Kanzlei RATAJCZAK & PARTNER mbB
Berlin · Böblingen · Duisburg · Essen · Freiburg i. Br. · Köln · Meißen · München
www.rpmed.de

Prof. Dr. Thomas Ratajczak
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Medizinrecht
Fachanwalt für Sozialrecht
Justiziar des BDIZ EDI
Charles-Lindbergh-Straße 7
71034 Böblingen
Tel.: +49 7031 9505-27
E-Mail: syr@rpmed.de
(Sybill Ratajczak)
Fax.: +49 7031 9505-99
ratajczak@bdizedi.org

Prof. Dr. Ulrich M. Gassner
Rechtsanwalt
Trimburgstr. 2 | Gebäude 240, 6. OG
81249 München
Tel.: 089-38164189-0
Fax: 089-38164189-5
E-Mail: gassner@rpmed.de

Inhalt

Versicherungsfremde Leistungen (§ 221 SGB V)
Prävention (§ 25 SGB V)
Zweitmeinung (§ 27b SGB V)
Kieferorthopädie (§ 28 SGB V)
Krankengeld
Zahnersatz und Zahnkronen
Beitragssatzstabilität
Krankenhausbereich
Vorstandsvergütungen
Zusammenfassung

Analyse zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz

„D-Day" und planlose Hektik in Berlin

Wir leben in seltsamen Zeiten. Für das Gesundheitswesen liegen zwei umfangreiche neue Gesetzentwürfe auf dem Tisch, neben dem hier zu besprechenden Gesetzentwurf noch das Gesetz zur Reform der Notfallversorgung, für den Pflegebereich ist für Mitte Mai ein weiterer Gesetzentwurf angekündigt. Das Bundesgesundheitsministerium ist also strebend bemüht. Aber am Muttertag des Jahres 2026, an dem ich diesen Beitrag verfasse, steht die Nation nach einer Meldung in *BILD* zwei Tage vor einer weiteren Sitzung des Koalitionsausschusses in Berlin, dem Teilnehmer vorab die Bedeutung eines D-Days zugewiesen haben sollen. Das kann auch bedeuten, dass es zunächst keines dieser Gesetze geben wird. Wenn sie doch kommen, dann wohl nicht ohne erhebliche Änderungen.

Es herrscht planlose Hektik in Berlin. Ich denke, so muss man bei allem Respekt die Situation bezeichnen, und sie betrifft auch das hier zu besprechende Gesetz mit dem sperrigen Namen „Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)". Die Abkürzung des Gesetzes soll GKV-BStabG lauten, in der Presse ist fast nur vom Spargesetz die Rede – und diese Abkürzung ist durchaus treffend. Allerdings wird vor allem zulasten der Leistungserbringer gespart, als ob es in deren Verantwortung läge, die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung dadurch zu minimieren, dass sie dafür Sorge tragen, dass den Versicherten möglichst viele Leistungen vorenthalten werden, auf die sie eigentlich nach Maßgabe des § 2 SGB V Anspruch haben.

Die *Ärztezeitung* bezeichnete in einer am 7.5.2026 veröffentlichten Kolumne das Gesetzesvorhaben treffend als „Spiegel der aktuellen Arbeits- und Denkblockaden der Koalition".

Um es nicht untergehen zu lassen: Die Bundesgesundheitsministerin hat recht, wenn sie in einem Interview im Deutschlandfunk am 29.4.2026 ausführt, die Botschaft müsse doch sein, dass wir seit Jahren über unsere Verhältnisse gelebt haben in der gesetzlichen Krankenversicherung. Aber sie ist nicht bereit, die Ursachen zu benennen und anzugehen.

Die Milliardenausgaben fließen ja nicht vor allem in Verwaltungsausgaben. Den Krankenkassen und damit den Beitragszahlern wird die Verwirklichung von systemsprengenden Aufgaben übertragen:

- Unbegrenzte medizinische Leistungen – niemand soll früher sterben müssen, weil er arm ist. Konsequenzen jeglichen persönlichen Fehlverhaltens gegen die eigene Gesundheit sollen von der Solidargemeinschaft sanktionslos ausgeglichen werden.
- Finanzierung von (lokal-)politisch erwünschten Versorgungsstrukturen ohne Rücksicht auf den medizinischen Bedarf, was vor allem den Krankenhausbereich betrifft.
- Finanzierung von industriepolitisch gewollten Ergebnissen zulasten der Beitragszahler, vor allem im Bereich der Pharmaindustrie.

