Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(1)
gel. VB zur öffent. Anh. am
22.06.2026 - GKV
17.06.2026

KBV KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

ENTWURF EINES GESETZES ZUR STABILISIERUNG DER BEITRAGSSÄTZE IN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG (GKV-BEITRAGSSATZ-STABILISIERUNGSGESETZ)

STELLUNGNAHME DER KBV ZUM GESETZENTWURF DER BUNDESREGIERUNG VOM 26. MAI 2026

15. JUNI 2026

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

INHALT

ZUR KOMMENTIERUNG 5

ZUSAMMENFASSUNG 5

KOMMENTIERUNG 7

ART. 1 NR. 1 (§ 2 ABS. 1 SGB V – LEISTUNGEN KRANKENKASSEN GEGENÜBER VERSICHERTEN) 7

ART. 1 NR. 8 (§ 11 ABS. 6 SGB V - SATZUNGSLEISTUNGEN) 7

ART. 1 NR. 9 (§ 25 SGB V – FRÜHERKENNUNG/ HAUTKREBSSCREENING) 7

ART. 1 NR. 10 (§ 27B SGB V – ZWEITMEINUNG) 8

ART. 1 NR. 12B (§ 31 ABS. 1A SGB V – VERBANDMITTEL/SONSTIGE PRODUKTE ZUR WUNDBEHANDLUNG) 8

ART. 1 NR. 12C (§ 31 ABS. 6 SGB V – ANSPRUCH AUF CANNABIS-ARZNEIMITTEL) 9

ART. 1 NR. 13A (§ 34 ABS. 1 SGB V – OTC-ARZNEIMITTEL) 9

ART. 1 NR. 17 (§ 44C SGB V – TEILARBEITSUNFÄHIGKEIT) 10

ART. 1 NR. 25 (§ 71 ABS. 2 S. 2 ABS. 3 SGB V – BEITRAGSSATZSTABILITÄT) 10

ART. 1 NR. 26 (§ 73 ABS. 9 SGB V – PVS-SYSTEME / VERORDNUNGSSOFTWARE) 11

ART. 1 NR. 29 (§ 79 ABS. 6 SGB V I. V. M. § 35A ABS. 6A SGB IV – VERGÜTUNG VORSTÄNDE KVEN/KBV) 11

ART. 1 NR. 31 (§ 87 SGB V - BUNDESMANTELVERTRAG, EINHEITLICHER BEWERTUNGSMAßSTAB, BUNDESEINHEITLICHE ORIENTIERUNGSWERTE) 12

ART. 1 NR. 31 C) (ABSATZ 2A - STREICHUNG SATZ 25 – EPA VERGÜTUNG) 12

ART. 1 NR. 31 D) AA) UND E) AA) (ABSATZ 2B UND 2C – WEGFALL DER TSVG-ZUSCHLÄGE) 12

ART. 1 NR. 31 D) BB) (ABSATZ 2B – WEGFALL DER BERATUNG ORGAN- UND GEWEBESPENDE) 13

ART. 1 NR. 31 E) BB) (ABSATZ 2C – WEGFALL DER ZUSCHLÄGE FÜR KURZZEITTHERAPIE) 13

ART. 1 NR. 31 F) (ABSATZ 2G – AUFNAHME VERWEIS ZUR BEITRAGSSATZSTABILITÄT BEI ANPASSUNGEN DES ORIENTIERUNGSWERTS) 14

ART. 1 NR. 32 (§ 87A SGB V – REGIONALE EURO-GEBÜHRENORDNUNG, MORBIDITÄTSBEDINGTE GESAMTVERGÜTUNG, BEHANDLUNGSBEDARF DER VERSICHERTEN) 14

ART. 1 NR. 32 A) (ABSATZ 2 – AUFNAHME VERWEIS ZUR BEITRAGSSATZSTABILITÄT BEI REGIONALEN PUNKTWERTEN) 14

ART. 1 NR. 32 B) UND 32 D) (ABSATZ 3 UND ABSATZ 5 – WEGFALL DER EXTRABUDGETÄREN VERGÜTUNG VON TSVG-KONSTELLATIONEN) 15

ART. 1 NR. 32 C) (ABSATZ 3B UND ABSATZ 3C – KORREKTUR KINDERARZT-MGV UND HAUSARZT-MGV) 15

ART. 1 NR. 34 (§ 87D SGB V – VERGÜTUNG VERTRAGSÄRZTLICHER LEISTUNGEN AUßERHALB DER MORBIDITÄTSBEDINGTEN GESAMTVERGÜTUNG) 16

ART. 1 NR. 37 (§ 92A SGB V – INNOVATIONSFONDS) 17

ART. 1 NR. 39 (§ 106B SGB V) UND NR. 50 (§ 130E SGB V) (RABATTVERTRÄGE FÜR ARZNEIMITTEL MIT PATENTGESCHÜTZTEN WIRKSTOFFEN MIT THERAPEUTISCH VERGLEICHBARER WIRKUNG) 18

ART. 1 NR. 42 (§ 115F SGB V) I. V. M. ART. 3 NR. 5 (§ 8 KHENTGG) UND ART. 4 NR. 2 (§ 17B KHG – EINFÜHRUNG VON KURZZEITFALL-PAUSCHALEN FÜR KRANKENHÄUSER) 19

ART. 1 NR. 48B (§ 130A ABS. 2 SGB V – ABSCHLAG BEI IMPFSTOFFEN) 20

ART. 1 NR. 49 (§ 130B SGB V – PREIS-MENGEN-REGELUNGEN, STREICHUNG DER BUNDESWEITE PRAXISBESONDERHEITEN) 20

ART. 1 NR. 55 (§ 134 SGB V – KOSTENREGULIERUNG IM BEREICH DIGA) 21

ART. 1 NR. 65 (§ 271 SGB V – INNOVATIONSFONDS) 21

ART. 1 NR. 69 (§ 346 SGB V – ERSTBEFÜLLUNG BEI EPA) I. V. M. ART.1 NR. 31. C) (§ 87 ABSATZ 2A) 21

ART. 1 NR. 70 (§ 411 SGB V (NEU) – ÜBERGANGSREGELUNGEN FÜR VERGÜTUNGSREGELUNGEN DER FÜHRUNGSKRÄFTE UNTERHALB DER VORSTANDSEBENE) 22

ZUR KOMMENTIERUNG

Zu den einzelnen Regelungsinhalten wird im Folgenden kommentiert. Sofern keine Anmerkungen getätigt werden, wird die Regelung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) begrüßt oder sie sieht die Interessen der Vertragsärzte und -psychotherapeuten durch die Regelung nicht betroffen beziehungsweise steht dem Regelungsvorschlag neutral gegenüber.

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist nur eine Form der Personenbezeichnung verwendet. Hiermit sind auch alle anderen Formen gemeint.

ZUSAMMENFASSUNG

Den Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-BStabG) hält die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) für verfehlt, da er vor allem dort mit den Einsparungen ansetzt, wo ärztliche und psychotherapeutische Versorgung stattfindet. Dass insbesondere die vertragsärztliche- und psychotherapeutische Versorgung sowie die Krankenhäuser die größten Beiträge zu den angestrebten Finanzwirkungen leisten sollen, lehnt die KBV entschieden ab. Dieser Paradigmenwechsel im deutschen Gesundheitswesen ist eine Rückentwicklung des qualitativ hochwertigen ärztlich und psychotherapeutisch getragenen Versorgungssystems und wird sich massiv auf die Behandlungen der Patientinnen und Patienten auswirken.

