

Gemeinsame Stellungnahme

zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz - BStabG)

A. Vorbemerkung

Die unterzeichnenden Verbände nehmen zum Referentenentwurf Stellung, soweit dieser die Heilmittelversorgung betrifft. Im Zentrum dieser Stellungnahme stehen die Wiedereinführung der Grundlohnsummenbindung im Heilmittelbereich, die Erhöhung und Dynamisierung der Zuzahlungen sowie das gesetzliche Verbot versorgungsbezogener Pauschalen in der Blankoversorgung. Die unterzeichnenden Verbände halten die vorgesehenen Regelungen in ihrer jetzigen Ausgestaltung für versorgungspolitisch nicht sachgerecht und für gesetzessystematisch unausgewogen.

Der Heilmittelbereich trägt wesentlich dazu bei, Funktionsfähigkeit, Selbstständigkeit, Teilhabe und Erwerbsfähigkeit zu sichern und Folgekosten in anderen Leistungsbereichen zu vermeiden. Er ist kein Randbereich der Versorgung. Gerade vor dem Hintergrund des demografischen Wandels gewinnen personalintensive, funktionssichernde Leistungen weiter an Bedeutung.

B. Zum Allgemeinen Teil des Referentenentwurfs

B. I. Zur politischen Einordnung der Empfehlungen der FinanzKommission Gesundheit (FKG)

Die Vorschläge der FKG begründen keinen politischen Umsetzungsautomatismus. Die Kommission hält selbst fest, dass wissenschaftliche Expertise dort erforderlich ist, wo Wirkungen abzuschätzen, Risiken zu quantifizieren und Unsicherheiten transparent zu machen sind. Normative Entscheidungen auf Grundlage von Werturteilen, gesellschaftlichen Präferenzen und demokratischer Legitimation lägen dagegen in der Verantwortung politischer Institutionen und nicht der Wissenschaft.

Zugleich weist die Kommission ausdrücklich darauf hin, dass das von ihr empfohlene Finanzvolumen die prognostizierte Deckungslücke deutlich übersteigt und die Politik daher einen großen Ermessensspielraum habe, welche Empfehlungen umgesetzt werden sollen. Auch im Heilmittelbereich handelt es sich daher nicht um einen wissenschaftlich alternativlosen Vollzug, sondern um politisch zu verantwortende Auswahl- und Verteilungsentscheidungen.

B. II. Zur Lastenverteilung des Entwurfs

Der Referentenentwurf beschreibt seine Leitentscheidung ausdrücklich als Rückkehr zu einer „einnahmenorientierten Ausgabenpolitik“. Gleichzeitig zeigt die im Entwurf selbst ausgewiesene Lastenverteilung, dass die Konsolidierung ganz überwiegend innerhalb des Systems selbst erreicht werden soll: 2027 sollen 19,6 Milliarden Euro Gesamtentlastung erzielt werden; davon 11,8 Milliarden Euro über Minderausgaben bei Leistungserbringern, Herstellern und Krankenkassen, 3,8 Milliarden Euro über Belastungen der Patientinnen und Patienten, 2,8 Milliarden Euro über Arbeitgeber und 1,2 Milliarden Euro über Mitglieder. Der Bund beteiligt sich im Kern nicht durch eine strukturelle zusätzliche Finanzierung des Jahres 2027, sondern im Wesentlichen über die spätere Verschiebung von Rückzahlungsverpflichtungen.

Schon diese Lastenverteilung ist für den Heilmittelbereich politisch aussagekräftig. Der Entwurf organisiert die Stabilisierung der GKV gerade nicht primär über eine breitere öffentliche Finanzierungsverantwortung, sondern über Ausgabendeckelung, Leistungskürzungen und höhere Eigenbelastungen innerhalb des Systems. Für die Heilmittelversorgung bedeutet das praktisch: steigender Bedarf, höhere Komplexität und zusätzliche Verantwortung werden nicht durch eine entsprechend belastbare Refinanzierung aufgefangen, sondern in die Versorgung hinein verlagert.

C. Zu Artikel 1 Nummer 25 (§ 71 SGB V) sowie zu Artikel 1 Nummer 44 (§ 125 Absatz 3 Satz 3 SGB V)

C. I. Die Grundlohnsummenbindung ist im Kern ein fiskalisches Steuerungsinstrument

Mit Artikel 1 Nummer 25 wird § 71 SGB V so verändert, dass die Grundlohnrate wieder als feste Obergrenze der Vergütungsentwicklung ausgestaltet wird; für die Jahre 2027 bis 2029 soll das Ergebnis zusätzlich um einen Prozentpunkt gemindert werden. Artikel 1 Nummer 44 überträgt diese Logik ausdrücklich auch auf den Heilmittelbereich.