Die Auswirkungen dieser Erwartungshaltung hat der Augenarzt Hans Biermann in

seinem 1992 erschienenen, unverändert aktuellen Werk *Die Gesundheitsfalle – Der medizinisch-industrielle Komplex* untersucht und dabei als einer der ersten auf die Ineffizienz des deutschen Gesundheitswesen hingewiesen, die mittlerweile durch zahlreiche Untersuchungen nicht zuletzt der OECD gesichert ist. Er hat in seinem Werk u. a. eine simple Überlegung angestellt: Was würde geschehen, wenn Deutschland das gesamte Bruttosozialprodukt für den Sektor Gesundheit ausgäbe? Man muss nicht lange nachdenken, dass bei dieser Grundkonstellation spätestens nach 14 Tagen niemand mehr leben würde, weil keine Ressourcen für die einfachsten Grundnahrungsmittel inkl. Wasser zur Verfügung stünden.

Kein Gesetz wird in der Lage sein, die Ausgaben zu bremsen, wenn nicht am Versorgungsniveau angesetzt wird. Die Arzneimittelausgaben laufen seit Jahren aus dem Ruder, weil immer neue Heilsversprechen entstehen, die zwar selten Heilung, aber doch das Hinausschieben des Sterbezeitpunkts versprechen. Antikörpertherapien und Gentherapien drängen immer stärker auf den Markt. Über die Mehrkosten wird in der breiten Öffentlichkeit selten berichtet (eine Ausnahme war kürzlich zu Keytruda® zu lesen). Dass es zu der Gentherapie Casgevy® angesichts deren horrenden Kosten eine geheime Preisvereinbarung gibt, erfahren nur Fachkreise. Der Hersteller Vertex bemüht sich, die Zahl der für die Therapie in Betracht kommenden Patienten mit β-Thalassämie-Diagnose auf 21 bis 88 kleinzurechnen und nicht die 13.653 Patienten zugrundezulegen, die in Deutschland an dieser Krankheit leiden. Aber auch so sind angesichts der in den USA mit 1,87 Mio. Euro und in Großbritannien mit 1,91 Mio. Euro gelisteten Therapiekosten pro Fall Summen im Raum, die Casgevy® zum Blockbuster machen und bei Behandlung aller Patienten eine Lücke von rund 25 Mrd. Euro in das deutsche Gesundheitswesen sprengen würde. Und das ist ja nur ein neues Arzneimittel in dieser immer größer werdenden Topkategorie.

Die Frage, die über allem steht, was sich das deutsche Gesundheitswesen an Ausgaben zugunsten einzelner unter welchen Bedingungen, bei welchen Aussichten eines Behandlungserfolges leisten kann und will, wird seit jeher in den Gesundheitsreformen gefürchtet wie das Weihwasser vom Teufel. Aber solange man diese Frage nicht angeht und beantwortet, ist jede Beitragssatzstabilisierungen angehende Reform zum Scheitern verurteilt.

Da hilft auch kein Rekurs auf die angesichts des zur Beurteilung stehenden medizinischen Sachverhalts)und der Übernahme von Behandlungskosten für eine Therapie, die man wohl am besten unter die Überschrift Scharlatanerie bringt) die vorgetragenen Bedenken u. a. der Bundesregierung und des G-BA leichtfertig ignorierende Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts im sog. Nikolausbeschluss vom 6.12.2005 (AZ: 1 BvR 347/98).

Die Ruhr-Universität Bochum bietet eine Übersicht über Gerichtsentscheidungen, die auf dem Nikolausbeschluss beruhen (https://www.nikolaus-beschluss.de/pages/statistik). Bisher wurden 957 Entscheidungen ausgewertet.

