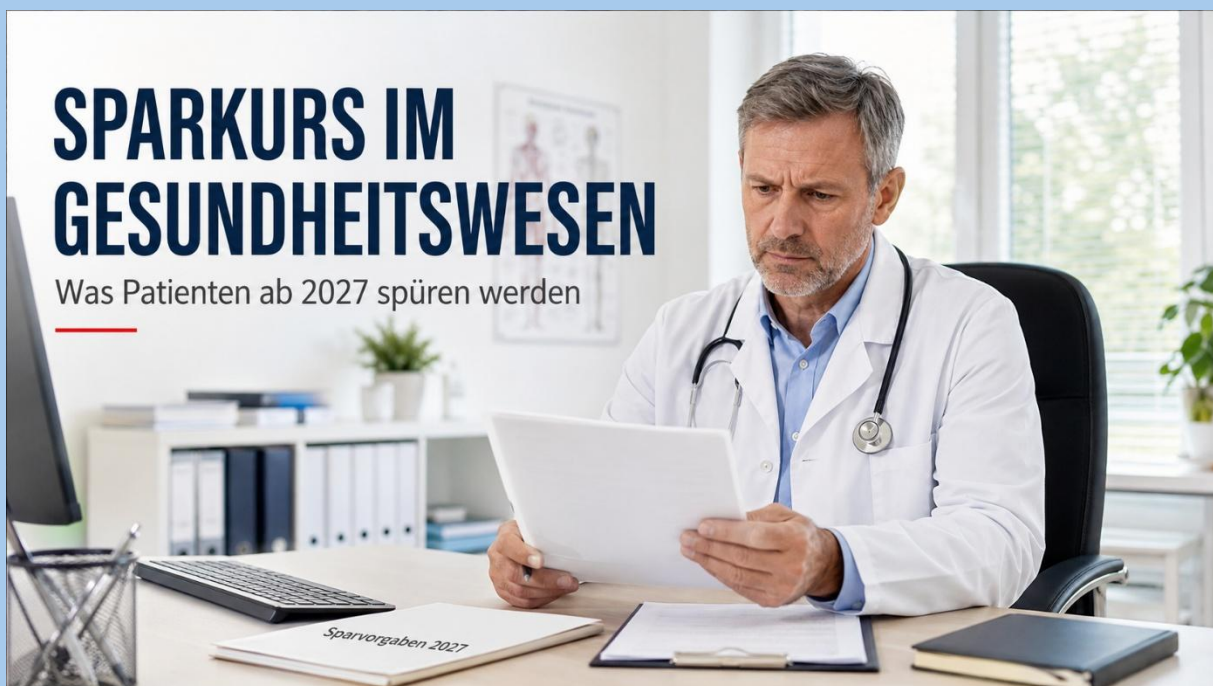


2026-09-02

Wenn der Arzt sagt: „Das Budget ist aufgebraucht“



Was das GKV-Spargesetz ab 2027 für Arzttermine, Rezepte, Krankengymnastik, Vorsorge und Schwangerenversorgung bedeutet

Es ist ein Satz, der Patienten augenblicklich in eine hilflose Lage versetzt: „Das Budget ist aufgebraucht.“

Wer ihn hört, denkt nicht an Abrechnungsregeln, Steuerungsvolumina oder die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung. Er denkt an seine Schmerzen, an die notwendige Untersuchung, an das ausstehende Rezept – und daran, dass die Behandlung offenbar nicht mehr stattfinden soll.



Dabei ist dieser Satz schon heute nicht so eindeutig, wie er klingt. Wenn eine Arztpraxis beispielsweise erklärt, wegen eines erschöpften Budgets keine Krankengymnastik mehr verordnen zu können, [stellt die Techniker Krankenkasse ausdrücklich klar, dass der Anspruch auf medizinisch notwendige Heilmittel fortbesteht](#). Auch [Paragraf 32 des Fünften Sozialgesetzbuches garantiert Versicherten grundsätzlich die Versorgung mit Heilmitteln](#). Ein Praxisbudget ist danach kein Schalter, mit dem ein gesetzlicher Anspruch einfach ausgeschaltet werden kann.

Das ist jedoch nur die eine Hälfte der Wahrheit.

Die andere Hälfte beginnt am 1. Januar 2027. Dann greifen wesentliche Bestimmungen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes. Das Gesetz befindet sich nicht mehr in der Planung. [Der Bundestag hat es am 10. Juli 2026 mit 318 Ja-Stimmen gegen 284 Nein-Stimmen bei vier Enthaltungen beschlossen](#). Ende Juli 2026 trat es in seinen ersten Teilen in Kraft; zahlreiche Änderungen der ambulanten Versorgung gelten ab Jahresbeginn 2027.

Die Bundesregierung begründet den Eingriff mit einer dramatischen Finanzierungslücke der gesetzlichen Krankenversicherung. [Für 2027 sollen die Krankenkassen nach ihrer Kalkulation durch Mehreinnahmen und geringere Ausgaben um 16,3 Milliarden Euro entlastet werden](#). Das politische Versprechen lautet: Die Beiträge sollen stabilisiert und das Gesundheitssystem langfristig finanzierbar gehalten werden.

Doch hinter dem harmlos klingenden Wort „Beitragssatzstabilisierung“ verbirgt sich ein grundlegender Wechsel. Leistungen, die bislang außerhalb der üblichen Budgets und damit grundsätzlich zu festen Preisen vergütet wurden, werden wieder in begrenzte Gesamtvergütungen zurückgeführt. [Nach der Darstellung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung betrifft das unter anderem ambulante Operationen, Früherkennungsuntersuchungen und psychotherapeutische Leistungen](#). Gleichzeitig entfallen besondere Vergütungen, mit denen Arzt- und Psychotherapiepraxen bislang zusätzliche Termine, offene Sprechstunden oder kurzfristig vermittelte Behandlungen anbieten sollten.

Das bedeutet nicht, dass am 1. Januar 2027 sämtliche Vorsorgeuntersuchungen gestrichen werden. Es bedeutet auch nicht, dass gesetzlich Versicherte von diesem Tag an keinerlei Anspruch mehr auf eine medizinisch notwendige Behandlung hätten. Eine solche Darstellung wäre falsch.

Aber das Gesetz verändert die wirtschaftliche Wirklichkeit, in der diese Ansprüche erfüllt werden müssen. Bleibt der Anspruch des Patienten bestehen, während die Behandlung der Praxis nicht mehr vollständig oder nicht zusätzlich vergütet wird, entsteht ein gefährlicher Zwischenraum: Auf dem Papier ist die Versorgung weiterhin garantiert – in der Praxis trägt der Arzt einen wachsenden Teil des finanziellen Risikos.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist in dieser Auseinandersetzung keine neutrale Stelle, sondern die Interessenvertretung der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten. Ihre Prognosen müssen deshalb als Position eines Beteiligten gekennzeichnet und überprüft werden. Dennoch sind ihre Berechnungen alarmierend: [Nach Angaben der KBV könnten infolge der Kürzungen allein 2027 mehr als 46 Millionen Behandlungsfälle zusätzlich nicht oder nicht vollständig finanziert sein](#). Der Verband erwartet längere Wartezeiten und größere Schwierigkeiten für Patienten, überhaupt noch eine aufnahmebereite Praxis zu finden.



Ob diese Vorhersage in genau diesem Umfang eintritt, ist derzeit nicht bewiesen. Der Mechanismus dahinter ist jedoch real: Eine Arztpraxis kann Personal, Räume, medizinische Geräte und laufende Kosten nicht mit einem gesetzlichen Leistungsanspruch bezahlen. Sie benötigt für die erbrachte Behandlung eine ausreichende Vergütung.

Für Patienten zeigt sich eine solche Entwicklung nicht unbedingt durch einen offiziellen Brief ihrer Krankenkasse. Sie zeigt sich möglicherweise viel unscheinbarer: durch einen Termin in sechs Monaten, einen Aufnahmestopp für neue Kassenpatienten, eine zurückhaltende Verordnung, eine verkürzte Sprechstunde oder den Hinweis auf eine privat zu bezahlende Leistung. Nicht jede dieser Situationen ist automatisch eine Folge des neuen Gesetzes. Doch genau deshalb muss untersucht werden, wo ein medizinisch begründeter Anspruch endet, wo eine zulässige Wirtschaftlichkeitsprüfung beginnt – und wo Budgetierung faktisch zur Versorgungshürde wird.

Besonders brisant wird diese Frage bei Leistungen, die sich nicht beliebig verschieben lassen: bei akuten Beschwerden, psychischen Erkrankungen, notwendigen Kontrolluntersuchungen und während einer Schwangerschaft. Eine Schwangere kann eine Vorsorgeuntersuchung nicht einfach einige Monate nachholen, wenn eine Praxis wieder finanziellen Spielraum hat. Zugleich wäre es unseriös zu behaupten, das Gesetz schaffe die Schwangerenvorsorge pauschal ab. Entscheidend ist vielmehr, welche Leistungen weiterhin geschützt sind, wie sie künftig vergütet werden und ob regionale Budgets zu tatsächlichen Engpässen führen können.

Genau an dieser Stelle beginnt die Recherche: zwischen einem weiterhin geltenden Versorgungsanspruch und einem Finanzierungssystem, das Ärzten Grenzen setzt. Denn für einen kranken Menschen zählt am Ende nicht, was ihm theoretisch zusteht. Entscheidend ist, ob er rechtzeitig jemanden findet, der ihn tatsächlich behandelt.

Inhalt

Wenn der Arzt sagt: „Das Budget ist aufgebraucht“	1
Was das GKV-Spargesetz ab 2027 für Arzttermine, Rezepte, Krankengymnastik, Vorsorge und Schwangerenvorsorge bedeutet	1
Vom festen Preis zurück in den gedeckelten Topf	4
Arzttermine: Der Versorgungsauftrag bleibt – der finanzielle Anreiz verschwindet	6
Krankengymnastik: Wenn „Budget“ etwas anderes bedeutet	8
Medikamente auf Rezept: Wenn Rabattverträge bis in die Therapiewahl reichen	11
Vorsorge: Der Anspruch bleibt – die Vergütung wird gedeckelt	13
Schwangerenvorsorge: Der Anspruch bleibt – der finanzielle Schutz fällt	16
Beschlossen, verkündet, umstritten: Wer das Gesetz trägt – und wer es bekämpft	19
Vom Ärger zum politischen Druck: Wie Bürger aus Widerspruch eine politische Spur machen.....	23
Die zweite Rechnung: Wenn Versicherte für die Sparpolitik direkt bezahlen.....	27
Nicht der Pass entscheidet: Für wen die Kürzungen gelten	31



Privat versichert als Fluchtweg? Warum mehr Leistung ihren Preis hat	34
Wenn die Verordnung zum persönlichen Risiko wird	35
Gehen die Ärzte wirklich? Was hinter Praxisschließungen, Ruhestand und Abwanderung steckt.....	39
Wenn „Budget“ die Antwort ist: Was Patienten konkret tun können	40
Was von der Alarmmeldung übrig bleibt: Der Faktencheck	43
Fazit: Der Anspruch bleibt – aber die Versorgung wird zur Verteilungsfrage.....	45
Rechtlicher Hinweis	48

Vom festen Preis zurück in den gedeckelten Topf

Der entscheidende Eingriff dieses Gesetzes findet nicht im Behandlungszimmer statt. Er geschieht im Abrechnungssystem – und bleibt deshalb für die meisten Versicherten zunächst unsichtbar.

Vereinfacht gesagt existieren in der ambulanten Versorgung zwei unterschiedliche Wege, über die eine Arztpraxis bezahlt werden kann. Der erste führt über die sogenannte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, kurz MGV. Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen vereinbaren dafür regionale Gesamtbeträge. Die Krankenkassen zahlen diese Beträge an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung, die das Geld anschließend nach ihren Honorarverteilungsregeln auf die Praxen verteilt.

Bereits der [aktuelle Paragraph 87a SGB V beschreibt, dass die Krankenkassen diese Gesamtvergütung grundsätzlich „mit befreiender Wirkung“ an die Kassenärztliche Vereinigung zahlen](#). Das bedeutet vereinfacht: Mit dem vereinbarten Gesamtbetrag haben die Krankenkassen ihre Zahlungspflicht für die davon erfasste Versorgung zunächst erfüllt. Steigt die Zahl der Behandlungen stärker als bei der Vereinbarung berücksichtigt, fließt deshalb nicht automatisch für jede zusätzliche Leistung auch zusätzliches Geld. Es gibt Anpassungs- und Ausnahmeregelungen, doch der Grundmechanismus bleibt ein begrenzter gemeinsamer Vergütungstopf.

Das ist kein persönliches Budget, das einem einzelnen Patienten zugeteilt wird. Ebenso wenig gibt es ein einheitliches bundesweites Datum, an dem plötzlich sämtliche Arztbudgets erschöpft wären. Die tatsächliche Vergütung hängt unter anderem von der Region, der Facharztgruppe, dem Behandlungsumfang und den jeweiligen Honorarverteilungsregeln ab.

Der zweite Vergütungsweg führte bislang bei bestimmten Leistungen am Budget vorbei. Diese Leistungen wurden extrabudgetär vergütet – also außerhalb der Gesamtvergütung und grundsätzlich zu den Preisen der regionalen Gebührenordnung. Eine zusätzliche entsprechend abgerechnete Leistung führte damit auch zu einer zusätzlichen Vergütung. Der Arzt musste



nicht befürchten, dass eine medizinisch notwendige Mehrleistung lediglich den vorhandenen Honorartopf auf immer mehr Behandlungen verteilt.

Genau an dieser Stelle greift das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz ein.

Ab 2027 werden zahlreiche bislang extrabudgetär bezahlte Leistungen wieder in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zurückgeführt. Nach der [abschließenden Beschlussempfehlung des Gesundheitsausschusses werden dafür bisher außerhalb der MGV finanzierte Vergütungsvolumina in die Gesamtvergütung überführt](#). Das ist ein wichtiger Unterschied: Die Finanzierung dieser Leistungen wird nicht vollständig auf null gesetzt. Das bislang dafür eingesetzte Geld soll zunächst in den gemeinsamen Vergütungstopf einfließen.

Aber anschließend unterliegt es dessen Begrenzungen.

Nach der [Zusammenfassung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung betrifft die Rückkehr in die Mengenbegrenzung unter anderem ambulante Operationen, Früherkennungsuntersuchungen und psychotherapeutische Leistungen](#). Die einzelne Behandlung verschwindet damit nicht aus dem Leistungskatalog. Sie verliert jedoch ihren bisherigen Schutz als grundsätzlich zusätzlich und zum festen Preis vergütete Leistung.

Hinzu kommt der Wegfall besonderer Vergütungen, die geschaffen worden waren, um Patienten schneller in eine Praxis zu bringen. Dazu gehören Zuschläge für über die Terminservicestelle 116117 vermittelte Behandlungen, Hausarztvermittlungsfälle und offene Sprechstunden. [Der Bundestag bestätigt in seiner Darstellung des beschlossenen Gesetzes, dass diese besonderen Vergütungen ab 2027 entfallen beziehungsweise in die begrenzte Gesamtvergütung zurückgeführt werden](#).

Die Bundesregierung begründet diesen Schritt damit, dass die finanziellen Anreize keinen ausreichend belegbaren zusätzlichen Nutzen für die Versicherten gebracht hätten. Aus ihrer Sicht wurden Sondervergütungen bezahlt, ohne dass sich der Zugang zur Versorgung im erwarteten Umfang verbessert habe. Die politische Schlussfolgerung lautet deshalb: Die Behandlung soll weiterhin stattfinden, aber nicht mehr zusätzlich außerhalb des Budgets bezahlt werden.

Die Gegenposition der Ärztevertretung lautet: Wenn die zusätzliche Vergütung verschwindet, verschwindet auch der wirtschaftliche Anreiz, zusätzliche Termine bereitzustellen. Ob und in welchem Umfang sich dadurch tatsächlich Wartezeiten verlängern, lässt sich vor Beginn der neuen Abrechnungsperiode nicht abschließend feststellen. Es handelt sich um eine begründete Prognose, nicht um ein bereits eingetretenes Ergebnis.

Der finanzielle Rahmen verschärft das Problem. In den Jahren 2027 bis 2029 werden die zulässigen Steigerungsraten in zahlreichen Versorgungsbereichen zusätzlich abgesenkt. Die [parlamentarischen Unterlagen sehen vor, die maßgebliche Veränderungsrate jeweils um einen Prozentpunkt zu vermindern](#).

Das bedeutet nicht zwingend, dass jede Praxis im Jahr 2027 nominell weniger Geld erhält als 2026. Eine Begrenzung des Vergütungsanstiegs ist rechnerisch nicht immer dasselbe wie eine Kürzung des bisherigen Eurobetrages. Steigen jedoch Gehälter, Mieten, Energiepreise, Versicherungen und Kosten für medizinische Geräte stärker als die zulässige Vergütung,



entsteht eine reale Finanzierungslücke. Die Einnahmen wachsen dann langsamer als die tatsächlichen Praxiskosten.

Die Größenordnung zeigt, dass es sich nicht um eine kleine Abrechnungskorrektur handelt. Nach den offiziellen Berechnungen sollen im Jahr 2027 rund 11 Milliarden Euro des gesamten Entlastungsvolumens durch begrenzte Vergütungsanstiege und weitere Einsparungen bei Leistungserbringern, Herstellern und Krankenkassen entstehen. Weitere 2,5 Milliarden Euro werden in den [Unterlagen des Gesundheitsausschusses ausdrücklich als Beitrag der Patienten durch Leistungsanpassungen und höhere Zuzahlungen ausgewiesen](#).

Diese 11 Milliarden Euro dürfen nicht vollständig den niedergelassenen Ärzten zugerechnet werden. Darin sind auch Krankenhäuser, andere Leistungserbringer, Hersteller und Krankenkassen enthalten. Ebenso wenig bedeuten die 2,5 Milliarden Euro, dass dieser Betrag unmittelbar an den Anmeldestellen der Arztpraxen bezahlt werden muss. Die Belastung verteilt sich auf unterschiedliche Leistungskürzungen und Zuzahlungen. Die Zahlen zeigen aber, von wem ein erheblicher Teil der geplanten Entlastung des Kassensystems getragen werden soll.

Wenn eine Praxis künftig sagt, ihr Budget sei aufgebraucht, kann das deshalb sehr unterschiedliche Bedeutungen haben. Es kann um ein regionales Honorarvolumen, eine fachgruppenspezifische Begrenzung, ein Ordnungsrisiko oder die Sorge vor einer späteren Kürzung beziehungsweise Rückforderung gehen. Der Satz ist keine präzise juristische Begründung und berechtigt nicht automatisch dazu, eine medizinisch notwendige Behandlung oder Verordnung abzulehnen.

Er beschreibt jedoch den wirtschaftlichen Konflikt, den das Gesetz verschärft: Der Patient behält seinen Anspruch. Der Arzt soll ihn erfüllen. Aber das Vergütungssystem garantiert nicht in jedem Fall, dass jede zusätzlich notwendige Leistung auch zusätzlich und vollständig bezahlt wird.

Arzttermine: Der Versorgungsauftrag bleibt – der finanzielle Anreiz verschwindet

Ein Gesetz muss keinen einzigen Arzttermin ausdrücklich streichen, um den Zugang zu einer Praxis zu erschweren. Es genügt, die Bedingungen zu verändern, unter denen zusätzliche Termine angeboten und bezahlt werden.