Die Entwurfsbegründung formuliert dazu klar, dass bei Vergütungsvereinbarungen im Heilmittelbereich künftig vorrangig der Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu beachten ist und Preisanhebungen oberhalb der nach § 71 Absatz 3 festgestellten Veränderungsrate ausgeschlossen sind. Allein die Wiedereinführung der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik soll 2027 Einsparungen von rund 4,9 Milliarden Euro und bis 2030 von bis zu 21 Milliarden Euro erbringen. Damit ist sie keine bloße technische Verfahrensregel, sondern eines der zentralen Konsolidierungsinstrumente des gesamten Reformpakets.

Auch historisch ist das Instrument eindeutig fiskalisch geprägt. Bereits der Gesetzentwurf zum Gesundheits-Reformgesetz 1988 formulierte als Ziel, die seit Jahren steigenden Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung zu senken und dauerhaft zu stabilisieren. Die Beitragssatzstabilität war damit von Anfang an ein Instrument zur Begrenzung von Ausgabenentwicklung, nicht das Ergebnis einer sektorspezifischen Bedarfsanalyse.

C. II. Im Heilmittelbereich ist die Rückkehr zur Grundlohnsummenbindung ein bewusster gesetzgeberischer Rückschritt

Gerade für die Heilmittelversorgung ist diese Rückkehr besonders problematisch, weil der Gesetzgeber die Grundlohnsummenbindung in diesem Bereich zuvor bewusst gelockert und später aufgehoben hatte. Mit dem HHVG wurde die Begrenzung von Vergütungsanhebungen durch die Grundlohnrate zunächst aufgehoben; mit dem TSVG wurde diese Abkehr fortgeführt. In der Gesetzesbegründung zum TSVG wird ausdrücklich hervorgehoben, dass sich die Veränderungsrate ausschließlich aus den beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten berechnet und tatsächliche Kostensteigerungen gerade nicht abbildet. Stattdessen sollten ausdrücklich auch Personalkosten, Sachkosten und laufende Praxiskosten berücksichtigt werden.

Die nun vorgesehene Rückkehr ist deshalb kein neutraler Ordnungsschritt, sondern ein bewusster gesetzgeberischer Richtungswechsel zurück zu einem früher bereits als unzureichend erkannten Maßstab.

C. III. Die Bundesregierung will eine Rückkehr zur einnahmeorientierten Ausgabenpolitik, bleibt mit ihrem technischen Anker aber hinter diesem Anspruch zurück

Gemeinsame Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BStabG)

Der Referentenentwurf begründet die Regelung mit einer Rückkehr zur „einnahmenorientierten Ausgabenpolitik“. Tatsächlich knüpft er jedoch nicht an die reale Gesamteinnahmenentwicklung der GKV an, sondern an die Grundlohnrate, also an die Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied.

Die FKGHält selbst fest, dass die Einnahmen des Gesundheitsfonds nur zu rund zwei Dritteln aus abhängiger Beschäftigung stammen und dass die Entwicklung der Einnahmen des Gesundheitsfonds seit 2020 wegen ergänzender Bundeszuschüsse und Darlehen stärker von der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen abweicht. Damit ist der Begriff „Einnahmenorientierung“ präziser, als die technische Konstruktion tatsächlich ist. Wer die Grundlohnrate zur zentralen Obergrenze macht, arbeitet mit einer bewusst verengten Einnahmenreferenz, obwohl die reale Finanzierungsbasis der GKV breiter ist.

Diese Engführung wird durch den Entwurf noch verschärft. Die Begründung zu § 71 erläutert ausdrücklich, dass die Wirkung der außerordentlichen Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze für 2028 und 2029 aus der Grundlohnrate herausgerechnet werden soll, weil eine ansonsten höhere Grundlohnrate die beabsichtigte Entlastungswirkung wieder abschwächen würde. Zusätzlich wird die so bereinigte Grundlohnrate für 2027 bis 2029 pauschal um einen weiteren Prozentpunkt abgesenkt. Schon die von der FKG vorgeschlagene Konstruktion „Kostensteigerung oder Grundlohnrate, maßgeblich der niedrigere Wert“ ist dabei keine neutrale Kostenorientierung, sondern eine asymmetrische Sparformel.

C. IV. Gegenüberstellung: tatsächliche Einnahmeentwicklung der GKV und Grundlohnrate

Die folgende Übersicht stellt die Einnahmen insgesamt der Krankenkassen nach den amtlichen KJ1-Ergebnissen 1. bis 4. Quartal der jeweiligen Jahre der jeweiligen Grundlohnrate gegenüber. Die Veränderungsrate der Einnahmen insgesamt wurde aus den KJ1-Gesamteinnahmen des jeweiligen Jahres gegenüber dem Vorjahr berechnet.

