

## STELLUNGNAHME

Berufsverband Deutscher Neurologen (BDN) und Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN)

### GKV-Beitragsstabilisierung: Was der Entwurf für die Neurologie bedeutet

Berlin, 29.04.2026

#### 1. Worum es der Politik geht – und was das für uns heißt

Mit dem GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz will die Bundesregierung die Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung stabil halten. Die Expertenkommission verweist darauf, dass sich die Ausgabenvolumina seit 2010 etwa verdoppelt haben, die beitragspflichtigen Einnahmen aber nur um den Faktor 1,8 gestiegen seien – der Grundsatz der Beitragsstabilität sei ausgehöhlt.

Die Antwort der Politik ist u.a. eine Kostenbremse im ärztlichen Bereich. Vereinfacht gesagt: Die Töpfe für unsere Honorare sollen künftig nicht mehr so stark wachsen dürfen wie der Bedarf, sondern sich an der Lohnentwicklung (Grundlohnsumme) orientieren. Für die Neurologie – ein Fach mit wachsender Krankheitslast, zunehmender Komplexität und eindrücklicher Ambulantisierung – ist das eine problematische Konstellation.

#### 2. Die drei zentralen Bausteine des Entwurfs

Aus neurologischer Sicht sind vor allem drei Elemente relevant:

- **Globale Begrenzung der Vergütungsanstiege**  
Vergütungssteigerungen sollen im Wesentlichen auf die Entwicklung der Kosten und die Grundlohnsummensteigerung begrenzt werden. Die KV kommentiert, dass der Orientierungswert voraussichtlich ohnehin im Rahmen dieser Grundlohnsumme liegt – die harte Bremse liegt also weniger beim „Klassiker“ Orientierungswert, sondern vor allem in den folgenden Punkten.
- **Streichung der TSVG-Vergütungsregelungen**  
Die Zuschläge für schnelle Termine, offene Sprechstunden u.Ä. werden gestrichen und wieder in die MGV zurückgeführt. Begründung: Laut InBA-Evaluation habe das höhere Volumen die Wartezeiten nicht nennenswert verkürzt, teils seien Fehlanreize entstanden. Damit fällt ein wichtiges Entbudgetierungs-Instrument gerade in den Fächern weg, die viel Kurzfrist- und Akutversorgung leisten – Neurologie und Nervenheilkunde gehören hier zu den stärker betroffenen Gruppen.

#### BDN e. V.

1. Vorsitzender Dr. Uwe Meier  
2. Vorsitzender Prof. Dr. Martin Südmeyer  
Berlin, Amtsgericht Charlottenburg VR 39851B  
info@berufsverband-neurologen.de  
www.berufsverband-neurologen.de

#### BVDN e. V.

1. Vorsitzende Dr. Sabine Köhler, Dr. Klaus Gehring  
2. Vorsitzende Dr. Christa Roth-Sackenheim  
Berlin, Amtsgericht Charlottenburg VR 39918 B  
info@bvdn.de  
www.bvdn.de

- **Begrenzung und Neugestaltung der extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV)**  
Die bisherige Abgrenzung „MGV vs. EGV“ wird aufgebrochen und die EGV in eine eigene Gesamtvergütung mit Obergrenze überführt. Basis ist das Jahr 2025; das Volumen darf künftig nur noch entsprechend den MGV-Steigerungsraten wachsen, maximal in Höhe der Grundlohnsummenentwicklung. Zugleich werden Ausnahmen definiert, u.a. für Dialysesachkosten, Substitutionsbehandlung, neu in den EBM aufgenommene Leistungen (befristet) und die Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Damit wird aus der EGV – vereinfacht gesprochen – ein zweiter, ebenfalls gedeckelter Honorar-Topf.

### 3. Was KV-Simulationen konkret für Neurologie und Nervenheilkunde zeigen

Interne Modellrechnungen verschiedener Kassenärztlicher Vereinigungen, die uns vorliegen, zeigen ein konsistentes Bild: Neurologie und Nervenheilkunde gehören im bundesweiten Vergleich zu den Fachgruppen mit den relativ stärksten negativen Effekten der geplanten Maßnahmen. In mehreren Regionen werden für unsere Fächer nennenswerte, teils zweistellige prozentuale Rückgänge des Fachgruppenhonorars simuliert – bei gleichzeitig steigender Morbidität, wachsenden Fallzahlen und politisch gewollter Ambulantisierung.

Neurologie und Nervenheilkunde gehören damit zur Spitzengruppe der am stärksten belasteten Fächer – in einem Bereich, der schon heute hohe Nachfrage, lange Wartezeiten und komplexe, zeitintensive Verläufe hat.