Man kann mit solchen Entscheidungen jedes System zugrunde richten, Keytruda® und Casgevy® sind dafür nur sehr prägnante Beispiele. Also muss man dafür Sorge tragen, dass diese Entscheidung korrigiert wird. Das ist Aufgabe des Gesetzgebers, nicht der Leistungserbringer. Genau Letzteres ist aber auch jetzt wieder die unausgesprochene Erwartung.

Zur Erinnerung: Kostendämpfungsgesetze gab es schon viele, alle erreichten nicht nachhaltig ihre Ziele. Es ging 1977 mit dem Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz – KVKG) los.

1981 gab es mit dem Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz) und dem Gesetz zur Ergänzung und Verbesserung der Wirksamkeit kostendämpfender Maßnahmen in der Krankenversicherung (Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz – KVEG) gleich zwei solcher Versuche.

1988 wagte man den großen Wurf mit dem vom damals zuständigen Minister Norbert Blüm als Jahrhundertreform angepriesenen Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz – GRG), dem nur drei Jahre später mit dem Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz – GSG) die Reform der Reform folgte.

Und so ging es in immer kürzerer Reihenfolge weiter, mit immer fantasievolleren Gesetzesnamen, die selten hielten, was sie versprachen.

Am 28.9.2010 gab es den Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz).

Am 19.9.2022 wurde der Entwurf eines Gesetzes zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz) veröffentlicht.

Das hat alles nichts gebracht. Dass das GKV-BStabG nicht wie seine fast namensgleichen Vorgängergesetze erst im September 2026 auf den Tisch kommt, liegt nicht am Zufall, sondern am vorzeitigen Ende der Ampelkoalition.

Womit ich wieder am Anfang meiner Vorbemerkungen wäre.

Der nachstehende Artikel behandelt nicht alle Änderungen, die das GKV-BStabG bringt. Es gibt im Nachgang zu der Veröffentlichung des Gesetzentwurfs bereits derart viele Änderungswünsche, auch aus den Regierungsfraktionen, dass es sinn-

© Masterlevsha/Shutterstock.com

voll erscheint, nur ausgewählte Themen zu behandeln.

Zum besseren Verständnis der nachfolgend verwendeten Abkürzungen: Neu eingeführte Paragrafen werden mit der üblichen Gesetzesabkürzung angegeben, der „-E" angehängt wird, also z. B. SGB V-E.

Inhalte

Das GKV-BStabG sieht umfangreiche Änderungen des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) vor, daneben vor allem Änderungen im Krankenhausbereich. In einem eher als kurios zu bezeichnenden Nebenaspekt werden neue detaillierte Vergütungsregelungen u. a. für die Vorstände der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen, Krankenkassen und des Gemeinsamen Bundesausschusses getroffen.

Versicherungsfremde Leistungen (§ 221 SGB V)

Hauptanliegen des Gesetzes ist die Koppelung der Ausgaben an die Einnahmen der GKV. Das wäre nachvollziehbar, wenn endlich dafür gesorgt werden würde, dass die ganzen sog. versicherungsfremden Leistungen den Krankenkassen 1:1 aus dem Bundeshaushalt erstattet werden. Nach § 221 Abs. 1 SGB V in der aktuell geltenden Fassung leistet der Bund zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen jährlich 14,5 Mrd. Euro an den Gesundheitsfonds. Dieser Betrag soll durch das GKV-BStabG nicht etwa um die 12 Mrd. Euro aufgestockt werden, welche die GKV jährlich für die Behandlungsleistungen für Bürgergeldbezieher bezahlen muss, sondern um 2 Mrd. Euro reduziert werden (§ 221 Abs. 1 Satz 2 SGB V-E).

Versicherungsfremde Leistungen sind Ausgaben, die zulasten der Solidargemeinschaft der Beitragszahler für Ausgaben des Staates aufgewendet werden. Das ist ein Vorgang, der eigentlich per se unerhört ist. Die Beiträge zu den Sozialversicherungen sind keine Steuern, sondern zweckgebunden für die Belange der Sozialversicherung zu verwenden. Dazu gehören allgemeine Staatsausgaben nicht, was schon immer ein Problem bei der Krankenhausfinanzierung ist. Aber beim Bürgergeld ist das besonders eklatant. Wenn es ausreicht, in der GKV jetzt 16 Mrd. Euro statt der im Referentenentwurf vom 16.4.2026 noch avisierten 20 Mrd. Euro zu sparen, würde der Ausgleich der Behandlungskosten für Bürgergeldempfänger das für 2027 erwartete Defizit auf unter 4 Mrd. Euro reduzieren.