Noch bis Ende 2026 erhalten Arzt- und Psychotherapiepraxen für bestimmte kurzfristig vermittelte Behandlungen eine besondere Vergütung. Wird ein dringender Termin über die Terminservicestelle 116117 vermittelt, werden die Untersuchungen und Behandlungen des betreffenden Arztgruppenfalls bislang extrabudgetär und damit grundsätzlich vollständig vergütet. Abhängig von der Dringlichkeit kommen gestaffelte Zuschläge hinzu.

Auch Hausärzte erhalten bislang eine Pauschale, wenn sie für einen Patienten kurzfristig einen Facharzttermin organisieren. Der Facharzt wiederum kann die in diesem Zusammenhang erbrachten Leistungen außerhalb seines üblichen Budgets abrechnen. [Die Kassenärztliche Bundesvereinigung beschreibt diese derzeit geltenden Vermittlungs- und Vergütungswege einschließlich der Fristen und Zuschläge ausführlich](#).



Der Gedanke dahinter war einfach: Eine Praxis, die kurzfristig einen zusätzlichen Patienten aufnimmt, sollte dafür nicht finanziell bestraft werden. Wer einen zusätzlichen Termin bereitstellt, erhält zusätzliches Geld.

Ab dem 1. Januar 2027 dreht das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz diesen Mechanismus zurück. Die über die Terminservicestelle vermittelten Behandlungsfälle sowie die Hausarztvermittlungsfälle werden in die begrenzte Gesamtvergütung überführt. Gleichzeitig dürfen die bisherigen besonderen Zuschläge nicht mehr im ärztlichen Bewertungsmaßstab enthalten sein. Das steht nicht nur in einer politischen Ankündigung, sondern [ausdrücklich in der vom Gesundheitsausschuss beschlossenen Gesetzesfassung](#).

Auch die offene Sprechstunde ist betroffen. Bestimmte Facharztgruppen müssen weiterhin wöchentlich Zeiten anbieten, in denen gesetzlich Versicherte ohne vorherige Terminvereinbarung erscheinen können. [Paragraf 19a der Zulassungsverordnung verpflichtet Ärzte mit einem vollen Versorgungsauftrag weiterhin zu mindestens 25 Sprechstunden pro Woche; bestimmte Facharztgruppen müssen davon mindestens fünf Stunden als offene Sprechstunde anbieten](#).

Diese Verpflichtung wird durch das Spargesetz nicht aufgehoben. Abgeschafft wird die besondere extrabudgetäre Vergütung der Behandlungen, die während dieser offenen Sprechstunden stattfinden. Der Arzt muss die Sprechstundenzeit weiterhin bereitstellen, erhält für die dort behandelten Patienten aber nicht mehr automatisch eine zusätzliche vollständige Vergütung außerhalb des Budgets.

Genau darin liegt der Konflikt: Die formale Verpflichtung bleibt bestehen, während der finanzielle Anreiz entfällt.

Die Bundesregierung vertritt die Position, dass die bisherigen Sondervergütungen den Zugang zur Versorgung nicht nachweisbar in dem erwarteten Umfang verbessert hätten. Deshalb sollen die Termine künftig wieder aus der allgemeinen Gesamtvergütung bezahlt werden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung kommt zu einer entgegengesetzten Bewertung. Nach ihrer Berechnung bedeutet allein der Wegfall der Vergütungsregeln aus dem Terminservice- und Versorgungsgesetz für die Praxen einen jährlichen Honorarverlust von 1,64 Milliarden Euro.

Diese Zahl stammt von der Interessenvertretung der Vertragsärzte und Psychotherapeuten. Eine zweite unabhängige Berechnung, die den Betrag in dieser Höhe bestätigt, liegt öffentlich bislang nicht vor. Die Größenordnung darf deshalb nicht als unumstrittene amtliche Feststellung ausgegeben werden. Dass die besonderen Vergütungen und Zuschläge entfallen, ist dagegen gesetzlich beschlossen und unstrittig.

Was bedeutet das für Patienten?

Zunächst einmal nicht, dass die Terminservicestelle 116117 abgeschafft wird. Auch die gesetzlichen Vermittlungspflichten bleiben bestehen. [Nach Paragraf 75 SGB V müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen weiterhin eine angemessene und zeitnahe Versorgung sicherstellen und Terminservicestellen betreiben](#). Diese müssen grundsätzlich innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin vermitteln. Der Termin selbst darf regelmäßig nicht später



als vier Wochen nach der Anfrage liegen. Für bestimmte Untersuchungen und psychotherapeutische Akutbehandlungen gelten besondere Fristen.

Dabei handelt es sich allerdings nicht um eine Garantie auf einen Termin beim persönlich gewünschten Arzt. Vermittelt wird ein geeigneter Behandler in zumutbarer Entfernung. Kann innerhalb der gesetzlichen Frist kein ambulanter Termin gefunden werden, muss grundsätzlich ein ambulanter Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus angeboten werden. Für verschiebbare Routineuntersuchungen, Bagatellerkrankungen und vergleichbare Fälle gelten Ausnahmen.

Damit bleibt ein gesetzliches Sicherheitsnetz bestehen. Aber dieses Netz beantwortet nicht die entscheidende Frage: Wie viele Arztpraxen werden der Terminservicestelle nach dem Wegfall der zusätzlichen Vergütung noch freiwillig kurzfristig verfügbare Termine melden, die über ihre ohnehin bestehende Verpflichtung hinausgehen?

Die Ärzte sind weiterhin verpflichtet, der Terminservicestelle freie Termine zu melden. Das Gesetz kann eine Praxis jedoch nicht dazu zwingen, unbegrenzt zusätzliche Behandlungskapazitäten zu schaffen. Personal, Behandlungsräume und Arbeitszeit lassen sich nicht durch eine gesetzliche Vermittlungsfrist vermehren.

Die KBV prognostiziert deshalb, dass Praxen ihr planbares Terminangebot an die künftig vergütete Leistungsmenge anpassen werden. In ihren im August 2026 veröffentlichten Informationen geht sie davon aus, dass sich Wartezeiten verlängern und die Suche nach einem neuen Arzt oder Psychotherapeuten schwieriger wird. [Diese Aussagen sind ausdrücklich als Prognose und Position der KBV zu bewerten](#). Ob die Entwicklung bundesweit, in allen Fachrichtungen und in jeder Region in gleicher Weise eintritt, ist offen.

Wahrscheinlicher als eine öffentlich erklärte Schließung der Versorgung ist eine schleichende Veränderung: weniger kurzfristige Termine, längere Abstände zwischen Kontrolluntersuchungen, zurückhaltendere Aufnahme neuer Kassenpatienten und vollere offene Sprechstunden. Ein Patient wird dann möglicherweise nicht hören, dass eine Leistung gesetzlich gestrichen wurde. Er hört lediglich: „Wir haben derzeit keinen Termin frei.“

Der gesetzliche Anspruch auf notwendige Krankenbehandlung bleibt bestehen. [Paragraf 27 SGB V umfasst weiterhin die notwendige ärztliche und psychotherapeutische Behandlung](#). Dieser Anspruch richtet sich jedoch auf eine Versorgung innerhalb des gesetzlichen Systems. Er garantiert nicht, dass der gewünschte Arzt zum gewünschten Zeitpunkt einen freien Platz besitzt.

Das Spargesetz beseitigt somit nicht den Versorgungsauftrag. Es schwächt aber genau jene Vergütungsinstrumente, mit denen Praxen bisher dazu bewegt werden sollten, über den normalen Terminplan hinaus zusätzliche und kurzfristige Behandlungsmöglichkeiten zu schaffen.

Auf dem Papier bleibt der Zugang geöffnet. Ob hinter der Tür noch ein freier Termin wartet, ist eine andere Frage.

Krankengymnastik: Wenn „Budget“ etwas anderes bedeutet



Wenn eine Arztpraxis bei Krankengymnastik von einem erschöpften Budget spricht, geht es in der Regel nicht um denselben Vergütungstopf, aus dem die ärztliche Untersuchung bezahlt wird. Zwei unterschiedliche Systeme werden im Alltag mit demselben Wort bezeichnet – und genau das sorgt für Verwirrung.

Beim ärztlichen Honorar geht es darum, wie die Behandlung in der Praxis vergütet wird. Bei der Verordnung von Krankengymnastik, manueller Therapie, Lymphdrainage, Ergotherapie oder Logopädie geht es dagegen um die Wirtschaftlichkeit der verordneten Leistungen. Der Arzt erhält das Geld für die Physiotherapie nicht selbst. Er löst mit dem Rezept aber Ausgaben der Krankenkasse aus und kann später mit der Frage konfrontiert werden, ob seine Verordnungen medizinisch notwendig und wirtschaftlich waren.

Dieses System existiert bereits heute. Es wird nicht erst durch das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz eingeführt.

[Paragraf 106b SGB V schreibt Wirtschaftlichkeitsprüfungen für ärztlich verordnete Leistungen ausdrücklich vor.](#) Die Einzelheiten werden regional zwischen den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbart. Bei einer als unwirtschaftlich bewerteten Verordnungsweise können Nachforderungen gegen den Arzt festgesetzt werden.

Auch hier gilt jedoch nicht, dass jede Überschreitung automatisch zu einer Strafe führt. Bei statistischen Prüfungen muss einer erstmaligen Nachforderung grundsätzlich zunächst eine individuelle Beratung vorausgehen. Für Einzelfallprüfungen gilt diese Schutzregel nicht. Außerdem darf eine Nachforderung grundsätzlich nur die Differenz zwischen der wirtschaftlichen und der tatsächlich verordneten Leistung erfassen.

Das erklärt, warum manche Ärzte bei Physiotherapie zurückhaltend werden. Sie müssen nicht nur entscheiden, was medizinisch sinnvoll ist. Sie müssen im Zweifel Jahre später gegenüber einer Prüfstelle begründen, weshalb der Umfang ihrer Verordnungen wirtschaftlich war.

Trotzdem ist die Aussage „Das Budget ist aufgebraucht, deshalb gibt es keine Krankengymnastik mehr“ rechtlich zu pauschal.

[Paragraf 32 SGB V gibt gesetzlich Versicherten ausdrücklich einen Anspruch auf die Versorgung mit Heilmitteln.](#) Dieser Anspruch steht unter den Voraussetzungen der Heilmittel-Richtlinie und setzt eine medizinische Notwendigkeit voraus. Er endet aber nicht automatisch, weil eine Praxis einen Richtwert erreicht oder überschritten hat.

Selbst eine Verordnung, die über die im Heilmittelkatalog genannte orientierende Behandlungsmenge hinausgeht, muss nach dem Gesetz nicht allein deshalb von der Krankenkasse genehmigt werden. Die orientierende Behandlungsmenge ist keine starre persönliche Höchstgrenze, nach deren Erreichen jede weitere Behandlung verboten wäre.

Genau das bestätigt auch die Techniker Krankenkasse. Auf die Frage, was geschehe, wenn eine Praxis wegen eines erschöpften Budgets keine weitere Krankengymnastik verordnen wolle, [erklärt die TK ausdrücklich, dass der Anspruch auf Heilmittelversorgung fortbesteht und das Praxisbudget lediglich einen Richtwert darstellt.](#) Nicht jede Überschreitung führt zu einer Prüfung und nicht jede Prüfung zu einer Rückforderung.



Damit ist allerdings nicht gesagt, dass ein Patient jede gewünschte Therapie in beliebiger Menge verlangen kann. Der Arzt muss die medizinische Notwendigkeit feststellen und die Vorgaben der [Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses](#) beachten. Diese Richtlinie legt fest, welche Heilmittel bei welchen Erkrankungen verordnungsfähig sind, welche Behandlungsmengen vorgesehen sind und wann Ausnahmen in Betracht kommen.

Besonders wichtig sind die Schutzregelungen für Menschen mit langfristigem oder besonders hohem Behandlungsbedarf. Verordnungen für Versicherte mit einem anerkannten langfristigen Heilmittelbedarf unterliegen nach Paragraph 106b SGB V nicht der regulären Wirtschaftlichkeitsprüfung. Voraussetzung ist entweder eine Diagnose, die bereits in der Diagnoseliste des Gemeinsamen Bundesausschusses aufgeführt ist, oder eine individuelle Anerkennung durch die Krankenkasse.

Daneben existiert der sogenannte besondere Verordnungsbedarf. Dafür haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband Diagnosen und Voraussetzungen festgelegt, die bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen zugunsten der verordnenden Praxis berücksichtigt werden müssen. [Die KBV erläutert die Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf und zum besonderen Verordnungsbedarf in ihrer aktuellen Heilmittelübersicht.](#)

Diese Ausnahmen sind kein nebensächliches Detail. Sie können darüber entscheiden, ob eine umfangreiche oder dauerhafte Physiotherapie als auffällige Mehrverordnung erscheint oder bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung besonders geschützt ist. Ärzte müssen die Diagnose, die Diagnosegruppe und gegebenenfalls weitere Voraussetzungen korrekt auf der Verordnung angeben. Fehler oder unvollständige Angaben können dazu führen, dass eine eigentlich geschützte Verordnung zunächst nicht als solche erkannt wird.

Was verändert das Spargesetz nun tatsächlich?

Es führt kein neues persönliches Krankengymnastikbudget für Patienten ein. Es streicht auch den gesetzlichen Heilmittelanspruch nicht. Das Gesetz verschärft jedoch den allgemeinen finanziellen Rahmen. Die Steigerungen der mit den Heilmittelerbringern vereinbarten Vergütungen werden über die Verknüpfung mit Paragraph 71 SGB V in die einnahmenorientierte Ausgabenbegrenzung einbezogen. Für die Jahre 2027 bis 2029 wird die maßgebliche Veränderungsrate zusätzlich um einen Prozentpunkt vermindert. [Die entsprechende Änderung des Paragraphen 125 SGB V ist Bestandteil der endgültigen Beschlussempfehlung.](#)

Ob diese Begrenzung tatsächlich zu weniger verfügbaren Therapieplätzen führt, lässt sich derzeit nicht abschließend feststellen. Sie betrifft zunächst die Vergütungsverhandlungen zwischen Krankenkassen und Heilmittelverbänden. Wenn die Einnahmen von Physiotherapiepraxen jedoch langsamer steigen als Löhne, Mieten und Betriebskosten, kann daraus wirtschaftlicher Druck entstehen. Eine mögliche Verringerung des Angebots wäre eine Folge dieses Drucks – keine unmittelbar im Gesetz angeordnete Streichung von Behandlungen.

Unmittelbar spürbar wird dagegen die höhere Zuzahlung. Derzeit zahlen erwachsene Versicherte bei Heilmitteln grundsätzlich zehn Prozent der Behandlungskosten sowie zehn Euro je Verordnung. Ab dem 1. Januar 2027 steigt der feste Betrag je Verordnung auf 15



Euro. Die zusätzliche Beteiligung von zehn Prozent der Behandlungskosten bleibt bestehen. [Diese Erhöhung ist in der vom Bundestag beschlossenen Neufassung des Paragraphen 61 SGB V ausdrücklich vorgesehen.](#)

Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren bleiben von dieser Heilmittelzuzahlung befreit. Auch die allgemeinen Belastungsgrenzen werden nicht abgeschafft. [Versicherte müssen weiterhin höchstens zwei Prozent ihrer maßgeblichen jährlichen Bruttoeinnahmen als Zuzahlungen tragen; bei schwerwiegend chronisch Kranken liegt die Grenze unter den gesetzlichen Voraussetzungen bei einem Prozent.](#) Die Befreiung muss gegenüber der Krankenkasse nachgewiesen beziehungsweise beantragt werden.

Damit ergibt sich ein widersprüchliches Bild: Der Anspruch auf medizinisch notwendige Krankengymnastik bleibt bestehen. Die orientierende Behandlungsmenge ist keine absolute Verbotsgrenze. Langfristiger und besonderer Behandlungsbedarf werden durch eigene Regelungen geschützt. Gleichzeitig bleiben Ärzte Wirtschaftlichkeitsprüfungen und möglichen Nachforderungen ausgesetzt, die Vergütungsentwicklung der Therapeuten wird begrenzt und die finanzielle Beteiligung der Patienten steigt.

Das Rezept wird nicht gesetzlich abgeschafft. Aber der Weg dorthin kann für Arzt, Therapeut und Patient schwieriger und teurer werden.

Medikamente auf Rezept: Wenn Rabattverträge bis in die Therapiewahl reichen

Wer in der Apotheke nicht genau das Medikament erhält, das auf dem Rezept zu stehen schien, erlebt nicht zwangsläufig eine neue Leistungskürzung. Der Austausch eines Präparats gegen ein preisgünstigeres Mittel mit demselben Wirkstoff gehört längst zum Kassenalltag. Wird nur der Wirkstoff verordnet, muss die Apotheke grundsätzlich ein preisgünstiges, wirkstoffgleiches Präparat abgeben. Der Arzt kann diesen Austausch aus medizinischen Gründen durch das sogenannte Aut-idem-Kreuz ausschließen. Diese [bisherige Austauschregelung betrifft wirkstoffgleiche Arzneimittel.](#)

Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz geht an einer entscheidenden Stelle weiter. Seit dem 30. Juli 2026 dürfen Krankenkassen Gruppen patentgeschützter Medikamente bilden, deren Wirkung innerhalb eines Therapiegebietes als therapeutisch vergleichbar eingestuft wird. Anschließend können sie mit einzelnen Herstellern exklusive Rabattverträge schließen – ausdrücklich auch über unterschiedliche Wirkstoffe hinweg.

Bis Ende 2030 ist dieses Instrument auf fünf gesetzlich benannte Wirkstoffgruppen begrenzt: JAK-Inhibitoren, CGRP-Antagonisten, PARP-Inhibitoren, PCSK9-Inhibitoren sowie PD-1- und PD-L1-Inhibitoren. Betroffen sind damit unter anderem hochpreisige Therapien gegen bestimmte Entzündungs-, Migräne-, Fettstoffwechsel- und Krebserkrankungen. Es geht also nicht um sämtliche Medikamente und auch nicht um alle patentgeschützten Arzneimittel. Innerhalb dieser fünf Gruppen können die Verträge jedoch unmittelbar in die ärztliche Auswahlentscheidung hineinreichen. [§ 130e SGB V erlaubt ausdrücklich exklusive und wirkstoffübergreifende Rabattverträge.](#)

Hat eine Krankenkasse für eine solche Gruppe einen Vertrag abgeschlossen, sollen Vertragsärzte grundsätzlich das rabattierte Medikament verordnen. Der entscheidende Satz im



Gesetz lautet jedoch: Sprechen im Einzelfall medizinische Gründe dagegen, darf der Arzt ein anderes Präparat wählen.

Das bedeutet zweierlei. Die Krankenkasse kann nicht vollkommen frei darüber entscheiden, welches Medikament ein bestimmter Patient erhalten muss. Die ärztliche Ausnahmeentscheidung bleibt bestehen. Gleichzeitig genügt es künftig aber nicht mehr in jedem Fall, dass mehrere zugelassene Medikamente medizinisch grundsätzlich infrage kommen. Ist aus ärztlicher Sicht kein individueller Grund für eine Abweichung erkennbar, gibt der Rabattvertrag die wirtschaftlich bevorzugte Auswahl vor.