Zusätzlich zieht sich der Staat maßgeblich und dauerhaft aus seiner Verantwortung zurück. Insbesondere bei der Finanzierung von versicherungsfremden Leistungen erfolgt keine ausreichende Gegenfinanzierung aus Steuermitteln. Allein zur Deckung der Beiträge für Bürgergeldempfänger wären 12 Milliarden Euro notwendig. Stattdessen wird der Gesundheitsfonds noch stärker belastet; die Bundesregierung kürzt ab dem Jahr 2027 dauerhaft den Bundeszuschuss aus Steuermitteln zur Gegenfinanzierung von versicherungsfremden Leistungen um jährlich 2 Milliarden Euro. Im Jahr 2027 finanziert die Bundesregierung die bisher nicht ausgeglichenen Kosten für Bürgergeldempfänger in Höhe von jährlich 12 Milliarden Euro mit lediglich 250 Millionen Euro (welche bis ins Jahr 2030 auf 2 Milliarden Euro anwachsen). Der Staat nutzt damit faktisch die Beitragsmittel zur Deckung von Haushaltslücken im Bundeshaushalt und als Ersatzfinanzierung für versicherungsfremde Leistungen, die nicht durch die Versichertengemeinschaft über die gesetzlichen Krankenkassen zu finanzieren sind: ein insgesamt gesundheitspolitisch falscher Ansatz, der das Gesundheitssystem zusätzlich unter Druck setzt.

Die mit dem Regierungsentwurf geplante Umsetzung einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik wird dazu führen, dass sich das Angebot von Gesundheitsleistungen qualitativ und quantitativ anpassen muss und dementsprechend zurückentwickeln wird. Die besondere Belastung der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung wird dazu führen, dass sich das ärztliche und psychotherapeutische Leistungsvolumen für die unmittelbaren Untersuchungen und Behandlungen von Patientinnen und Patienten reduzieren wird und damit für die Versorgung fehlt. Wartezeiten auf ärztliche und psychotherapeutische Behandlungen werden sich auch in dringenden Fällen und Behandlungsanlässen verlängern.

In Bezug auf die vertragsärztliche Versorgung wird dieser Aspekt durch die geplante Streichung der sogenannten TSVG-Regelungen verstärkt. Die mit den TSVG-Regelungen incentivierten Maßnahmen der Arztpraxen für Terminvermittlung und offene Sprechstunden, um zeitnah mehr Termine anzubieten, werden aufgrund der Abschaffung der Finanzierung wieder zurückgefahren. Die ohnehin durch den Fachkräftemangel auch bei Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten angespannte Situation zur Befriedigung des Bedarfs an Untersuchungen und Behandlungen wird mit dem Entwurf verschärft. Angesichts der derzeit laufenden Vorbereitungen zur Entwicklung eines Gesetzes für ein primärärztliches Steuerungssystem gemäß Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD, sollte das Finanzvolumen in Steuerungsinstrumente gestärkt statt gekürzt werden, so dass eine zukünftige Patientensteuerung darauf aufsetzen kann.

Die Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland wird sich durch die geplante Begrenzung von Ausgabenvolumen von bisher außerhalb der Budgetierung gezahlter Untersuchungen in der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung verschlechtern. Beispielhaft ist auf die Begrenzung der Vergütung für Vorsorge- und Präventionsmaßnahmen hinzuweisen.

Das angekündigte Gesetzgebungsverfahren zur Einführung einer Abgabe auf zuckergesüßte Getränke, deren Aufkommen der GKV zugutekommen soll, begrüßt die KBV ausdrücklich. Diese Abgabe könnte Präventionsangeboten – und besonders hervorzuheben den in den letzten Jahren eingeführten Disease-Management-Programmen (DMPs) Adipositas für Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche – zugutekommen. Allerdings ist die zuvor genannte Begrenzung der Vergütung gerade dieser präventiven Maßnahme diametral entgegengesetzt.

Auch die bisher politisch gewollte Ambulantisierung wird mit dem vorliegenden Regierungsentwurf zurückgeworfen. Das Angebot und damit die Strukturen für ambulante Operationen werden durch die Quotierungen nicht mehr wirtschaftlich aufrechtzuerhalten sein, so dass bisher ambulant durchgeführte Operationen in Krankenhäuser verlagert oder gar nicht stattfinden werden. Es ist demzufolge mit entsprechenden Folgen wie höheren GKV-Ausgaben und längeren Warte- und Behandlungszeiten der Patientinnen und Patienten zu rechnen.

Der Regierungsentwurf eines GKV-BStabG wird zusammenfassend von der KBV abgelehnt. Nachstehend finden Sie eine differenzierte Stellungnahme zu den einzelnen geplanten Regelungsinhalten.

KOMMENTIERUNG

ART. 1 NR. 1 (§ 2 ABS. 1 SGB V – LEISTUNGEN KRANKENKASSEN GEGENÜBER VERSICHERTEN)

Beabsichtigte Neuregelung

Der bisherige Satz 2 in § 2, wonach „Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen nicht ausgeschlossen sind“, wird gestrichen.

Bewertung

Die KBV kann die Intention des Gesetzgebers für diese Änderungen nachvollziehen und geht davon aus, dass entsprechende Ausnahmeregelungen in der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), u. a. in der OTC-Ausnahmeliste, entsprechend angepasst werden müssen.

ART. 1 NR. 8 (§ 11 ABS. 6 SGB V - SATZUNGSLEISTUNGEN)

Beabsichtigte Neuregelung

Es wird in § 11 klargestellt, dass homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sowie Leistungen als zusätzliche Satzungsleistungen ausgeschlossen sind.

Bewertung

Dies ist zu begrüßen und führt den Leistungskatalog aus Sicht der KBV auf nachweislich wirksame Behandlungsmethoden zurück.

ART. 1 NR. 9 (§ 25 SGB V – FRÜHERKENNUNG/ HAUTKREBSSCREENING)

Beabsichtigte Neuregelung

Der G-BA prüft die Richtlinien zur Früherkennung von Krankheiten auf Grundlage des aktuellen medizinischen Kenntnisstandes bis zum 31. Dezember 2027 und entwickelt sie ggf. weiter.

1. Gesundheitsuntersuchungen
   Prüfung bezüglich:
   - Altersgrenzen, Zielgruppen und Untersuchungshäufigkeit,
   - Untersuchungsinhalte,
   - geschlechtsspezifische Besonderheiten,
   - Zielerkrankungen unter Berücksichtigung einer möglichen Fokussierung auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie deren Risiken, Begleit- und Folgeerkrankungen.
2. Krebsfrüherkennungsrichtlinie – Hautkrebsscreening
   Zu prüfende Fragen insbesondere:
   - Ob ein risikobasiertes, opportunistisches Screening für definierte Risikogruppen möglich ist.
   - Ob eine mögliche Anpassung der Untersuchungshäufigkeit angezeigt ist.

Bewertung

Aus fachlicher Sicht ist eine Überprüfung der beiden Richtlinien und eine mögliche Weiterentwicklung hin zu einem risikobasierten Screening nachvollziehbar. Vor diesem Hintergrund erscheint jedoch die durch das Apothekenversorgungsweiterentwicklungsgesetz vorgesehene Einführung von anlasslosen und nicht evidenzbasierten Tests in Apotheken und der Ausbau pharmazeutischer Dienstleistungen umso unsinniger.

Die Überprüfungsfrist für den G-BA ist zu kurz bemessen, dies lässt eine fachlich fundierte Überprüfung unter Einbeziehung des IQWiG nicht zu.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Verlängerung der Überprüfungsfrist für den G-BA bis zum 31. Dezember 2028

ART. 1 NR. 10 (§ 27B SGB V – ZWEITMEINUNG)

Beabsichtigte Neuregelung

Ein Anspruch auf Zweitmeinung besteht weiterhin bei den vom G-BA festgelegten Indikationen. Neu ist, dass der G-BA nach Absatz 3 Leistungen festlegen soll, bei denen eine Zweitmeinung Voraussetzung für die Abrechenbarkeit der Leistung ist. Über die Notwendigkeit einer Zweitmeinung hat der Arzt nach Absatz 6 aufzuklären und den Versicherten Informationsmaterial auszuhändigen.