### 4. Mehr Bedarf – begrenzte Töpfe: die strukturelle Schieflage

Die Neurologie ist – auch laut aktuellen WHO-Analysen – eines der Fächer mit der höchsten Krankheitslast.

Gründe:

- **Demografie:** mehr Demenz, mehr Parkinson, mehr Schlaganfallfolgen, mehr Polyneuropathien, mehr Epilepsien.
- **Fortschritt:** neue Therapien bei MS, Epilepsien, Bewegungsstörungen und erstmals kausal wirkende Antikörpermedikamente bei Alzheimer. Diese sind ambulant verankert, aber struktur- und personalintensiv.
- **Ambulantisierung:** Leistungen, die früher stationär erbracht wurden, sollen ins ambulante Setting übertragen werden (Notfall-Reform, Krankenhausstrukturreform, Hybrid-DRG).

Der Entwurf setzt dem eine vor allem einnahmenorientierte Ausgabenpolitik entgegen: Entscheidend ist die Stabilität der Beitragsätze, nicht die Abbildung der Morbiditäts- und Fortschrittdynamik. Mehrbedarfe durch Demografie und Innovation werden damit nicht automatisch in den Honorartöpfen abgebildet, sondern sollen im Wesentlichen innerhalb gedeckelter Budgets kompensiert werden.

#### **BDN e. V.**

1. Vorsitzender Dr. Uwe Meier  
2. Vorsitzender Prof. Dr. Martin Südmeyer  
Berlin, Amtsgericht Charlottenburg VR 39851B  
info@berufsverband-neurologen.de  
www.berufsverband-neurologen.de

#### **BVDN e. V.**

1. Vorsitzende Dr. Sabine Köhler, Dr. Klaus Gehring  
2. Vorsitzende Dr. Christa Roth-Sackenheim  
Berlin, Amtsgericht Charlottenburg VR 39918 B  
info@bvdn.de  
www.bvdn.de

### **Für den Praxisalltag bedeutet das:**

- Mehr Fälle und komplexere Verläufe dürfen wir grundsätzlich übernehmen – niemand verbietet Neuaufnahmen oder die Übernahme von Patienten geschlossener Praxen.
- Finanzielle Mehrvergütung für diese Mehrleistung ist jedoch nur sehr begrenzt vorgesehen:
  - globale Deckel bei MGV und EGV,
  - Verlust extrabudgetärer Zuschläge,
  - Abhängigkeit von KV-internen Verteilentscheidungen (Punktwert, Abstaffelung).

Mit anderen Worten: Die Tür für Mehrarbeit bleibt prinzipiell offen, der Geldhahn aber nur noch sehr begrenzt. Das politische Paradoxon: Mehrarbeit unabhängig von der fehlenden Vergütung an Plausibilitätsgrenzen und wird bestraft. Eine unmögliche Ausgangssituation.

### **5. Praxisschließungen und Patientenströme – was passiert, wenn Kapazität wegfällt?**

Die KV weist in anderen Zusammenhängen darauf hin, dass bei Praxisschließungen grundsätzlich die Möglichkeit besteht, erhöhte Fallzahlen bei RLV/QZV zu melden und Anpassungen zu beantragen. Versorgungsrechtlich besteht also weiterhin eine Erwartung, dass verbliebene Praxen Patienten übernehmen.

Unter den Bedingungen des neuen Gesetzes gilt aber:

- Systemisch bleiben die Honorargesamtvolumina begrenzt – auch bei Übernahme zusätzlicher Patienten.
- Der Mehrbedarf wird also
  - entweder über Mehrarbeit bei gleichem oder sinkendem Fallwert,
  - oder über weniger Zeit/Leistung pro Patient aufgefangen.

Gerade in einem Fach, in dem viele KollegInnen heute schon an oder über den Plausibilitätsgrenzen arbeiten, ist das keine theoretische, sondern eine sehr konkrete Belastungsgrenze.

### **6. Selektive Ausnahmen – eine medizinethisch hochproblematische Gratwanderung**

Die Begründung der Expertenkommission sieht explizit Ausnahmen von der EGV-Deckelung vor, unter anderem für Dialysesachkosten, Substitutionsbehandlung, neu in den EBM aufgenommene Leistungen und die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Zudem soll der Bewertungsausschuss Kriterien für weitere Ausnahmen definieren, wenn nachweislich Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit signifikant erhöht werden und dies nicht innerhalb der MGV darstellbar ist.