Einnahmen der gesetzlichen Krankenkassen insgesamt und Grundlohnrate

Jahr	Einnahmen insgesamt nach KJ1 in Mrd. € ¹	Veränderung ggü. Vorjahr	Grundlohnrate	Abstand Einnahmenwachstum ./ . Grundlohnrate	Grundlohnrate abzüglich 1 Prozentpunkt
2016	224,2	–	2,95 %	–	1,95 %
2017	233,7	4,27 %	2,50 %	+1,77 %-Punkte	1,50 %
2018	241,4	3,27 %	2,97 %	+0,30 %-Punkte	1,97 %
2019	250,4	3,75 %	2,65 %	+1,10 %-Punkte	1,65 %
2020	260,0	3,82 %	3,66 %	+0,16 %-Punkte	2,66 %
2021	278,6	7,15 %	2,53 %	+4,62 %-Punkte	1,53 %
2022	289,3	3,84 %	2,29 %	+1,55 %-Punkte	1,29 %
2023	304,5	5,25 %	3,45 %	+1,80 %-Punkte	2,45 %
2024	320,8	5,37 %	4,22 %	+1,15 %-Punkte	3,22 %
2025	355,9	10,93 %	4,41 %	+6,52 %-Punkte	3,41 %

¹ KJ1 2016-2025, GKV-Grundlohn-Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen, eigene Berechnung

Die Übersicht macht deutlich, dass die tatsächliche Einnahmeentwicklung der Krankenkassen im Betrachtungszeitraum regelmäßig oberhalb der Grundlohnrate lag. Schon deshalb bildet die Grundlohnrate die reale Einnahmenentwicklung der GKV nicht vollständig ab. Wird gleichwohl ausschließlich sie zur maßgeblichen Obergrenze der Vergütungsentwicklung gemacht, wird eine verengte Referenzgröße an die Stelle der tatsächlichen Finanzierungsrealität gesetzt.

Der zusätzlich vorgesehene Abschlag von 1 Prozentpunkt verschärft diese Abkopplung nochmals. Er führt dazu, dass sich die zulässige Vergütungsentwicklung nicht nur unterhalb der tatsächlichen Einnahmenentwicklung der Krankenkassen bewegt, sondern selbst noch unterhalb der ohnehin bereits engeren Grundlohnrate. Damit entfernt sich der Entwurf weiter von seinem eigenen Anspruch einer „einnahmenorientierten Ausgabenpolitik“.

Gerade für den Heilmittelbereich ist dies von erheblicher Bedeutung. In einem personalintensiven Versorgungsbereich mit steigenden Anforderungen, wachsender Komplexität der Fälle und ohnehin angespannten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen bedeutet diese Konstruktion, dass Finanzierungsspielräume zusätzlich verengt werden. Die vorgesehene Regelung ist deshalb nicht bloß ein technischer Anpassungsmechanismus, sondern eine politisch gesetzte zusätzliche Dämpfung der Vergütungsentwicklung.

C. V. Der zusätzliche Abschlag von 1 Prozentpunkt verschärft die Diskrepanz; mildere Mittel lagen auf der Hand

Der zusätzliche Abschlag von 1 Prozentpunkt ist deshalb rechtspolitisch besonders problematisch. Schon die ungekürzte Grundlohnrate ist gegenüber der tatsächlichen Gesamteinnahmenentwicklung der GKV ein engerer Maßstab. Wer diesen Wert zusätzlich politisch absenkt, entfernt sich noch weiter von einer echten Einnahmenorientierung. Aus Sicht der unterzeichnenden Verbände stellt sich damit zwingend die Frage, ob der Gesetzgeber hier nicht zunächst mildere Mittel hätte wählen können, etwa den Verzicht auf den Zusatzabschlag, eine strikte zeitliche Befristung, eine sektorspezifische Differenzierung oder zumindest eine verbindliche Evaluation der Auswirkungen. Die Existenz eines unmittelbar verfügbaren milderen Mittels liegt bereits darin, dass der Gesetzgeber die Grundlohnrate selbst nicht nur übernimmt, sondern aktiv nochmals absenkt.

C. VI. Tatsächliche Wirkung im Heilmittelbereich: Lastenverlagerung in die Praxen

Die reale Wirkung der Grundlohnsummenbindung besteht im Heilmittelbereich nicht nur in einer abstrakten Ausgabenbegrenzung. Sie besteht praktisch darin, dass Mehrbedarf, komplexere Behandlungsverläufe, Personalengpässe und zusätzliche Verantwortung, soweit sie oberhalb der zulässigen Vergütungsentwicklung liegen, in die Praxen verlagert werden. Der Entwurf selbst erklärt, dass künftig nur die finanziellen Spielräume genutzt werden könnten, die erwirtschaftet würden.