Bewertung

Gemeint ist, dass die Leistung nicht ohne Zweitmeinung erbracht werden darf. Fraglich ist, warum dies nicht so geregelt, sondern an die Abrechenbarkeit der Leistung angeknüpft wurde. Nicht geklärt ist, was passiert, wenn der Versicherte keine Zweitmeinung einholt oder einholen will und von der Ärztin oder dem Arzt verlangt, die Leistung durchzuführen. Die Regelung belastet so unnötigerweise das Arzt-Patienten-Verhältnis. Sinnvoller wäre es daher, dass die Erbringung der Leistung zu Lasten der GKV an das Vorliegen einer Zweitmeinung geknüpft würde (so wie es auch in der Gesetzesbegründung steht).

Mit dem Ziel der Leistungs- und Mengenreduktion sollen durch den G-BA einzelfallgerechte, bürokratische Verfahren etabliert werden, deren Einsparvolumen unklar sind. Neben der Vermittlungs- und Erklärungslast, die weitestgehend Vertragsärztinnen und Vertragsärzten aufgebürdet wird, müssen u. a. Formulare und Meldewege etabliert werden. Darüber hinaus haben die Vertragsärzte Informationsmaterialien vorzuhalten, die sie den Versicherten aushändigen müssen. Dies führt zu einem höheren bürokratischen Aufwand vor allem bei den Vertragsärzten, der etwaige Einsparungen egalisiert.

ART. 1 NR. 12B (§ 31 ABS. 1A SGB V – VERBANDMITTEL/SONSTIGE PRODUKTE ZUR WUNDBEHANDLUNG)

Beabsichtigte Neuregelung

Es wird eine neue erweiterte Definition der Verbandmittel eingeführt. Zusätzlich zu den bisherigen Eigenschaften wie das Bedecken oberflächengeschädigter Körperteile und/oder das Aufsaugen von Körperflüssigkeiten von oberflächengeschädigten Körperteilen werden weitere Eigenschaften aufgenommen. Als Verbandmittel gilt zukünftig auch ein Gegenstand der:

1. Wunden feucht hält oder Wunden reinigt,
2. Wundexsudat oder Gerüche bindet,

3. ein Verkleben mit der Wunde verhindert oder atraumatisch wechselbar ist oder
4. Proteasemodulierend oder antimikrobiell im oder am menschlichen Körper wirkt.

Das Nähere zur Abgrenzung von Verbandmitteln und „Sonstigen Produkten zur Wundbehandlung“ regelt der G-BA in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2. Für weitere „Sonstige Produkte zur Wundbehandlung“ berät der G-BA den Hersteller (Antragsverfahren; hier dann Regelungen in der AM-RL zur Verordnungsfähigkeit). Die Übergangsfrist zur Verordnungsfähigkeit läuft Ende 2026 aus.

Bewertung

Durch die vorgesehene Regelung sind künftig auch kostenintensive, beispielsweise silberhaltige Verbandmittel ohne belegten Nutzennachweis zulasten der GKV verordnungsfähig. Bislang war dies ausschließlich im Rahmen einer Übergangsregelung möglich. Diese – mehrfach verlängerte – Übergangsregelung wurde von den Herstellern jedoch nicht wie vorgesehen genutzt, um einen belastbaren Nutzennachweis für ihre Produkte zu erbringen.

Durch die Erweiterung der Definition von Verbandmitteln unterliegt künftig nur noch ein sehr begrenzter Kreis sogenannter „Sonstiger Produkte“ einer Bewertung durch den G-BA. Damit wird der Grundsatz der evidenzbasierten Medizin faktisch aufgegeben und zugleich den Empfehlungen der Finanzkommission widersprochen.

Eine Zunahme von Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch die GKV ist nicht auszuschließen. Das Regressrisiko für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte steigt entsprechend. Darüber hinaus sind Mehrkosten für die GKV zu erwarten, und zwar trotz der vorgesehenen Regelungen wie eines Preismoratoriums für Verbandmittel.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Es wird vorgeschlagen, die bisherige Regelung zu belassen ggf. eine weitere Verlängerung der Übergangsfrist vorzusehen.

ART. 1 NR. 12C (§ 31 ABS. 6 SGB V – ANSPRUCH AUF CANNABIS-ARZNEIMITTEL)

Beabsichtigte Neuregelung

Der Anspruch wird begrenzt auf Cannabisextrakte und Arzneimittel mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabilon. Cannabisblüten sind damit nicht mehr zu Lasten der GKV verordnungsfähig.

Bewertung

Die Regelung ist nachvollziehbar.

ART. 1 NR. 13A (§ 34 ABS. 1 SGB V – OTC-ARZNEIMITTEL)

Beabsichtigte Neuregelung

Der Satz „dabei ist der therapeutischen Vielfalt Rechnung zu tragen“ wird gestrichen wird.

Bewertung

Konsequent aufgrund der vorgesehenen Änderungen in § 2 und § 11 SGB V (Homöopathika, Anthroposophika).

ART. 1 NR. 17 (§ 44C SGB V – TEILARBEITSUNFÄHIGKEIT)

Beabsichtigte Neuregelung

Erstmalig wird eine gesetzliche Einführung einer abgestuften Teilarbeitsunfähigkeit vorgenommen. Versicherte mit voraussichtlich länger als vier Wochen andauernder Arbeitsunfähigkeit können freiwillig zu 25/50/75 Prozent weiterarbeiten, wenn Arzt und Arbeitgeber zustimmen. Die Ausgestaltung wird auf dem G-BA übertragen.

Bewertung

- Paradigmenwechsel im Arbeitsunfähigkeitsrecht (bisher nur binär arbeitsfähig/arbeitsunfähig) mit zahlreichen ungeklärten Folgefragen.
- Stufenfeststellung (25/50/75 Prozent) suggeriert eine medizinische Präzision, die bei den typischen Krankheitsbildern kaum objektivierbar ist; Haftungsfragen für den Arzt bleiben offen, bürokratischer Aufwand in Praxen wird erheblich steigen.
- Regelhaft werden hierzu detaillierte Kenntnisse zu den Umständen am Arbeitsplatz notwendig werden, die die Praxis nicht hat bzw. nur unter höchstem Aufwand recherchieren und validieren kann.
- Zustimmungsfiktion (Absatz 2 Satz 3) bei Schweigen des Arbeitgebers ist dogmatisch bedenklich und verfassungsrechtlich angreifbar (Art. 12, 14 GG).
- eAU-Anpassung in Absatz 6 setzt rechtzeitige technische Umsetzung voraus – zusätzliche Kosten und Aufwände im Zusammenhang mit Teilarbeitsunfähigkeit dürfen nicht zu Lasten der Praxen gehen.

ART. 1 NR. 25 (§ 71 ABS. 2 S. 2 ABS. 3 SGB V – BEITRAGSSATZSTABILITÄT)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht eine Streichung der Möglichkeit der Überschreitung der Veränderungsraten der beitragspflichtigen Einnahmen bei vertraglich abgesicherten oder Einsparungen in anderen Leistungsbereichen vor. Der Grundsatz der Beitragsatzstabilität gilt grundsätzlich für alle Vergütungsbereiche. Bei der Ermittlung der Veränderungsrate für die Jahre 2027 und 2028 bleibt die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze außer Betracht. Die Veränderungsrate wird für die Jahre 2027 bis 2029 um einen Prozentpunkt reduziert

Bewertung

Die Regelung wird abgelehnt. Sie entspricht nicht den medizinischen Versorgungsbedarfen. Insbesondere wird nicht berücksichtigt, dass es in der Vergangenheit bereits negative Veränderungsraten der beitragspflichtigen Einnahmen gab, die durch die weitere Absenkung um einen Prozentpunkt und die fehlende Berücksichtigung der Anpassung der Beitragsbemessungsgrenze weiter verschärft würden. Eine negative Anpassung der Vergütung ist in jedem Fall zu vermeiden.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Streichung der Regelung.

ART. 1 NR. 26 (§ 73 ABS. 9 SGB V – PVS-SYSTEME / VERORDNUNGS-SOFTWARE)

Beabsichtigte Neuregelung

Informationen über das Vorliegen von Rabattverträgen nach § 130e SGB V müssen enthalten sein.

