



Stellungnahme

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (BStabG)

Berlin, 20. April 2026

Die Rolle der Gesundheitshandwerke im Gesundheitssystem

Augenoptiker, Hörakustiker, Orthopädieschuhtechniker, Orthopädietechniker und Zahntechniker versorgen die Bevölkerung mit individuell ausgewählten und angepassten Medizinprodukten und Dienstleistungen. Sie zählen zu den systemrelevanten Gesundheitsberufen. Deutschlandweit gibt es etwa 30.000 Betriebe der Gesundheitshandwerke, die als Arbeitgeber ca. 190.000 Menschen beschäftigen, davon sind knapp 17.000 Auszubildende.

Vorbemerkung

Das BStabG verfolgt einen kostendämpfenden Ansatz, den die Arbeitgeberverbände der Gesundheitshandwerke angesichts der Lohnnebenkosten in ihren personalintensiven Branchen begrüßen. Grundsätzlich begrüßt die Arbeitsgemeinschaft der Gesundheitshandwerke auch die Schaffung einer Regelung, mit der Festbeträge vom GKV-Spitzenverband ermittelt werden können.

Allerdings besteht die konkrete Gefahr, dass sich das neue Festbetragssystem nicht als das gewünschte und notwendige Instrument zur Wirtschaftlichkeit erweist, sondern zu einer Unterfinanzierung komplexer Versorgungen führt. Dies betrifft auch die vorgesehene Absenkung der Festzuschüsse beim Zahnersatz sowie die zusätzliche Absenkung der Grundlohnrate. Die neuen Regelungen bergen das Potenzial, die bundesweit flächendeckende und wohnortnahe Versorgung der gesetzlich Versicherten mit qualitativ hochwertigen Hilfsmitteln zu beenden.

Hilfsmittelversorgung

§ 36 SGB V – Festbeträge für Hilfsmittel

Dienstleistungen berücksichtigen

Der neue § 36 SGB V regelt die Vorgehensweise zur Ermittlung von Festbeträgen als maßgebliche Orientierungsgröße für die Preisverhandlungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern. Dabei wird die Hilfsmittelversorgung offenbar rein produktbezogen verstanden. Dies ergibt sich aus dem in Absatz 1 enthaltenen Bezug auf das Hilfsmittelverzeichnis („... in ihrer Funktion gleichartige und gleichwertige Produkte“). Tatsächlich ist eine fachgerechte Versorgung jedoch das Ergebnis aus geeigneten Produkten und Dienstleistungen, denn eine Versorgung ist kein bloßer Produktverkauf. Nicht nur die Produkte, sondern auch der jeweils erforderliche Dienstleistungsaufwand müssen gleichartig und gleichwertig sein. Werden Dienstleistungen im Rahmen der Festbetragsfestsetzungen nicht oder nicht im ausreichenden Maße berücksichtigt, droht eine chronische Unterfinanzierung der Hilfsmittelversorgung.

Kein Auskunftsrecht gegenüber einzelnen Leistungserbringern

Leider sieht der Entwurf nicht vor, dass die Festbeträge die aktuellen Marktpreise widerspiegeln. Vielmehr soll die Ermittlungspraxis des GKV-Spitzenverbandes in Form einer betriebswirtschaftlichen Kalkulation der Festbeträge eine Rechtsgrundlage erhalten, um der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu genügen. In der Vergangenheit war es für den GKV-Spitzenverband schwierig, die erforderlichen Daten für die betriebswirtschaftliche Kalkulation der Festbeträge zu erhalten, da vor allem die Hersteller nicht bereit waren, Auskunft zu erteilen. Dieses Problem soll nun durch einen umfangreichen, gerichtlich durchsetzbaren Auskunftsanspruch behoben werden. Dieser Auskunftsanspruch richtet sich nicht nur an Hersteller und Leistungserbringerverbände, sondern auch an einzelne Leistungserbringer. Für Leistungserbringer sind diese Daten jedoch nicht bloß statistische Informationen, sondern ein wesentlicher Teil ihres unternehmerischen Know-hows. Aus Stundenverrechnungssätzen und Arbeitszeiten lässt sich beispielsweise ableiten, wie ein Betrieb Personal einsetzt, wie aufwendig bestimmte Versorgung intern kalkuliert werden und welche Kostenstruktur hinter der Leistung steht. Rabatte und Abgabepreise zeigen zusätzlich, welche Einkaufsvorteile bestehen, welche Verhandlungsmacht gegenüber Lieferanten vorhanden ist und wie stark ein Unternehmen auf Margen angewiesen ist.