Für die Heilmittelversorgung bedeutet das: Wenn der Bedarf steigt, die Fälle älterer und multimorbider Patientinnen und Patienten zeitintensiver werden und die Versorgungsverantwortung zunimmt, ohne dass die Vergütung dies abbilden darf, dann müssen die Praxen diese Differenz intern auffangen.

Besonders problematisch ist dies im Bereich der Ergotherapie. Dort erfolgt die Vergütungsbildung bislang nach einer Logik, die Kostenentwicklungen nur rein retrospektiv mit zeitlichem Nachlauf abbildet. Schon deshalb kommen die tatsächlichen Belastungen des laufenden Jahres in der Vergütung nicht vollständig an. Wird auf diese ohnehin verzögerte Kostenabbildung zusätzlich die Grundlohnrate als Obergrenze gelegt und für 2027 bis 2029 nochmals pauschal um 1 Prozentpunkt abgesenkt, vergrößert sich die Distanz zwischen realer Kostenentwicklung und zulässiger Vergütungsentwicklung

weiter. Die Wirkung eines solchen Eingriffs ist nicht abstrakt, sondern historisch belegt.

Die unterzeichnenden Verbände bewerten das so: Die Bundesregierung stabilisiert die GKV in diesem Bereich nicht nur über eine abstrakte Obergrenze, sondern faktisch auch über die geringeren wirtschaftlichen Spielräume der Therapiepraxen. Das trifft Einkommen von Inhabenden, Gehaltsentwicklung, Investitionsfähigkeit und Aufnahmekapazitäten.

Gerade in einem Bereich, der schon heute erhebliche Lasten trägt, sollen damit Therapeutinnen und Therapeuten mittelbar auch mit ihrem persönlichen Einkommen zur Stabilisierung des Systems beitragen.

C. VII. Solidarische Pflichtversicherung und asymmetrische Lastenverteilung

Hinzu kommt eine systematische Schiefelage auf der Einnahmenseite. Das Bundesministerium für Gesundheit weist selbst darauf hin, dass Pflichtmitglieder in der GKV insbesondere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer unterhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze sind; oberhalb dieser Grenze endet die Versicherungspflicht, und Beschäftigte können freiwillig in der GKV bleiben oder in die PKV wechseln. Ein Wechsel in die PKV steht darüber hinaus insbesondere auch Selbstständigen und Beamtinnen und Beamten offen. Für 2026 liegt die Versicherungspflichtgrenze bei 77.400 Euro jährlich. Die Pflichtsolidarität wirkt damit asymmetrisch: Vor allem einkommensschwächere und mittlere Gruppen sind zwingend im System gebunden, während für Teile höherer Einkommensgruppen legale Ausweichmöglichkeiten bestehen.

Die unterzeichnenden Verbände bewerten diese Konstellation als systematisch problematisch. Wenn der Gesetzgeber an einer solidarischen Pflichtversicherung mit umfassendem Leistungsversprechen festhält, darf er deren finanzielle Stabilisierung nicht faktisch über gedrückte Vergütungen in einem personalintensiven Heilmittelbereich erzwingen, während auf der Einnahmenseite Ausweichmöglichkeiten für Teile stärkerer Einkommensgruppen bestehen. In dieser Konstellation wird die Aufrechterhaltung des Systems überproportional in die Versorgung hinein verlagert.

C. VIII. Volkswirtschaftliche Einordnung

Die Heilmittelversorgung ist auch volkswirtschaftlich nicht nur als Ausgabenposition zu betrachten. Leistungen zur Teilhabe und medizinischen Rehabilitation dienen gesetzlich gerade dazu, Behinderungen abzuwenden, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten sowie Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern. Wird ein solcher Bereich vorrangig fiskalisch gedeckelt, besteht die reale Gefahr, dass Kosten nicht vermieden, sondern lediglich in andere Systeme und spätere Zeiträume verschoben werden.