Anders als beim bekannten Austausch gegen ein wirkstoffgleiches Generikum findet ein möglicher Wechsel zwischen unterschiedlichen Wirkstoffen nicht einfach am Apothekentresen statt. Der Arzt muss die Verordnung entsprechend ausstellen. Bei bereits laufenden Behandlungen kann deshalb eine erneute ärztliche Prüfung erforderlich werden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung weist darauf hin, dass Ärzte rabattierte Präparate verordnen und [begonnene Therapien gegebenenfalls umstellen müssen](#). „Gegebenenfalls“ ist dabei das entscheidende Wort: Eine automatische Umstellung jedes Patienten schreibt das Gesetz nicht vor.

Hinter der medizinischen Entscheidung steht allerdings ein wirtschaftliches Kontrollsystem. Für die betroffenen Medikamentengruppen sollen Verordnungsquoten vereinbart werden. Rabattierte Medikamente werden bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen als Praxisbesonderheit anerkannt. Ob und unter welchen Bedingungen auch nicht rabattierte Verordnungen vor finanziellen Konsequenzen geschützt sind, hängt von den vereinbarten Quoten, den regionalen Regelungen und der medizinischen Begründung des Einzelfalls ab. [§ 106b SGB V verbindet die neuen Rabattverträge ausdrücklich mit Verordnungsquoten und Wirtschaftlichkeitsprüfungen](#).

Das ist kein gesetzlicher Befehl, nach dem ein Arzt für jede abweichende Verordnung automatisch Geld zurückzahlen müsste. Es entsteht aber ein klarer Anreiz, die rabattierten Medikamente zu bevorzugen und Ausnahmen nachvollziehbar zu dokumentieren. Gleichzeitig sind bundesweite Praxisbesonderheiten für neu abzuschließende Erstattungsvereinbarungen entfallen. Die KBV erwartet dadurch mehr Rechtsunsicherheit, zusätzlichen Begründungsaufwand und ein höheres Regressrisiko. Das ist die Bewertung der ärztlichen Standesvertretung – noch kein Beweis dafür, dass es tatsächlich flächendeckend zu Rückforderungen kommen wird.

An anderer Stelle handelt es sich nicht nur um wirtschaftliche Steuerung, sondern um echte Leistungsausschlüsse. Homöopathische und anthroposophische Arzneimittel gehören seit dem 30. Juli 2026 nicht mehr zum gesetzlichen Leistungsanspruch. Ab 2027 dürfen Krankenkassen sie auch nicht mehr freiwillig als zusätzliche Satzungsleistung finanzieren. Ebenfalls gestrichen wurde die Kostenübernahme für Cannabisblüten.

Daraus folgt jedoch nicht, dass medizinisches Cannabis vollständig aus der gesetzlichen Versorgung verschwunden wäre. Unter den gesetzlichen Voraussetzungen bleiben standardisierte Cannabisextrakte sowie Arzneimittel mit Dronabinol oder Nabilon erstattungsfähig. Der verbliebene Anspruch ist in [§ 31 Absatz 6 SGB V](#) geregelt. Wer behauptet, die Krankenkassen bezahlten überhaupt kein medizinisches Cannabis mehr, würde die Neuregelung deshalb falsch wiedergeben.



Für Millionen Versicherte wird die Veränderung ab dem 1. Januar 2027 noch an einer anderen Stelle sichtbar: an der Apothekenkasse. Die prozentuale Zuzahlung bleibt bei zehn Prozent des Abgabepreises. Die Unter- und Obergrenze steigen jedoch von bisher fünf und zehn Euro auf 7,50 und 15 Euro. Die endgültige Gesetzesfassung sieht [mindestens 7,50 Euro und höchstens 15 Euro je zuzahlungspflichtigem Mittel](#) vor.

Ein Medikament für 30 Euro kostet den erwachsenen Versicherten damit künftig 7,50 Euro statt fünf Euro Zuzahlung. Bei einem Medikament für 100 Euro bleibt es bei zehn Euro. Bei einem Preis von 200 Euro steigt die Zuzahlung von zehn auf 15 Euro. Nicht jedes Rezept kostet also automatisch 15 Euro. Entscheidend bleiben der Abgabepreis, mögliche Zuzahlungsbefreiungen und die persönliche Belastungsgrenze.

Diese Belastungsgrenzen werden durch das Spargesetz nicht abgeschafft. Sie liegen grundsätzlich bei zwei Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt und unter den gesetzlichen Voraussetzungen für schwerwiegend chronisch Kranke bei einem Prozent. Wer seine Grenze erreicht, kann sich für den Rest des Kalenderjahres von weiteren Zuzahlungen befreien lassen. Die Einzelheiten regelt [§ 62 SGB V](#).

Bei Rezepten wirkt das Gesetz somit über drei unterschiedliche Hebel: Krankenkassen erhalten bei bestimmten patentgeschützten Therapien mehr Einfluss auf die Auswahl des Präparats. Einzelne Arzneimittel werden aus der Kassenversorgung gestrichen. Und die unmittelbare Zuzahlung der Patienten steigt.

Was dagegen nicht im Gesetz steht: Sobald ein allgemeines Arzneimittelbudget aufgebraucht sei, dürften Ärzte überhaupt keine Kassenrezepte mehr ausstellen. Der grundsätzliche Anspruch gesetzlich Versicherter auf erstattungsfähige Arzneimittel bleibt bestehen. Der Druck entsteht subtiler – durch Rabattverträge, Verordnungsquoten, Wirtschaftlichkeitsprüfungen, Dokumentationspflichten und höhere Eigenbeteiligungen.

Das Rezept verschwindet nicht. Aber bei bestimmten Therapien wird der Spielraum enger – und für viele Patienten wird der Gang zur Apotheke teurer.

Vorsorge: Der Anspruch bleibt – die Vergütung wird gedeckelt

Vorsorge hatte im Kassensystem bislang einen besonderen Schutz. Viele Früherkennungsuntersuchungen wurden außerhalb des üblichen Praxisbudgets bezahlt. Für jede ordnungsgemäß erbrachte Leistung erhielten die Praxen grundsätzlich den dafür vorgesehenen Preis. stieg die Zahl der Menschen, die zur Vorsorge gingen, musste auch die Krankenkasse entsprechend mehr Geld bereitstellen.

Genau dieser finanzielle Schutz fällt zum 1. Januar 2027 weitgehend weg. Früherkennungsuntersuchungen werden – gemeinsam mit zahlreichen anderen bislang extrabudgetär bezahlten Leistungen – in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführt. Damit stehen sie nicht mehr automatisch für jeden zusätzlich untersuchten Patienten mit einer zusätzlichen vollständigen Vergütung außerhalb des gedeckelten Honorartopfes. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung fasst die Änderung unmissverständlich zusammen: [Auch Früherkennungsuntersuchungen unterliegen künftig einer Mengenbegrenzung](#).



Die wenigen Leistungen, die nach dem neuen § 87d SGB V zwingend außerhalb dieses Honorartopfes bezahlt werden müssen, sind gesetzlich abschließend benannt. Dazu gehören insbesondere nichtärztliche Dialyseleistungen, bestimmte neu eingeführte Leistungen, die Substitutionsbehandlung bei Drogenabhängigkeit und Teile der kinder- und jugendpsychiatrischen Grundversorgung. Die üblichen Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen stehen nicht auf dieser Ausnahmeliste. Die beschlossene Fassung ist in der [Beschlussempfehlung des Gesundheitsausschusses zu § 87d SGB V](#) dokumentiert.

Das bedeutet jedoch nicht, dass der gesetzliche Vorsorgeanspruch am 1. Januar 2027 abgeschafft wird. Erwachsene behalten nach [§ 25 SGB V ihren Anspruch auf Gesundheits- und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen](#). Auch der Anspruch von Kindern und Jugendlichen auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten und Entwicklungsstörungen bleibt in [§ 26 SGB V](#) bestehen. Die gesetzlichen Grundlagen für Check-ups, Krebsfrüherkennung sowie Kinder- und Jugenduntersuchungen werden durch die neue Vergütungsregelung nicht gestrichen.

Ebenso bleiben die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bestehen. Sie regeln weiterhin, welche Untersuchungen in welchem Alter und in welchen Abständen von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden. Dazu gehören unter anderem Gesundheits-Check-ups, Untersuchungen auf Haut-, Darm-, Gebärmutterhals-, Brust- und Prostatakrebs, das Mammographie-Screening sowie die Kinder- und Jugenduntersuchungen. Eine Übersicht der weiterhin vorgesehenen Leistungen bietet die [Kassenärztliche Bundesvereinigung zu den Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen](#).

Damit entsteht ab 2027 ein Widerspruch innerhalb des Systems: Auf der einen Seite sagt das Sozialgesetzbuch, welche Untersuchungen die Versicherten beanspruchen können. Auf der anderen Seite wird das Geld, aus dem die Praxen diese Untersuchungen bezahlt bekommen, begrenzt.

Für Patienten gibt es dabei kein persönliches Vorsorgekonto, auf dem irgendwann „Budget aufgebraucht“ steht. Auch die Krankenkasse darf einen gesetzlich vorgesehenen Anspruch nicht allein mit dem Hinweis zurückweisen, der allgemeine Honorartopf sei ausgeschöpft. Das Gesetz verhängt weder ein Untersuchungsverbot noch einen Stichtag, ab dem keine Vorsorge mehr stattfinden darf.

Der wirtschaftliche Konflikt wird stattdessen auf die Praxen und die Kassenärztlichen Vereinigungen verlagert. Die Krankenkassen zahlen eine vereinbarte Gesamtvergütung an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung. Diese verteilt das verfügbare Geld anschließend auf die teilnehmenden Praxen. Werden mehr Untersuchungen erbracht, als in dem vorgesehenen Volumen finanziert sind, kann die einzelne Leistung nur noch vermindert oder nicht zusätzlich vergütet werden.

Die Praxis hat den Patienten dann zwar untersucht. Ob sie dafür noch den ursprünglich vorgesehenen vollen Preis erhält, steht auf einem anderen Blatt.

Die KBV warnt deshalb davor, dass Praxen ihr Leistungsangebot an die verfügbaren Einnahmen anpassen könnten. Aus ihrer Sicht drohen weniger verfügbare Termine und längere Wartezeiten. Jede Ausweitung der nun gedeckelten Leistungen könne wirtschaftlich



zulasten der Praxis gehen. Das ist eine begründete Prognose der ärztlichen Standesvertretung – aber noch keine gemessene Entwicklung. Ob und wie stark Vorsorgetermine ab 2027 tatsächlich knapper werden, kann erst anhand der späteren Versorgungsdaten festgestellt werden.

Die Bundesregierung bewertet dieselbe Konstruktion anders. Nach ihrer Darstellung handelt es sich nicht um eine flächendeckende Kürzung des bestehenden Leistungsniveaus, sondern um eine Begrenzung zukünftiger Ausgabensteigerungen. Das Bundesgesundheitsministerium verspricht, die hochwertige Versorgung bleibe gesichert, und erklärt, die Ausgaben müssten künftig stärker an die Einnahmen der gesetzlichen Krankenkassen gekoppelt werden. Diese [offizielle Begründung der Bundesregierung](#) steht der Warnung der KBV gegenüber, dass eine gedeckelte Vergütung zwangsläufig das Leistungsangebot beeinflussen werde.

Beide Aussagen beschreiben unterschiedliche Seiten derselben Regelung. Formal bleiben die Vorsorgeleistungen im Katalog. Finanziell verlieren sie jedoch ihren bisherigen Schutz vor einer Mengengrenzung. Ob die Versorgung trotzdem unverändert erreichbar bleibt, ist keine bereits bewiesene Tatsache, sondern das zentrale Risiko dieses Systemwechsels.

Zusätzlich hat der Gesetzgeber einen zweiten Eingriff vorbereitet. Der Gemeinsame Bundesausschuss muss die allgemeine Gesundheitsuntersuchung und die Hautkrebsfrüherkennung überprüfen und bis zum 31. Dezember 2027 über eine Anpassung seiner Richtlinien entscheiden. Bei der allgemeinen Gesundheitsuntersuchung nennt das Gesetz ausdrücklich eine mögliche stärkere Konzentration auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Beim Hautkrebscreening sollen ein risikobasiertes Verfahren und veränderte Untersuchungsabstände geprüft werden.

Auch hier ist Präzision entscheidend: Das Hautkrebscreening ist nicht bereits zum 1. Januar 2027 abgeschafft. Ebenso steht noch nicht fest, dass nur bestimmte Risikogruppen untersucht werden dürfen. Der Gesetzgeber hat einen Prüf- und Entscheidungsauftrag erteilt. Welche Änderungen daraus folgen, muss der Gemeinsame Bundesausschuss erst festlegen. Nach Angaben der KBV könnten daraus [frühestens ab 2028 Änderungen bei Gesundheitsuntersuchung und Hautkrebscreening](#) entstehen.

Wer Beschwerden, auffällige Hautveränderungen oder andere konkrete Krankheitssymptome hat, sollte zudem nicht auf einen regulären Vorsorgetermin verwiesen werden. Eine Untersuchung wegen eines bestehenden Verdachts ist keine reine Früherkennungsuntersuchung mehr, sondern diagnostische Abklärung. Das ist medizinisch und abrechnungstechnisch etwas anderes als ein Screening bei beschwerdefreien Menschen.

Die korrekte Klartext-Bilanz lautet deshalb: Die Bundesregierung streicht die Vorsorge ab 2027 nicht aus dem Gesetz. Sie nimmt ihr aber weitgehend den bisherigen finanziellen Sonderstatus. Der Anspruch bleibt auf dem Papier bestehen, während die Vergütung der ausführenden Praxen in einen begrenzten Honorartopf wandert.

Das ist kein gesetzlich angeordneter Ausschluss von Patienten, sobald irgendwo ein Budget ausgeschöpft ist. Es ist jedoch ein System, in dem mehr Vorsorge nicht mehr automatisch mehr Geld für die Versorgung bedeutet. Und genau daraus kann in der Praxis entstehen, was im Gesetzestext nicht ausdrücklich steht: weniger verfügbare Termine, längere Wartezeiten



und ein wachsender Konflikt zwischen medizinischem Anspruch und wirtschaftlicher Realität.

Schwangerenvorsorge: Der Anspruch bleibt – der finanzielle Schutz fällt

Die Behauptung klingt eindeutig: Ist das Budget der Frauenarztpraxis aufgebraucht, gibt es ab 2027 keine Schwangerenvorsorge mehr auf Kosten der gesetzlichen Krankenkasse. Schwangere müssten dann entweder privat bezahlen oder blieben ohne Versorgung.

So steht es nicht im Gesetz.

Der gesetzliche Anspruch auf Schwangerenvorsorge wird zum 1. Januar 2027 weder abgeschafft noch von einem persönlichen Budget abhängig gemacht. Es gibt keine festgelegte Zahl von Schwangeren, nach deren Erreichen eine Praxis keine Vorsorge mehr durchführen dürfte. Auch ein gesetzlicher Stichtag, ab dem eine Schwangere sämtliche weiteren Untersuchungen selbst bezahlen müsste, existiert nicht.

Doch hinter der zugespitzten Warnung steckt ein realer Konflikt: Ausgerechnet die zeitlich nicht verschiebbare Schwangerenvorsorge verliert ihren bisherigen besonderen Schutz bei der ärztlichen Vergütung.

Was Schwangeren weiterhin gesetzlich zusteht

Versicherte haben nach [Paragraf 24c](#) und [Paragraf 24d des Fünften Sozialgesetzbuches](#) weiterhin Anspruch auf ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe während der Schwangerschaft, bei der Entbindung und nach der Geburt. Dazu gehören ausdrücklich die Feststellung der Schwangerschaft und die Untersuchungen der Schwangerenvorsorge.

Welche Untersuchungen vorgesehen sind, regelt die [Mutterschafts-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses](#). Sie ist für die Versorgung gesetzlich Versicherter maßgeblich.

Bei einem unauffälligen Schwangerschaftsverlauf sind grundsätzlich vorgesehen:

- eine möglichst frühzeitige Erstuntersuchung,
- anschließend Untersuchungen im Abstand von vier Wochen,
- in den letzten beiden Schwangerschaftsmonaten grundsätzlich zwei Untersuchungen pro Monat,
- drei Basis-Ultraschalluntersuchungen ungefähr im ersten, zweiten und dritten Schwangerschaftsdrittel,
- regelmäßige Kontrollen unter anderem von Blutdruck, Gewicht, Urin und Hämoglobinwert,
- zusätzliche Untersuchungen, wenn Risiken, Beschwerden oder auffällige Befunde bestehen.

Diese Vorgaben verschwinden durch das GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz nicht. Auch medizinisch notwendige Untersuchungen bei Blutungen, Schmerzen, auffälligen Werten oder einer Risikoschwangerschaft werden nicht aus dem Leistungskatalog gestrichen.



Eine Hebamme kann dabei einen wichtigen Teil der Betreuung übernehmen. Sie ersetzt jedoch nicht sämtliche ärztlichen Untersuchungen, Ultraschallkontrollen oder die fachärztliche Abklärung auffälliger Befunde.

Was sich ab 2027 tatsächlich ändert

Bislang gehört die ärztliche Schwangerenvorsorge zu den Leistungen, die grundsätzlich außerhalb der begrenzten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bezahlt werden. Vereinfacht gesagt: Erbringt eine Frauenarztpraxis eine solche Leistung, soll sie nicht aus demselben gedeckelten Honorartopf bezahlt werden wie zahlreiche andere Behandlungen.

Dieser finanzielle Schutz fällt ab dem 1. Januar 2027 weitgehend weg.

Nach der [beschlossenen Neuregelung des Vergütungsrechts](#) werden nahezu alle bisher außerhalb der Gesamtvergütung bezahlten ärztlichen Leistungen wieder in die begrenzte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführt. Nur wenige ausdrücklich genannte Bereiche bleiben ausgenommen, darunter bestimmte Dialyseleistungen, die substitutionsgestützte Behandlung von Opioidabhängigen und Teile der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung.

Die Schwangerenvorsorge gehört nicht zu diesen Ausnahmen.

Das bedeutet allerdings nicht, dass für sie überhaupt kein Geld mehr vorgesehen wäre. Bei der Überführung soll die Gesamtvergütung um das bisher benötigte Leistungsvolumen erhöht werden. Der bisherige Finanzierungsanteil wird also nicht einfach vollständig gestrichen.

Der entscheidende Unterschied liegt in der Zukunft: Steigt der Bedarf, weil mehr Schwangere betreut werden müssen oder mehr Untersuchungen erforderlich sind, führt das nicht automatisch zu einer entsprechend höheren, ungekürzten Vergütung. Die Krankenkassen stellen den Kassenärztlichen Vereinigungen eine begrenzte Gesamtsumme zur Verfügung. Diese wird nach regionalen Honorarregeln auf Ärzte und Leistungen verteilt.

Wird insgesamt mehr behandelt, als mit dieser Summe vollständig bezahlt werden kann, können einzelne Leistungen nur noch anteilig vergütet werden. Der rechtliche Behandlungsanspruch der Patientin besteht weiter – die Praxis erhält für zusätzliche Leistungen aber möglicherweise nicht mehr den vollen vorgesehenen Preis.

Genau darin liegt der Konflikt.