Der Gesetzentwurf schafft gezielt Schutzräume für einige Krankheitsbilder, während andere, ähnlich vulnerable Patientengruppen vollständig in gedeckelten Budgets verbleiben.

#### **BDN e. V.**

1. Vorsitzender Dr. Uwe Meier  
2. Vorsitzender Prof. Dr. Martin Südmeyer  
Berlin, Amtsgericht Charlottenburg VR 39851B  
info@berufsverband-neurologen.de  
www.berufsverband-neurologen.de

#### **BVDN e. V.**

1. Vorsitzende Dr. Sabine Köhler, Dr. Klaus Gehring  
2. Vorsitzende Dr. Christa Roth-Sackenheim  
Berlin, Amtsgericht Charlottenburg VR 39918 B  
info@bvdn.de  
www.bvdn.de

Das bedeutet faktisch: Der Gesetzgeber bewertet Erkrankungen unterschiedlich hoch – nicht nach individueller Leidenslast, sondern danach, wo er bereit ist, Ausnahmen von seiner Kostenbremse zuzulassen. Für Menschen mit schweren Erkrankungen von Hirn und Psyche ist das ein hoch problematisches Signal: Ihre Risiken für Behinderung, Pflegebedürftigkeit und gesellschaftlichen Ausschluss wiegen offenbar weniger schwer als bei anderen Gruppen – sie laufen Gefahr, trotz hoher Krankheitslast strukturell schlechter gestellt zu werden. Eine solche Priorisierung ist gesundheitspolitisch brisant und medizinethisch nur schwer zu rechtfertigen.

Hier liegt eine der zentralen berufspolitischen Aufgaben: darzulegen, warum definierte neurologische Hochrisikobereiche nach den eigenen Kriterien der Kommission ebenfalls als Ausnahmebereiche infrage kommen.

## 7. Was sollten unsere Mitglieder aus all dem mitnehmen?

1. Die Reform ist eine reale Bedrohung der Versorgungsfähigkeit, nicht nur eine abstrakte „Honoraranpassung“. Ein geplanter **Einschnitt** im zweistelligen Prozentbereich im Fachgruppenhonorar bei gleichzeitig wachsender Morbidität und Ambulantisierung lässt sich nicht durch organisatorische Feinheiten kompensieren.
2. Mehrbedarfe durch Demografie und Fortschritt werden nicht finanziell mitgedacht, sondern sollen weitgehend im bestehenden Budgetrahmen bewältigt werden. Das bedeutet mehr unbezahlte Mehrarbeit oder eine faktische Leistungsbegrenzung – beides geht zulasten unserer Patientinnen und Patienten und langfristig zulasten der Volkswirtschaft.
3. Praxisschließungen und Patientenströme bleiben unser Problem, ohne dass das System systematisch zusätzliche Mittel bereitstellt. Die Erwartung, dass „die anderen Praxen das schon auffangen“, verstärkt den Druck auf ein Fach, das bereits jetzt am Limit arbeitet.
4. Es werden politisch Schutzräume für bestimmte Patientengruppen geschaffen, neurologische Hochrisikopatienten werden bislang nicht systematisch einbezogen. Hier ist unser gemeinsames Engagement gefragt – in Verbänden (BDN, BVDN, SpiZ, DGN), gegenüber Politik, Kassen und Öffentlichkeit.

## 8. Zusammenfassung und was ist zu tun?

Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass ein politischer Handlungsdruck tatsächlich besteht. Das System wird jetzt bereits nur noch mit Steuermitteln am Leben gehalten, und die Kosten explodieren weiter. Ohne grundlegende Reformen droht der Kollaps. Andererseits muss eine bedarfsgerechte Patientenversorgung **aufrechterhalten** werden, sonst droht eine eskalierende Politikverdrossenheit.

### BDN e. V.

1. Vorsitzender Dr. Uwe Meier  
2. Vorsitzender Prof. Dr. Martin Südmeyer  
Berlin, Amtsgericht Charlottenburg VR 39851B  
info@berufsverband-neurologen.de  
www.berufsverband-neurologen.de

### BVDN e. V.

1. Vorsitzende Dr. Sabine Köhler, Dr. Klaus Gehring  
2. Vorsitzende Dr. Christa Roth-Sackenheim  
Berlin, Amtsgericht Charlottenburg VR 39918 B  
info@bvdn.de  
www.bvdn.de