Die volkswirtschaftlichen Größenordnungen sind erheblich. Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) schätzt für das Jahr 2024 die volkswirtschaftlichen Produktionsausfallkosten durch Arbeitsunfähigkeit auf 134,3 Milliarden Euro. Allein auf Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes entfallen dabei 26,1 Milliarden Euro. Der entsprechende Ausfall an Bruttowertschöpfung beträgt insgesamt 227,3 Milliarden Euro, davon 44,2 Milliarden Euro für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes. Dies unterstreicht, dass funktionserhaltende und rehabilitative Versorgung nicht nur ein Ausgabenfaktor, sondern auch ein relevanter Hebel zur Begrenzung volkswirtschaftlicher Folgekosten ist.²

² <https://www.baua.de/DE/Themen/Monitoring-Evaluation/Zahlen-Daten-Fakten/pdf/Kosten-2024.pdf?>

D. Zu Artikel 1 Nummer 23 (§ 61 SGB V)

D. I. Erhöhung und Dynamisierung der Zuzahlungen

Mit Artikel 1 Nummer 23 werden die allgemeinen Zuzahlungsgrenzen von mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro auf mindestens 7,50 Euro und höchstens 15 Euro erhöht. Für Heilmittel soll künftig eine Zuzahlung von 10 Prozent der Kosten plus 15 Euro je Verordnung anfallen. Zusätzlich sollen die Beträge künftig jedes Jahr zum 1. Januar anhand der Grundlohnrate angepasst werden.

Die Entwurfsbegründung erklärt ausdrücklich, dass diese Bindung an die Grundlohnrate zur Beitragssatzstabilität beitragen und sicherstellen soll, dass die Ausgaben der Krankenkassen für Leistungen nicht schneller steigen als ihre Einnahmen.

D. II. Historische Fehlentwicklung der Berechnungslogik im Heilmittelbereich

Gerade im Heilmittelbereich steht diese Regelung jedoch in einer historischen Fehlentwicklung der Berechnungslogik. Bereits der Gesetzentwurf zum Gesundheits-Reformgesetz 1988 stellte für Heilmittel ausdrücklich darauf ab, der überproportionale Ausgabenanstieg sei „weniger ein Preis- als ein Mengenproblem“, dem durch eine Erhöhung der Zuzahlung begegnet werden müsse. Damit wurde der Heilmittelbereich schon früh mit einer besonderen Mengensteuerungslogik belegt.

Diese Sonderlogik wurde mit dem GKV-Modernisierungsgesetz nicht abgebaut, sondern in die bis heute prägende Doppelformel überführt. In der Begründung heißt es ausdrücklich, die Zuzahlung zu den Kosten des Heilmittels werde von 15 auf 10 Prozent abgesenkt und „zum Ausgleich“ eine zusätzliche Zuzahlung von 10 Euro je Verordnung eingeführt. Der Heilmittelbereich wurde damit dauerhaft mit einer atypischen Belastungsstruktur versehen: Nicht nur ein prozentualer Eigenanteil, sondern zusätzlich eine feste verordnungsbezogene Pauschale trifft Versicherte bei jeder Verordnung erneut.

Der aktuelle Referentenentwurf setzt genau auf dieser historisch gewachsenen Sonderlogik auf. Er erhöht die feste Pauschale von 10 Euro auf 15 Euro je Verordnung und dynamisiert die Beträge künftig zusätzlich automatisch anhand der Grundlohnrate. Damit wird eine aus älteren Mengensteuerungsannahmen stammende Berechnungslogik nicht hinterfragt, sondern weiter verschärft.

D. III. Heilmittelpatientinnen und -patienten sind bereits heute besonders belastet

Die aktuelle Datenlage macht diese strukturelle Sonderbelastung sichtbar. In der Antwort des Parlamentarischen Staatssekretärs Tino Sorge auf die schriftliche Frage 216 des Abgeordneten Ates Gürpınar werden für 2024 Heilmittelzuzahlungen in Höhe von 1.043 Millionen Euro und für 2025 vorläufig 1.040 Millionen Euro ausgewiesen. Im selben Zeitraum lagen die Zuzahlungen für Krankenhausbehandlungen bei 636 beziehungsweise 618 Millionen Euro. Der Heilmittelbereich ist damit schon heute einer der besonders relevanten Zuzahlungsbereiche innerhalb der GKV.

Gerade diese Belastungsstruktur trifft Menschen mit wiederkehrendem, langfristigem oder chronischem Therapiebedarf besonders stark. Anders als in vielen anderen Leistungsbereichen wirkt hier nicht nur eine allgemeine Mindest- und Höchstgrenze, sondern zusätzlich eine feste verordnungsbezogene Pauschale, die bei jeder neuen Verordnung erneut anfällt. Der Referentenentwurf verschärft diese Struktur nicht nur einmalig, sondern verstetigt sie durch die vorgesehene automatische Dynamisierung.