Eine Schwangerschaft lässt sich nicht auf das nächste Quartal verschieben

Bei manchen planbaren Untersuchungen kann eine Praxis versuchen, einen Termin später zu vergeben. Bei der Schwangerenvorsorge funktioniert das nur sehr eingeschränkt. Bestimmte Untersuchungen haben festgelegte Zeitfenster. Auffällige Befunde müssen abgeklärt werden, wenn sie auftreten. Eine Schwangere im achten Monat kann nicht auf das nächste Abrechnungsquartal vertröstet werden.

Der [Berufsverband der Frauenärzte](#) warnt deshalb vor erschwertem Zugang, längeren Wartezeiten und einer zunehmenden Zurückhaltung von Praxen bei der Aufnahme neuer



Patientinnen. Auch die [Kassenärztliche Bundesvereinigung](#) erwartet bei der Rückkehr zahlreicher Leistungen in die begrenzte Gesamtvergütung weniger verfügbare Termine und längere Wartezeiten.

Das sind ernst zu nehmende Prognosen der ärztlichen Verbände. Es sind jedoch noch keine nachgewiesenen Folgen. Die Neuregelung tritt erst 2027 in Kraft. Wie stark einzelne Regionen und Praxen tatsächlich betroffen sein werden, hängt unter anderem von der Höhe der Gesamtvergütung und den jeweiligen Honorarverteilungsregeln ab.

Die Bundesregierung vertritt eine andere Bewertung. Nach ihrer Darstellung werden keine notwendigen Leistungen gestrichen. Es gehe darum, das Wachstum der Ausgaben zu begrenzen und die Beitragssätze zu stabilisieren. Eine qualitativ hochwertige Versorgung solle erhalten bleiben. Diese Position wird in der [Mitteilung des Bundesgesundheitsministeriums zum Gesetzesbeschluss](#) ausdrücklich betont.

Damit stehen sich zwei Einschätzungen gegenüber: Die Bundesregierung verspricht eine Begrenzung der Ausgaben ohne Leistungskürzungen. Ärzteverbände warnen, dass ein unveränderter Rechtsanspruch wenig hilft, wenn die zusätzliche Behandlung für Praxen wirtschaftlich immer unattraktiver wird.

Darf eine Praxis Schwangere einfach abweisen?

Ein Anspruch auf Schwangerenvorsorge bedeutet nicht automatisch, dass jede frei gewählte Frauenarztpraxis jede neue Patientin sofort aufnehmen muss. Praxen können tatsächlich ausgelastet sein. Einen gesetzlichen Mechanismus nach dem Muster „Budget aufgebraucht – ab jetzt kein Zutritt für Schwangere“ gibt es jedoch nicht.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben nach [Paragraf 75 SGB V](#) den Auftrag, eine ausreichende und rechtzeitige vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen. Kann eine Schwangere keine Praxis finden oder wird eine notwendige Untersuchung nicht rechtzeitig angeboten, sollte sie sich deshalb an ihre Krankenkasse oder unter der Nummer 116117 an die Terminservicestelle der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung wenden. Bei akuten Beschwerden oder möglichen Komplikationen ist eine sofortige medizinische Abklärung erforderlich.

Eine reguläre Kassenleistung wird auch nicht allein deshalb zu einer privat zu bezahlenden Leistung, weil eine Praxis ihr Honorarvolumen für ausgeschöpft hält. Freiwillige Zusatzuntersuchungen, die nicht zum gesetzlichen Leistungskatalog gehören, sind davon zu unterscheiden.

Gilt die Veränderung nur für deutsche Schwangere?

Nein. Entscheidend ist grundsätzlich der Versicherungs- und Leistungsstatus, nicht die Staatsangehörigkeit. Für eine gesetzlich krankenversicherte Schwangere gelten dieselben Ansprüche und dieselben Vergütungsstrukturen – unabhängig davon, ob sie die deutsche oder eine andere Staatsangehörigkeit besitzt.

Auch Schwangere, die Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz erhalten, sind nicht grundsätzlich von der Versorgung ausgeschlossen. [Paragraf 4 des](#)



[Asylbewerberleistungsgesetzes](#) schreibt bei Schwangerschaft und Geburt ausdrücklich ärztliche und pflegerische Hilfe, Hebammenhilfe sowie notwendige Arznei-, Verband- und Heilmittel vor. Der Finanzierungsweg ist ein anderer, der gesetzliche Schutz bei Schwangerschaft besteht aber ebenfalls.

Was von der drastischen Warnung übrig bleibt

Die Aussage, ab 2027 gebe es nach Ausschöpfung eines Praxisbudgets überhaupt keine Schwangerenvorsorge mehr auf Krankenkassenkosten, ist falsch. Sie macht aus einem Vergütungsproblem einen angeblichen gesetzlichen Behandlungsstopp.

Richtig ist jedoch: Die Schwangerenvorsorge verliert ihre bisherige extrabudgetäre Vergütung. Ihr medizinischer Umfang und der gesetzliche Anspruch bleiben bestehen, während die Bezahlung wieder in einen begrenzten Honorartopf eingeordnet wird.

Ob daraus tatsächlich weniger Termine, Aufnahmestopps oder regionale Versorgungslücken entstehen, kann vor Inkrafttreten nicht seriös als Tatsache dargestellt werden. Das Risiko ist aber nachvollziehbar: Eine zeitkritische Pflichtleistung soll weiterhin erbracht werden, obwohl zusätzliche Behandlungen möglicherweise nicht mehr vollständig vergütet werden.

Die Schwangerenvorsorge wird nicht abgeschafft. Aber eine Versorgung, die sich weder vertagen noch beliebig rationieren lässt, verliert ihren bisherigen finanziellen Schutz. Das ist weniger spektakulär als die Behauptung eines gesetzlichen Behandlungsstopps – politisch aber gerade deshalb brisant.

Beschlossen, verkündet, umstritten: Wer das Gesetz trägt – und wer es bekämpft

Dieses Gesetz ist kein unverbindlicher Plan mehr. Es befindet sich auch nicht mehr in einer frühen Beratungsphase, in der einzelne Regelungen ohne ein neues parlamentarisches Verfahren gestrichen werden könnten.

Der Bundestag verabschiedete das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz am 10. Juli 2026. Das endgültige Abstimmungsergebnis lautete: **318 Stimmen dafür, 284 dagegen und vier Enthaltungen**. Getragen wurde die Reform von der Regierungskoalition aus CDU/CSU und SPD. Allerdings folgten nicht alle Abgeordneten der Koalition ihrer Fraktionsmehrheit: Ein Unionsabgeordneter und drei SPD-Abgeordnete stimmten dagegen, vier weitere SPD-Abgeordnete enthielten sich. Das [Plenarprotokoll und die namentliche Abstimmung](#) dokumentieren das endgültige Ergebnis.

Auch im Bundesrat scheiterte der Versuch, den Vermittlungsausschuss anzurufen. Anschließend wurde das Gesetz am 29. Juli 2026 im Bundesgesetzblatt verkündet. Das [Bundesgesundheitsministerium führt es seitdem als verabschiedetes Gesetz](#). Ein Teil der Vorschriften trat bereits am 30. Juli 2026 in Kraft. Die für Ärzte und Patienten besonders wichtigen Vergütungsänderungen greifen überwiegend zum 1. Januar 2027.

Die entscheidende politische Frage lautet deshalb nicht mehr, ob das Gesetz noch beschlossen wird. Sie lautet: Wer ist bereit, es durch ein neues Gesetz wieder zu ändern?



Die Regierung: Ausgaben dürfen nicht länger schneller wachsen als Einnahmen

Bundesgesundheitsministerin Nina Warken von der CDU bezeichnete die Reform in der Schlussdebatte als wichtigen Schritt zur finanziellen Absicherung der gesetzlichen Krankenversicherung. Nach Darstellung der Regierung drohte für 2027 eine erhebliche Finanzierungslücke. Ohne Gegenmaßnahmen wären erneut steigende Zusatzbeiträge zu erwarten gewesen.

Die Grundentscheidung der Koalition lautet: Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung sollen sich künftig stärker an ihren Einnahmen orientieren. Steigen die beitragspflichtigen Einkommen nur begrenzt, sollen auch die Ausgaben in zahlreichen Versorgungsbereichen nicht wesentlich stärker wachsen.

CDU und CSU sprechen von einer fairen Verteilung der Belastungen auf Ärzte, Krankenhäuser, Krankenkassen, Pharmaindustrie, Versicherte und den Bund. Die SPD verteidigt das Gesetz ebenfalls, räumt aber ein, dass seine Verabschiedung kein Grund zum Feiern sei. Sie verweist darauf, dass Deutschland bereits sehr viel Geld für Gesundheit ausbebe, ohne dass Patienten entsprechend schnell Termine oder überall eine zufriedenstellende Versorgung erhielten.

Die Regierung bestreitet, notwendige Behandlungen abzuschaffen. Ihre politische Zusage lautet, die Ausgabendynamik zu begrenzen und trotzdem eine hochwertige Versorgung zu erhalten.

Ob diese Rechnung aufgeht, ist bisher nicht bewiesen. Die entscheidenden Regelungen wirken erst ab 2027.

Die AfD: Belastungen zurücknehmen und Ärzte auskömmlich bezahlen

Die AfD-Fraktion stimmte gegen das Gesetz. In der Schlussdebatte warf sie der Regierung vor, die Finanzkrise der Krankenkassen auf Patienten, Beitragszahler und medizinische Leistungserbringer abzuwälzen. Nicole Hess sprach von einer Einladung zum Rückzug aus der Versorgung.

Die Fraktion beließ es nicht bei dieser Kritik. In einem [umfangreichen Entschließungsantrag](#) forderte sie unter anderem:

- die höheren Zuzahlungen für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel zurückzunehmen,
- die vorgesehenen Verschlechterungen bei den Zuschüssen zum Zahnersatz zurückzunehmen,
- die Deckelung der Vergütungssteigerungen von 2027 bis 2029 aufzuheben,
- eine auskömmliche Finanzierung insbesondere der hausärztlichen Versorgung, Gynäkologie, Geburtshilfe, Pädiatrie und Psychotherapie sicherzustellen,
- Budgetbeschränkungen in ärztlich unterversorgten Regionen zeitweise aufzuheben,
- Bürokratie und Verwaltungsstrukturen der Krankenkassen abzubauen,
- den Bundeszuschuss für gesamtstaatliche Aufgaben zu erhöhen,
- Arzneimittel gegen seltene Erkrankungen stärker am nachgewiesenen Zusatznutzen zu bewerten.



Ein weiterer Schwerpunkt des AfD-Antrags betrifft die Finanzierung von Bürgergeldempfängern und die Zuwanderung. Für deutsche Bürgergeldempfänger verlangte die Fraktion eine vollständige Finanzierung der tatsächlichen Gesundheitskosten aus Steuermitteln. Bürgergeldempfänger aus Nicht-EU-Staaten sollten ihre regulären medizinischen Kosten nach dem Antrag grundsätzlich selbst tragen; eine Notfallversorgung sollte erhalten bleiben. Außerdem wollte die AfD bestehende Sozialversicherungsabkommen mit anderen Staaten überprüfen lassen.

Das war eine politische Forderung der AfD – nicht Bestandteil des verabschiedeten Gesetzes. Der Entschließungsantrag und ein zusätzlicher [Änderungsantrag zur kieferorthopädischen Versorgung](#) fanden keine Mehrheit.

Die Grünen: Ebenfalls sparen – aber an anderen Stellen

Auch Bündnis 90/Die Grünen stimmte gegen das Gesetz. Britta Haßelmann warf der Regierung vor, die Versicherten zusätzlich zu belasten und gleichzeitig wesentliche Kostentreiber zu schonen. Der Grünen-Gesundheitspolitiker Janosch Dahmen bezweifelte zudem, dass die versprochene Stabilisierung der Beiträge tatsächlich erreicht werde.

Die Grünen lehnen eine Begrenzung der GKV-Ausgaben allerdings nicht grundsätzlich ab. Ihr Gegenmodell sieht ebenfalls erhebliche Einsparungen und eine stärkere Orientierung der Ausgaben an den Einnahmen vor.

In ihrem [Antrag „Entlastung statt Belastung“](#) verlangte die Fraktion unter anderem:

- einen höheren und regelgebundenen Bundeszuschuss für versicherungsfremde Leistungen,
- eine stärkere Belastung der Pharmaindustrie,
- frühere Preisbegrenzungen bei neuen und besonders teuren Arzneimitteln,
- eine Abgabe auf stark zuckerhaltige Getränke,
- höhere beziehungsweise angegliche Steuern auf Alkohol, Tabak und Nikotinprodukte,
- den Abbau unwirtschaftlicher Krankenhausstrukturen,
- eine bessere Verzahnung von Rettungsdienst, Notfallversorgung, Arztpraxen und Krankenhäusern.

Mit diesen Maßnahmen wollten die Grünen nach eigener Darstellung ausreichend Geld einsparen, um die Krankenkassenbeiträge sogar senken zu können. Ihr Ansatz unterscheidet sich damit von dem der Koalition vor allem bei der Verteilung der Belastungen – nicht bei der grundsätzlichen Annahme, dass die Ausgabenentwicklung begrenzt werden müsse.

Auch dieser Antrag wurde abgelehnt.

Die Linke: Gesundheitsversorgung nach Bedarf statt nach Einnahmen

Die Linke stimmte ebenfalls gegen das Gesetz. Sie kritisiert nicht nur einzelne Kürzungen, sondern die grundlegende Ausrichtung der Reform.



Nach ihrer Auffassung darf der medizinische Bedarf nicht davon abhängig gemacht werden, wie stark die beitragspflichtigen Einkommen wachsen. Krankheit nehme schließlich nicht automatisch ab, wenn Löhne und Renten schwächer steigen. Die Linke spricht deshalb von einer drohenden Versorgung „nach Kassenlage“.

In mehreren Entschließungsanträgen verlangte sie:

- eine bedarfsorientierte statt einnahmeorientierte Gesundheitspolitik,
- eine stärkere Beteiligung hoher Einkommen und weiterer Einkommensarten an der Finanzierung,
- die vollständige Finanzierung tatsächlicher Pflegepersonalkosten und tariflicher Steigerungen in Krankenhäusern,
- den Schutz psychotherapeutischer Leistungen vor der Budgetierung,
- eine bessere und unbürokratischere Versorgung mit Hilfsmitteln,
- eine stärkere Gemeinwohlorientierung des Gesundheitssystems.

Besonders deutlich wird der Gegensatz zur Regierung im [Entschließungsantrag zur Grundfinanzierung](#): Während die Koalition die Ausgaben stärker an den Einnahmen ausrichten will, fordert die Linke, die Finanzierung dem tatsächlichen Behandlungsbedarf anzupassen.

Zusätzliche Anträge befassten sich mit der [Krankenhaus- und Pflegefinanzierung](#), der [Hilfsmittelversorgung](#) und der [psychotherapeutischen Versorgung](#). Keiner dieser Anträge erhielt eine Mehrheit.

Kann das Gesetz noch gekippt werden?

Ja – aber nicht mehr durch einen einfachen Protestbrief und auch nicht dadurch, dass eine einzelne Behörde die Anwendung verweigert.

Der Bundestag kann beschlossene Gesetze jederzeit durch ein neues Gesetz ändern oder aufheben. Dafür braucht es jedoch erneut eine parlamentarische Mehrheit. Die Bundesregierung könnte selbst eine Korrektur vorlegen. Ebenso können Fraktionen oder eine ausreichende Zahl von Abgeordneten einen neuen Gesetzentwurf einbringen.

Auch einzelne Regelungen können später verändert werden. Das ist besonders dann denkbar, wenn sich ab 2027 nachweisbare Versorgungslücken, deutlich längere Wartezeiten oder andere unbeabsichtigte Folgen zeigen. Deshalb wird es entscheidend sein, nicht nur allgemeine Befürchtungen, sondern konkrete Fälle zu dokumentieren.

Gerichte können gesetzliche Regelungen überprüfen, wenn Betroffene eine Verletzung ihrer Rechte geltend machen können. Ein Gericht ersetzt jedoch keine politische Mehrheitsentscheidung. Dass eine Regelung als ungerecht, medizinisch unvernünftig oder sozial belastend empfunden wird, genügt für sich genommen nicht, um sie gerichtlich aufheben zu lassen. Erforderlich wäre ein konkreter Rechts- oder Verfassungsverstoß.

Was Bürger tatsächlich tun können



Ein Schreiben an den eigenen Bundestagsabgeordneten kann das Gesetz nicht unmittelbar außer Kraft setzen. Politisch wirkungslos ist es trotzdem nicht. Besonders wichtig sind konkrete Fragen:

- Unterstützt der Abgeordnete weiterhin die Rückkehr der Schwangerenvorsorge und anderer Leistungen in die Budgetierung?
- Welche Sicherung soll verhindern, dass Praxen weniger Patienten aufnehmen?
- Ab welchen nachgewiesenen Versorgungsschäden würde der Abgeordnete einer Korrektur zustimmen?
- Wie sollen zusätzliche Behandlungsfälle finanziert werden, wenn der Bedarf stärker steigt als die Gesamtvergütung?

Darüber hinaus kann jeder Bürger nach Artikel 17 des Grundgesetzes eine Petition an den Bundestag richten. Eine Petition kann ausdrücklich verlangen, einzelne Vorschriften zu ändern oder aufzuheben. Der Bundestag stellt dafür ein offizielles Portal zum [Einreichen einer Petition](#) bereit.

Eine Petition erzwingt keine Gesetzesänderung. Sie zwingt das Parlament aber dazu, sich mit einem ordnungsgemäß vorgetragenen Anliegen zu befassen. Bei einer öffentlichen Petition können weitere Bürger das Anliegen mitzeichnen.

Demonstrationen, Verbandsaktionen, Schreiben an Abgeordnete und Petitionen haben deshalb vor allem eine politische Funktion: Sie erhöhen den Druck auf diejenigen, die über ein Änderungsgesetz entscheiden können.

Die Reform ist beschlossen. Sie ist aber nicht in Stein gemeißelt. Ob sie korrigiert wird, hängt entscheidend davon ab, ob ihre Kritiker konkrete Folgen belegen, politische Mehrheiten verändern und aus allgemeinem Protest eine präzise Forderung an den Gesetzgeber machen.

Vom Ärger zum politischen Druck: Wie Bürger aus Widerspruch eine politische Spur machen

Ein empörter Beitrag auf Facebook, TikTok oder YouTube kann viele Menschen erreichen. Er kann geteilt, kommentiert und innerhalb weniger Stunden tausendfach angesehen werden. Doch am nächsten Tag ist er häufig aus dem Blickfeld verschwunden. Niemand im Bundestag muss ihn lesen, bearbeiten oder beantworten.

Ein gezieltes Schreiben funktioniert anders.

Es landet im Büro eines Abgeordneten, bei einer Fraktion, im zuständigen Ausschuss oder im Bundesministerium. Es trägt einen Absender, enthält konkrete Fragen und kann später erneut aufgegriffen werden. Wird dasselbe Anliegen an zwei voneinander unabhängige politische Stellen gerichtet, wissen beide Seiten, dass die Angelegenheit nicht nur in einem einzigen Postfach liegt.

Das garantiert noch keine Antwort. Es erschwert aber, ein präzise formuliertes und nachvollziehbar dokumentiertes Anliegen vollständig zu ignorieren.