Prävention (§ 25 SGB V)

Das GKV-BStabG nimmt sich des Problems an, dass die Ergebnisse durch die Einführung von immer neuen Screening-Verfahren nicht besser werden. Aktueller Anlass ist offenbar die Diskussion um die Sinnhaftigkeit des Hautkrebsscreenings geworden. Man könnte auch genauso gut das Brustkrebsscreening heranziehen, bei dem das RWI seit Jahren darauf hinweist, dass man die Frauen mit manipulativen Zahlen regelrecht dazu dränge, obwohl sich die absoluten Vorteile im kaum messbaren Promillebereich bewegten. Jedenfalls sollen nach § 25 Abs. 4 SGB V-E diese Gesundheitsuntersuchungen durch den G-BA kritisch hinterfragt und für das Hautkrebsscreening ein risikobasierter Ansatz gewählt werden. Das ist sicher sinnvoll.

Zweitmeinung (§ 27b SGB V)

Zweitmeinungsverfahren gelten als Methode, den Patienten von vorschnellen Entscheidungen zu operativen Eingriffen abzuhalten. Das GKV-BStabG verschärft nun die Sanktionen, wenn ein Eingriff ohne obligatorische Zweitmeinung durchgeführt wurde. Für diesen Fall entfällt der Vergütungsanspruch (§ 27b Abs. 3 Satz 1 SGB V-E). Der G-BA soll erstmals zum 31.3.2027 und dann jährlich mindestens einen planbaren Eingriff in diesem Sinne bestimmen. Auch dagegen ist im Grundsatz nichts einzuwenden. Im internationalen Vergleich wird in Deutschland zweifellos viel operiert, was auch konservativ behandelt werden könnte. Allerdings kommt

bei der Neuregelung der Zweitmeinung sofort wieder ein Wust an Bürokratie ins Spiel mit in § 27b Abs. 6 Satz 2 ff. SGB V-E detailliert geregelten Informations- und Aufklärungspflichten durch den Arzt, nicht durch die Krankenkasse. Wir sind in Deutschland. Alles muss belegt, nachvollziehbar sein, normiert werden. Das kostet vor allem sinnlos Zeit und bringt den Patienten nichts.

Kieferorthopädie (§ 28 SGB V)

Es hat sich schon herumgesprochen, dass das GKV-BStabG die kieferorthopädische Behandlung zulasten der GKV nur noch den Fachzahnärzten für Kieferorthopädie vorbehalten, also den „normalen" Zahnärzten, auch den M.Sc. Kieferorthopädie-Zahnärzten wegnehmen will (§ 28 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V-E). Lediglich angefangene Behandlungen sollen durch sie noch fortgeführt werden dürfen, aber keine neuen Behandlungen. Stichtag soll der Tag der Verkündung des GKV-BStabG im Bundesgesetzblatt sein (§ 28 Abs. 2a SGB V-E).

Das GKV-BStabG greift damit einen Vorschlag im ersten Bericht der FinanzKommission vom 30.3.2026 auf, der von einer Überversorgung in der Kieferorthopädie ausgeht und eine weitgehend fehlende Sicherung der Ergebnisqualität in der Kieferorthopädie behauptet (S. 185 des Berichts). Dazu heißt es:

> *„Derzeit sind alle approbierten Zahnärzte berechtigt, kieferorthopädische Leistungen anzubieten, auch ohne spezielle Facharztweiterbildung in der Kieferorthopädie. Damit werden zusätzliche Kosten durch potenziell vermehrt nicht sach- und bedarfsgerecht erbrachte Behandlungen verursacht."*

Es ist schwierig, epidemiologische Studien zu Behandlungserfolgen auf den Einzelfall herunterzubrechen. Randomisiert kontrollierte Studien, am besten noch placebokontrolliert und im Split-Mouth-Design, wie vor Jahren eine private Krankenversicherung meinte, für neue Implantate fordern zu müssen, sind mit Kindern und Jugendlichen schwierig bis gar nicht zu erstellen. Aber ganz offensichtlich ist die Nachfrage nach kieferorthopädischen Behandlungsleistungen in Deutschland hoch.