Darüber hinaus darf sich der GKV-Spitzenverband nicht an einzelne Leistungserbringer wenden. Der Auskunftsanspruch gegenüber einzelnen Leistungserbringern geht auch deshalb zu weit, weil diese nicht zwangsläufig in einem Verhältnis zur gesetzlichen Krankenversicherung stehen. Denn in der logischen Reihenfolge werden erst die Festbeträge bestimmt, ehe die Vertragsverhandlungen folgen. So sind einzelne Leistungserbringer zum Zeitpunkt der Ermittlung der Festbeträge keine Vertragspartner der Krankenkassen. Insofern existiert kein Vertragsverhältnis, das als rechtliche Legitimation für den Auskunftsanspruch dienen kann.

Hinzu kommt, dass die Erfüllung des Auskunftsanspruchs für Leistungserbringer eine hohe bürokratische Belastung darstellen würde. Zudem gibt der Referentenentwurf keine Auskunft darüber, was mit dem gelieferten Datenmaterial geschehen soll. Es ist zu befürchten, dass die gesetzlichen Krankenversicherungen diese Informationen im Rahmen der Vertragsverhandlungen oder KO-Ausschreibungen einseitig ausnutzen werden. Zumal das Wettbewerbs- und Kartellrecht nach wie vor für die gesetzlichen Krankenkassen nicht gilt. Aus diesen Gründen sollte der Auskunftsanspruch gegenüber einzelnen Leistungserbringern gestrichen werden.

Echte Beteiligungsmöglichkeit der Leistungserbringer und effektiver Rechtsschutz

Die Leistungserbringer sind im Prozess der Festbetragsermittlung weiterhin strukturell benachteiligt. Die im neuen § 36 SGB V vorgesehene Beteiligung der Leistungserbringer ist eher prozedural als mitbestimmend: Der GKV-Spitzenverband muss kein Einvernehmen herstellen und es gibt keine Vorgaben, wie intensiv Einwände der Leistungserbringer materiell berücksichtigt werden müssen. Wie in der Vergangenheit werden die Festbeträge oftmals von den Krankenkassenvertretern im GKV-Spitzenverband festgelegt, die anschließend in den Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern über die Vertragspreise verhandeln. Die beteiligten Akteure haben somit ein direktes Interesse an möglichst niedrigen Festbeträgen, um den Verhandlungsspielraum zulasten der Leistungserbringer von vornherein zu verengen.

Die strukturelle Benachteiligung der Leistungserbringer wird noch dadurch verschärft, dass Rechtsmittel gegen die Festbetragsfestsetzung keine aufschiebende Wirkung entfalten. Bekanntlich sind die Sozialgerichte völlig überlastet, sodass effektiver Rechtsschutz faktisch ausgeschlossen ist. Dies ist rechtsstaatlich bedenklich, denn das Bundessozialgericht hat in seiner Entscheidung vom 7. April 2022 (B 3 KR 4/20 R) darauf hingewiesen, dass eine Festbetragsregelung, der – wie im vorliegenden Fall – eine preisregulierende Wirkung zukommt, „in die Vertragsabschlussfreiheit der Leistungserbringer und damit in ihr von der Berufsfreiheit umfasstes Recht eingreift, den Preis der angebotenen Güter selbst festzulegen“.