Nicht wahllos an alle schreiben – sondern an die richtigen Stellen



Wer eine Änderung des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes erreichen will, sollte nicht hundert Abgeordneten dieselbe allgemeine Protestmail schicken. Erfolgversprechender sind zwei oder drei gezielt ausgewählte Adressaten mit unterschiedlichen politischen Funktionen.

Die erste Adresse ist der eigene Wahlkreisabgeordnete. Er vertritt die Menschen aus seiner Region und muss sich bei der nächsten Wahl gerade dort verantworten. Über die [Abgeordnetensuche des Deutschen Bundestages](#) lassen sich die zuständigen Abgeordneten nach Wahlkreis, Ort oder Postleitzahl ermitteln.

Die zweite Adresse sollte in die fachpolitische Ebene führen: zu einem Mitglied des Gesundheitsausschusses oder zu einem gesundheitspolitischen Sprecher einer Fraktion. Der [Ausschuss für Gesundheit](#) bereitet die gesundheitspolitischen Entscheidungen des Bundestages fachlich vor. Dort sitzen sowohl Abgeordnete der Regierungsfaktionen als auch Vertreter der Opposition.

Politisch besonders wirksam kann es sein, zwei unterschiedliche Seiten anzusprechen:

- einen Abgeordneten von CDU/CSU oder SPD, weil die Regierungskoalition eine Gesetzesänderung tatsächlich durchsetzen könnte,
- und einen Gesundheitspolitiker der Opposition, der das Anliegen durch parlamentarische Anfragen, Anträge, Ausschussarbeit oder öffentliche Kritik aufgreifen kann.

Eine dritte mögliche Adresse ist das [Bundesgesundheitsministerium](#). Das Ministerium hat das Gesetz vorbereitet, begleitet seine Umsetzung und ist für mögliche spätere Änderungsvorschläge der Bundesregierung zuständig.

So entsteht keine wahllose Massenmail, sondern eine politische Dreiecksverbindung: Wahlkreis, Fachpolitik und Regierung.

Weitere Empfänger offen nennen

Es ist vollkommen legitim, in dem Schreiben transparent darauf hinzuweisen, wer es ebenfalls erhalten hat. Beispielsweise:

„Dieses Schreiben habe ich gleichzeitig meinem zuständigen Wahlkreisabgeordneten, den gesundheitspolitischen Vertretern der Regierungs- und Oppositionsfraktionen sowie dem Bundesministerium für Gesundheit übermittelt.“

Ein solcher Hinweis sollte sachlich bleiben. Er ist keine Drohung. Er macht lediglich deutlich, dass mehrere Stellen von dem Anliegen wissen und die jeweiligen Antworten später miteinander verglichen werden können.

Daraus entsteht allerdings keine automatische Antwortpflicht. Abgeordnete besitzen ein freies Mandat. Ein gewöhnlicher Bürgerbrief eröffnet kein gesetzlich geregeltes Verwaltungsverfahren und setzt auch keine verbindliche Bearbeitungsfrist in Gang.

Trotzdem kann der Hinweis auf weitere Empfänger praktisch etwas verändern: Ein Abgeordnetenbüro muss damit rechnen, dass andere politische Stellen eine andere Antwort



geben, dass Widersprüche auffallen oder dass später öffentlich nach der Position des Abgeordneten gefragt wird.

Nicht nur protestieren – eine Entscheidung verlangen

Viele politische Schreiben bleiben wirkungslos, weil sie lediglich allgemeine Empörung enthalten. „Ich bin mit diesem Gesetz nicht einverstanden“ ist eine Meinungsäußerung, aber noch keine konkrete politische Forderung.

Ein wirksames Schreiben sollte dagegen fünf Bestandteile enthalten:

- die genaue Bezeichnung des Gesetzes,
- die konkret kritisierte Regelung,
- die erwartete Folge für Patienten oder Leistungserbringer,
- eine eindeutige Forderung,
- und eine Frage nach dem persönlichen Abstimmungs- oder Handlungswillen des Adressaten.

Beim GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz könnte die Kernforderung beispielsweise lauten:

„Setzen Sie sich dafür ein, dass die ärztliche Schwangerenvorsorge, notwendige Früherkennungsuntersuchungen und weitere zeitkritische Behandlungen auch über den 1. Januar 2027 hinaus außerhalb der begrenzten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vollständig vergütet werden.“

Anschließend sollte eine Frage stehen, die sich nicht mit einem allgemeinen Hinweis auf die Bundesregierung beantworten lässt:

„Sind Sie bereit, einer entsprechenden Änderung des § 87d SGB V zuzustimmen oder selbst eine solche Änderung innerhalb Ihrer Fraktion zu unterstützen?“

Damit wird aus einem Protest eine überprüfbare politische Frage. Der Abgeordnete kann zustimmen, ablehnen oder ausweichen. Jede dieser Reaktionen liefert eine Information.

Kurz, überprüfbar und ohne angreifbare Übertreibungen

Ein politisches Schreiben wird nicht stärker, wenn es möglichst wütend formuliert ist. Beleidigungen und unbelegte Behauptungen erleichtern es dem Empfänger, das gesamte Anliegen als unsachlich abzutun.

Gerade deshalb sollte nicht behauptet werden, ab 2027 werde die Schwangerenvorsorge gesetzlich abgeschafft. Richtig ist: Der Anspruch bleibt bestehen, aber die ärztliche Leistung verliert ihren bisherigen extrabudgetären Vergütungsschutz.

Diese präzise Formulierung ist politisch wirkungsvoller. Der Empfänger kann sie nicht mit einem einfachen Faktencheck widerlegen und anschließend die eigentliche Frage umgehen.



Das Schreiben sollte möglichst auf eine bis zwei Seiten begrenzt bleiben. Eine umfangreiche Dokumentation kann als Anlage oder über einen Link bereitgestellt werden. Entscheidend ist, dass die Forderung bereits im Anschreiben eindeutig zu erkennen ist.

Eine Antwort verlangen – aber keine erfundene Frist setzen

Der Absender kann ausdrücklich um eine schriftliche Stellungnahme bitten und einen angemessenen Zeitraum nennen:

„Ich bitte Sie, mir innerhalb der kommenden vier Wochen mitzuteilen, wie Sie die Regelung bewerten und welche konkreten Schritte Sie unterstützen.“

Diese Frist ist bei einem gewöhnlichen Abgeordnetenschreiben rechtlich nicht bindend. Sie schafft aber einen klaren Zeitpunkt für eine Nachfrage.

Bleibt eine Antwort aus, kann nach einigen Wochen sachlich erinnert werden. Dabei sollte das Datum des ersten Schreibens genannt und die ursprüngliche Frage wiederholt werden. Kommt erneut keine Reaktion, ist auch das eine dokumentierbare politische Information.

Die Petition: Aus dem Brief wird ein geregeltes Verfahren

Wer mehr als eine freiwillige Antwort erreichen will, kann eine Petition an den Deutschen Bundestag richten. Artikel 17 des Grundgesetzes gibt jedermann das Recht, sich einzeln oder gemeinsam mit anderen schriftlich mit Bitten oder Beschwerden an die zuständigen Stellen und an die Volksvertretung zu wenden.

Eine Petition kann ausdrücklich die Änderung eines bereits beschlossenen Gesetzes verlangen. Der Bundestag stellt dafür ein offizielles Portal zum [Einreichen von Petitionen](#) bereit.

Im Unterschied zu einem gewöhnlichen Abgeordnetenbrief wird eine ordnungsgemäß eingereichte Petition in einem geregelten parlamentarischen Verfahren bearbeitet. Der Petent erhält am Ende eine Entscheidung beziehungsweise Mitteilung über die Behandlung seines Anliegens.

Nicht jede Petition wird jedoch als öffentliche Petition zur Mitzeichnung freigeschaltet. Darauf besteht kein Rechtsanspruch. Auch eine nicht öffentlich veröffentlichte Petition muss aber als Eingabe bearbeitet werden, sofern sie die formalen Voraussetzungen erfüllt.

Eine Petition stoppt das Gesetz nicht automatisch. Sie kann jedoch dazu führen, dass sich der Petitionsausschuss, das zuständige Ministerium und gegebenenfalls der Gesundheitsausschuss erneut mit der Regelung befassen müssen.

Ab 2027 zählen dokumentierte Fälle mehr als allgemeine Befürchtungen

Solange die neuen Vergütungsregeln noch nicht wirken, können Ärzteverbände und Patienten nur vor möglichen Folgen warnen. Ab dem 1. Januar 2027 wird sich zeigen, ob daraus tatsächlich weniger Termine, Aufnahmestopps oder verschobene Untersuchungen entstehen.



Dann werden konkrete, überprüfbare Fälle politisch besonders wichtig:

- Welche Untersuchung wurde benötigt?
- Wann wurde der Termin angefragt?
- Welche Wartezeit wurde genannt?
- Wurde ausdrücklich auf Budget- oder Abrechnungsgrenzen verwiesen?
- Welche Krankenkasse und welche Kassenärztliche Vereinigung wurden eingeschaltet?
- Welche Antwort haben diese Stellen gegeben?

Gesundheitsdaten und Namen von Patienten oder Ärzten dürfen dabei nicht ohne Einwilligung veröffentlicht werden. Anonymisierte und belegbare Fallbeschreibungen können jedoch sichtbar machen, ob die von der Regierung versprochene Versorgung tatsächlich funktioniert.

Ein einzelner Brief verändert selten ein Gesetz. Viele präzise Schreiben, dokumentierte Antworten, formelle Petitionen und nachgewiesene Versorgungsprobleme können politischen Druck erzeugen.

Das ist das demokratische Werkzeug des einzelnen Bürgers: nicht nur schimpfen, sondern fragen; nicht nur behaupten, sondern belegen; nicht nur einen Adressaten anschreiben, sondern Verantwortung sichtbar machen.

Wer die Politik an ihrer eigenen Entscheidung messen will, muss eine Spur hinterlassen, die nicht nach wenigen Stunden in einer sozialen Plattform verschwindet.

Die zweite Rechnung: Wenn Versicherte für die Sparpolitik direkt bezahlen

Dieses Gesetz verschickt zwei Rechnungen. Die erste bleibt für Patienten zunächst unsichtbar: Sie steckt in gedeckelten Arztbudgets, gestrichenen Zusatzvergütungen und wachsendem wirtschaftlichem Druck auf Praxen, Therapeuten und Kliniken.

Die zweite Rechnung ist sehr viel leichter zu erkennen. Sie liegt auf dem Apothekentresen, kommt mit der Zahnarztrechnung, wird bei einer Heilmittelverordnung fällig oder erscheint ab 2028 als zusätzlicher Krankenversicherungsbeitrag auf der Abrechnung.

Wie groß dieser Beitrag der Patienten ausfallen soll, lässt sich in den Unterlagen des Gesetzgebers nachlesen. Nach der [offiziellen Finanzberechnung des Gesundheitsausschusses](#) sollen Patientinnen und Patienten 2027 rund 2,5 Milliarden Euro zur Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung beitragen. Davon entfallen nach der Berechnung 1,9 Milliarden Euro auf höhere Zuzahlungen und 600 Millionen Euro auf Leistungseinschränkungen. Bis 2030 soll sich der Patientenanteil auf rund 2,8 Milliarden Euro erhöhen.

Das ist keine Schätzung eines Sozialverbandes und keine Zahl der Opposition. Es ist die Kalkulation, mit der der Gesetzgeber selbst die finanziellen Auswirkungen des Gesetzes beschreibt. Allerdings bleibt es eine Vorausberechnung. Wie hoch die tatsächliche Belastung sein wird, hängt davon ab, wie viele Leistungen in Anspruch genommen werden und wie die verschiedenen Regelungen praktisch umgesetzt werden.



Zuzahlungen: Aus fünf werden 7,50 Euro – aus zehn werden 15 Euro

Ab dem 1. Januar 2027 wird die Grundregel für zahlreiche gesetzliche Zuzahlungen verschärft. Zwar bleibt es grundsätzlich bei zehn Prozent des jeweiligen Abgabepreises. Die Mindestzuzahlung steigt jedoch von fünf auf 7,50 Euro, die Höchstzuzahlung von zehn auf 15 Euro. Mehr als das Mittel selbst kostet, darf weiterhin nicht verlangt werden. Die neuen Beträge stehen im [beschlossenen Gesetzestext zu § 61 SGB V](#).

Was das bedeutet, zeigen zwei einfache Beispiele:

Kostet ein verschreibungspflichtiges Medikament 30 Euro, wären zehn Prozent eigentlich drei Euro. Wegen der Mindestzuzahlung werden künftig jedoch 7,50 Euro fällig. Bisher waren es fünf Euro.

Kostet ein Medikament 200 Euro, wären zehn Prozent 20 Euro. Wegen der Obergrenze muss der Patient künftig 15 Euro bezahlen. Bisher waren es zehn Euro.

Auch bei Heilmitteln wie Krankengymnastik, Ergotherapie oder Logopädie bleibt es nicht bei der bisherigen Belastung. Zusätzlich zu zehn Prozent der Behandlungskosten werden künftig 15 Euro je Verordnung erhoben – bislang sind es zehn Euro.

Für bestimmte stationäre Behandlungen steigt die tägliche Zuzahlung ebenfalls von zehn auf 15 Euro. Bei Hilfsmitteln, die laufend verbraucht werden, beispielsweise bestimmten Inkontinenz- oder Pflegehilfsmitteln, wird die [monatliche Zuzahlungsobergrenze von zehn auf 15 Euro angehoben](#).

Für einen gesunden Versicherten, der nur selten ein Rezept benötigt, mag der Unterschied zunächst überschaubar wirken. Für chronisch Kranke, Menschen mit mehreren Medikamenten, Pflegebedürftige oder Patienten mit wiederkehrenden Therapien summieren sich solche Einzelbeträge dagegen schnell.

Die Belastungsgrenze bleibt – aber man muss sie kennen

Die höheren Zuzahlungen gelten nicht unbegrenzt. Die gesetzliche Belastungsgrenze wird durch das Spargesetz nicht abgeschafft. Nach [§ 62 SGB V](#) müssen Versicherte grundsätzlich höchstens zwei Prozent ihrer jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt als gesetzliche Zuzahlungen tragen. Für schwerwiegend chronisch Kranke, die die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllen, gilt grundsätzlich eine Grenze von einem Prozent.

Wer die persönliche Belastungsgrenze erreicht, kann sich für den Rest des Kalenderjahres von weiteren gesetzlichen Zuzahlungen befreien lassen. Dafür sollten Quittungen und Zahlungsnachweise gesammelt und bei der Krankenkasse eingereicht werden.

Diese Schutzregel ist wichtig. Sie ändert aber nichts daran, dass Versicherte das Geld zunächst aufbringen, ihre Belastungen dokumentieren und die Befreiung bei der Krankenkasse geltend machen müssen. Wer die Regel nicht kennt oder seine Belege nicht sammelt, riskiert, mehr zu bezahlen als notwendig.

Zahnersatz: Der Kassenzuschuss wird kleiner



Beim Zahnersatz wird nicht nur eine Zuzahlung erhöht. Hier sinkt der prozentuale Festzuschuss der Krankenkasse zur sogenannten Regelversorgung.

Ab 2027 gelten nach dem [neu gefassten § 55 SGB V](#) folgende Werte:

- Ohne Bonus sinkt der Festzuschuss von 60 auf 50 Prozent der Regelversorgung.
- Nach fünf Jahren regelmäßig nachgewiesener Vorsorge sinkt er von 70 auf 60 Prozent.
- Nach zehn Jahren regelmäßig geführtem Bonusnachweis sinkt er von 75 auf 65 Prozent.

Damit erhöht sich der Anteil, den Versicherte selbst tragen müssen. Besonders teuer kann es werden, wenn nicht nur die Regelversorgung gewählt wird, sondern hochwertigerer oder andersartiger Zahnersatz. Die Krankenkasse berechnet ihren Zuschuss weiterhin auf Grundlage der Regelversorgung. Mehrkosten einer darüber hinausgehenden Behandlung bleiben beim Patienten.

Für Festzuschüsse, die bereits vor dem 1. Januar 2027 bewilligt wurden, gelten nach der Übergangsregelung noch die bisherigen Prozentsätze.

Auch die Härtefallregelung bleibt bestehen. Versicherte mit sehr geringem Einkommen oder einer unzumutbaren finanziellen Belastung können weiterhin einen erhöhten Zuschuss erhalten, der die Kosten der Regelversorgung vollständig abdecken kann. Wer sich jedoch für eine Versorgung oberhalb dieser Regelversorgung entscheidet, kann trotz Härtefall auf Mehrkosten sitzen bleiben.

Der Zahnersatz wird also nicht aus dem Leistungskatalog gestrichen. Die Kasse übernimmt aber einen kleineren Anteil – und der Eigenanteil des Patienten wird entsprechend größer.

Familienversicherung: Ab 2028 kann ein Zuschlag fällig werden

Eine weitere direkte Belastung beginnt erst am 1. Januar 2028. Die beitragsfreie Familienversicherung für Ehegatten und eingetragene Lebenspartner wird nicht abgeschafft. Für einen Teil der betroffenen Haushalte wird sie jedoch faktisch kostenpflichtig.

Nach dem neuen [§ 242b SGB V](#) muss das beitragspflichtige Kassenmitglied für einen familienversicherten Ehe- oder Lebenspartner einen Zuschlag von 2,5 Prozentpunkten auf den jeweiligen Beitragssatz zahlen. Diesen Zuschlag trägt das Mitglied allein. Der Arbeitgeber oder Rentenversicherungsträger beteiligt sich daran nicht wie an den regulären Krankenversicherungsbeiträgen.

Ein vereinfachtes Rechenbeispiel: Bei beitragspflichtigen Einnahmen von 3.000 Euro im Monat entsprechen 2,5 Prozentpunkten 75 Euro zusätzlich pro Monat. Die tatsächliche Berechnung hängt jedoch vom Versicherungs- und Einkommensstatus des Mitglieds ab.

Der Zuschlag trifft nicht jeden Haushalt mit einem familienversicherten Ehepartner. Das endgültig beschlossene Gesetz enthält zahlreiche Ausnahmen. Dazu gehören unter anderem Familien mit einem Kind unter zwölf Jahren im Haushalt des familienversicherten Partners, Familien mit einem behinderten Kind, bestimmte Pflegesituationen, das Erreichen der



Regelaltersgrenze sowie bestimmte Fälle von Pflegebedürftigkeit, voller Erwerbsminderung oder Schwerbehinderung.

Wichtig ist deshalb die genaue Formulierung: Die Familienversicherung für Ehepartner endet nicht. Sie bleibt rechtlich bestehen. Für Versicherte, die unter keine der Ausnahmen fallen, wird sie aber mit einem zusätzlichen Beitrag belastet. Kinder bleiben weiterhin beitragsfrei familienversichert.

Einige Leistungen sind tatsächlich aus dem Kassenkatalog entfernt worden

Bei den bisher beschriebenen Punkten bleiben Leistungen bestehen, werden aber für Patienten teurer. Daneben gibt es Leistungen, die das Gesetz tatsächlich aus dem GKV-Leistungskatalog herausgenommen hat.

Homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sind seit dem Inkrafttreten des Gesetzes grundsätzlich vom regulären Anspruch auf Arzneimittelversorgung ausgeschlossen. Ab 2027 dürfen Krankenkassen sie auch nicht mehr freiwillig als zusätzliche Satzungsleistung finanzieren. Die [Kassenärztliche Bundesvereinigung nennt dafür den 30. Juli 2026 beziehungsweise den 1. Januar 2027](#) als maßgebliche Termine.

