetzgebers müssen direkt auf die Betriebsergebnisse der Apotheken durchschlagen – mit den bekannten Folgen eines weiteren erheblichen Rückgangs der Apothekenbetriebsstätten und somit einer impliziten Leistungseinschränkung für die Patienten. Eine derartige Konterkarierung der im Koalitionsvertrag vereinbarten Maßnahmen wird von uns strikt abgelehnt. Wenn politisch fest versprochene Stärkungsmaßnahmen weiterhin nur unverbindlich mündlich angekündigt werden, neue finanzielle Einschnitte aber in konkreten Gesetzestexten verankert werden, schadet das der Glaubwürdigkeit massiv und fügt den Apotheken - als mit der Sicherstellung der Arzneimittelversorgung in Deutschland Beauftragten - irreparablen Schaden zu. Nachstehend nehmen wir zu einzelnen Inhalten des Referentenentwurfs Stellung, die uns besonders kommentierungsbedürftig erscheinen:

Aktuelles Gesetz	BStabG-Referentenentwurf	Änderungsvorschlag und Begründung
<p>§ 61 Zuzahlungen (SGB V) S. 1: Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen 10 vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels</p>	<p>Ziffer 23: § 61 wird durch den folgenden § 61 ersetzt: S. 1: Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen 10 Prozent des Abgabepreises, mindestens jedoch 7,50 Euro und höchstens 15 Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. (...).</p>	<p>Die Regelungen in §§ 30 Abs. 6 S. 2, 60 Abs. 7 S. 2 SGB V des vom Bundeskabinett am 22.04.2026 beschlossenen Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung sind zu übernehmen. § 30 Abs. 6 S. 2 SGB V lautet: <i>„Die Krankenkasse zieht die jeweilige Zuzahlung vom Versicherten ein.“</i> § 60 Abs. 7 S. 2 SGB V lautet: <i>„Die Krankenkasse übernimmt bei Krankenfahrten die Kosten nach Absatz 1 Satz 1 unter Abzug der Zahlung nach Satz 1 oder zieht die Zuzahlung nach Satz 1 von den Versicherten ein.“</i> Nach beiden Regelungen sind die Krankenkassen verpflichtet, die ihnen zustehenden Zuzahlungen vom Versicherten selbst einzuziehen. Der Grundsatz der Einheitlichkeit des Verwaltungshandelns ist ein zentraler Grundsatz im deutschen Verwaltungsrecht, der sicherstellt, dass vergleichbare Sachverhalte durch Behörden nicht willkürlich unterschiedlich, sondern gleich und gesetzmäßig behandelt werden. Mit Blick auf diesen zentralen Grundsatz des Verwaltungsrechts sind die bereits beschlossenen Zuzahlungsregelungen §§ 30 Abs. 6 S. 2 und 60 Abs. 7 S. 2 SGB V auf die Zuzahlungsregelung § 61 SGB V in der nur eine Woche später beschlossenen Fassung des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes zu übertragen. Der bei Versicherten, Betreuern von zu Pfllegenden, Leistungserbringern, Betreuungsgerichten, Krankenkassen und bei der weiteren Sozialverwaltung zu enormen, kostenintensiven, bürokratischen Aufwänden führende § 43c SGB V, der die Zuzahlungswege regelt, wäre dann ersatzlos zu streichen. Es ist zu erwarten, dass bei weiterem Finanzbedarf des GKV-Systems auch weitere Zuzahlungstatbestände eingeführt werden. Durch den gebotenen Gleichlauf in §§ 30 Abs. 6 S. 2, 60 Abs. 7 S. 2 SGB V mit § 61 SGB V wäre sichergestellt, dass alle Zuzahlungsregelungen vollständig, einheitlich, bürokratiearm und damit kosteneffizient umgesetzt werden. Im Hinblick auf die derzeit in § 61 SGB V idF des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes vorgesehenen Zuzahlungsregelungen weisen wir auf den erhöhten Aufwand hin, der Apotheken bei einer Erhöhung von Zuzahlungen für Versicherte entsteht. Der administrative und finanzielle Aufwand für Apotheken steigt, da sie das Inkasso höherer Zuzahlungen übernehmen und damit verbundene Mehrkosten für zunehmend elektronische Zahlungen sowie Zahlungsausfall- und Prozessrisiken entschädigungslos tragen müssen.</p>

Aktuelles Gesetz	BStabG-Referentenentwurf	Änderungsvorschlag und Begründung