D. IV. Belastungsgrenzen lösen das Problem praktisch nicht zuverlässig

Der Hinweis auf die Belastungsgrenzen trägt die Verschärfung nicht. Die FKG hat selbst darauf hingewiesen, dass nicht sichergestellt ist, dass alle Versicherten, die oberhalb ihrer individuellen Belastungsgrenze liegen, tatsächlich befreit werden. Sie empfiehlt deshalb, Krankenkassen zu verpflichten, Versicherte automatisch über das mögliche Erreichen der Belastungsgrenze zu informieren. Zugleich hält sie ausdrücklich fest, dass nicht ausgeschlossen werden kann, dass Versicherte aufgrund von Zuzahlungen auf medizinisch notwendige Leistungen verzichten.

Gerade im Heilmittelbereich ist das besonders problematisch, weil die Belastung hier wiederkehrend und ordnungsbezogen entsteht. Eine weitere Erhöhung und automatische Dynamisierung der Zuzahlungen verschärft daher nicht nur eine bestehende finanzielle Sonderlast, sondern auch das Risiko, dass notwendige Versorgung aus Kostengründen verzögert oder nicht in Anspruch genommen wird.

D. V. Bewertung der unterzeichnenden Verbände

Die unterzeichnenden Verbände halten die vorgesehene Erhöhung und automatische Dynamisierung der Zuzahlungen im Heilmittelbereich in ihrer jetzigen Ausgestaltung für nicht sachgerecht. Der Referentenentwurf greift nicht auf eine neue, versorgungsbezogene Logik zurück, sondern verschärft eine historisch gewachsene Sonderformel, die aus älteren Mengensteuerungsannahmen hervorgegangen ist und für die heutige Versorgungslage nicht mehr anschlussfähig ist. Gerade bei regelmäßigem und langfristigem Therapiebedarf führt dies zu einer systematischen Benachteiligung von Patientinnen und Patienten mit Heilmittelbedarf.

Der Widerspruch der unterzeichnenden Verbände richtet sich dabei nicht pauschal gegen jede allgemeine Erhöhung oder Dynamisierung von Zuzahlungen. Der zentrale methodische Fehler liegt vielmehr in der besonderen Berechnungslogik des Heilmittelbereichs, nämlich in der zusätzlichen ordnungsbezogenen Belastung durch die feste Pauschale neben der prozentualen Beteiligung. Solange an der 10-Prozent-Regelung in ihrer bisherigen heilmittelspezifischen Wirkung festgehalten und diese Logik sogar noch durch eine erhöhte Pauschale und eine automatische Fortschreibung verschärft wird, bleibt die strukturelle Benachteiligung bestehen. Wird dieser grundlegende methodische Fehler beseitigt und die Zuzahlungssystematik im Heilmittelbereich sachgerecht neu geordnet, besteht aus Sicht der unterzeichnenden Verbände kein zwingender Einwand gegen eine allgemeine, systematisch folgerichtige Anpassung der Zuzahlungsbeträge.

E. Zu Artikel 1 Nummer 45 (§ 125a Absatz 2 SGB V)

E. I. Verbot versorgungsbezogener Pauschalen in der Blankoversorgung

Mit Artikel 1 Nummer 45 soll geregelt werden, dass eine Pauschale, die mit der Abgeltung einer besonderen Versorgungsverantwortung begründet wird und über Analyse des therapeutischen Bedarfs oder therapeutische Diagnostik hinausgeht, nicht zulasten der GKV vereinbart werden kann. Die Entwurfsbegründung erkennt zugleich ausdrücklich an, dass bei der Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung dem Heilmittelerbringer die Verantwortung über Auswahl der Heilmittel sowie die Festlegung von Frequenz und Dauer der Behandlung obliegt. Gleichwohl verneint sie einen zusätzlichen Aufwand für Steuerung des Behandlungsverlaufs, Verlaufsdokumentation und Sicherung der Versorgungsqualität.

Damit greift der Entwurf in die Vergütungssystematik eines Versorgungsmodells ein, das gerade auf erweiterter fachlicher Verantwortung und größerer therapeutischer Entscheidungsfreiheit beruht. Die vorgesehene Regelung reduziert diese erweiterte Versorgungsverantwortung vergütungsrechtlich auf einen eng begrenzten Kern und blendet wesentliche Folgeaufwände aus.

E. II. Methodische Schwäche der zugrunde gelegten Begründung

Besonders problematisch ist, dass die FKG ihre Kritik an den gesonderten Pauschalen je Blankoverordnung ausdrücklich auf „stichprobenartige Analysen des AOK-Bundesverbands“ stützt. Aus solchen Analysen leitet sie ab, die zusätzlichen pauschalen Vergütungen für erhöhte Erfüllungs- und Dokumentationsaufwände seien sachlich nicht begründet. Gerade für einen tiefen Eingriff in ein neues Versorgungsmodell ist diese Evidenzbasis jedoch nicht hinreichend tragfähig. Stichprobenartige Analysen eines einzelnen Kostenträgers können Hinweise liefern, ersetzen aber keine methodisch transparente und unabhängige Evaluation.