Nach unserer Einschätzung greifen die Ansätze der Politik in entscheidenden Punkten zu kurz, das **Potenzial** für Einsparungen in Bereichen, wo es echte Überversorgung und Fehlallokationen gibt, wird nicht genutzt, und vor allem: Die Politik dissoziiert den Zusammenhang von Honorarkürzungen und deren Auswirkungen auf eine bedarfsgerechte Patientenversorgung. Honorarkürzungen für Ärzte sind populär vermittelbar und adressieren Sozialneid. Dass das Auswirkungen auf die Versorgung hat, wird im politischen Diskurs ausgeblendet. Und zwar nicht Auswirkungen als Drohkulisse der Ärzteschaft, sondern viel unmittelbarer: altersbedingte Praxisschließungen, politisch gewollter Abbau von **Krankenhausbetten**, Demografie und medizinischer Fortschritt schaffen Mehrbedarfe. Wenn hierfür nicht die Mittel zur Verfügung gestellt werden, sind die Patienten die Leidtragenden. Die meisten Ärzte überleben vielleicht auch mit etwas weniger Honorar, die Patienten nicht. Im Bereich der Dialyse wurde das erkannt und berücksichtigt, hier ist der Zusammenhang unmittelbar einleuchtend. In anderen Kontexten mögen die Zusammenhänge subtiler sein, aber sie sind evident. Unsere Aufgabe als Berufspolitiker ist es, Politiker und Öffentlichkeit hierauf aufmerksam zu machen. Wir wollen uns **konstruktiv** in die Zukunftsfähigkeit des Gesundheitssystems einbringen, zum Wohle der Patienten und des Gemeinwohls, und haben hierfür gute Konzepte. Das **heißt** aber auch, dass wir auf Fehlentwicklungen hinweisen müssen, die Patienten ebenso **schaden wie dem sozialen Frieden**.

Für die einzelne Praxis sind kurzfristige Spielräume begrenzt. Wichtig sind:

- saubere Dokumentation von Mehrbedarfen (Fallzahlen, Wartezeiten, abgewiesene Patienten),
- frühzeitige Meldung von Versorgungsengpässen an KV und Verbände.

Berufspolitisch brauchen wir:

- eine klare, einheitliche Kommunikation der neurologischen Fachvertreter,
- Evidenz zu Morbidität, Krankheitslast und Folgekosten,
- und konkrete Vorschläge, welche Bereiche der Neurologie als „Schutzräume“ im Sinne der Kommission qualifizieren.

Die Analyse der **Spargesetze** und die uns vorliegenden Simulationen machen eines deutlich: Wir haben es nicht mit einem theoretischen Spargesetz zu tun, sondern mit einem Eingriff, der unsere tägliche Arbeit, unsere Arbeitsbedingungen und den Zugang unserer Patientinnen und Patienten zur neurologischen Versorgung unmittelbar betrifft.

**BDN e. V.**

1. Vorsitzender Dr. Uwe Meier  
2. Vorsitzender Prof. Dr. Martin Südmeyer  
Berlin, Amtsgericht Charlottenburg VR 39851B  
info@berufsverband-neurologen.de  
www.berufsverband-neurologen.de

**BVDN e. V.**

1. Vorsitzende Dr. Sabine Köhler, Dr. Klaus Gehring  
2. Vorsitzende Dr. Christa Roth-Sackenheim  
Berlin, Amtsgericht Charlottenburg VR 39918 B  
info@bvdn.de  
www.bvdn.de

Die neurologischen und psychiatrischen Berufsverbände sind im engen Austausch mit der Selbstverwaltung, mit der Politik und anderen Fachverbänden und Ärzteorganisationen. Wir werden alles im Rahmen unserer Möglichkeiten tun, damit die Spargesetze eine gute Patientenversorgung nicht gefährden. Gemeinsam für eine starke haus- und fachärztliche Versorgung und für ein finanzierbares, leistungsfähiges Gesundheitssystem – mit kluger Patientensteuerung statt Kahlschlag.

Dr. Uwe Meier – 1. Vorsitzender des Berufsverband Deutscher Neurologen (BDN)

Prof. Dr. Martin Südmeyer – 2. Vorsitzende des Berufsverband Deutscher Neurologen (BDN)

Dr. Klaus Gehring, Vorsitzender des Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN)

**BDN e. V.**

1. Vorsitzender Dr. Uwe Meier  
2. Vorsitzender Prof. Dr. Martin Südmeyer  
Berlin, Amtsgericht Charlottenburg VR 39851B  
info@berufsverband-neurologen.de  
www.berufsverband-neurologen.de

**BVDN e. V.**

1. Vorsitzende Dr. Sabine Köhler, Dr. Klaus Gehring  
2. Vorsitzende Dr. Christa Roth-Sackenheim  
Berlin, Amtsgericht Charlottenburg VR 39918 B  
info@bvdn.de  
www.bvdn.de