Bei medizinischem Cannabis wurden getrocknete Cannabisblüten aus dem GKV-Leistungskatalog gestrichen. Das bedeutet jedoch nicht, dass jede Behandlung mit medizinischem Cannabis abgeschafft wurde. Standardisierte Cannabisextrakte sowie Arzneimittel mit Dronabinol oder Nabilon können bei einer schwerwiegenden Erkrankung unter den gesetzlichen Voraussetzungen weiterhin Kassenleistung sein. Der Unterschied ist entscheidend: Gestrichen wurden Cannabisblüten – nicht sämtliche cannabinoidhaltigen Arzneimittel.

Nicht jede Überprüfung ist bereits eine Streichung

Bei einer Gesamtübersicht muss außerdem zwischen einer beschlossenen Kürzung und einem erteilten Prüfauftrag unterschieden werden. Das gesetzliche Hautkrebscreening ist beispielsweise gegenwärtig nicht abgeschafft. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll die Ausgestaltung der Gesundheitsuntersuchungen und der Hautkrebsfrüherkennung überprüfen und bis Ende 2027 über mögliche Änderungen entscheiden.

Eine spätere Einschränkung ist damit möglich, aber noch nicht beschlossen. Ebenso enthält das Gesetz einzelne Maßnahmen, die den Patientenschutz stärken sollen – beispielsweise einen Ausbau verpflichtender Zweitmeinungsverfahren bei bestimmten planbaren und mengenanfälligen Operationen.

Das ändert die Grundrichtung des Gesetzes nicht. Es verhindert aber eine falsche Pauschalbehauptung, wonach jede einzelne Vorschrift eine Leistung streiche.

Die entscheidende Entwicklung verläuft auf zwei Ebenen: Einerseits werden Versicherte unmittelbar stärker an den Kosten beteiligt. Andererseits geraten Praxen, Therapeuten, Hilfsmittelanbieter und Kliniken durch Vergütungsbegrenzungen unter zusätzlichen wirtschaftlichen Druck. Ob dieser Druck zu weniger Terminen, einem kleineren Leistungsangebot oder regionalen Versorgungslücken führt, lässt sich vor dem vollständigen



Wirksamwerden der Reform noch nicht als feststehende Tatsache behaupten. Es ist eine begründete Befürchtung, die Ärzteverbände, Sozialverbände und andere Sachverständige geäußert haben.

Fest steht dagegen bereits heute: Die Versicherten sollen nach der eigenen Berechnung des Gesetzgebers einen Milliardenbeitrag zur Stabilisierung der Krankenkassen leisten. Sie bezahlen nicht nur über ihre Beiträge. Sie bezahlen zusätzlich an der Apothekentheke, bei der Therapie, beim Zahnersatz und – in bestimmten Familien – ab 2028 über einen neuen Beitragszuschlag.

Nicht der Pass entscheidet: Für wen die Kürzungen gelten

Gelten die Einschränkungen nur für Deutsche? Werden Menschen ohne deutschen Pass davon ausgenommen? Oder erhalten Asylbewerber sogar eine bessere Versorgung?

Die rechtliche Antwort ist eindeutiger, als es die politische Debatte häufig vermuten lässt: Entscheidend ist nicht die Staatsangehörigkeit. Entscheidend ist, nach welchem System ein Mensch versichert oder medizinisch versorgt wird.

Ein deutscher Staatsbürger kann gesetzlich oder privat versichert sein. Ein polnischer, türkischer, syrischer oder ukrainischer Staatsbürger kann ebenfalls Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sein. Ein Asylbewerber kann dagegen medizinische Leistungen erhalten, ohne überhaupt gesetzlich krankenversichert zu sein.

Wer diese Gruppen miteinander vermischt, kommt zwangsläufig zu falschen Schlussfolgerungen.

Wer Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist, unterliegt denselben Regeln

Die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung richtet sich vor allem nach Beschäftigung, Einkommen, Leistungsbezug und Versicherungsverlauf. Die deutsche Staatsangehörigkeit ist keine allgemeine Voraussetzung. Das zeigt bereits die Aufzählung der versicherungspflichtigen Personengruppen in [§ 5 SGB V](#).

Ein ausländischer Arbeitnehmer, der in Deutschland sozialversicherungspflichtig beschäftigt und Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist, zahlt grundsätzlich Beiträge wie ein deutscher Arbeitnehmer. Er hat Anspruch auf denselben gesetzlichen Leistungskatalog und unterliegt denselben Zuzahlungsregeln.

Für diese Versicherten gilt das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz deshalb ebenso wie für deutsche Kassenmitglieder:

- Die höheren Zuzahlungen ab 2027 gelten auch für sie.
- Die geringeren Festzuschüsse beim Zahnersatz gelten auch für sie.
- Gestrichene oder eingeschränkte Kassenleistungen gelten auch für sie.
- Der wirtschaftliche Druck auf Arztpraxen, Psychotherapeuten, Heilmittelerbringer und Krankenhäuser trifft auch ihre Versorgung.



Dasselbe gilt für ausländische Ehepartner und Kinder, die nach [§ 10 SGB V](#) familienversichert sind. Wer regulär der GKV angehört, erhält weder wegen eines deutschen Passes mehr noch wegen eines ausländischen Passes weniger Leistungen. Das Gesetz unterscheidet an dieser Stelle nach Versicherungsstatus – nicht nach Herkunft.

Asylbewerber sind zunächst meist keine GKV-Mitglieder

Anders ist die Rechtslage bei Menschen, die Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz erhalten. Sie sind grundsätzlich nicht regulär gesetzlich krankenversichert. Ihre medizinische Versorgung beruht zunächst auf einem eigenen Leistungssystem.

Der [GKV-Spitzenverband beschreibt die Rechtslage ausdrücklich so](#): Asylsuchende sind grundsätzlich keine Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern erhalten Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz.

In der ersten Phase des Aufenthalts ist dieser Leistungsanspruch enger als der vollständige Leistungskatalog einer gesetzlichen Krankenkasse. Nach [§ 4 Asylbewerberleistungsgesetz](#) müssen insbesondere die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände, notwendige Arznei- und Verbandmittel, Schutzimpfungen und medizinisch gebotene Vorsorgeuntersuchungen gewährleistet werden.

Zahnersatz wird in dieser Phase grundsätzlich nur übernommen, wenn er aus medizinischen Gründen nicht aufgeschoben werden kann. Weitere Leistungen können nach [§ 6 Asylbewerberleistungsgesetz](#) gewährt werden, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind.

Es ist deshalb falsch zu behaupten, Asylbewerber hätten automatisch einen umfangreicheren Leistungsanspruch als gesetzlich versicherte Deutsche. In der ersten Aufenthaltsphase ist der gesetzliche Anspruch in mehreren Bereichen vielmehr enger.

Eine Gesundheitskarte bedeutet nicht automatisch eine Krankenversicherung

In einigen Bundesländern und Kommunen erhalten Asylbewerber eine elektronische Gesundheitskarte. Daraus wird gelegentlich geschlossen, sie seien vollständig und beitragsfrei in der GKV versichert.

Auch das ist nicht zwangsläufig richtig.

Eine Krankenkasse kann die medizinische Versorgung lediglich im Auftrag der zuständigen Behörde verwalten. Die Gesundheitskarte dient dann als Berechtigungsnachweis. Der betreffende Mensch wird dadurch nicht automatisch zum regulären beitragszahlenden Kassenmitglied.

Nach [§ 264 SGB V](#) werden die Behandlungskosten und ein Verwaltungskostenanteil der Krankenkasse von dem zuständigen Sozialleistungsträger erstattet. Die Finanzierung erfolgt in diesen Fällen somit über die öffentliche Hand.



Der GKV-Spitzenverband weist außerdem darauf hin, dass sich die praktische Umsetzung zwischen den Bundesländern und sogar zwischen einzelnen Kommunen unterscheiden kann. Mancherorts wird eine Gesundheitskarte ausgegeben, andernorts erfolgt die Versorgung zunächst über Behandlungsscheine des Sozialamtes.

Die Karte allein sagt deshalb noch nicht, ob jemand regulär gesetzlich versichert ist, welche Leistungen genau beansprucht werden können und wer die Kosten am Ende trägt.

Nach einem Statuswechsel können die normalen GKV-Regeln gelten

Ändert sich der Aufenthalts- oder Leistungsstatus, kann auch der Zugang zur Krankenversicherung wechseln. Anerkannte Schutzberechtigte, ausländische Beschäftigte oder bestimmte Menschen im Grundsicherungsbezug können reguläre Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung werden oder leistungsrechtlich weitgehend gleichgestellt sein.

Ein anschauliches Beispiel sind hilfebedürftige Geflüchtete aus der Ukraine. Nach den [Informationen des Bundesgesundheitsministeriums](#) erhalten Leistungsberechtigte nach dem SGB II grundsätzlich Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung und damit zum vollständigen GKV-Leistungskatalog. Leistungsberechtigte nach dem SGB XII werden bei der Krankenbehandlung den GKV-Versicherten weitgehend gleichgestellt.

Sobald eine Person reguläres GKV-Mitglied ist, gelten auch für sie die Einschränkungen und höheren Eigenbeteiligungen des Spargesetzes. Es gibt dann keinen gesetzlichen Sonderkatalog, der sie von den Kürzungen ausnimmt.

Bei Menschen, die weiterhin ausschließlich Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz erhalten, lassen sich die neuen GKV-Zuzahlungen dagegen nicht pauschal eins zu eins übertragen. Ihr Anspruch und eine mögliche Eigenbeteiligung richten sich nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, dem jeweiligen Aufenthaltsstatus und teilweise nach der konkreten Umsetzung durch Land oder Kommune.

Schwangere sind in beiden Systemen ausdrücklich geschützt

Besonders deutlich wird die notwendige Unterscheidung bei der Schwangerenversorgung.

Eine gesetzlich versicherte Schwangere behält ihren gesetzlichen Anspruch auf medizinische Betreuung während Schwangerschaft und Mutterschaft. Dieser Anspruch wird durch das Spargesetz nicht abgeschafft.

Aber auch Schwangere im Asylbewerberleistungssystem sind nicht auf die Behandlung akuter Schmerzen beschränkt. [§ 4 Absatz 2 Asylbewerberleistungsgesetz](#) schreibt ausdrücklich vor, dass werdenden Müttern und Wöchnerinnen ärztliche und pflegerische Hilfe, Betreuung, Hebammenhilfe sowie Arznei-, Verband- und Heilmittel gewährt werden müssen.

Das bedeutet: Der gesetzliche Anspruch auf Schwangerenversorgung besteht in beiden Systemen. Die Finanzierung und der rechtliche Weg unterscheiden sich, der Schutz während Schwangerschaft und Geburt ist jedoch ausdrücklich vorgesehen.



Nicht daraus folgt allerdings, dass jede Schwangere jederzeit problemlos einen Termin erhält. Wenn Arztpraxen wegen Budgetbegrenzungen weniger Kapazitäten anbieten oder Fachkräfte fehlen, können die praktischen Versorgungsprobleme grundsätzlich alle Patientinnen treffen, die dieselben Praxen und Kliniken benötigen.

Wer zahlt die Versorgung?

Auch bei der Finanzierung muss unterschieden werden.

Ausländische Beschäftigte und andere reguläre GKV-Mitglieder zahlen Krankenversicherungsbeiträge nach denselben Regeln wie deutsche Mitglieder. Bei Menschen, die Grundsicherungsleistungen beziehen, werden die Beiträge oder Behandlungskosten – unabhängig von der Staatsangehörigkeit – ganz oder teilweise aus öffentlichen Mitteln getragen.

Bei Asylbewerbern ohne reguläre GKV-Mitgliedschaft bezahlen die zuständigen staatlichen Leistungsträger die medizinische Versorgung. Wird eine Krankenkasse mit der Abwicklung beauftragt, erhält sie ihre Behandlungsausgaben und Verwaltungskosten erstattet.

Politisch kann und darf darüber gestritten werden, ob die staatlichen Pauschalen kostendeckend sind, wie die Ausgaben verteilt werden und welche Leistungen steuerfinanziert werden sollten. Sachlich falsch wäre jedoch sowohl die Behauptung, Ausländer würden grundsätzlich nichts in die Krankenversicherung einzahlen, als auch die Gegenbehauptung, sämtliche Gesundheitskosten würden immer aus ihren eigenen Beiträgen finanziert. Beides hängt vom jeweiligen Status ab.

Die ehrliche Antwort lautet deshalb: Das Spargesetz betrifft nicht ausschließlich Deutsche. Alle regulär gesetzlich Versicherten unterliegen grundsätzlich denselben Leistungs-, Budget- und Zuzahlungsregeln – unabhängig vom Pass.

Asylbewerber befinden sich zunächst in einem anderen, teilweise eingeschränkten Versorgungssystem. Sie sind deshalb nicht generell bessergestellt und auch nicht automatisch von allen Folgen der Reform ausgenommen. Spätestens wenn sie reguläre GKV-Mitglieder werden, gelten für sie dieselben gesetzlichen Einschränkungen wie für alle anderen Kassenversicherten.

Die Trennlinie verläuft nicht zwischen Deutschen und Ausländern. Sie verläuft zwischen unterschiedlichen Versicherungs- und Leistungsstatus.

Privat versichert als Fluchtweg? Warum mehr Leistung ihren Preis hat

Wenn gesetzliche Leistungen gekürzt, Zuzahlungen erhöht und Arztbudgets gedeckelt werden, liegt eine Überlegung nahe: Warum nicht einfach in die private Krankenversicherung wechseln und sich damit den Zugang zu einer besseren Versorgung sichern?

Die kurze Antwort lautet: Für bestimmte Menschen kann eine private Versicherung tatsächlich umfangreichere Leistungen bieten. Ein allgemeiner Fluchtweg aus den Problemen des Gesundheitssystems ist sie jedoch nicht. Nicht jeder darf wechseln. Nicht jeder wird zu bezahlbaren Bedingungen aufgenommen. Und wer einmal in der privaten



Krankenversicherung ist, kommt später möglicherweise nicht mehr in die gesetzliche Kasse zurück.

Wechseln darf nicht jeder

Ein Arbeitnehmer kann sich nicht allein deshalb privat vollversichern, weil er mit seiner Krankenkasse unzufrieden ist. Solange er der gesetzlichen Versicherungspflicht unterliegt, bleibt er grundsätzlich in der GKV.

Ein Wechsel in die private Krankenversicherung steht insbesondere Selbstständigen, Beamten sowie Arbeitnehmern offen, deren regelmäßiges Einkommen oberhalb der sogenannten Jahresarbeitsentgeltgrenze liegt. Das [Bundesgesundheitsministerium nennt für 2026 eine Grenze von 77.400 Euro jährlich beziehungsweise 6.450 Euro monatlich.](#)

Diese Grenze wird regelmäßig angepasst. Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz sieht für 2027 zusätzlich eine außerordentliche Anhebung der Versicherungspflichtgrenze um monatlich 300 Euro vor. Dadurch kann der Wechsel für Arbeitnehmer sogar schwieriger werden: Wer die neue Grenze nicht erreicht, bleibt versicherungspflichtig in der GKV.

Eine alleinstehende Arbeitnehmerin mit einem normalen oder niedrigen Einkommen kann deshalb nicht einfach beschließen, sich vollständig privat zu versichern. Sie darf die gesetzliche Krankenversicherung erst verlassen, wenn ihr regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt über der geltenden Versicherungspflichtgrenze liegt. Solange das nicht der Fall ist, bleibt sie versicherungspflichtig – unabhängig davon, ob sie bereit wäre, für bessere Leistungen mehr zu bezahlen.

Als Ausweg bleibt ihr allenfalls eine private Zusatzversicherung. Diese kann einzelne Bereiche wie Zahnersatz, Krankenhausunterbringung oder zusätzliche Vorsorgeleistungen abdecken, kostet aber zusätzlich zum Beitrag zur gesetzlichen Krankenkasse. Welche Leistungen tatsächlich übernommen werden, hängt vom konkreten Tarif ab.

Damit wird private Absicherung vor allem zur Einkommensfrage. Wer genug verdient, kann sich zusätzliche Leistungen einkaufen. Wer jeden Monat knapp kalkulieren muss, bleibt auf das angewiesen, was die gesetzliche Krankenversicherung finanziert und was die Arztpraxen unter den neuen Bedingungen tatsächlich anbieten können. Eine private Versicherung beseitigt außerdem keinen Ärztemangel und schafft keine freien Termine. Sie kann nur die Kosten der vertraglich vereinbarten Behandlung übernehmen.

Wenn die Verordnung zum persönlichen Risiko wird

Ein Patient sitzt beim Hausarzt. Die Behandlung läuft, die Medikamente helfen, die Krankengymnastik ist medizinisch begründet. Trotzdem sagt der Arzt irgendwann: „Wenn die Prüfung so ausgeht, soll ich für meine Verordnungen Geld zurückzahlen.“

Für Patienten klingt das widersinnig. Wenn eine Behandlung medizinisch notwendig war, warum soll der Arzt dafür zur Kasse gebeten werden?



Der entscheidende Punkt ist: Im System der gesetzlichen Krankenversicherung reicht es nicht aus, dass eine Behandlung medizinisch sinnvoll ist. Der Arzt muss zusätzlich nachweisen können, dass seine Verordnung auch den Wirtschaftlichkeitsvorgaben der GKV entspricht.

Medizinisch notwendig – aber war es auch die wirtschaftlichste Möglichkeit?

Die Grundlage steht in [§ 12 SGB V](#). Danach müssen Leistungen „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

Diese Formulierung verpflichtet nicht nur die Krankenkassen. Auch Ärzte dürfen zulasten der GKV keine Leistungen verordnen, die nach den gesetzlichen Maßstäben als nicht notwendig oder unwirtschaftlich gelten.

Das bedeutet aber nicht, dass immer die billigste Behandlung gewählt werden muss. Eine teurere Behandlung kann wirtschaftlich sein, wenn sie im konkreten Fall medizinisch erforderlich ist. Genau hier beginnt jedoch häufig der Konflikt: Der Arzt beurteilt einen einzelnen Menschen. Die Prüfstelle sieht zunächst Verordnungsdaten, Kosten, Vergleichsgruppen und statistische Auffälligkeiten.

Ein Arzt kann deshalb fachlich von seiner Behandlung überzeugt sein und trotzdem in ein Prüfverfahren geraten.

Nicht jedes Überschreiten führt automatisch zu einer Nachforderung

Die oft verwendete Formulierung „Der Arzt hat sein Medikamentenbudget überschritten“ ist zu ungenau. Es gibt nicht überall einen einheitlichen Geldtopf, nach dessen Leerung grundsätzlich nichts mehr verordnet werden darf.

Wie die Wirtschaftlichkeit geprüft wird, unterscheidet sich regional. Nach [§ 106b SGB V](#) schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen entsprechende Prüfvereinbarungen.

Möglich sind beispielsweise Vergleiche mit anderen Ärzten derselben Fachgruppe, Richtgrößen, Verordnungsquoten, Zielwerte oder Prüfungen einzelner Fälle. Die [Kassenärztliche Bundesvereinigung bestätigt](#), dass sich Prüfmethoden und Aufgreifkriterien regional unterscheiden.