		<p>Zudem entsteht gerade zu Beginn der Erhöhung im Apothekenalltag ein erheblicher zusätzlicher Aufwand bei der Patientenaufklärung, insbesondere darüber, dass die Apotheken die Zuzahlungen auf gesetzlicher Grundlage auf eigene Kosten für die Krankenkassen einziehen, ohne selbst in irgendeiner Weise davon zu profitieren und diese nicht im Zusammenhang mit den tatsächlichen Kosten des Arzneimittels stehen.</p> <p>Krankenkassen können gemäß § 30 Abs. 2 S. 1 Halbsatz 1 SGB IV Aufgaben anderer Versicherungsträger und Träger öffentlicher Verwaltung nur auf Grund eines Gesetzes übertragen werden – insoweit besteht hier eine zu Apotheken, denen der Einzug der Zuzahlung gemäß § 43c SGB V vom Gesetzgeber übertragen wurde, vergleichbare Regelung. Allerdings stellt § 30 Abs. 2 S. 1 Halbsatz 2 SGB IV klar: <i>„...dadurch entstehende Kosten sind ihnen [Anmerkung: den Krankenkassen] zu erstatten.“</i> Bei Apotheken fehlt diese Regelung.</p> <p>Sollte es bei der Zuzahlungsregelung § 43c SGB V und neu § 61 SGB V bleiben, ist zumindest in § 43c SGB V unter dem Gesichtspunkt des Gleichklangs der Sozialgesetzbücher IV und V eine § 30 Abs. 2 Halbsatz 2 SGB IV vergleichbare Regelung aufzunehmen, etwa indem in § 43c Abs. 1 S. 1 SGB V analog zu § 30 Abs. 2 S. 1 SGB IV wie folgt formuliert wird:</p> <p><i>„Leistungserbringer haben Zahlungen, die Versicherte zu entrichten haben, einzuziehen und mit ihrem Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse zu verrechnen; dadurch entstehende Kosten sind ihnen zu erstatten.“</i></p> <p>Zudem verzichten ausländische Versandapotheken abweichend von den Vorgaben des SGB V und des Rahmenvertrages oft auf Zuzahlungen als gezieltes Marketinginstrument. Dies führt zu Wettbewerbsverzerrungen zu Lasten der Apotheken vor Ort. Sollten Krankenkassen nicht verpflichtet werden, Zuzahlungen selbst einzuziehen, muss die Verpflichtung des Einzugs der Zuzahlung zur Kostentragung der Arzneimittelabgabe durch die Krankenkasse als Solidarbeitrag des Versicherten gegenüber allen Apotheken, auch in- und ausländischen Versandapotheken, rechtswirksam durchgesetzt werden. Sonst würde der Solidargedanke - die Versichertengemeinschaft finanziert die der Solidargemeinschaft entstehenden tatsächlichen Arzneimittelkosten und der Versicherte beteiligt sich im für ihn zumutbarem Maße daran</p>

Aktuelles Gesetz	BStabG-Referentenentwurf	Änderungsvorschlag und Begründung
		<p>– völlig konterkariert werden. Darüber hinaus ist die derzeit in § 129 Absatz 4 SGB V i. V. m. Anlage 7 des Rahmenvertrages gemäß § 129 Abs. 2 SGB V vorgesehene Einschaltung einer Paritätischen Stelle nicht geeignet, um dem Agieren ausländischer Versender effektiv entgegenzutreten. Insbesondere die haftungsrechtlichen Risiken der Mitglieder der Paritätischen Stelle stehen dem angesichts von Größe und Finanzkraft der zu Sanktionierenden als unüberwindliches Hindernis entgegen. Sollte es bei den derzeitig beabsichtigten Zuzahlungsregelungen und -wegen bleiben, müssen im SGB V klare, effektiv sanktionierbare Vorschriften hinsichtlich des Verbots eines Zuzahlungsverzichts als Marketinginstrument verankert werden.</p>
<p>(keine Regelung) Gemäß § 127 Abs. 1 S. 1 SGB V schließen Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften nach Vertragsverhandlungen Verträge mit Leistungserbringern, deren Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen über die Einzelheiten der Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln, deren Wiedereinsatz, die Qualität der Hilfsmittel und zusätzlich zu erbringender Leistungen, die Anforderungen an die Fortbildung der Leistungserbringer, die Preise und die Abrechnung.</p>	<p>Ziffer 46 Buchstabe b): § 127 (1b) Für Hilfsmittelversorgungen nach § 33, die auf der Grundlage von Verträgen nach Absatz 1 erfolgen und im Zeitraum vom ... [einsetzen: 1. Januar 2027, es sei denn, das Gesetz tritt erst danach in Kraft, dann einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 7 Absatz 1] bis zum 31. Dezember 2028 begonnen haben, vermindert sich die vertraglich vereinbarte Vergütung um drei Prozent je Versorgung.