Verfahrensordnung

Gemäß dem neuen § 36 SGB V ist der GKV-Spitzenverband dazu verpflichtet, eine Verfahrensordnung zu erstellen, auf deren Grundlage die Festbeträge ermittelt werden. Positiv ist, dass die Verfahrensordnung der Genehmigungspflicht des Bundesgesundheitsministeriums unterliegt. Dennoch legt der GKV-Spitzenverband die Spielregeln fest. Aus Sicht der Arbeitsgemeinschaft sollte die Verfahrensordnung das Ergebnis eines Verfahrens sein, das mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der betroffenen Hersteller und Leistungserbringer paritätisch besetzt ist oder unabhängig durchgeführt wird. Ebenfalls sollte der GKV-Spitzenverband keinesfalls selbst und ohne Beteiligung der Leistungserbringerverbände Festbeträge für weitere Hilfsmittelprodukte bestimmen können. Denn viele Produktgruppen sind nicht standardisierbar, da sie durch hochindividuelle, komplexe, indikationspezifische und anatomisch differenzierte Anforderungen geprägt sind, die eine präzise, fachlich begleitete und vor Ort im Betrieb erfolgende Anpassung zwingend erforderlich machen.

§ 61 SGB V – Zuzahlungen

Die Neufassung des § 61 SGB V sowie die geplante Dynamisierung der Zuzahlungen sind angesichts der angespannten Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich nachvollziehbar und werden daher nicht in Frage gestellt.

Die Hilfsmittelleistungserbringer tragen jedoch allein das Inkassorisiko im GKV-System, da der § 43c Abs. 1 SGB V für sie nicht gilt und bleiben daher im Zweifel auf den Forderungen sitzen. Mit steigenden Zuzahlungen erhöht sich das Ausfallrisiko, und die beabsichtigte Lenkungswirkung entfällt, wenn Leistungserbringer zur Vermeidung zusätzlicher Aufwände auf die Einziehung verzichten. Daher ist der § 43c Abs. 1 SGB V auch auf Hilfsmittelleistungserbringer auszuweiten.

§ 71 SGB V – Beitragssatzstabilität

Es ist richtig, dass die Ausgaben im GKV-System vor allem wegen einer von den Einnahmen entkoppelten Preis- und Vergütungsdynamik deutlich schneller steigen als die beitragspflichtigen Einnahmen. Dies ist jedoch im Hilfsmittelbereich ausdrücklich nicht der Fall. Vertragsverhandlungen für einen § 127 (1) Vertrag dauern regelmäßig Jahre und Preisadjustierungen folgen – wenn überhaupt – erst zeitverzögert den allgemeinen Kostensteigerungen.

Die FinanzKommission Gesundheit bescheinigt den Hilfsmittelleistungserbringern in ihrem vorliegenden Bericht eine Vergütungsdisziplin, indem dort festgehalten wird, dass die Zuwächse der Ausgaben für Hilfsmittel aktuell und in den letzten Jahren unter 5 Prozent liegen (S. 51). Wir fordern daher, dass die beabsichtigte Kürzung durch Kopplung des Vergütungsanstiegs an Grundlohnsumme abzüglich eines Prozentpunktes keine Anwendung findet.

§ 127 SGB V – Verträge

Kein Abzug für Versorgungen in den Jahren 2027 und 2028

In den letzten Jahren wurden die Vertragspreise in den Bereichen Augenoptik, Hörakustik, Orthopädietechnik und Orthopädieschuhtechnik durch rechtswidrig zu niedrig angesetzte Festbeträge vorgegeben. Dies hat zur Folge, dass die auf Festbeträge beruhenden Vertragspreise aktuell zum Teil mehr als 30 Prozent unter den Marktpreisen liegen. Von diesen nicht auskömmlichen Vertragspreisen weitere 3 Prozent abzuziehen, ist willkürlich und belohnt die Krankenkassen zusätzlich für ihre rechtswidrige Praxis der Festbetragsfestlegung der vergangenen Jahre.

Der beabsichtigte pauschale Preisabschlag soll über zwei Jahre gelten, bis die Ersparnis durch die kumulative Erweiterung der Festbeträge greift. Allerdings wären hiervon in der Mehrzahl individuelle handwerkliche Versorgungsbereiche betroffen, die nicht standardisierbar und nicht in Festbetragsregelungen überführt werden können.