Eine statistische Auffälligkeit beweist zunächst noch keine unwirtschaftliche Behandlung. Eine Praxis kann überdurchschnittlich hohe Verordnungsquoten haben, weil sie besonders viele schwer kranke, pflegebedürftige oder chronisch kranke Patienten behandelt. Auch eine Spezialisierung oder die Betreuung ungewöhnlich aufwendiger Krankheitsbilder kann höhere Kosten erklären.

Solche Besonderheiten kann der Arzt im Prüfverfahren geltend machen. Er muss sie allerdings erkennen, dokumentieren und gegenüber der Prüfstelle begründen können.

Damit liegt ein Teil des Risikos beim Arzt: Die medizinische Entscheidung allein beendet die Auseinandersetzung nicht. Er muss zusätzlich darlegen, warum die konkrete Verordnung auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten erforderlich war.



„Strafe“ ist nicht der genaue Begriff

Wenn ein Arzt wegen angeblich unwirtschaftlicher Verordnungen Geld zahlen soll, wird umgangssprachlich häufig von einer Strafe gesprochen. Rechtlich handelt es sich normalerweise nicht um eine strafrechtliche Geldstrafe, sondern um eine Nachforderung, einen Regress oder eine Honorarkürzung.

Bei statistischen Prüfungen gilt grundsätzlich „Beratung vor Regress“. Wird ein Arzt erstmals auffällig, muss nach [§ 106b Absatz 2 SGB V](#) zunächst eine individuelle Beratung erfolgen, bevor eine Nachforderung festgesetzt wird. Diese Schutzregel gilt ausdrücklich nicht in gleicher Weise für jede Einzelfallprüfung.

Nach einer Beratung können bei späteren oder weiterhin festgestellten Auffälligkeiten Nachforderungen folgen. Nach dem Gesetz sollen sie grundsätzlich auf die Differenz zwischen den Kosten der tatsächlich verordneten und der als wirtschaftlich angesehenen Leistung begrenzt sein.

Das Verfahren bietet dem Arzt somit Verteidigungsmöglichkeiten. Es wäre falsch zu behaupten, eine Krankenkasse könne allein aufgrund einer einfachen Budgetüberschreitung automatisch jede beliebige Summe vom Arzt verlangen.

Genauso falsch wäre jedoch die Behauptung, es gebe für Ärzte kein persönliches finanzielles Risiko. Eine festgesetzte Nachforderung kann die Praxis unmittelbar treffen. Hinzu kommen Zeit, Bürokratie, anwaltliche Beratung und die Unsicherheit eines möglicherweise jahrelangen Verfahrens.

Das Spargesetz verschärft die Verordnungssteuerung

Vertragsärzte sollen innerhalb einer solchen Gruppe grundsätzlich die rabattierten Arzneimittel verordnen. Medizinische Gründe können eine andere Verordnung rechtfertigen. Der Arzt muss diese Abweichung im Einzelfall jedoch begründen können. Die entsprechende Regelung findet sich im [beschlossenen § 130e SGB V](#).

Gleichzeitig wurden bisherige bundesweite Praxisbesonderheiten bei bestimmten Arzneimitteln verändert beziehungsweise gestrichen. Die [Kassenärztliche Bundesvereinigung bewertet dies](#) als Erhöhung des Regressrisikos und erwartet zusätzlichen Bürokratieaufwand, weil Ärzte medizinische Besonderheiten verstärkt individuell im Prüfverfahren darlegen müssten.

Das ist zunächst die Einschätzung der ärztlichen Selbstverwaltung. Ob und in welchem Umfang tatsächlich mehr Regresse festgesetzt werden, lässt sich kurz nach dem Inkrafttreten noch nicht mit belastbaren Zahlen belegen.

Fest steht aber: Der gesetzliche Druck, Verordnungen nicht allein nach medizinischen, sondern zusätzlich nach vorgegebenen wirtschaftlichen Kriterien auszuwählen und zu dokumentieren, nimmt zu.

Krankengymnastik ist ebenfalls nicht einfach „verboten“, wenn ein Wert überschritten wird



Für bestimmte Erkrankungen gibt es besondere Verordnungsbedarfe und einen langfristigen Heilmittelbedarf. Verordnungen für Versicherte mit anerkanntem langfristigem Behandlungsbedarf unterliegen nach [§ 106b Absatz 4 SGB V](#) nicht der normalen Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Daneben können besondere Verordnungsbedarfe anerkannt werden. Entscheidend sind Diagnose, medizinische Notwendigkeit, Heilmittel-Richtlinie und die korrekte Dokumentation.

Ein Patient sollte sich deshalb nicht mit der pauschalen Aussage „Das Budget ist aufgebraucht“ abspeisen lassen. Er kann sachlich nachfragen:

- Wird die Verordnung medizinisch nicht mehr für erforderlich gehalten?
- Liegt ein langfristiger Heilmittelbedarf oder ein besonderer Verordnungsbedarf vor?
- Welche konkrete Vorschrift verhindert die weitere Verordnung?
- Gibt es eine medizinisch geeignete Alternative?

Diese Fragen zwingen den Arzt nicht zu einer bestimmten Verordnung. Sie helfen aber dabei, eine medizinische Entscheidung von einer rein wirtschaftlichen Sorge zu unterscheiden.

Der Arzt trägt Verantwortung in zwei Richtungen

Der behandelnde Arzt befindet sich damit in einem Spannungsverhältnis. Gegenüber dem Patienten muss er medizinisch verantwortlich handeln. Gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung muss er nachweisen, dass seine Leistungen notwendig und wirtschaftlich waren.

Die Wirtschaftlichkeitskontrolle hat einen nachvollziehbaren Zweck. Sie soll verhindern, dass Beitragsgelder für unnötige, unwirksame oder ohne medizinischen Grund überbezahlte Leistungen ausgegeben werden.

Problematisch wird das System dort, wo Ärzte aus Angst vor Prüfungen oder Nachforderungen medizinisch vertretbare Leistungen vorsichtshalber nicht mehr verordnen. Dass ein solcher Druck entstehen kann, ist nachvollziehbar. Wie häufig Ärzte deshalb tatsächlich notwendige Behandlungen verweigern, ist jedoch nicht verlässlich beziffert.

Auch die Aussage eines einzelnen Arztes, er werde wegen eines Prüfverfahrens seine Praxis schließen oder früher in Rente gehen, kann vollkommen ernst gemeint sein. Sie beweist aber noch nicht, dass Wirtschaftlichkeitsprüfungen allgemein der Hauptgrund für Praxisschließungen oder die Abwanderung von Ärzten sind.

Sie zeigt etwas anderes: Ein System, das Ärzte gleichzeitig zu medizinischer Verantwortung, wirtschaftlicher Disziplin, umfassender Dokumentation und persönlicher finanzieller Haftung verpflichtet, kann selbst erfahrene Mediziner an eine Belastungsgrenze bringen.

Für den Patienten bleibt davon häufig nur ein einziger Satz hörbar: „Ich kann Ihnen das nicht mehr verordnen.“



Was hinter diesem Satz steht – eine medizinische Entscheidung, eine gesetzliche Leistungsgrenze oder die Angst des Arztes vor einer Nachforderung –, muss im Einzelfall auseinandergehalten werden.

Gehen die Ärzte wirklich? Was hinter Praxisschließungen, Ruhestand und Abwanderung steckt

Wenn ein Hausarzt sagt, er werde seine Praxis schließen, falls eine hohe Nachforderung gegen ihn bestehen bleibt, ist das zunächst eine persönliche Aussage – aber keine bedeutungslose. Solche Sätze zeigen, wie schnell wirtschaftlicher Druck zu einer Versorgungsfrage werden kann. Sie beweisen allerdings noch nicht, dass Ärztinnen und Ärzte wegen der Budgetierung massenhaft Deutschland verlassen. Dafür muss man genauer hinsehen.

Tatsächlich gibt es eine ärztliche Abwanderung. Nach der [Ärztestatistik der Bundesärztekammer für das Jahr 2025](#) verließen 2.234 Ärztinnen und Ärzte Deutschland. Darunter waren 1.236 deutsche Staatsangehörige. Das ist eine beachtliche Zahl – gemessen an rund 446.000 berufstätigen Ärztinnen und Ärzten aber kein Beleg für einen flächendeckenden Exodus.

Vor allem lässt sich aus dieser Statistik nicht ablesen, warum die Betroffenen gegangen sind. Bessere Verdienstmöglichkeiten, Arbeitsbedingungen, familiäre Gründe, Forschungsvorhaben oder persönliche Lebensentscheidungen können ebenso eine Rolle spielen wie Unzufriedenheit mit Bürokratie, Vergütung oder wirtschaftlichen Kontrollen. Die Behauptung, die Budgetierung sei der entscheidende Grund für die Abwanderung deutscher Ärzte, wäre deshalb nicht belegt.

Gleichzeitig ist Deutschland selbst in hohem Maße auf Zuwanderung angewiesen. Im Jahr 2025 arbeiteten hier [71.480 Ärztinnen und Ärzte ohne deutsche Staatsangehörigkeit](#). Das waren fünf Prozent mehr als im Vorjahr und rund 16 Prozent der gesamten berufstätigen Ärzteschaft. Gerade in Krankenhäusern tragen zugewanderte Mediziner einen erheblichen Teil der Versorgung.

Das bedeutet: Deutschland verliert Ärzte an andere Länder und gewinnt gleichzeitig Ärzte aus dem Ausland. Die Geschichte vom vollständigen Ausverkauf der deutschen Ärzteschaft wäre daher zu einfach. Das eigentliche Problem liegt an einer anderen Stelle – in der schleichenden Veränderung der ambulanten Versorgung.

Die Zahl der berufstätigen Ärzte ist 2025 zwar insgesamt gestiegen. Dennoch sank die Zahl der selbstständig Niedergelassenen erneut um 1,3 Prozent. Innerhalb von fünf Jahren ging sie nach Angaben der Bundesärztekammer um acht Prozent zurück. Gleichzeitig nahm die Zahl der angestellten Ärzte in Praxen und Medizinischen Versorgungszentren deutlich zu. Inzwischen arbeiten 39 Prozent der ambulant tätigen Ärzte im Angestelltenverhältnis.

Ein Arzt verschwindet also nicht zwangsläufig aus der Versorgung, nur weil er keine eigene Praxis mehr führt. Trotzdem verändert dieser Strukturwandel den Alltag der Patienten. Wird eine Einzelpraxis geschlossen und findet sich kein Nachfolger, kann vor Ort eine vertraute Anlaufstelle verloren gehen. Die ärztliche Arbeitskraft existiert möglicherweise weiterhin – aber an einem anderen Ort, in einem MVZ, in Teilzeit oder mit anderen Sprechzeiten.



Besonders brisant ist die Altersstruktur: [44 Prozent der Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber waren Ende 2025 bereits älter als 60 Jahre](#). Ein erheblicher Teil der heutigen Praxislandschaft steht damit in den kommenden Jahren vor der Übergabe. Wo keine Nachfolger gefunden werden, drohen Praxisschließungen – unabhängig davon, ob die Zahl der Ärzte auf dem Papier insgesamt wächst.

Genau hier treffen demografischer Wandel und politische Sparvorgaben aufeinander. Wer eine Praxis übernehmen soll, übernimmt nicht nur Patienten, Personal und medizinische Verantwortung. Er übernimmt auch Investitionskosten, Abrechnungsvorschriften, Wirtschaftlichkeitsprüfungen, Digitalisierungsanforderungen und das Risiko späterer Honorarkürzungen oder Nachforderungen. Werden diese Bedingungen unattraktiver, kann das die Entscheidung gegen eine eigene Niederlassung verstärken.

Hinweise darauf liefert eine [Befragung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung](#). Von mehr als 4.000 befragten Praxisinhabern gingen nur knapp 50 Prozent davon aus, ihre Praxis bis zum regulären Ruhestand weiterzuführen. Rund 20 Prozent planten einen vorzeitigen Ruhestand, weitere 14 Prozent wollten ihre Niederlassung aufgeben und anschließend angestellt weiterarbeiten. Acht Prozent erwogen, ihre Kassenzulassung zurückzugeben und die Praxis privat fortzuführen.

Fast zwei Drittel derjenigen, die einen vorzeitigen Ruhestand planten, nannten eine zu hohe Arbeitsbelastung. Jeweils etwa jeder Fünfte verwies auf hohe Praxiskosten oder den Mangel an nichtärztlichem Personal. Das sind ernst zu nehmende Warnsignale. Allerdings handelt es sich um eine Befragung und nicht um eine vollständige Erfassung aller Arztpraxen. Zudem ist das Zentralinstitut eine Einrichtung aus dem Umfeld der Kassenärztlichen Vereinigungen. Seine Ergebnisse sind deshalb wichtig, müssen aber als Ergebnisse einer berufsnahen Institution eingeordnet werden.

Für das GKV-Spargesetz bedeutet das: Noch lässt sich nicht seriös beziffern, wie viele Ärzte gerade wegen dieses Gesetzes ihre Arbeitszeit reduzieren, ihre Praxis abgeben oder auf eine Niederlassung verzichten werden. Solche Folgen können erst nach dem Inkrafttreten belastbar untersucht werden.

Plausibel ist jedoch, dass zusätzliche Vergütungsbegrenzungen auf ein bereits angespanntes System treffen. Die Wirkung zeigt sich wahrscheinlich nicht darin, dass am 1. Januar 2027 Tausende Ärzte gleichzeitig ihre Praxisschilder abschrauben. Sie zeigt sich in vielen einzelnen Entscheidungen: Ein älterer Arzt hört früher auf. Eine junge Ärztin entscheidet sich gegen die Praxisübernahme. Eine Praxis nimmt weniger neue Patienten an. Ein Mediziner wechselt in ein Angestelltenverhältnis oder beschränkt sich auf Privatpatienten.

Das ist die eigentliche Gefahr. Nicht der spektakuläre Zusammenbruch über Nacht, sondern ein schleichender Verlust von Zeit, Erreichbarkeit und wohnortnahen Praxen. Auf dem Papier kann die Zahl der Ärzte dabei sogar steigen – während Patienten trotzdem immer länger nach einem Termin suchen.

Wenn „Budget“ die Antwort ist: Was Patienten konkret tun können

„Das Budget ist aufgebraucht.“ Für Patienten klingt dieser Satz wie eine endgültige Entscheidung. Doch er erklärt noch nicht, weshalb eine Untersuchung, ein Medikament, eine



Heilmittelverordnung oder ein Termin tatsächlich abgelehnt wird. Genau das muss zuerst geklärt werden.

Denn hinter einer Ablehnung können völlig unterschiedliche Gründe stehen. Der Arzt kann eine Leistung medizinisch nicht für notwendig halten. Die gewünschte Behandlung kann von der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sein. Es können Richtlinien, Verordnungsvoraussetzungen oder Höchstmengen entgegenstehen. Oder die Praxis verweist tatsächlich auf ihre begrenzte Vergütung.

Für den Patienten macht dieser Unterschied alles aus. Gegen eine medizinische Entscheidung geht man anders vor als gegen eine Leistungsverweigerung aus wirtschaftlichen Gründen. Und gegen die mündliche Aussage eines Arztes kann man keinen Widerspruch bei der Krankenkasse einlegen. Ein förmlicher Widerspruch richtet sich gegen einen Bescheid der Kasse.

Deshalb sollte die erste Frage lauten: **Wird die Leistung aus medizinischen Gründen abgelehnt – oder ausschließlich wegen des Budgets?** Eine pauschale Antwort wie „Das zahlt die Kasse nicht mehr“ reicht nicht aus, wenn unklar bleibt, ob der gesetzliche Leistungsanspruch tatsächlich entfallen ist.

Dabei gilt allerdings auch: Patienten können einen Arzt nicht dazu zwingen, ein bestimmtes Medikament, eine bestimmte Untersuchung oder eine bestimmte Menge Krankengymnastik zu verordnen. Die Verordnung bleibt eine ärztliche Entscheidung. Der Arzt muss medizinische Notwendigkeit, Richtlinien und Wirtschaftlichkeitsgebot beachten. Der Patient hat aber das Recht, zu erfahren, wie die Entscheidung begründet wird.

Bleiben Zweifel, sollte der Betroffene Datum, Praxis, Gesprächsinhalt und die genannte Begründung selbst festhalten. Außerdem besteht nach [§ 630g des Bürgerlichen Gesetzbuches](#) grundsätzlich das Recht, die vollständige Behandlungsakte einzusehen und Abschriften zu verlangen. Die erste Abschrift muss unentgeltlich zur Verfügung gestellt werden. Befunde, Diagnosen und bisherige Behandlungen können anschließend bei einer anderen Praxis vorgelegt werden.

Gesetzlich Versicherte besitzen grundsätzlich [das Recht auf freie Arztwahl](#). Gewählt werden kann normalerweise unter den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten, Praxen und Einrichtungen. Dieses Recht garantiert allerdings weder einen sofortigen Termin noch die gewünschte Verordnung. Es eröffnet aber die Möglichkeit, eine zweite ärztliche Einschätzung einzuholen.

Wer keinen Termin findet, kann sich an den [Patientenservice 116117](#) wenden. Die Terminservicestellen vermitteln gesetzlich Versicherten Termine bei Hausärzten, Fachärzten und Psychotherapeuten. Für viele Facharzttermine wird eine Überweisung mit Vermittlungscode benötigt. Bei Hausärzten, Augenärzten, Frauenärzten sowie Kinder- und Jugendärzten ist eine Vermittlung auch ohne Überweisung und ohne Vermittlungscode möglich.

Das ist gerade für Schwangere wichtig: Wird die Betreuung durch eine Frauenarztpraxis abgelehnt oder findet sich kein Termin, kann die Terminservicestelle bei der Suche nach einer



anderen gynäkologischen Praxis helfen. Sie garantiert allerdings nicht den Wunscharzt oder einen bestimmten Praxisstandort.

Bei akuten, aber nicht lebensbedrohlichen Beschwerden ist die 116117 außerdem außerhalb der üblichen Sprechzeiten für den ärztlichen Bereitschaftsdienst zuständig. Bei Lebensgefahr oder einem schweren medizinischen Notfall bleibt die 112 die richtige Nummer.

Behauptet eine Praxis, eine reguläre Kassenleistung könne nur noch privat erbracht werden, sollte niemand vorschnell unterschreiben oder bezahlen. Nach einer [aktuellen Information der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu Privatsprechstunden](#) setzt die privatärztliche Behandlung eines gesetzlich Versicherten für eine GKV-Leistung dessen ausdrücklichen Wunsch, eine vorherige wirtschaftliche Aufklärung und eine schriftliche Vereinbarung voraus.

Eine Kassenleistung wird also nicht allein dadurch zur Privatleistung, dass die Praxis sie lieber privat abrechnen möchte. Der Patient muss vor der Behandlung erkennen können, dass er selbst zahlen soll und welche Kosten ungefähr auf ihn zukommen. Ohne eine solche Klärung sollte keine private Behandlung vereinbart werden.

Ebenso gefährlich ist es, eine abgelehnte Leistung zunächst selbst zu bezahlen und anschließend fest mit einer Erstattung durch die Krankenkasse zu rechnen. Das Sachleistungsprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung sieht grundsätzlich vor, dass Versicherte die Behandlung über ihre Gesundheitskarte erhalten. Eine nachträgliche Kostenerstattung kommt nach [§ 13 SGB V](#) nur unter bestimmten Voraussetzungen infrage – beispielsweise, wenn eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbracht werden konnte oder die Krankenkasse eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Wer eine kostspielige Behandlung selbst beschaffen will, sollte die Kostenfrage deshalb möglichst vorher schriftlich mit seiner Krankenkasse klären.