Bewertung

Eine entsprechende Information der Vertragsärzte direkt im PVS über diese Rabattverträge ist – bei der vorgesehenen Verbindlichkeit – unabdingbar. Die Anpassung der PVS darf nicht zu Mehrkosten für die Vertragsärzte führen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Im PVS sollte auch die Wirtschaftlichkeit von Arzneimitteln mit intransparenten Preisen, insbesondere bei vertraulichen Erstattungsbeträgen, nachvollziehbar und prüfsicher abgebildet werden, um eine sachgerechte und rechtssichere Verordnungsentscheidung zu ermöglichen.

ART. 1 NR. 29 (§ 79 ABS. 6 SGB V I. V. M. § 35A ABS. 6A SGB IV – VERGÜTUNG VORSTÄNDE KVEN/KBV)

Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Neuregelung sieht vor, dass eine Erhöhung der Grundvergütung der Vorstandsgehälter der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) (wie bereits jetzt beim Vorstand der KBV) während der Amtsperiode nicht zulässig ist. Nur zu Beginn einer Amtszeit soll ein Zuschlag auf die Grundvergütung der letzten Amtsperiode nach Maßgabe der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V ausschließlich aus dem laufenden Kalenderjahr, in dem die Amtszeit beginnt, möglich sein. Die Aufsichtsbehörde kann zu Beginn einer neuen Amtszeit eine niedrigere Vorstandsvergütung anordnen. Sonstige Vergütungsbestandteile (z. B. Altersvorsorge) können überhaupt nicht mehr erhöht werden. Regelungen gelten auch für bereits laufende Vorstandsdienstverträge, soweit nicht bereits eine Zusage über eine konkrete Vergütungserhöhung geregelt ist. Vereinbarungen über die Zukunftssicherung sind nur aufgrund beitragsorientierter Zusagen zulässig.

Bewertung

Die Regelung ist abzulehnen, denn

- die Vergütungen der Vorstände der KVen und der KBV werden nicht aus Beitragsmitteln der GKV, sondern von den KV-Mitgliedern aufgebracht. Die Regelung führt somit zu keiner Beitragssatzstabilität der GKV.
- die Regelung stellt einen gravierenden, verfassungsrechtlich nicht gerechtfertigten Eingriff in die Berufsfreiheit der Vorstandsmitglieder dar, da sie zur Erreichung des Ziels der Sicherung der Beitragssatzstabilität nicht geeignet ist und im Übrigen mangels Beitragsrelevanz nicht dem Gemeinwohl der Funktionsfähigkeit der GKV dient.
- sie bedeutet einen erheblichen Eingriff in die Selbstverwaltungsautonomie der Vertreterversammlungen.
- die Personalgewinnung für Vorstände erfordert einen Verhandlungsspielraum, der durch eine nur einmalige Anpassung innerhalb von sechs Jahren auf der Grundlage der Veränderungsrate nur eines Jahres in unverhältnismäßiger Weise eingeschränkt wird.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Streichung der Regelung.

ART. 1 NR. 31 (§ 87 SGB V - BUNDESMANTELVERTRAG, EINHEITLICHER BEWERTUNGSMAßSTAB, BUNDESEINHEITLICHE ORIENTIERUNGSWERTE)

ART. 1 NR. 31 C) (ABSATZ 2A - STREICHUNG SATZ 25 – EPA VERGÜTUNG)

Beabsichtigte Neuregelung

Es ist die Streichung der Vergütung für die Unterstützung der Versicherten bei der Verarbeitung medizinischer Daten in der elektronischen Patientenakte (ePA) vorgesehen.

Bewertung

- Der Umfang an Aufwänden und der Nutzen ePA für Vertragsärzte steht im direkten Zusammenhang mit den angebotenen Funktionalitäten und der Umsetzungsqualität der Praxisverwaltungssysteme (PVS). Bislang unterstützt ein zu geringer Anteil an PVSen die Vertragsärzte angemessen und ermöglicht dadurch den Vertragsärzten eine effiziente Nutzung der ePA. Hinzu kommt die nach wie vor bestehende Instabilität der Telematikinfrastruktur (TI), die einer reibungslosen und aufwandsarmen Nutzung der ePA entgegensteht.
- Es ist daher zwingend erforderlich, im Gesetzgebungsvorhaben, in dem der gesetzliche Rahmen für die Digitalisierung weiterentwickelt werden soll, Regelungen zu treffen, die gewährleisten, dass die Befüllung der ePA durch die PVS nachweisbar besser und aufwandsärmer unterstützt werden. Eine erhebliche Verbesserung der Betriebsstabilität der TI ist ebenfalls herzustellen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Die Vergütung entsprechend der Regelungen des § 87 Absatz 2a Satz 25 SGB V sollte erhalten bleiben, bis die Funktionalitäten und Umsetzungsqualität der PVS sowie die Betriebsstabilität der TI in ausreichendem Umfang gegeben sind

ART. 1 NR. 31 D) AA) UND E) AA) (ABSATZ 2B UND 2C – WEGFALL DER TSVG-ZUSCHLÄGE)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit den Regelungsvorschlägen werden die sog. „TSVG-Zuschläge“ aus § 87 SGB V entfernt.

Bewertung

Die KBV lehnt die Anpassungen ab:

- Die sog. „TSVG-Regelungen“ stellen das zentrale Steuerungselement der ambulanten Versorgung dar. Durch sie wird die zeitnahe Vergabe bestimmter Termine incentiviert. Gleichzeitig stellten sie das zentrale Versprechen für die fachärztliche Versorgung in der vorvergangenen Legislaturperiode dar.
- Bei einer Umsetzung dieser Gesetzesänderung zum Wegfall der extrabudgetären Zuschläge ohne jede Kompensation mit den entsprechenden Auswirkungen auf die etablierten Wege der Terminvermittlung im haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich käme es zu gravierenden Auswirkungen auf den fachärztlichen Versorgungsbereich, da die TSVG-Konstellationen überwiegend für Fachärzte definiert sind. Es wird ein negativer Anreiz für die Terminvermittlung gesetzt. Wartezeiten auf Termine in der fachärztlichen Versorgung werden steigen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Entfall der Regelung.

ART. 1 NR. 31 D) BB) (ABSATZ 2B – WEGFALL DER BERATUNG ORGAN- UND GEWEBESPENDE)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit den Regelungsvorschlägen wird die Leistung für die ergebnisoffene Beratung zur Organ- und Gewebespende aus § 87 SGB V entfernt.

Bewertung

- Durch eine ergebnisoffene Information wird den Patienten im Beratungsgespräch über eine Organ- und Gewebespende eine persönliche Entscheidung für oder gegen eine Spende ermöglicht. Die Abrechnungshäufigkeiten zeigen, dass die Beratungsleistung von Hausärzten und Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin zunehmend in Anspruch genommen wird.
- Die Rücknahme des gesetzlichen Auftrags für eine gesonderte Vergütung kann zur Reduktion einer diesbezüglichen Beratungszeit führen, da sie in den kurativen Behandlungskontext integriert werden muss. Welchen Einfluss dies zur Entscheidungsbereitschaft bei einer Organ- und Gewebespende haben wird, lässt sich nicht abschätzen.

ART. 1 NR. 31 E) BB) (ABSATZ 2C – WEGFALL DER ZUSCHLÄGE FÜR KURZZEITTHERAPIE)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht den Wegfall der Zuschläge zu den psychotherapeutischen Leistungen für den ersten Therapieblock der Kurzeittherapie im EBM vor.

Bewertung

- Der Anteil der Kurzzeittherapien könnte aufgrund der Streichung der Zuschläge abnehmen. Dadurch ist einerseits eine Steigerung der Ausgaben für die Langzeittherapien zu erwarten und zum anderen eine erhöhte Frequenz der Inanspruchnahme somatischer Fachgruppen, da der zeitnahe Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen weiter erschwert wird.