Ungenügende Preissicherungsklausel

Dass die Vertragspreise zukünftig die festgelegten Festbeträge um 10 Prozent überschreiten und zugleich die Vertragspreise nicht mehr als 10 Prozent von den gesetzlichen Krankenversicherungen heruntergedrückt werden dürfen, bewerten wir positiv. Die im neuen § 127 Abs. 4 SGB V vorgesehene Preissicherungsklausel reicht allerdings nicht aus. Denn die Festbeträge und damit auch die Vertragspreise sollen laut des neuen § 36 SGB V keine marktüblichen Preise abbilden. Vielmehr sollen die Festbeträge die Vertragspreise unterhalb der Marktpreise deckeln. Dies bedeutet wiederum, dass der kalkulatorische Gewinn deutlich geringer ausfällt als in einem nicht regulierten Markt. Vor diesem Hintergrund können inflationsbedingte Kostensteigerungen auch schon deutlich unterhalb der vorgesehenen Schwelle von sieben Prozent nicht kompensiert werden.

Darlegungslast/Schiedsverfahren

Die Beibehaltung der Schiedsverfahren ist aus Sicht der Gesundheitshandwerke positiv zu bewerten. Jedoch verkennt die Regelung zur Verteilung der Darlegungs- und Begründungslast gemäß § 127 Abs. 4 SGB V das tatsächliche Kräfteverhältnis zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern. Faktisch verdichtet sich diese Regelung zu einer ausschließlichen Darlegungs- und Begründungslast der Leistungserbringer. Denn die Krankenkassen können bereits im Rahmen der Festbetragsfestsetzung die spätere Höhe der Vertragspreise zu ihren Gunsten beeinflussen. Den Leistungserbringern bleibt hingegen nur der Versuch, fehlerhaft zu niedrige Festbeträge im zweiten Schritt der Preisfindung, also im Rahmen der Vertragsverhandlungen nach § 127 SGB V, zu korrigieren.

Im Zweifel wird dies nur im Rahmen eines Schiedsverfahrens möglich sein. Schiedsverfahren sind für die Leistungserbringerseite jedoch finanziell und personell kaum zu stemmen.

Versorgung mit Zahnersatz

§ 55 SGB V – Leistungsanspruch

Die im Referentenentwurf vorgesehene Absenkung der Festzuschüsse beim Zahnersatz bewerten wir außerordentlich kritisch. Sie basiert lediglich auf einer B-Empfehlung der Finanzkommission Gesundheit und stellt damit keine zwingend gebotene Reformmaßnahme dar, sondern eine politisch priorisierte Einsparoption. In der praktischen Wirkung ist diese Maßnahme jedoch als klare Versorgungsbremse einzuordnen, da sie die finanzielle Beteiligung der gesetzlichen Krankenversicherung spürbar reduziert und die Eigenanteile der Versicherten erhöht.

Dies steht im Widerspruch zu dem Ziel einer flächendeckenden und sozial ausgewogenen Versorgung. Gerade im Bereich des Zahnersatzes ist bereits heute zu beobachten, dass Eigenbeteiligungen zu einer Verschiebung oder sogar zum Verzicht auf notwendige Versorgung führen können. Eine weitere Absenkung der Festzuschüsse verstärkt diesen Effekt und gefährdet damit mittelbar die präventive und langfristig wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung, für die Zahnersatz auch ein Teilhabeinstrument ist, u.a. am Arbeitsmarkt.

§ 71 SGB V – Beitragssatzstabilität

Die vorgesehene zusätzliche Absenkung der Grundlohnrate um einen Prozentpunkt betrachten wir mit großer Sorge. Bereits nach geltender Rechtslage unterliegen die Vergütungen zahlreicher Leistungserbringer einer strikten Bindung an die Grundlohnsummenentwicklung. Das zahntechnische Handwerk ist hierbei seit über 20 Jahren in besonderer Weise an § 71 SGB V gekoppelt und gehört damit zu den wenigen Leistungsbereichen, die dauerhaft und unmittelbar von dieser Begrenzungslogik betroffen sind.