Wenn der Gesetzgeber die nicht befriedigt sehen will, dann soll er das entscheiden und die Kriterien so ändern, dass Kieferorthopädie wie in den 60er- und frühen 70er-Jahren des letzten Jahrhunderts gemacht wird, als es einen ausgeprägten Mangel an entsprechendem Angebot gab. Die Anknüpfung an den Fachzahnarzt ist ein untaugliches Kriterium. Die Finanz-

ANZEIGE

Lesen Sie noch
oder **schreiben**
Sie schon?

JETZT Kontakt aufnehmen unter
dentalautoren.de

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29 · 04229 Leipzig · Deutschland · Tel.: +49 341 48474-0 · info@oemus-media.de

Kommission liefert dafür genauso wenig eine auch nur näherungsweise die verfassungsrechtlichen Dimensionen eines solchen Eingriffs erfassende Rechtfertigung wie der Gesetzentwurf.

Die Änderung bleibt allerdings nicht isoliert. In § 87 SGB V soll nach einem neuen Absatz 1d die Vergütung kieferorthopädischer Leistungen zu vier Leistungskomplexen auf Bundesebene zusammengefasst werden, auch das in teilweiser Umsetzung eines Vorschlags der FinanzKommission (S. 186 des Berichts):

1. Maßnahmen für die kieferorthopädische Behandlung von Personen, die bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
2. Maßnahmen für die kieferorthopädische Behandlung von Personen, die bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr bereits vollendet haben,
3. Maßnahmen für die kieferorthopädische Behandlung von Personen vor Beginn der zweiten Phase des Zahnwechsels,
4. Maßnahmen für die Feststellung des kieferorthopädischen Behandlungsbedarfs.

Die Leistungskomplexe sollen in bis zu drei Schweregrade unterteilt werden können. Alles Nähere soll im BMV-Z geregelt werden.

§ 87 Abs. 2h SGB V soll um folgenden vierten Satz ergänzt werden:

> *„Die Leistungskomplexe der kieferorthopädischen Versorgung nach Absatz 1d werden in Abhängigkeit ihres Schweregrades jeweils mit einer Gesamtpunktzahl bewertet; mit dieser Gesamtpunktzahl sind alle unter das jeweilige Leistungspaket fallenden kieferorthopädischen Maßnahmen unabhängig von der Gesamtbehandlungsdauer abgegolten."*

Damit ist klar, dass es künftig in der Kieferorthopädie nur noch vier Komplexgebühren geben soll, die alle Leistungen abdecken.

In § 92 Absatz 1a Satz 4 SGB V-E wird dem G-BA ergänzend aufgegeben, bis zum 31. Dezember 2027 in seinen Richtlinien für die kieferorthopädische Behandlung eine evidenzbasierte Indikations- und Kontraindikationsliste für die Durchführung von Fernröntgenaufnahmen sowie Panoramaaufnahmen zum Zwecke der Planung und Durchführung einer kieferorthopädischen Behandlung zu beschließen.

Auch das ist ein Aspekt, den die FinanzKommission für besonders erwähnenswert hielt (S. 186 des Berichts).