Liegt die Entscheidung tatsächlich bei der Krankenkasse, sollte der Versicherte einen schriftlichen und rechtsmittelfähigen Bescheid verlangen. Erst ein solcher Bescheid eröffnet den geregelten Widerspruchsweg. Nach [§ 84 des Sozialgerichtsgesetzes](#) beträgt die Widerspruchsfrist grundsätzlich einen Monat nach Bekanntgabe des Verwaltungsaktes. Maßgeblich ist zusätzlich die Rechtsbehelfsbelehrung des konkreten Bescheides.

Anders sieht es aus, wenn nicht die Krankenkasse, sondern eine Vertragsarztpraxis eine Versorgung verweigert oder sich aus Sicht des Patienten nicht vertragsgemäß verhält. Das [Bundesgesundheitsministerium nennt dafür die zuständige Kassenärztliche Vereinigung](#) als Beschwerdestelle. Die Kassenärztlichen Vereinigungen überwachen die Pflichten der Vertragsärzte und sind regional für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung verantwortlich.

Geht es dagegen um mögliche Verstöße gegen ärztliche Berufspflichten, liegt die Aufsicht bei der zuständigen Landesärztekammer. Krankenkasse, Kassenärztliche Vereinigung und Ärztekammer haben damit unterschiedliche Aufgaben. Ein Schreiben an die falsche Stelle kann Zeit kosten, ohne das eigentliche Problem zu lösen.

Eine Beschwerde ersetzt außerdem keine dringende medizinische Versorgung. Wer schnell eine Untersuchung, ein Rezept oder eine Behandlung benötigt, sollte parallel nach einer



anderen Praxis suchen, die Krankenkasse einschalten oder die 116117 nutzen. Beschwerde und Versorgungssuche müssen im Zweifel gleichzeitig laufen.

Der wichtigste Schutz beginnt deshalb nicht mit einem langen Rechtsstreit, sondern mit einer klaren Dokumentation: Was wurde abgelehnt? Wer hat es gesagt? Welche medizinische Begründung wurde genannt? Ging es um eine Kassenleistung, eine Richtlinienvorgabe oder tatsächlich um das Praxisbudget? Wurde eine private Bezahlung angeboten? Gibt es darüber Unterlagen oder Zeugen?

Aus dem Satz „Das Budget ist aufgebraucht“ wird erst dann ein überprüfbarer Vorgang, wenn feststeht, was genau verweigert wurde und wer dafür verantwortlich ist. Solange alles nur mündlich und ungenau bleibt, kann jede beteiligte Stelle auf eine andere verweisen. Wer den Vorgang dokumentiert, zwingt das System zumindest dazu, Farbe zu bekennen.

Was von der Alarmmeldung übrig bleibt: Der Faktencheck

Die Warnung aus den sozialen Netzwerken beginnt mit einem Satz, der niemanden kaltlassen soll: 2026 sei das letzte Jahr, in dem man in Deutschland noch guten Gewissens schwanger werden könne. Ab 2027 werde die Schwangerenvorsorge gedeckelt. Sobald das Budget einer Frauenarztpraxis aufgebraucht sei, gebe es auf Kosten der Krankenkasse keine weitere Vorsorge mehr.

Das klingt nach einem gesetzlich angeordneten Ausschluss schwangerer Frauen aus der medizinischen Versorgung. Genau das steht jedoch nicht im Gesetz.

Der offizielle Name lautet [GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz](#). „GKV-Spargesetz“ ist eine verständliche politische Kurzbezeichnung, aber nicht der amtliche Gesetzestitel.

Das Gesetz ist auch nicht mehr lediglich geplant. Es wurde am 10. Juli 2026 vom Bundestag beschlossen, am 29. Juli 2026 im Bundesgesetzblatt verkündet und trat in wesentlichen Teilen am 30. Juli 2026 in Kraft. Weitere Regelungen greifen zum 1. Januar 2027 oder später. Die [Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg fasst diese zeitliche Staffelung ausdrücklich zusammen](#).

Der wahre Kern der Warnung liegt in der Finanzierung: Bisher wurden zahlreiche ärztliche Leistungen außerhalb der gedeckelten Gesamtvergütung bezahlt. Die Praxen erhielten dafür grundsätzlich eine Vergütung zum festgelegten Preis. Ab 2027 werden die meisten dieser Leistungen wieder in begrenzte Vergütungsstrukturen überführt. Nur wenige gesetzlich bestimmte Ausnahmen bleiben dauerhaft extrabudgetär.

Diese Änderung findet sich in der [vom Gesundheitsausschuss beschlossenen Gesetzesfassung](#). Auch die [Kassenärztliche Bundesvereinigung beschreibt die Überführung bisher extrabudgetärer Leistungen](#) und warnt vor einer Mengenbegrenzung sowie vor wirtschaftlichen Folgen für die Praxen.

Nach Angaben des [Berufsverbandes der Frauenärztinnen und Frauenärzte](#) gehört auch die Schwangerenvorsorge zu den Leistungen, deren besonderer Vergütungsschutz ab 2027 entfällt. Diese Aussage beschreibt eine Änderung der ärztlichen Bezahlung – nicht die Abschaffung des gesetzlichen Anspruchs schwangerer Frauen.



Denn der Anspruch steht weiterhin in [§ 24d SGB V](#). Danach haben gesetzlich versicherte Frauen während der Schwangerschaft, bei der Entbindung und danach Anspruch auf ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe. Dazu gehören ausdrücklich auch Untersuchungen zur Feststellung der Schwangerschaft und zur Schwangerenvorsorge.

Welche Untersuchungen und Beratungen zur regulären Betreuung gehören, bestimmt weiterhin die [Mutterschafts-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses](#). Sie regelt den Umfang und die Zeitpunkte der ärztlichen Betreuung sowie die Dokumentation im Mutterpass. Dieser Leistungskatalog wurde durch das Spargesetz nicht zum 1. Januar 2027 aufgehoben.

Damit ist die Aussage, ab 2027 gebe es auf Krankenkassenkosten grundsätzlich keine Schwangerenvorsorge mehr, falsch. Ebenso falsch ist die Behauptung, gesetzlich versicherten Schwangeren werde der Zutritt zum Gesundheitssystem gesetzlich verwehrt.

Es gibt auch keinen gesetzlichen Schalter, der in einer Frauenarztpraxis umgelegt wird, sobald ein bestimmter Betrag verbraucht ist. Die Vergütung wird über regionale Gesamtvergütungen und Honorarverteilungsregeln organisiert. Wie stark eine einzelne Praxis von Mengenbegrenzungen oder einer nur anteiligen Vergütung betroffen sein wird, hängt unter anderem von der regionalen Honorarverteilung und den noch auszugestaltenden Regelungen ab.

Das bedeutet jedoch nicht, dass die Finanzierungsänderung harmlos wäre. Der Anspruch der Patientin und die wirtschaftliche Situation der Praxis sind zwei verschiedene Ebenen. Ein Anspruch kann auf dem Papier bestehen und im Alltag trotzdem schwerer erreichbar werden, wenn Praxen weniger Termine anbieten, keine neuen Patientinnen aufnehmen oder ihre planbaren Leistungen begrenzen.

Genau vor solchen mittelbaren Folgen warnen die ärztlichen Verbände. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung rechnet mit weniger finanzierten Behandlungsfällen und längeren Wartezeiten. Der Berufsverband der Frauenärzte befürchtet, dass Frauen die Deckelung durch eine schlechtere Erreichbarkeit der Versorgung spüren werden. Das sind begründete Prognosen der Leistungserbringer – aber noch keine gemessenen Versorgungsergebnisse des Jahres 2027.

Die korrekte Warnung müsste deshalb lauten: **Der gesetzliche Anspruch auf Schwangerenvorsorge bleibt bestehen. Der bisherige besondere Vergütungsschutz fällt jedoch weg. Dadurch wächst das Risiko, dass Termine und wohnortnahe Betreuung schwerer erreichbar werden.**

Auch die Behauptung eines vollständigen Nachrichtenvakuums hält einer Prüfung nicht stand. Über das Gesetz, die Proteste und die befürchteten Auswirkungen wurde unter anderem von der [Tagesschau am Tag der Bundestagsentscheidung](#) berichtet. Weitere Berichte erschienen in regionalen Medien sowie in der medizinischen Fachpresse. Sämtliche Gesetzentwürfe, Stellungnahmen, Ausschussunterlagen und Debatten waren außerdem öffentlich zugänglich.

Ob das Thema in den großen Medien ausreichend ausführlich und verständlich behandelt wurde, ist eine andere Frage. Darüber kann man streiten. Die Aussage, die traditionellen Medien hätten überhaupt nicht berichtet, ist jedoch nachweislich falsch.



Warum haben trotzdem viele Menschen erst durch Videos in sozialen Netzwerken davon erfahren? Ein mehrere Hundert Seiten umfassendes Gesundheitsgesetz konkurriert in den Nachrichten mit zahlreichen anderen Themen. Begriffe wie „Überführung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung“ erklären normalen Bürgern außerdem nicht, was eine politische Entscheidung später in einer Arztpraxis bedeuten kann. Die Informationen waren öffentlich – aber für viele Menschen schwer verständlich und kaum mit ihrem eigenen Alltag verbunden.

Genau hier hat unabhängige Aufklärungsarbeit ihren Wert. Sie darf die komplizierte Sprache des Gesetzes übersetzen, Verantwortliche benennen und mögliche Folgen sichtbar machen. Sie verliert diesen Wert jedoch, wenn aus einem realen Vergütungsrisiko die falsche Nachricht wird, Schwangere hätten ab 2027 keinen gesetzlichen Zugang mehr zur Vorsorge.

Die ursprüngliche Alarmmeldung liegt deshalb gleichzeitig richtig und falsch. Richtig ist: Die Finanzierung der ambulanten Versorgung wird deutlich verschärft, und auch die Schwangerenvorsorge verliert ihren bisherigen besonderen Vergütungsschutz. Falsch ist: Der gesetzliche Anspruch werde abgeschafft und nach Ausschöpfung eines Praxisbudgets gebe es keine Vorsorge mehr.

Die tatsächliche Geschichte ist weniger spektakulär als der Alarmruf – aber politisch nicht weniger brisant. Denn ein Gesundheitssystem kann Leistungen formal garantieren und ihre praktische Erreichbarkeit trotzdem verschlechtern. Genau an diesem Widerspruch muss sich das Gesetz ab 2027 messen lassen.

Fazit: Der Anspruch bleibt – aber die Versorgung wird zur Verteilungsfrage

Am Anfang stand eine erschreckende Behauptung: Ab 2027 sei das Praxisbudget irgendwann aufgebraucht – und dann gebe es für gesetzlich Versicherte keine Termine, keine Rezepte und sogar keine Schwangerenvorsorge mehr.

So steht es nicht im Gesetz. Die gesetzlichen Ansprüche auf medizinisch notwendige Behandlung, Vorsorge und Schwangerenbetreuung bleiben bestehen. Es gibt keinen festgelegten Tag, an dem eine Praxis ihre Türen für Kassenpatienten schließen muss. Und es gibt keinen gesetzlichen Schalter, der die Versorgung einer Schwangeren beendet, sobald ein bestimmter Geldbetrag erreicht ist.

Damit ist die Sache jedoch nicht erledigt.

Denn das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz verändert nicht nur einzelne Beträge. Es verändert die finanziellen Bedingungen, unter denen Ärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser, Hebammen und andere Leistungserbringer arbeiten. Zahlreiche Leistungen, die bislang außerhalb eines gedeckelten Vergütungstopfes bezahlt wurden, werden ab 2027 wieder in begrenzte Vergütungsstrukturen einbezogen.

Die Bundesregierung begründet diese Entscheidung mit der erheblichen Finanzierungslücke der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Ausgaben sollen stärker an die Einnahmen gebunden werden, damit die Beiträge nicht unkontrolliert steigen. Das ist das erklärte politische Ziel.



Der Konflikt beginnt bei der gewählten Methode. Anstatt die Finanzierungslücke ausschließlich durch zusätzliche Bundesmittel, höhere Einnahmen oder langfristige Strukturreformen zu schließen, setzt das Gesetz auch auf begrenzte Vergütungen, höhere Zuzahlungen und Leistungseinschränkungen. Einen Teil der Stabilisierung bezahlen damit die Versicherten unmittelbar. Einen weiteren Teil sollen Ärzte, Kliniken und andere Leistungserbringer durch geringere Ausgabensteigerungen tragen.

Auf dem Papier bleibt die Behandlung medizinisch notwendig. In der Praxis muss sie aber von jemandem erbracht werden, der Personal bezahlt, Räume unterhält, Geräte anschafft und für seine Arbeit wirtschaftlich einstehen muss. Genau an dieser Stelle stoßen Rechtsanspruch und Finanzierungsgrenze aufeinander.

Das bedeutet nicht, dass ab Januar 2027 automatisch die Versorgung zusammenbricht. Es bedeutet aber, dass sich die Folgen schrittweise zeigen können: weniger freie Termine, längere Wartezeiten, zurückhaltendere Praxisübernahmen, geringere Kapazitäten und mehr Versuche, bestimmte Leistungen privat anzubieten.

Ob und in welchem Umfang das tatsächlich geschieht, muss ab 2027 anhand belastbarer Daten geprüft werden. Entscheidend sind nicht nur die offiziellen Ausgaben der Krankenkassen. Entscheidend ist auch, wie lange Patienten auf Termine warten, wie häufig Praxen neue Patienten ablehnen, wie sich die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen entwickelt und ob es regionale Lücken bei der Schwangerenversorgung, Psychotherapie oder Heilmittelversorgung gibt.

Die Politik darf den Erfolg des Gesetzes deshalb nicht allein daran messen, ob eine rechnerische Finanzierungslücke kleiner geworden ist. Ein Gesundheitssystem ist nicht schon dann stabil, wenn seine Bilanz besser aussieht. Es ist erst dann stabil, wenn notwendige Versorgung für die Menschen tatsächlich erreichbar bleibt.

Das Gesetz ist dabei keineswegs für alle Zeiten unveränderlich. Der Bundestag kann einzelne Regelungen durch ein späteres Änderungsgesetz korrigieren oder wieder aufheben. Innerhalb des gesetzlichen Rahmens können außerdem der Bewertungsausschuss und der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmte Einzelheiten ausgestalten. Die grundlegende politische Entscheidung können diese Gremien jedoch nicht beliebig außer Kraft setzen.

Politischer Druck ist deshalb nicht zwecklos. Abgeordnete können angeschrieben, Petitionen unterstützt, Verbände angesprochen und konkrete Versorgungserfahrungen dokumentiert werden. Besonders wirksam werden solche Hinweise, wenn sie nicht bei allgemeiner Empörung stehen bleiben, sondern einen überprüfbaren Vorgang benennen: Welche Leistung wurde wann verweigert? Welche Begründung wurde genannt? Wie lange dauerte die Suche nach einem Ersatztermin? Welche zusätzlichen Kosten entstanden?

Ein einzelner Brief ändert kein Gesetz. Viele sachlich begründete Schreiben, dokumentierte Versorgungsprobleme und öffentlich nachvollziehbare Fälle können jedoch politischen Handlungsdruck erzeugen. Abgeordnete müssen sich dann nicht mehr zu einer abstrakten Befürchtung äußern, sondern zu sichtbaren Folgen einer Entscheidung, für die im Bundestag abgestimmt wurde.



Die ursprüngliche Alarmmeldung hat damit einen realen Konflikt sichtbar gemacht, ihn aber an entscheidender Stelle falsch erklärt. Nicht der gesetzliche Anspruch auf Schwangerenvorsorge wird abgeschafft. Abgeschafft wird ihr bisheriger besonderer Schutz vor der allgemeinen Vergütungsbegrenzung. Nicht der Zutritt zum Gesundheitssystem wird gesetzlich verboten. Aber der praktische Zugang kann schwerer werden, wenn Behandlungsbedarf und finanzierte Kapazität auseinanderdriften.

Das ist keine Kleinigkeit. Es ist auch kein Grund für unbelegte Panik. Es ist ein Grund, genau hinzusehen, die tatsächlichen Folgen zu dokumentieren und die Verantwortlichen an ihren eigenen Versprechen zu messen.

Denn am Ende entscheidet sich die Qualität dieses Gesetzes nicht im Bundesgesetzblatt. Sie entscheidet sich im Wartezimmer, am Telefon einer überlasteten Praxis und in der Frage, ob ein Patient die notwendige Hilfe noch rechtzeitig erhält.

Welche Erfahrungen machen Sie mit abgelehnten Terminen, Verordnungen oder dem Hinweis auf ein aufgebrauchtes Budget? [Schreiben Sie uns](#). Zustimmung, Widerspruch und belegte Gegenargumente sind ausdrücklich willkommen.

Mit freundlichen Grüßen

Michael B. Barnes

Michael B. Barnes



Impressum / Kontakt:

Michael B. Barnes

Hengeloer Str. 1

49565 Bramsche

 E-Mail: info@klartext-info.online

Rechtlicher Hinweis

Dieses Dokument ist Teil des privaten Informations- und Aufklärungsprojekts **KLARTEXT** von Michael B. Barnes.

Der Bericht dient ausschließlich der Information sowie der öffentlichen Meinungs- und Diskussionsbildung. Er enthält eine Kombination aus dokumentierten Tatsachen, öffentlich zugänglichen Quellen, rechtlichen Einordnungen sowie persönlichen Bewertungen, Schlussfolgerungen, Vermutungen und Hypothesen des Autors. Diese sind entsprechend im Gesamtzusammenhang des jeweiligen Dossiers zu verstehen.

Alle Inhalte wurden nach bestem Wissen und Gewissen auf Grundlage der zum Zeitpunkt der Veröffentlichung verfügbaren Informationen erstellt. Trotz sorgfältiger Recherche kann keine Gewähr für Vollständigkeit, Aktualität oder die fortdauernde Richtigkeit sämtlicher Angaben übernommen werden. Neue Erkenntnisse oder spätere Entwicklungen können eine Überarbeitung oder Neubewertung einzelner Inhalte erforderlich machen.

Eine unveränderte Weitergabe des vollständigen Dokuments über den offiziellen Veröffentlichungsweg ist ausdrücklich erwünscht. Veränderungen, Kürzungen, aus dem Zusammenhang gerissene Zitate oder Bearbeitungen, die den Sinn oder die Aussage des Dokuments verfälschen, sind ohne ausdrückliche Zustimmung des Autors nicht gestattet.

Stand der Quellen und Rechtslage: Veröffentlichungsdatum des jeweiligen Dossiers.

Version: 1.0

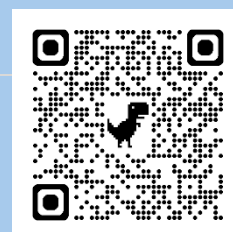
© Michael B. Barnes – Alle Rechte vorbehalten.

Impressum:

<https://www.klartext-info.online/impressum/>

Zur Klartext-Info-Website

QR-Code





Weitere Beiträge, Aktualisierungen und Quellen:

www.klartext-info.online

Michael B. Barnes

Stand: 02.09.2026