› Die Förderung der Kurzzeittherapie wird anteilig bei der Berechnung der angemessenen Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen berücksichtigt, sodass ein Wegfall der Förderzuschläge nicht vollständig zu Einsparungen der derzeitigen Ausgaben führen würde.

ART. 1 NR. 31 F) (ABSATZ 2G – AUFNAHME VERWEIS ZUR BEITRAGSSATZSTABILITÄT BEI ANPASSUNGEN DES ORIENTIERUNGSWERTS)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Geltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität wird für die Fortschreibung des Orientierungswertes explizit festgeschrieben.

Bewertung

Die KBV lehnt die Anpassung ab. Die Festschreibung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität bei der Fortentwicklung der Gesamtvergütung durch die Anpassung des Orientierungswertes stellt eine Abkehr von einer an betriebswirtschaftlichen Maßstäben orientierten Vergütungsentwicklung der ambulanten Versorgung dar.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Entfall der Regelung.

ART. 1 NR. 32 (§ 87A SGB V – REGIONALE EURO-GEBÜHRENORDNUNG, MORBIDITÄTSBEDINGTE GESAMTVERGÜTUNG, BEHANDLUNGSBEDARF DER VERSICHERTEN)

ART. 1 NR. 32 A) (ABSATZ 2 – AUFNAHME VERWEIS ZUR BEITRAGSSATZSTABILITÄT BEI REGIONALEN PUNKTWERTEN)

Beabsichtigte Neuregelung

Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität wird auch für die regionalen Verhandlungen explizit festgelegt.

Bewertung

Die KBV lehnt die Anpassung ab. Die Festschreibung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität bei der Fortentwicklung der regionalen Gesamtvergütung durch die Anpassung des Punktwertes für regionale Besonderheiten in der Kosten- und Versorgungsstruktur stellt eine Abkehr von einer an betriebswirtschaftlichen Maßstäben orientierten Vergütungsentwicklung der ambulanten Versorgung dar.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Entfall der Regelung.

ART. 1 NR. 32 B) UND 32 D) (ABSATZ 3 UND ABSATZ 5 – WEGFALL DER EXTRABUDGETÄREN VERGÜTUNG VON TSVG-KONSTELLATIONEN)

Beabsichtigte Neuregelung

Die extrabudgetäre Vergütung für die sog. TSVG-Fälle wird zurückgenommen.

Bewertung

Die KBV lehnt die Anpassungen ab:

- Durch die Regelungen wird das zentrale Steuerungselement für die Vergabe von Terminen abgeschafft.
- Bei einer Umsetzung dieser Gesetzesänderung zum Wegfall der extrabudgetären Vergütung der Leistungen in vermittelten Behandlungsfällen ohne jede Kompensation mit den entsprechenden Auswirkungen auf die etablierten Wege der Terminvermittlung im haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich käme es zu gravierenden Auswirkungen auf den fachärztlichen Versorgungsbereich. Es wird ein negativer Anreiz für fachärztliche vertragsärztliche Versorgung gesetzt.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Entfall der Regelung.

ART. 1 NR. 32 C) (ABSATZ 3B UND ABSATZ 3C – KORREKTUR KINDERARZT-MGV UND HAUSARZT-MGV)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung ändert den Aufsatz der Berechnung der Kinderarzt-MGV, die nicht mit befreiender Wirkung von der GKV gezahlt wird. Durch die Änderung wird i. d. R. eine höhere Kinderarzt-MGV ermittelt.
Zudem werden Abschläge für die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen auf Ausgleichszahlungen bei Überschreitung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen (MGV) in den Versorgungsbereichen der Kinder- und Jugendmedizin und der allgemeinen hausärztlichen Versorgung neu aufgenommen.

Bewertung

Die KBV lehnt die Anpassungen ab:

- Die Änderung der Regelung zur MGV-Plus für Kinder- und Jugendärzte stellt einen Bruch der den Kinder- und Jugendärzten gegebenen Versprechen dar.
- Die isolierte Betrachtung der Kinderarzt-MGV übersieht die Interaktionen mit der Bestimmung der Hausarzt-MGV: Bei der Bestimmung der Hausarzt-MGV wird „zusätzlich ausgezahltes Honorar aufgrund von Finanzmitteln der Kinderarzt-MGV“ bei der Berechnung des Honoraranteils und damit als Teil der Hausarzt-MGV erhöhend berücksichtigt. Eine Anpassung im Bereich der Kinderarzt-MGV wird in den KVen, in denen Finanzmittel aus der Kinderarzt-MGV vorhanden waren, zu einer Absenkung der Hausarzt-MGV führen, da anderenfalls die Finanzmittel im durch die Trennung der Vergütungen vorgegebenen gesamten hausärztlichen Versorgungsbereich nicht ausreichen werden. Der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 85. Sitzung muss in der Folge korrigiert werden, da die Berechnungsformel

nicht mehr korrekt ist. Eine Einsparung für die GKV erfolgt in Summe in der Regel nicht, da es zu höheren Nachzahlungen bei den Hausärzten kommen würde.

- Die Verringerung der Leistungsvergütung bei Überschreiten der MGV für Kinder- und Jugendärzte und für Hausärzte stellt einen Bruch der den Kinder- und Jugendärzten und Hausärzten gegebenen Versprechen dar.
- Eine Abschlagsregelung bei den Ausgleichszahlungen ist nicht sachgerecht. Kostendegressionen bei Fallzahlsteigerungen gemäß § 87 Abs. 2g sind bei der Festlegung des Orientierungswertes und damit bei der Weiterentwicklung der MGV, die die Kinderarzt-MGV sowie die Hausarzt-MGV umfasst, zu berücksichtigen. Es käme hier zu einer sachlich falschen Doppelberücksichtigung der Kostendegression.
- Die Vorgabe einer quartalsweisen Evaluation ist durch eine jährliche Evaluation zu ersetzen, um unnötigen Verwaltungsaufwand, dem keine weitergehenden Erkenntnisse gegenüberstehen, zu vermeiden.
- Eine über die in Bearbeitung befindliche Evaluation der extrabudgetären Vergütung der Leistungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie hinausgehende Evaluation wird als nicht notwendig angesehen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Entfall der Regelung.

ART. 1 NR. 34 (§ 87D SGB V – VERGÜTUNG VERTRAGSÄRZTLICHER LEISTUNGEN AUßERHALB DER MORBIDITÄTSBEDINGTEN GESAMTVERGÜTUNG)

Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Regelungen werden im Ergebnis verschiedene Arten von gedeckelten Gesamtvergütungen geschaffen und insbesondere wesentliche Teile der extrabudgetären Vergütung gedeckelt.

Bewertung

Die KBV lehnt die Anpassungen ab:

- Durch die Regelung werden bisherige Entscheidungen der gemeinsamen Selbstverwaltung im Bewertungsausschuss negiert und die Überprüfung dieser Regelungen durch den Bewertungsausschuss erschwert. Der Gesetzgeber greift mit der Regelung massiv in die Kompetenz der gemeinsamen Selbstverwaltung ein.
- Durch die Regelung wird erheblich neue Bürokratie geschaffen.
- Verschiedene nebeneinander bestehende Gesamtvergütungen und Honorarverteilungen werden die Selbstverwaltungsorgane erheblich belasten.
- Die Regelung wird zu erheblichen Rechtsstreitigkeiten führen.
- Sofern psychotherapeutische Leistungen als Teil der MGV oder der Gesamtvergütung mit begrenztem Ausgabenvolumen nach Absatz 1 durch die Krankenkassen vergütet werden, sind diese gemäß dieser Regelung an die Psychotherapeuten zu verteilen. Da die angemessene Höhe der Vergütung dieser Leistungen ihrer Höhe nach bereits im EBM festzulegen ist und gemäß der Regelung in § 87b Abs. 2 SGB V die Honorarverteilung diese Angemessenheit umzusetzen hat, ergibt sich an dieser Stelle kein Gestaltungsspielraum für eine Quotierung der Leistungsmengen oberhalb der Begrenzung des Ausgabenvolumens. Im Ergebnis muss die Finanzierung dieser zusätzlichen Leistungen aus der MGV durch Fachärzte

erfolgen. Dies führt zu erheblich Verteilungskonflikten zwischen Fachärzten und Psychotherapeuten und wird erhebliche Rechtsunsicherheit erzeugen.