Schon heute führt diese Bindung dazu, dass Vergütungssteigerungen regelmäßig unterhalb der tatsächlichen Kostenentwicklung liegen. Die Diskrepanz zwischen realwirtschaftlichen Preissteigerungen und den zulässigen Vergütungsanpassungen hat sich in den vergangenen Jahren weiter verschärft. Insbesondere steigende Kosten für Personal, Materialien, Energie und Investitionen können nur unzureichend refinanziert werden.

Vor diesem Hintergrund wirkt der nun vorgesehene zusätzliche Abschlag faktisch wie ein Zwangsrabatt, der die wirtschaftliche Lage der Betriebe weiter verschärft. Die Gefahr ist real, dass sich zahntechnische Labore zunehmend aus der Versorgung gesetzlich Versicherter zurückziehen. Dies hätte insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen erhebliche Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit.

Die Maßnahme ist auch deshalb kritisch zu bewerten, weil sie einseitig bei den ohnehin stark regulierten Leistungserbringern ansetzt, anstatt gezielt dort Einsparpotenziale zu heben, wo tatsächlich überproportionale Ausgabensteigerungen zu verzeichnen sind.

Wenn der Gesetzgeber an der Begrenzung der Vergütungsentwicklung festhält, ist es umso wichtiger, flankierende Maßnahmen zu ergreifen. Dazu gehört insbesondere die Stärkung der Wettbewerbsposition gewerblicher Dentallabore gegenüber investorengestützten MVZ-gebundenen Laborstrukturen. Ein Verbot oder zumindest eine klare Regulierung solcher vertikalen Integrationen könnte dazu beitragen, die wohnortnahe Versorgung sowie faire Wettbewerbsbedingungen zu sichern.

Zudem sind die im Referentenentwurf vorgesehenen Anpassungen im Bereich der Kieferorthopädie (KFO) kritisch zu bewerten. Das Sachleistungsprinzip in der KFO-Versorgung ist ein wesentlicher Eckpfeiler einer bundesweit funktionierenden Versorgungsstruktur. Den berufsrechtlichen Zugang der Zahnärzte zu KFO einzuschränken kann gerade dort Versorgungsrisiken hervorrufen, wo die Versorgungsleistungen besonders gebraucht werden.

Fazit

Der vorliegende Referentenentwurf spricht zwar formal weiterhin von einer „ausreichenden, zweckmäßigen und qualitätsgesicherten Versorgung“, läuft wirtschaftlich jedoch auf eine Absenkung des Vergütungsniveaus in allen Leistungsbereichen der Gesundheitshandwerke hinaus. Dies setzt gerade qualitätsorientierte, personalintensive und wohnortnahe Leistungserbringer unter Druck.

Vielmehr stellen insbesondere die geplanten Änderungen in den §§ 71 Abs. 3 und 127 Abs. 1b SGB V eine erhebliche zusätzliche Belastung für einen bereits stark regulierten Sektor dar. Sie sind weder aus Versorgungssicht noch aus strukturpolitischer Perspektive überzeugend und sollten im weiteren Verfahren dringend korrigiert werden.

Denn während gerade die klein- und mittelständischen Betriebe unter enormen negativen Inflationsentwicklungen, Lieferkettenproblematiken und Energiepreisexplosionen zu leiden haben, werden sie willkürlich zur Kasse gebeten. Es ist daher nicht nachvollziehbar, weshalb den Leistungserbringern ein Teil ihrer Lebensgrundlage entzogen wird, obwohl ihnen seit vielen Jahren eine Vergütungserhöhung verweigert wurde.

Zudem ist festzuhalten, dass die geplante Absenkung der Festzuschüsse beim Zahnersatz nicht nur sozialpolitisch problematisch ist, sondern auch strukturelle Risiken für die Versorgungslandschaft birgt. Sie sollte daher im weiteren Gesetzgebungsverfahren grundlegend überdacht werden.

Herausgeber:

Arbeitsgemeinschaft der Verbände der
Gesundheitshandwerke im ZDH
Anton-Wilhelm-Amo-Straße 20/21 · 10117 Berlin

Die Arbeitsgemeinschaft der Gesundheitshandwerke ist eine Kooperation von:

