

Stellungnahme

der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ)

zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz – GKV-BStabG) vom 16. April 2026

Berlin, 20. April 2026

I. Vorbemerkung

Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) ist die wissenschaftliche Fachgesellschaft der gesamten Kinderheilkunde und Jugendmedizin in Deutschland mit über 20.000 Mitgliedern und vertritt die Pädiatrie gegenüber Fachkreisen, Politik und Öffentlichkeit. Wir sind der bestmöglichen gesundheitlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen verpflichtet.

Wir erkennen die ernste Finanzierungssituation der GKV an und unterstützen das Ziel, die Beitragsstabilität zu sichern. Wir müssen jedoch mit Nachdruck darauf hinweisen, dass der vorliegende Entwurf in mehreren zentralen Punkten die Gesundheitsversorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Familien strukturell gefährdet.

Wir hatten es schon einmal. In der Corona-Pandemie wurde unsere warnende Stimme der Folgen der Isolation einer ganzen Generation nicht gehört. Wir wissen nun, unsere Befürchtungen haben sich bewahrheitet. Einen vergleichbaren Fehler dürfen wir und darf die Politik nicht zulassen!

Die Pädiatrie nimmt innerhalb der Krankenhauslandschaft eine strukturelle Sonderstellung ein. Sie ist durch vergleichsweise geringe Fallzahlen, hohe Personalintensität, hohe Vorhaltebedarfe und einen ausgeprägten Spezialisierungsgrad gekennzeichnet. Diese Merkmale führen dazu, dass Steuerungsinstrumente der Erwachsenenmedizin nur eingeschränkt übertragbar sind. Die Pädiatrie in Deutschland ist bereits seit Jahrzehnten von einem strukturellen Abbau betroffen: Die Zahl pädiatrischer Standorte ist kontinuierlich zurückgegangen, so dass dort kaum weiterer Konzentrationsbedarf besteht. Vielmehr ist die Sicherung bestehender Strukturen zwingend erforderlich, um eine flächendeckende und qualitativ hochwertige Versorgung aufrechtzuerhalten.

Die finanzielle Konsolidierung des GKV-Systems darf nicht auf dem Rücken dieser bereits geschwächten Versorgungslandschaft erfolgen.

II. Zu den geplanten Maßnahmen im Einzelnen

1. Stationäre Finanzierung der Pädiatrie – Pädiatriezuschlag, Förderbetrag und Grenzverweildauer

Die besondere Förderung der stationären Pädiatrie folgt einer gestuften Regelungsarchitektur, die durch den GKV-BStabG in ihrer Kontinuität gefährdet wird. Das ursprünglich für die Jahre 2023 und 2024 befristete gesonderte Erlösvolumen nach § 4a KHEntgG stellte seinerzeit einen ersten Schritt dar, um Kinderkliniken vor dem Effizienzdruck des DRG-Systems zu schützen. Es war auf Basis der Fallzahlen von 2019 berechnet und hatte ein Gesamtvolumen von 300 Millionen Euro jährlich. Dieses Instrument ist ausgelaufen; für 2025 und 2026 wurde es durch einen Übergangszuschlag nach § 5 Abs. 3k KHEntgG ersetzt, der die Förderung pädiatrischer Fälle überbrückt, bis die strukturelle Lösung greift.

Die strukturelle Nachfolgeregelung ist der mit dem KHVVG eingeführte Pädiatrie-Förderbetrag von 288 Millionen Euro jährlich nach § 39 KHG, der ab 2027 – nunmehr durch das KHAG auf 2028 verschoben – über erhöhte Vorhaltebewertungsrelationen der pädiatrischen Leistungsgruppen dauerhaft wirken soll. Die volle Finanzwirksamkeit der Vorhaltevergütung ist erst ab 2030 vorgesehen. Das KHAG hat diesen Förderbetrag also bereits einmal verzögert, ohne eigene neue pädiatrische Instrumente einzuführen.

Wir stellen mit **großer Sorge** fest, dass der GKV-BStabG diese ohnehin fragile Stufenarchitektur weiter gefährdet: Die allgemeine Ausgabenbremse und Grundlohn-ratenbindung droht, den Übergangszuschlag 2025/2026 faktisch auszuhöhlen und die planmäßige Einführung des strukturellen Förderbetrags nach § 39 KHG zu unterlaufen. Kinderkliniken, die bereits heute regelhaft defizitär wirtschaften, würden dadurch in eine weitere Finanzierungslücke gedrückt.

Gleichzeitig ist die im KHVVG angelegte, durch das KHAG ebenfalls auf 2028 verschobene Abschaffung der Abschläge bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer für Kinder und Jugendliche dringend umzusetzen. Eine frühzeitige Entlassung in das familiäre Umfeld ist aus pädiatrischer Sicht meist nicht nur unproblematisch, sondern wirkt sich positiv auf Genesung und Entwicklungsverlauf aus. Jede weitere Aufschiebung ist sachlich nicht gerechtfertigt.

Wir fordern: Der Übergangszuschlag nach § 5 Abs. 3k KHEntgG ist von der allgemeinen Ausgabenbremse des GKV-BStabG auszunehmen. Der strukturelle Pädiatrie-Förderbetrag nach § 39 KHG (288 Mio. Euro jährlich) ist planmäßig ab 2028 einzuführen und darf nicht erneut verzögert oder durch Ausgabenobergrenzen beschränkt werden. Die Abschaffung der pädiatrischen Grenzverweildauer-abschläge ist ohne weitere Verzögerung umzusetzen.

2. Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen – kein struktureller Rückbau unter dem Deckmantel der Ausgabenbremse

Kinder stellen in der Notfallversorgung eine besonders vulnerable Patientengruppe dar. Sie benötigen altersangepasste diagnostische Verfahren, spezifische Medikation, kindgerechte Ausstattung sowie Personal mit pädiatrischer Expertise. Diese Anforderungen unterscheiden sich grundlegend von der Notfallversorgung Erwachsener. Die allgemeine Ausgabenbremse des GKV-BStabG darf nicht dazu führen, dass pädiatrische Notfallkapazitäten weiter ausgedünnt werden. Dort, wo die Einrichtung spezialisierter pädiatrischer Notfallstrukturen aufgrund regionaler Gegebenheiten oder begrenzter personeller Ressourcen nicht möglich ist, ist eine verbindliche telemedizinische Anbindung an pädiatrische Strukturen zwingend erforderlich.

Wir fordern: Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen in der Notfallversorgung ist explizit von pauschalen Ausgabenkürzungen auszunehmen. Pädiatrische Notfallkapazitäten sind strukturell zu schützen.

3. Grundlohnratenbindung bei Heilmitteln – Gefährdung der therapeutischen Versorgung von Kindern mit Behinderungen und Entwicklungsstörungen

Der Entwurf sieht vor, Vergütungssteigerungen für Heilmittelerbringer auf die Grundlohnrate zu deckeln und die vollständige Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen zu beenden. Kinder mit Entwicklungsstörungen, Behinderungen und chronischen Erkrankungen sind in besonderem Maße auf Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie angewiesen. Diese Versorgung wird in enger Kooperation mit Sozialpädiatrischen Zentren und in Praxen von niedergelassenen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten erbracht. Wenn die Vergütung von Heilmittelerbringern strukturell hinter der Kostenentwicklung zurückbleibt, ist mit dem weiteren Abbau von Therapieplätzen und einer Verschärfung der bereits heute bestehenden Wartezeiten zu rechnen.

Frühintervention ist keine Zusatzleistung, sondern eine Investition in gesellschaftliche Teilhabe und langfristige Kostenvermeidung.

Wir fordern: Für pädiatrische Indikationen sind differenzierte Vergütungsregelungen zu schaffen, die eine ausreichende Versorgung sicherstellen.

4. Vergütungsbegrenzung für Sozialpädiatrische Zentren

Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) nach § 119 SGB V versorgen in bundesweit rund 162 zugelassenen Einrichtungen Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen, Behinderungen sowie psychischen und seelischen Störungen. Ihre multiprofessionellen Teams – bestehend aus Ärztinnen und Ärzten, Psychologinnen und Psychologen, Logopädinnen, Ergo- und Physiotherapeutinnen sowie Sozialpädagoginnen – sind zwingend auf eine kostendeckende Refinanzierung angewiesen, da Personalkosten den weitaus größten Kostenblock darstellen. Eine Deckelung auf die Grundlohnrate bei gleichzeitig über der Grundlohnrate liegenden Tariflohnsteigerungen würde zu einer strukturellen Unterfinanzierung führen, die mittel- bis langfristig Standortschließungen erzwingt.

Wir fordern: SPZ sind als unverzichtbare Versorgungseinrichtungen für Kinder mit komplexem Bedarf von pauschalen Ausgabenbegrenzungen auszunehmen oder durch eigenständige Schutzregelungen abzusichern.

5. Kinderkrankenpflege – keine Schwächung durch Ausgabenbremse in einem ohnehin kritischen System

Die DGKJ hat wiederholt darauf hingewiesen, dass die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen stationären Versorgung von Kindern und Jugendlichen untrennbar mit der Verfügbarkeit spezialisierter Pflegefachpersonen verbunden ist. Die pflegerische Versorgung von Kindern unterscheidet sich in zentralen Aspekten von der Pflege Erwachsener und erfordert spezifische fachliche, entwicklungsbezogene und psychosoziale Kompetenzen.

Das GKV-BStabG trifft auf ein System, das sich bereits in einer akuten Personalengpass-Situation befindet. Das Bündnis Kinder- und Jugendgesundheit warnt vor einer massiven Verschlechterung der Versorgung kranker Kinder und Jugendlicher durch Fachkräftemangel in der Kinderkrankenpflege. Die allgemeine Ausgabenbremse des GKV-BStabG – insbesondere die Deckelung der Vergütungssteigerungen auf die Grundlohnrate – wird die Attraktivität pädiatrischer Stationen als Arbeitgeber weiter reduzieren und den Personalrückgang beschleunigen.

Wir fordern: Die Finanzierung pädiatrischer Pflegekapazitäten ist im GKV-BStabG explizit zu schützen. Das Wahlrecht auf einen spezialisierten Abschluss in der

Gesundheits- und Kinderkrankenpflege nach § 59 PflBG ist dauerhaft zu erhalten und strukturell abzusichern.

6. Arzneimittelversorgung für Kinder und Jugendliche – ALVVG-Schutzregelungen nicht konterkarieren

Mit dem Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz (ALVVG, 2023) hat der Gesetzgeber für Kinderarzneimittel ausdrücklich Schutzregelungen eingeführt: Festbetragsbildung und Rabattverträge wurden abgeschafft, und pharmazeutische Unternehmen können die Abgabepreise für Kinderarzneimittel um bis zu 50 Prozent des zuletzt geltenden Festbetrags anheben. Diese Regelungen verfolgen das Ziel, Lieferengpässe bei Kinderarzneimitteln zu bekämpfen und die Versorgungssicherheit zu stärken.

Der GKV-BStabG sieht im Arzneimittelbereich u. a. eine Verdoppelung des Herstellerrabatts nach § 130a SGB V von 7 auf 14 Prozent vor. Diese Maßnahme gilt grundsätzlich für alle Arzneimittel. Wir weisen mit Nachdruck darauf hin, dass eine pauschale Anwendung dieser Rabatterhöhung auf Kinderarzneimittel die Wirkung der ALVVG-Schutzregelungen faktisch konterkariert: Was mit dem einen Gesetz an Preisflexibilität gegeben wurde, wäre mit dem anderen auf der Herstellerseite wieder abgeschöpft. Die Folge wären erneut sinkende wirtschaftliche Anreize zur Versorgung des deutschen Markts mit Kinderarzneimitteln – mit absehbaren Auswirkungen auf die Verfügbarkeit.

Unabhängig davon bleibt das nach wie vor ungelöste Problem der Off-Label-Verschreibung von Arzneimitteln im Kindesalter bestehen. Wir fordern die dauerhafte öffentliche Finanzierung der Arzneimitteldatenbank Kinderformularium (www.kinderformularium.de), die Dosierungsempfehlungen für Kinder auch für Off-Label-Anwendungen vorhält und in anderen europäischen Ländern – darunter die Niederlande, Norwegen und Österreich – längst staatlich gefördert wird. Der jährliche Förderbedarf beträgt rund 300.000 Euro.

Wir fordern: Kinderarzneimittel sind von der Herstellerrabatterhöhung nach § 130a SGB V auszunehmen oder es sind Ausgleichsmechanismen zu schaffen, die die ALVVG-Schutzwirkung erhalten. Dauerhafte öffentliche Förderung des Kinderformulariums in Höhe von rund 300.000 Euro jährlich.

7. Frühe Hilfen – nachhaltige Finanzierung darf nicht Sparopfer werden

Die Frühen Hilfen stellen einen zentralen Baustein der Verhältnisprävention dar und leisten einen wesentlichen Beitrag zur Förderung eines gesunden Aufwachsens von Kindern. Präventive Maßnahmen sind umso wirksamer, je früher sie ansetzen, und entlasten langfristig das Gesundheits- und Sozialsystem erheblich. Regionale Unterschiede in Umfang, Erreichbarkeit und personeller Ausstattung führen derzeit bereits zu einer ungleichen Versorgungslage. Eine nachhaltige Finanzierung und strukturelle Absicherung der Frühen Hilfen auf Bundesebene sind erforderlich und dürfen durch das GKV-BStabG nicht weiter destabilisiert werden.

Wir fordern: Schutz der Frühen Hilfen vor pauschalen Ausgabenbegrenzungen; nachhaltige Bundesfinanzierung als gesamtgesellschaftliche Präventionsaufgabe.