- Die Frist, neue Leistungen automatisch nach zwei Jahren in die MGV zu überführen, ist wesentlich zu kurz. Die Etablierung dieser neuen Leistungen hat zu diesem Zeitpunkt nach den bisherigen Erfahrungen im Bewertungsausschuss noch nicht im ausreichenden Maße stattgefunden.
- Die Analyse der Auswirkungen sollte wie üblich durch den Bewertungsausschuss erfolgen. Eine Aufsplittung der Arbeiten auf Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) und dem Institut des Bewertungsausschusses ist ineffizient.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Entfall der Regelung.

ART. 1 NR. 37 (§ 92A SGB V – INNOVATIONSFONDS)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht eine Vereinfachung des Verfahrens (i. d. R. nur noch einstufig) vor. Die explizite Förderung von Fehlermeldesystemen wird gestrichen. Das Fördervolumen auf 100 Mio. Euro abgesenkt. Eine Finanzierung erfolgt ausschließlich aus dem Gesundheitsfonds. Die Fördersumme für Leitlinien wird abgesenkt. Die Übertragbarkeit der nicht bewilligten/verbrauchten Mittel wird gestrichen. Es findet eine einmalige Rückführung sämtlicher bislang nicht verbrauchter Mittel statt.

Bewertung

Die Absenkung der Fördersumme für Leitlinien auf 2,5 Mio. Euro ist kritisch zu sehen, da dies auch zu Lasten möglicher Förderungen von Nationalen Versorgungsleitlinien (NVL) gehen wird.

Die jährliche Rückführung nicht bewilligter Mittel ist ebenfalls kritisch zu sehen, weil es einen Anreiz für die GKV im Innovationsausschuss liefert, möglichst wenig zu fördern. Dies bedeutet auch ein Abweichen von den Vorschlägen der FKG.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Eine Fördersumme für Nationale Versorgungsleitlinien sollte explizit verankert werden.

Die jährliche Rückführung sollte sich nur – wie von der FKG vorgeschlagen – auf bewilligte Mittel für beendete Vorhaben, die nicht zur Auszahlung gelangt sind, beziehen, und nicht auf nicht bewilligte Mittel.

ART. 1 NR. 39 (§ 106B SGB V) UND NR. 50 (§ 130E SGB V) (RABATTVERTRÄGE FÜR ARZNEIMITTEL MIT PATENTGESCHÜTZTEN WIRKSTOFFEN MIT THERAPEUTISCH VERGLEICHBARER WIRKUNG)

Beabsichtigte Neuregelung:

Krankenkassen oder ihre Verbände erhalten die Möglichkeit innerhalb – zunächst vom Gesetzgeber, ab 2031 von der jeweiligen Krankenkasse oder ihres Verbandes – festgelegter Wirkstoffgruppen Arzneimittelgruppen mit patentgeschützten Wirkstoffen mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung in einem Therapiegebiet festzulegen. Für diese Gruppen von patentgeschützten Arzneimitteln besteht die Möglichkeit, wirkstoffübergreifende Rabattverträge gemäß § 130a Abs. 8 oder § 130c SGB V zwischen Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmen zu schließen.

Vorrangige Verordnung von rabattierten Arzneimitteln; Verordnung nicht rabattierter Arzneimittel nur im medizinisch begründeten Einzelfall. In den regionalen Prüfvereinbarungen sollen arzneimittelbezogene Verordnungsquoten für die Gruppe rabattierter Arzneimittel geregelt werden. Verordnungen rabattierter Arzneimittel werden bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung als Praxisbesonderheit anerkannt. Bei der Erreichung der Verordnungsquote kann die Verordnung nicht rabattierter Arzneimittel aus der Gruppe von der Wirtschaftlichkeitsprüfung ausgenommen werden.

Bewertung:

- Die Verordnung erfolgt durch die Vertragsärzte, so dass die Ärzteseite aufgrund der Sachnähe Einfluss auf die Festlegung der Gruppen von Arzneimitteln haben muss, für die ein Rabattvertrag abgeschlossen werden kann. Die Festlegung der Arzneimittelgruppen sollte deshalb durch den G-BA und auf Grundlage der Ergebnisse der Frühen Nutzenbewertung neuer Arzneimittel erfolgen.
- Krankenkassenspezifische sowie ausschließlich preisorientierte und nicht evidenzbasierte Arzneimittelgruppen werden abgelehnt, da sie zu einer Fragmentierung der Versorgung führen und einzelne Versichertengruppen potenziell benachteiligen.
- Innerhalb der in § 130e Abs. 3 aufgeführten Wirkstoffgruppen unterscheiden sich die verfügbaren Arzneimittel teilweise deutlich hinsichtlich der zugelassenen Anwendungsgebiete und ihrer Nebenwirkungsprofile. Eine Abweichung von rabattierten Wirkstoffen wäre daher selbst in einem Therapiegebiet nicht nur in Einzelfällen notwendig und muss aus medizinischer und pharmakologischer Sicht zwingend berücksichtigt werden.
- Unterschiedlich zugelassene Anwendungsgebiete sowie Nebenwirkungsprofile führen dazu, dass die zur Befreiung von der Wirtschaftlichkeitsprüfung erforderlichen Quoten auf individueller Arztebene nur schwer erreichbar sind. Die zusätzlich geforderte ausführliche Begründung für eine Abweichung von einem rabattierten Arzneimittel verstärkt den Dokumentationsaufwand in Arztpraxen erheblich.
- Die Regelung verstärkt die bereits bestehende Preisintransparenz und erhöht das Risiko von Wirtschaftlichkeitsprüfungen für Vertragsärzte. Konsequenterweise müsste dies zu einer vollständigen Abschaffung preisbezogener Steuerungsinstrumente führen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Änderung der Regelung, wonach die Festlegung der Gruppen von Arzneimitteln mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung in einem Therapiegebiet durch den G-BA erfolgt, wie von der Finanzkommission vorgeschlagen.

Keine kassenspezifischen Arzneimittelgruppen ohne Beteiligung der Ärzteschaft. Abweichungsmöglichkeiten von der Liste müssen die Vielfalt innerhalb der Gruppen sowie die unterschiedlichen zugelassenen Anwendungsgebiete medizinisch und zulassungsrechtlich angemessen berücksichtigen.

Um Missverständnissen bei der Auslegung vorzubeugen, sollte in § 130e Abs. 1 die Formulierung „in einem Therapiegebiet“ durch „in einem zugelassenen Anwendungsgebiet“ ersetzt werden.

Konsequente und vollständige Abschaffung von preisbezogenen Steuerungsinstrumenten sowie Einführung von Bagatellgrenzen bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen, um unnötige Bürokratie zu vermeiden, wie im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD vorgesehen.

ART. 1 NR. 42 (§ 115F SGB V) I. V. M. ART. 3 NR. 5 (§ 8 KHENTGG) UND ART. 4 NR. 2 (§ 17B KHG – EINFÜHRUNG VON KURZZEITFALL-PAUSCHALEN FÜR KRANKENHÄUSER)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung sollen die Fälle, die mit neu ausschließlich für Krankenhäuser einzuführenden Kurzzeitfallpauschalen vergütet werden, bei der Auswahl des Leistungskataloges für die spezielle sektorengleiche Vergütung gemäß § 115f SGB V angerechnet werden.

Bewertung

- Mit der Einführung von Kurzzeitfallpauschalen wird die nach § 115f SGB V eingeführte spezielle sektorengleiche Vergütung gehemmt.
- Die Auswahl der Leistungen nach § 115f SGB V wird auf den AOP-Katalog beschränkt. Dies steht einer Erweiterung für neue Leistungsbereiche entgegen.
- Eine solche Erweiterung ist ausschließlich für Krankenhäuser über die Kurzzeitfallpauschalen möglich. Kriterien für die Fälle, die mit den Hybrid-DRG nicht adäquat vergütet werden, sind nicht festgelegt. Diese Festlegung erfolgt zweiseitig ohne Beteiligung der vertragsärztlichen Expertise.
- Dadurch werden Fälle, die in eine Hybrid-DRG eingeflossen wären, durch Kurzzeitfallpauschalen „ersetzt“ und Vertragsärzte von der Ergänzung zum Leistungskatalog nach § 115b/f SGB V ausgeschlossen.
- Eine vollwertige Ambulantisierung muss auch Möglichkeiten der Verlagerung in die vertragsärztliche Versorgung mit den damit verbundenen Vorteilen, u. a. Patienten-Arzt-Bindung, Versorgung aus einer Hand und hohen Qualitätsstandards vorsehen.
- Nicht tolerabel ist es, dass lediglich postoperative Weiterbehandlungen nach den Kurzzeitfallpauschalen in den vertragsärztlichen Bereich verlagert werden. Die Kurzzeitfallpauschalen setzen durch die verweildauerunabhängige Vergütung zusätzlich Anreize, Patienten vorzeitig zur poststationären Weiterbehandlung in den vertragsärztlichen Bereich abzugeben. Die hierzu notwendigen Leistungen belasten die vertragsärztliche morbiditätsbedingte Gesamtvergütung.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Entfall der Regelung.

ART. 1 NR. 48B (§ 130A ABS. 2 SGB V – ABSCHLAG BEI IMPFSTOFFEN)

Beabsichtigte Neuregelung

Für Impfstoffe, für die Patent- oder Unterlagenschutz besteht, erhalten die Krankenkassen zusätzlich zum Referenzabschlag nach Satz 1 einen Abschlag in Höhe von 7 Prozent des Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers. Der Abschlag in Höhe von 7 Prozent gilt für Impfstoffe unter Patent- und Unterlagenschutz auch, wenn aufgrund der Tatsache, dass der Listenpreis in Deutschland unter oder auf dem Referenzpreis liegt, kein Abschlag nach Satz 1 anfällt. Für Impfstoffe, für die ein Patent- oder Unterlagenschutz besteht und für die ein Referenzabschlag nach Satz 1 nicht ermittelt werden kann, gilt gemäß Satz 5 zuzüglich zum Abschlag nach Absatz 1 Satz 1 künftig ein zusätzlicher Abschlag in Höhe von 7 Prozent.

Bewertung

Es fehlen für den Abbau von Impfhürden dringend notwendige Regelungen zur Regress-Sicherheit der Vertragsärzte bei Impfstoffen.

ART. 1 NR. 49 (§ 130B SGB V – PREIS-MENGEN-REGELUNGEN, STREICHUNG DER BUNDESWEITE PRAXISBESONDERHEITEN)

Beabsichtigte Neuregelung zu Preis-Mengen-Regelungen

Es wird ein konkretes Rabattmodell vorgegeben, sofern sich GKV-SV und pharmazeutischer Hersteller nicht auf eine Preis-Mengen-Regelung einigen können.

Bewertung

Grundsätzlich Zustimmung. Allerdings tragen Preis-Mengen-Modelle zu einer weiteren Intransparenz der Preise bei. In diesem Zusammenhang ist erneut die Abkehr von preisbezogenen Steuerungsinstrumenten im Zusammenhang mit Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu fordern.

Beabsichtigte Neuregelung zur Streichung der bundesweiten Praxisbesonderheiten

Die Regelung zur Vereinbarung der bundesweiten Praxisbesonderheiten im Rahmen der Erstattungsbetragsverhandlungen (§ 130b Abs. 2 SGB V) soll ersatzlos gestrichen werden.

Bewertung

- Der Wegfall bundesweiter Praxisbesonderheiten führt zu Rechtsunsicherheit und erhöhtem Regressrisiko für Vertragsärztinnen und -ärzte.
- Es entsteht ein erheblicher zusätzlicher Bürokratieaufwand durch individuelle Begründungen in Prüfverfahren.
- Eine regionale Ungleichbehandlung identischer medizinischer Leistungen ist zu erwarten.
- Schwerpunkt- und spezialisierte Praxen werden wirtschaftlich benachteiligt.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Rücknahme der Streichung der Regelung zur Vereinbarung der bundesweiten Praxisbesonderheiten im Rahmen der Erstattungsbetragsverhandlungen (§ 130b Abs. 2 SGB V).

Abschaffung von preisbezogenen Wirtschaftlichkeitsprüfungen.

ART. 1 NR. 55 (§ 134 SGB V – KOSTENREGULIERUNG IM BEREICH DIGA)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht eine Begrenzung der Preisfestsetzung im ersten Jahr auf Höchstbeträge vor. Zudem sind Vergütungsabschläge für DiGA je nach Abgabemenge vorgesehen: Es wird eine gestaffelte Absenkung vorgesehen, die mit zunehmender Menge stufenweise ansteigt und je nach Größenordnung zwischen 2 Prozent (zw. 3.001-10.000) und 30 Prozent (ab 100.000) beträgt.

Bewertung

Der Vorschlag ist nachvollziehbar und geht in die richtige Richtung. Es wird eine Regelung eingeführt, wonach alle DiGA bereits im ersten Jahr einer Preisfindung mit dem GKV-SV unterworfen werden und somit ihre Preise nicht selbst bestimmen können. Die pauschale Absenkung der Vergütung je nach Abgabemenge ist ebenfalls angemessen.

Folgende Vorschläge von der FKG wurden dabei nicht umgesetzt:

- Die Streichung der bestehenden Erprobungsregelungen und Ersatz durch eine Nutzenbewertung analog zum AMNOG-Verfahren bei Arzneimitteln. Dies sollte aus Sicht der KBV erfolgen.
- Vorgeschlagene Einbeziehung in Zuzahlungsregelungen für Versicherte.

ART. 1 NR. 65 (§ 271 SGB V – INNOVATIONSFONDS)

Beabsichtigte Neuregelung

Dauerhafte Absenkung der Fördersummen auf 100 Mio. Euro pro Jahr, Finanzierung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Bislang nicht verausgabte Gelder werden zurückgeführt.

Bewertung

Die Regelung stellt eine nicht übermäßige Reduktion des Fördervolumens des Innovationsfonds dar. Die nicht verausgabten Mittel wären geeignet, die Finanzierung der KV-Aufwände für die 116117 zu stützen. Eine Mittelverwendung ohne Innovationsausschuss wäre dabei zu präferieren.

ART. 1 NR. 69 (§ 346 SGB V – ERSTBEFÜLLUNG BEI EPA) I. V. M. ART.1 NR. 31. C) (§ 87 ABSATZ 2A)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Unterstützungsleistung bei der Erstbefüllung der ePA in Absatz 3 wird gestrichen. Damit verbunden ist auch die Streichung der in Absatz 5 geregelten gesonderten Vergütung für die Erstbefüllung. Die Befüllung erfolgt nur noch nach § 346 Abs. 1 SGB V.

Zudem wird die Vergütung für die Unterstützung der Versicherten bei der erstmaligen Befüllung der ePA in § 87 Abs. 2a S. 26 gestrichen.

Bewertung

Der besondere Aufwand bei der Erstbefüllung der ePA wird damit nicht mehr vergütet. (Kommentierung siehe oben)

ART. 1 NR. 70 (§ 411 SGB V (NEU) – ÜBERGANGSREGELUNGEN FÜR VERGÜTUNGSREGELUNGEN DER FÜHRUNGSKRÄFTE UNTERHALB DER VORSTANDSEBENE)

Beabsichtigte Neuregelung

Vergütungserhöhungen für außertarifliche Führungskräfte unterhalb der Vorstandsebene (Wortlaut: direkt unter Vorstand; nicht Führungskraft in weiteren Ebenden darunter) bei Krankenkassen, Medizinischer Dienst, Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen werden auf einen 6-Jahres-Rhythmus beschränkt und auf die Grundlohnrate (§ 71 Abs. 3) gedeckelt. Die Regelung greift rückwirkend auf Bestandsverträge ab dem 30. März 2026 durch. Ausnahmen sind vorgesehen, sofern schon vertragliche Regelungen bestehen.