Hinzu kommt, dass sich die Blankoverordnung noch in einer frühen Implementierungsphase befindet. Zugleich existieren fortlaufende bundesweite HIS-Berichte, die ausdrücklich dem Vergleich der Regelversorgung nach § 125 SGB V mit der Versorgung nach § 125a SGB V dienen. Die Datengrundlage ist damit noch im Aufbau; eine vollständige, methodisch transparente und unabhängige Evaluation steht noch aus. Vor diesem Hintergrund ist es rechtspolitisch nicht überzeugend, bereits jetzt gesetzlich ein Vergütungsverbot zu normieren.

E. III. Inkonsistenz der Regelungslogik

Die Inkonsistenz der Regelungslogik zeigt sich bereits in der Begründung des Referentenentwurfs selbst. Einerseits wird ausdrücklich anerkannt, dass die erweiterte Versorgungsverantwortung zu erhöhtem Aufwand bei der Analyse des therapeutischen Bedarfs und der therapeutischen Diagnostik führt. Andererseits wird ausgeführt, ein zusätzlicher Aufwand für die Steuerung des weiteren Behandlungsverlaufs, für die Verlaufsdocumentation und für die Sicherung der Versorgungsqualität sei damit nicht verbunden. Gerade diese Trennung überzeugt fachlich nicht. Wer Auswahl, Frequenz und Dauer der Behandlung eigenverantwortlich festlegt, übernimmt nicht nur einen punktuellen zusätzlichen Analyseaufwand, sondern fortlaufende therapeutische Steuerungs-, Dokumentations- und Ergebnisverantwortung.

Auch die FKG-Logik bleibt an dieser Stelle verkürzt. Wenn Unterschiede in frühen Routinedaten bislang vor allem in den Mengen und noch nicht deutlich im Therapieaufbau sichtbar werden, folgt daraus nicht, dass zusätzlicher Aufwand oder zusätzliche Verantwortung nicht bestehen. Zusätzlicher Koordinations-, Entscheidungs- und Dokumentationsaufwand muss sich gerade in einer frühen Implementierungsphase nicht sofort als klar sichtbare Strukturabweichung in Abrechnungsdaten niederschlagen. Die Schlussfolgerung, die Zuschläge seien deshalb sachlich nicht begründet oder sogar teilweise Doppelvergütung, ist daher methodisch deutlich zu weitgehend.

E. IV. Bewertung der unterzeichnenden Verbände

Die unterzeichnenden Verbände halten das vorgesehene gesetzliche Verbot versorgungsbezogener Pauschalen in der Blankoversorgung für fachlich und rechtspolitisch verfehlt. Wenn die gesetzliche Konzeption die therapeutische Verantwortung erweitert, dürfen die damit verbundenen Folgekosten nicht vergütungsrechtlich ausgeblendet werden. Andernfalls entsteht ein struktureller Widerspruch: Mehr Verantwortung wird erwartet, aber nicht mehr als solche anerkannt.

Die Blankversorgung soll therapeutische Entscheidungsspielräume erweitern und Versorgung bedarfsgerechter machen. Wird diese erweiterte Verantwortung gesetzlich zugelassen, darf sie vergütungsrechtlich nicht zugleich auf einen Minimalaufwand reduziert werden. Vor einer gesetzlichen Streichung der entsprechenden Pauschalen ist vielmehr eine belastbare, methodisch transparente und unabhängige Evaluation des neuen Versorgungsmodells erforderlich.

F. Schlussfolgerung und Forderungen

Die unterzeichnenden Verbände halten die im Referentenentwurf vorgesehenen Änderungen für den Heilmittelbereich in ihrer derzeitigen Ausgestaltung für nicht zustimmungsfähig.

Die Wiedereinführung der Grundlohnsummenbindung nach § 71 SGB V ist ein fiskalisches Steuerungsinstrument. Sie bleibt schon technisch hinter dem Anspruch einer echten Einnahmenorientierung zurück, weil sie nicht an die tatsächliche Einnahmenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung anknüpft, sondern an einen engeren Referenzwert, der im Entwurf zusätzlich nochmals abgesenkt wird. Für den Heilmittelbereich bedeutet dies, dass steigender Bedarf, zunehmende Komplexität der Versorgung und wirtschaftliche Belastungen der Praxen nicht sachgerecht refinanziert, sondern in die Leistungserbringung hinein verlagert werden.