Krankengeld

Das GKV-BStabG bringt neue Regelungen zum Krankengeld, insbesondere die Einführung der Teilarbeitsunfähigkeit in § 44c SGB V und des Teilkrankengeldes in § 44d SGB V. Da dies für Zahnarztpraxen relevant werden könnte, sollen die Grundzüge dargestellt werden. § 44c Abs. 1 SGB V soll folgenden Wortlaut erhalten:

> *„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*
>
> *1. sie sich dazu gesundheitlich in der Lage sehen,*
> *2. die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt eine entsprechende Teilarbeitsunfähigkeit in Höhe von 25, 50 oder 75 Prozent der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit des Versicherten feststellt und*
> *3. der Arbeitgeber der teilweisen Arbeitsaufnahme zustimmt.*
>
> *Eine nicht nur geringfügige Erkrankung im Sinne einer Teilarbeitsunfähigkeit liegt insbesondere vor, wenn aufgrund der Art, Schwere oder voraussichtlichen Dauer der Erkrankung eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als vier Wochen zu erwarten ist."*

Das ist im Grundsatz eine sinnvolle Entwicklung, zumal sie durch den nachstehenden zweiten Absatz sinnvoll kombiniert wird. Der Arbeitgeber muss mit einer teilweisen Ausübung der Arbeit einverstanden sein, er kann dazu aber nicht gezwungen werden. Aber er muss die Sieben-Tage-Frist des § 44c Abs. 2 Satz 3 SGB V-E einhalten, wenn er der Teilzeitarbeit widersprechen will, sonst gilt der Arbeitsplatz als für eine Teilzeitarbeit geeignet.

> *„(2) Stimmen Versicherte einer teilweisen Ausübung der bisherigen Tätigkeit während der Arbeitsunfähigkeit zu, muss der Wunsch nach einer Teilarbeitsunfähigkeit dem Arbeitgeber angezeigt werden. Nach Anzeige der Teilarbeitsunfähigkeit durch den Versicherten hat der Arbeitgeber innerhalb von sieben Kalendertagen zu prüfen und gegenüber dem Versicherten zu erklären, ob der Arbeitsplatz für eine Ausübung der Tätigkeit nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 geeignet ist. Erfolgt innerhalb dieser Frist keine Erklärung, gilt der Arbeitsplatz als geeignet. Widerspricht der Arbeitgeber dem Wunsch nach einer Teilarbeitsunfähigkeit, wird die Arbeitsunfähigkeit entsprechend der ärztlichen Feststellung in vollem Umfang fortgeführt."*

Es wird immerhin davon abgesehen, dem Arbeitnehmer einen Anspruch auf Anpassung des Arbeitsplatzes einzuräumen. § 44c Abs. 3 SGB V-E bestimmt:

> *„Ein Anspruch der Versicherten auf Einrichtung oder Anpassung eines Arbeitsplatzes zur teilweisen Ausübung der bisherigen Tätigkeit besteht nicht."*

Stimmt der Arbeitgeber der Teilzeittätigkeit im Krankenstand zu, muss er nach § 44d Abs. 1 Satz 2 SGB V-E die geleistete Arbeitszeit mit anteiligem Arbeitsentgelt vergüten.

Es wird sicher Streit um die Frage geben, was z. B. eine ZFA bei einer solchen teilweisen Tätigkeit an Leistungen erbringen kann/darf/soll.

Zahnersatz und Zahnkronen

Das SGB V hat die prothetische Behandlung neben der kieferorthopädischen Behandlung als weiteren Sparbereich für sich entdeckt und reduziert den Festzuschuss im Basisbereich auf 50 und im oberen Bereich auf maximal 65 % (§ 55 Abs. 1 Sätze 2, 3, 5 und 6 und Abs. 2 Satz 1 SGB V-E). Gelten soll dies für alle ab dem 1.1.2027 bewilligten Festzuschüsse (§ 55 Abs. 6 SGB V). Das dürfte im Ergebnis weniger die Zahnärzteschaft als die Zusatzversicherungen der PKV belasten, die durch die Erhöhung der Festzuschüsse entlastet worden waren.

Zahnärztliche Vergütung

Veränderungen der Punktwerte sind künftig an die Veränderungsrate des § 71 SGB V gebunden (Grundsatz der Beitragsstabilität). Dies soll nach § 87 Abs. 3 Satz 2 SGB V-E nicht gelten für

- Zahnersatz,
- Individualprophylaxe nach § 22 SGB V,
- Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen nach § 22a SGB V,
- Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche nach § 26 Abs. 1 Satz 5 SGB V,
- aufsuchende Leistungen nach § 87 Abs. 2i SGB V,
- für Leistungen im Rahmen eines Vertrages nach § 119b SGB V (ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen), und
- für Leistungen zur Behandlung von Parodontitis für Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder in der Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX leistungsberechtigt sind.

Für das Gros der vertragszahnärztlichen Leistungen bedeutet das aber Budgetierung und damit neuen Diskussionsbedarf um die inhaltliche Ausgestaltung und Anwendung der Honorarverteilungsmaßstäbe.

Beitragssatzstabilität

Das GKV-BStabG bringt – mit wenigen Ausnahmen – die Rückkehr zur einnahmenorientierten Ausgabenpolitik und damit zu einer strikten Budgetierung der Vergütungsregelungen. Die bisher in § 71 Abs. 2 Satz 2 SGB V enthaltene Ausnahme für eine Überschreitung bei Einsparungen an anderer Stelle soll gestrichen werden, da sie sich, wie es in der Begründung heißt, nicht bewährt habe. Neues Bemessungskriterium soll nun fast ausschließlich die Veränderung der Grundlohnrate des § 71 Abs. 3 SGB V sein, auf die in zahlreichen Einzelvorschriften des SGB V Bezug genommen wird (z. B. § 4 Abs. 5 Satz 1, § 73b Abs. 5 Satz 2, § 85 Abs. 2d, § 87 Abs. 2g Satz 2, § 87aAbs. 2 Satz 5 SGB V-E).

Krankenhausbereich

Der Krankenhausbereich erfährt zahlreiche Änderungen. Die eingriffsintensivste Änderung, die der Referentenentwurf vom 16.4.2026 noch vorgesehen hatte, insbesondere das Verbot der Finanzierung von Tarifsteigerungen zulasten der Krankenkassen, wurde dagegen wieder aufgeweicht (s. § 6 Abs. 3 KHEntgG). Die Gewerkschaften waren vor allem dagegen.

Es ist doch etwas anderes, ob der Krankenhausarbeitgeber einer Vergütungsforderung entgegenhalten kann, er könne diese nicht gegenfinanzieren, oder ob die Gegenfinanzierung wie zuletzt Aufgabe der Krankenkassen ist.

Bei der Gelegenheit sei die Frage erlaubt, ob je der Gesetzgeber sich darüber den Kopf zerbrochen hat, wie die niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte die Gehaltssteigerungen ihrer Mitarbeiter refinanzieren können, wie sie insbesondere der in den letzten Jahren als Folge der Neuregelung der Krankenhausfinanzierung außerordentlich gestiegenen Vergütung der Krankenhausmitarbeiter etwas entgegensetzen können sollen, um ihre Mitarbeiter nicht an die Kliniken zu verlieren? Die Frage ist – natürlich – rhetorisch.

Vorstandsvergütungen

Regelungen zu Vorstandsvergütungen kannte das SGB V schon bisher (z. B. § 35a Abs. 6a SGB IV, § 79 Abs. 6 SGB V). Nun werden sie allerdings explizit ausgeweitet auf Führungskräfte der Ebene unterhalb der Vorstandsebene der Krankenkassen, ihrer Landesverbände, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, den Medizinischen Diensten und dem Medizinischen Dienst Bund sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen (§ 411 SGB V-E). Und sie werden an die Veränderungsrate des § 71 SGB V gebunden. Außerdem soll es zusätzlich ein Veränderungsmoratorium bis zum 31.12.2027 geben (§ 410 SGB V-E).

Schlussbemerkung

Das GKV-BStabG versteht unter Ausgewogenheit, dass das gesamte Morbiditätsrisiko künftig wieder von den Leistungserbringern getragen werden soll. Man könnte dies auch als Aufforderung verstehen, weniger zu verordnen und weniger zu behandeln, jedenfalls weniger zulasten der GKV. Bisher werden als Folge der Budgetierung im ambulanten Bereich Millionen an Behandlungsstunden ohne Vergütung erbracht. Das muss ja nicht so bleiben. Es wird eine wichtige Aufgabe für die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen sein, hier steuernd zugunsten der Einkommenssicherung ihrer Mitglieder einzugreifen. Dass das geht, hat die Zahnärzteschaft in den Jahren nach 1992 bewiesen.