8. Beitragspflicht für mitversicherte Ehepartner – Belastung einkommensschwacher Familien

Die geplante Einführung einer Beitragspflicht für bisher beitragsfrei familienversicherte Ehepartner trifft besonders Familien, in denen ein Elternteil aufgrund von Kindererziehung oder Pflege eines behinderten Kindes nicht oder nur in Teilzeit erwerbstätig ist. Es besteht ein untrennbarer Zusammenhang zwischen sozioökonomischer Benachteiligung und Kindergesundheit. Maßnahmen, die Familien an die Armutsgrenze drängen, wirken sich direkt auf die Gesundheit der Kinder aus.

Wir fordern: Gezielte Ausnahmeregelungen für Familien mit chronisch kranken oder behinderten Kindern; soziale Folgenabschätzung als verbindlicher Bestandteil des weiteren Gesetzgebungsverfahrens.

9. Fehlende strukturelle Antwort auf die Unterfinanzierung der GKV

Wir teilen die im Entwurf diagnostizierte Analyse einer strukturellen Deckungslücke. Die seit Jahren bekannte Unterfinanzierung durch nicht kostendeckende Pauschalbeiträge für Bürgergeldempfängerinnen und -empfänger – nach Angaben des BMG rund 10 Milliarden Euro jährlich – ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die aus allgemeinen Steuermitteln zu finanzieren ist. Die bloße Verschiebung von Darlehensrückzahlungen auf die Jahre 2035 bis 2039 ist kein struktureller Beitrag zur Lösung dieses Problems.

Wir fordern: Der Bund muss seinen Finanzierungsbeitrag für versicherungsfremde Leistungen substanziell erhöhen. Eine Verschiebung von Darlehensverbindlichkeiten ist keine strukturelle Reform.

III. Zusammenfassung der Forderungen

1. Stationäre Finanzierung der Pädiatrie: Der Übergangszuschlag nach § 5 Abs. 3k KHEntgG (2025/2026) ist von der allgemeinen Ausgabenbremse des GKV-BStabG auszunehmen. Der strukturelle Pädiatrie-Förderbetrag nach § 39 KHG (288 Mio. Euro jährlich) ist planmäßig ab 2028 einzuführen und darf nicht erneut verzögert oder durch Ausgabenobergrenzen beschränkt werden. Die Abschaffung der pädiatrischen Grenzverweildauerabschläge ist ohne weitere Verzögerung umzusetzen.
2. Schutz pädiatrischer Notfallkapazitäten: Keine pauschalen Ausgabenkürzungen in der Kinder-Notfallversorgung; verbindliche telemedizinische Anbindung da, wo spezialisierte Strukturen fehlen.
3. Differenzierte Regelungen für Heilmittelversorgung bei pädiatrischen Indikationen: Die Grundlohntarifbindung darf nicht zu struktureller Unterfinanzierung therapeutischer Versorgung für Kinder führen.
4. Schutz der Sozialpädiatrischen Zentren: Eigenständige Vergütungsregelungen, die eine kostendeckende Refinanzierung sicherstellen.
5. Schutz der Kinderkrankenpflege: Erhalt des spezialisierten Ausbildungswegs nach § 59 PflBG; kein weiterer Attraktivitätsverlust durch Vergütungsdeckelung pädiatrischer Stationen.
6. Arzneimittelversorgung: Kinderarzneimittel sind von der Herstellerrabatterhöhung nach § 130a SGB V auszunehmen oder es sind Ausgleichsmechanismen zu schaffen, die die mit dem ALVVG eingeführten Schutzregelungen nicht konterkarieren. Dauerhafte öffentliche Förderung des Kinderformulariums in Höhe von rund 300.000 Euro jährlich.
7. Schutz der Frühen Hilfen: Keine Destabilisierung präventiver Strukturen durch Ausgabenbremse; nachhaltige Bundesfinanzierung.
8. Soziale Folgenabschätzung bei der Familienversicherungsregelung: Schutz von Familien mit chronisch kranken oder behinderten Kindern durch gezielte Ausnahmen.
9. Strukturelle Bundesfinanzierung: Der Bund muss seinen Finanzierungsbeitrag für versicherungsfremde Leistungen substanziell erhöhen.
10. Angemessene Beteiligungsfristen: Im weiteren Verfahren sind den Fachgesellschaften sachgerechte Stellungnahmefristen zu gewähren.

Wir stehen dem Bundesgesundheitsministerium und dem Deutschen Bundestag als sachverständige Gesprächspartner zur Verfügung und bitten darum, die vorstehenden Positionen im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu berücksichtigen.

Kontakt:

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ)

Prof. Dr. Ursula Felderhoff-Müser, Präsidentin

PD Dr. med. Burkhard Rodeck, Generalsekretär

Geschäftsstelle: Chausseestr. 128/129, 10115 Berlin

Tel. 030 308 7779-0

politik@dgkj.de | www.dgkj.de