</p>	<p>Diese Regelung ist nicht erforderlich. Anders als bei der Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln, die den Apotheken vorbehalten ist, herrscht im Hilfsmittelmarkt voller Wettbewerb. Im Rahmen der Selbstverwaltung schließen Krankenkassen bzw. deren Landesverbände mit Leistungserbringern bzw. deren Verbänden unter der Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes Versorgungsverträge, in denen auch die Abrechnungspreise vereinbart werden. Die vereinbarten Preise liegen aufgrund des Wettbewerbsdrucks unter den Leistungserbringern auf dem untersten Preisniveau. Der beabsichtigte einseitige Eingriff des Gesetzgebers in bestehende Versorgungsverträge zulasten der Leistungserbringer, indem die mit Krankenkassen vereinbarten Preise entschädigungslos um drei Prozent gekürzt werden, könnte unter anderem bereits mit Blick auf Art. 14 Abs. 3 Sätze 2 und 3 Grundgesetz verfassungswidrig sein. Er ist nicht mit § 2 Abs. 2 S. 3 SGB V, der lautet: <i>„Über die Erbringung der Sach- und Dienstleistungen schließen die Krankenkassen nach den Vorschriften des Vierten Kapitels Verträge mit den Leistungserbringern.“</i> in Einklang zu bringen, denn der Gesetzgeber hat sich durch das in § 127 SGB V im Einzelnen genau festgelegte Verfahren der Vertragsgestaltung aus der Preisgestaltung bewusst herausgehalten. Ziffer 46 Buchstabe b) des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz ist als nicht gerechtfertigter Eingriff in das Krankenversicherungsrecht durchziehende Prinzip der vertragspartnerschaftlichen Selbstverwaltung zu streichen.</p>
<p>§ 130 Rabatt (SGB V) (1) Die Krankenkassen erhalten von den Apotheken für</p>	<p>Ziffer 47 Buchstabe a): § 130 wird wie folgt geändert:</p>	<p>Ziffer 47 Buchstabe a) ist ersatzlos zu streichen.</p>

Aktuelles Gesetz	BStabG-Referentenentwurf	Änderungsvorschlag und Begründung
<p>verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel sowie für Zubereitungen nach § 5 Absatz 3 der Arzneimittelpreisverordnung, die nicht § 5 Absatz 6 der Arzneimittelpreisverordnung unterfallen, einen Abschlag von 1,77 Euro je Arzneimittel, für sonstige Arzneimittel einen Abschlag in Höhe von 5 vom Hundert auf den für den Versicherten maßgeblichen Arzneimittelabgabepreis.</p>	<p>In Absatz 1 wird die Angabe „1,77“ durch die Angabe „2,07“ ersetzt. (...).</p>	<p>Die Erhöhung des Kassenabschlags steht in starkem Gegensatz zu der politischen Aussage, das Apothekenfixum noch im Apothekenversorgung-Weiterentwicklungs-gesetz (ApoVWG) auf 9,50 Euro anzupassen und damit die Apotheken vor Ort zu stärken. Die nun vorgesehene Erhöhung des Kassenabschlags kommt einer direkten Absenkung des Apothekenhonorars gleich. Die Anhebung des Apothekenabschlags auf 2,07 Euro entspricht einer dauerhaften Honorarkürzung von ca. 170 Mio. Euro netto pro Jahr. Das sind rund 3 Prozent der GKV-Apothekenvergütung.</p> <p>Rund 18 Prozent der Apotheken erwirtschaften ein Betriebsergebnis unter 50.000 Euro, 7 Prozent befinden sich in der Verlustzone. Weitere Honorarkürzungen werden insbesondere diese Apotheken schwer treffen und das Apothekensterben massiv beschleunigen.</p> <p>Jede geschlossene Apotheke verschlechtert die wohnortnahe Versorgung durch längere und kompliziertere Wege. Ist eine Apotheke einmal geschlossen, geht Versorgungsstruktur unwiderruflich verloren.</p> <p>Es ist inakzeptabel, dass anstelle einer im Koalitionsvertrag zugesagten und dringend benötigten Erhöhung des Packungsfixums auf 9,50 Euro eine weitere strukturzerstörende Sparmaßnahme eingeführt werden soll.</p>
<p>§ 130a Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer (SGB V) (1) Die Krankenkassen erhalten von Apotheken für zu ihren Lasten abgegebene Arzneimittel einen Abschlag in Höhe von 7 vom Hundert des Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer.</p>	<p>Ziffer 48 Buchstabe a): § 130a wird wie folgt geändert: (...) „(1b) Für ab dem 1. Januar 2027 zu ihren Lasten abgegebene Arzneimittel erhalten die Krankenkassen von Apotheken einen zusätzlichen Abschlag vom Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer. (...) Die Höhe des Abschlags nach Satz 1 beträgt vom 1. Januar bis</p>	<p>Der vorliegende Gesetzentwurf sieht vor, ab dem Jahr 2027 im Arzneimittelbereich mit der Neufassung des Absatzes 1b in § 130a SGB V einen ergänzenden dynamischen Herstellerabschlag einzuführen, um besser auf die Entwicklung von Einnahmen und Ausgaben reagieren zu können. Ferner werden ein Abschlag auf Impfstoffe in Absatz 2 sowie ein neuer Abschlag auf Verbandmittel und sonstige Produkte der Wundversorgung in § 130a Absatz 3e SGB V eingeführt.</p> <p>Die Regelung des Herstellerrabatts gemäß § 130a SGB V sieht vor, dass Apotheken den rabattierten Preis bei der Abrechnung gegenüber der Krankenkasse berücksichtigen. Damit fungieren sie faktisch als Inkassostelle für den Herstellerrabatt gemäß § 130a SGB V. Die aktuelle Regelung sichert Apotheken jedoch weder gegen etwaige Zahlungsausfälle seitens der Hersteller ab, noch enthält sie Kostenübernahmeerklärungen der Krankenkassen für die Apotheken entstehenden hohen Vorfinanzierungskosten. Allein durch den Abzug des Herstellerrabatts bei der Arzneimittelabrechnung der Apotheken gegenüber Krankenkassen und der erst danach folgenden</p>

Aktuelles Gesetz	BStabG-Referentenentwurf	Änderungsvorschlag und Begründung
	<p>zum 30. Juni 2027 3,5 Prozent. Ab dem 1. Juli 2027 ist die Höhe des Abschlags nach Satz 1 jeweils für die Dauer eines Jahres der Quotient aus</p> <p>1. dem Differenzbetrag für alle in Absatz 1 Satz 6 genannten Arzneimittel einschließlich derjenigen nach Satz 2 Nummer 1 bis 3 aus</p> <p>a) den Ist-Ausgaben der Krankenkassen des vorangegangenen Kalenderjahres und</p> <p>b) den Soll-Ausgaben der Krankenkassen für das vorangegangene Kalenderjahr und</p> <p>2. dem von den Krankenkassen im vorangegangenen Kalenderjahr geleisteten Umsatz aller zu ihren Lasten abgegebenen Arzneimittel im Sinne von Satz 2, berechnet auf Grundlage der Abgabepreise der pharmazeutischen Unternehmer ohne Mehrwertsteuer.</p>	<p>Geltendmachung der Erstattung der Herstellerrabatte gegenüber pharmazeutischen Unternehmen und deren darauf folgende Zahlung müssen Apothekenrechenzentren bundesweit zur Zwischenfinanzierung Vorfinanzierungszinsen in Höhe von derzeit rund 60 Million Euro jährlich zahlen. Diese Kosten werden dann auf die abrechnenden Apotheken umgelegt. Mit der Einführung weiterer Herstellerabschläge steigen Inkassorisiken und Vorfinanzierungskosten für die Apotheken deutlich an. Je höher der Abschlagsbetrag, desto größer ist der finanzielle Schaden durch Zwischenfinanzierung, Zahlungsverzögerungen oder Zahlungsausfällen seitens der Hersteller. Apotheken haben keinerlei Einfluss auf die Zahlungsfähigkeit oder das Zahlungsverhalten der pharmazeutischen Unternehmer, tragen aber das volle wirtschaftliche Risiko. Gerade kleine und mittlere Apotheken werden dadurch stark belastet. Vor diesem Hintergrund fordern wir eine Befreiung der Apotheken vom Inkassorisiko des Herstellerrabatts gemäß § 130a SGB V und eine faire Verteilung des finanziellen Risikos. Im Falle eines Zahlungsausfalls seitens des Herstellers sollten die Apotheken entsprechend aus ihrer Zahlungsverpflichtung gegenüber den Krankenkassen entlassen werden, da es sich beim Herstellerabschlag um einen Rabatt der pharmazeutischen Unternehmer zugunsten der Krankenkassen handelt. Eine Unterstützung der Krankenkassen mittels Zur-Verfügung-Stellung der benötigten Abrechnungsdaten wurde vom DAV bereits zugesagt.</p>