Die vorgesehene Erhöhung und automatische Dynamisierung der Zuzahlungen verschärft im Heilmittelbereich eine historisch gewachsene Fehlkonstruktion. Der zentrale methodische Fehler liegt nicht in jeder allgemeinen Anpassung von Zuzahlungsbeträgen als solcher, sondern in der besonderen heilmittelspezifischen Berechnungslogik aus prozentualer Beteiligung und zusätzlicher verordnungsbezogener Pauschale. Solange gerade diese Sonderlogik fortgeschrieben und zusätzlich verschärft wird, bleibt die strukturelle Benachteiligung von Patientinnen und Patienten mit Heilmittelbedarf bestehen.

Das gesetzliche Verbot versorgungsbezogener Pauschalen in der Blankversorgung verkennt schließlich die tatsächliche Funktion dieses Versorgungsmodells. Wenn der Gesetzgeber die therapeutische Verantwortung ausdrücklich erweitert, darf er die damit verbundenen Folgeaufwände vergütungsrechtlich nicht zugleich ausblenden. Vor einer gesetzlichen Streichung entsprechender Pauschalen ist vielmehr eine belastbare und methodisch transparente Evaluation abzuwarten.

Die unterzeichnenden Verbände fordern daher vorrangig,

1. auf die vorgesehene Wiedereinführung der Grundlohnsummenbindung im Heilmittelbereich zu verzichten;
2. von der geplanten Erhöhung und automatischen Dynamisierung der Zuzahlungen im Heilmittelbereich in der vorgesehenen Form abzusehen;
3. auf das gesetzliche Verbot versorgungsbezogener Pauschalen in der Blankversorgung zu verzichten.

Hilfsweise fordern die unterzeichnenden Verbände, jeweils das mildere Mittel zu wählen:

1. zur Grundlohnsummenanbindung:
sollte an einer Rückkehr zur Grundlohnlogik festgehalten werden, darf jedenfalls kein zusätzlicher Abschlag von 1 Prozentpunkt vorgesehen werden. Zudem ist eine solche Regelung strikt auf drei Jahre zu befristen und mit einer verbindlichen Evaluation ihrer Auswirkungen auf Vergütung, Fachkräftesicherung, Praxisstabilität und Versorgung zu verknüpfen;
2. zur Zuzahlungsregelung:
sollte eine allgemeine Anpassung und Dynamisierung der Zuzahlungsbeträge weiterverfolgt

werden, ist zuvor die heilmittelspezifische Berechnungslogik methodisch richtig zu stellen. Dazu gehört insbesondere, den 10-Prozent-Aufschlag im Heilmittelbereich zu streichen und die Zuzahlungssystematik so auszugestalten, dass Menschen mit regelmäßigem und langfristigem Heilmittelbedarf nicht weiterhin strukturell benachteiligt werden;

- zu den Pauschalen in der Blankoversorgung:
sollte der Gesetzgeber an einer Überprüfung der versorgungsbezogenen Pauschalen festhalten, ist die gesetzliche Logik der Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung konsequent einzuhalten. Eine gesetzliche Streichung der Pauschalen darf dann jedenfalls nicht vor Abschluss einer belastbaren Evaluation erfolgen. Maßgeblich ist insoweit, die vorgesehene Evaluation nach vier Jahren zunächst abzuwarten und auf dieser Grundlage zu entscheiden.

Die unterzeichnenden Verbände erwarten, dass der Gesetzgeber die Heilmittelversorgung nicht als kurzfristigen fiskalischen Entlastungsraum behandelt, sondern als personalintensiven, versorgungsrelevanten und volkswirtschaftlich bedeutsamen Bereich, in dem Fehlsteuerungen unmittelbar die Versorgung von Patientinnen und Patienten und mittelbar die Stabilität der Praxen treffen.

Bundesverband der Ergotherapeut:innen in Deutschland e.V. (BED)

Nohner Straße 10 | 66693 Mettlach

LOGO Deutschland, Selbstständige in der Logopädie e.V. (LD)

Storkower Straße 101B | 10407 Berlin

VDB Physiotherapieverband e.V.

Ehrlichstraße 18 | 10318 Berlin

Deutscher Verband für Podologie (ZFD) e.V.

Wilhelmshöher Allee 258 | 34131 Kassel

Verband Deutscher Podologen e.V. (VDP)

Tulpenweg 3 | 06571 Roßleben-Wiehe

Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V. (VDD)

Susannastr. 134 | 5136 Essen

QUETHEB – Dt. Gesellschaft der qualifizierten Ernährungstherapeuten u. Ernährungsberater e.V.

An der Schießmauer 8 D | 89547 Gerstetten-Gussenstadt

Berufsverband Oecotrophologie e.V. (VDOE)

Agricolastraße 25 | 10555 Berlin