Bewertung

- Da das alleinige Regelungsziel (Beitragssatzstabilisierung) auf KBV und KVen nicht zutrifft, fehlt ein legitimer Zweck für den Eingriff in die Vergütungsautonomie.
- Die Gleichbehandlung mit beitragssatzrelevanten Körperschaften trotz grundlegend abweichender Finanzierungsstruktur verletzt das Gebot sachgerechter Differenzierung.
- Die Erstreckung auf Bestandsverträge ab 30. März 2026 greift in geschützte Vertrauenstatbestände ein. Für KBV und KVen fehlt ein legitimes Vorwegnahme-Szenario.
- Die Grundlohnrate hat keinen sachlichen Bezug zur Finanzierung der KBV/KVen.
- Der Begriff „konkrete Zusagen" in Satz 3 ist auslegungsbedürftig und streitanfällig.
- Der Zeitraum von sechs Jahren ist nicht begründet. Es liegen keine nachvollziehbaren rechnerischen Grundlagen vor, die plausibel machen, warum bestimmte Gehälter sechs Jahre „eingefroren“ werden. Dieser Eingriff in die Vergütungsautonomie zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber ist willkürlich und arbeitsrechtlich abzulehnen.

Politische Bewertung

- Das tragende Ziel – Beitragssatzstabilisierung – geht für die ärztliche Selbstverwaltung ins Leere, da sich KBV und KVen nicht aus Versichertenbeiträgen, sondern aus der Verwaltungskostenumlage der Vertragsärzte finanzieren. Die Einbeziehung ist sachlich unbegründet.
- KBV und KVen werden ohne eigenständige Prüfung in den Adressatenkreis aufgenommen.
- Die Vergütungsgestaltung für eigene Mitarbeiter ist Kernaufgabe der Selbstverwaltung. Der Gestaltungsspielraum wird ohne sachlichen Anlass entzogen.
- Eine 6-Jahres-Sperre macht KBV und KVen gegenüber TVöD/TV-L, Kanzleien und Verbänden außerhalb des Bereichs von § 411 SGB V n. F. als Arbeitgeber für qualifizierte Führungskräfte erheblich unattraktiver und widerspricht außerdem modernen leistungsorientierten Managementstrukturen.
- Darüber hinaus ist es bezeichnend für die Willkür der Regelung, dass sowohl gematik, G-BA als auch die zuständigen Beamten des Bundesministeriums von der Regelung nicht betroffen sind.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Ersatzlose Streichung der KVen und KBV aus dem Adressatenkreis.

Hilfsweise: Einführung eines an die Finanzierungsstruktur der ärztlichen Selbstverwaltung angepassten Maßstabs.

Ihre Ansprechpartner:

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Stabsbereich Strategie, Politik und Kommunikation
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Tel.: 030 4005-1036
politik@kbv.de, www.kbv.de

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 192.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 75 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweises zur Honorierung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sowie zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(2)
gel. VB zur öffent. Anh. am
22.06.2026 - GKV
17.06.2026

Stellungnahme
des GKV-Spitzenverbandes vom 16.06.2026

zum Gesetzentwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 26.05.2026 (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz), Bundestagsdrucksache 21/6130

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Inhaltsverzeichnis

I. Zusammenfassung 7

II. Stellungnahme 14

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) 14

Nr. 1 – § 2 Absatz 1 (Leistungen) 14
Nr. 2 – § 3 (Solidarische Finanzierung) 15
Nr. 3 – § 4 Absatz 5 (Krankenkassen) 16
Nr. 4 – § 4a (Wettbewerb der Krankenkassen) 18
Nr. 5 – § 6 (Versicherungsfreiheit) 20
Nr. 6 – § 8 (Befreiung von der Versicherungspflicht) 21
Nr. 7 – § 10 Absatz 6 (Familienversicherung) 22
Nr. 8 – § 11 Absatz 6 (Leistungsarten) 23
Nr. 9 – § 25 Absatz 4 (Gesundheitsuntersuchungen und Hautkrebsscreening) 24
Nr. 10 – § 27b (Zweitmeinung) 26
Nr. 11 – § 28 Absatz 2 und Absatz 2a (Ärztliche und zahnärztliche Behandlung) 28
Nr. 12 Buchstabe a) – § 31 (Arzneimittel- und Verbandmittel) 29
Nr. 12 Buchstabe b) – § 31 Absatz 1a (Arznei- und Verbandmittel) 30
Nr. 12 Buchstabe c) – § 31 Absatz 6 und 7 (Arznei- und Verbandmittel) 32
Nr. 13 – § 34 (Ausgeschlossene Mittel) 33
Nr. 14 – § 35a (Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen) 34
Nr. 15 – § 36 (Festbeträge für Hilfsmittel) 36
Nr. 16 Buchstabe a) – § 44 (Krankengeld) 40
Nr. 16 Buchstabe b) – § 44 (Krankengeld) 43
Nr. 17 – §§ 44c und 44d (Teilarbeitsunfähigkeit und Teilkrankengeld) 45
Nr. 18 – § 47 (Höhe und Berechnung des Krankengeldes) 48
Nr. 19 – § 49 (Ruhen des Krankengeldes) 50
Nr. 20 – § 50 (Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes) 51
Nr. 21 – § 51 (Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe) 52
Nr. 22 – § 55 Absatz 1 und Absatz 2 (Zahnersatz – Leistungsanspruch) 53
Nr. 23 – § 61 (Zuzahlungen) 55
Nr. 24 – § 63 (Modellvorhaben) 56
Nr. 25 Buchstabe a) – § 71 Absatz 2 (Grundsatz der Beitragssatzstabilität) 57
Nr. 25 Buchstabe b) – § 71 Absatz 3 (Grundsatz der Beitragssatzstabilität) 58
Nr. 26 – § 73 (Vertragsärztliche Versorgung) 61
Nr. 27 – § 73b (HZV) 62
Nr. 28 – § 74 (Stufenweise Wiedereingliederung) 64
Nr. 30 – § 85 Absatz 2d und Absatz 3 SGB V (Gesamtvergütung) 65
Nr. 31 Buchstabe a) – § 87 Absatz 1 (Bundesmantelvertrag) 66
Nr. 31 Buchstabe b) und Buchstabe g) – 87 Absätze 1d und 2h (Bundesmantelvertrag) 67
Nr. 31 Buchstabe c) – § 87 Absatz 2a (Bundesmantelvertrag) 68

Nr. 31 Buchstabe d) – § 87 Absatz 2b (Bundesmantelvertrag) 69
Nr. 31 Buchstabe e) – § 87 Absatz 2c (Bundesmantelvertrag) 70
Nr. 31 Buchstabe f) – § 87 Absatz 2g (Bundesmantelvertrag) 71
Nr. 32 Buchstabe a) – § 87a Absatz 2 (Regionale Euro-Gebührenordnung, MGV) 72
Nr. 32 Buchstabe b) – § 87a Absatz 3 (Regionale Euro-Gebührenordnung, MGV) 73
Nr. 32 Buchstabe c) – § 87a Absatz 3b (Regionale Euro-Gebührenordnung, MGV) 74
Nr. 32 Buchstabe c) – § 87a Absatz 3c (Regionale Euro-Gebührenordnung, MGV) 77
Nr. 32 Buchstabe d) – § 87a Absatz 5 (Regionale Euro-Gebührenordnung, MGV) 79
Nr. 33 – § 87b Absatz 1 (Vergütung der Ärzte) 80
Nr. 34 – § 87d -neu- (Vergütung vertragsärztlicher Leistungen außerhalb der MGV) 81
Nr. 36 Buchstabe a) – § 92 Absatz 1a (Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses) 83
Nr. 36 Buchstabe b) – § 92 Absatz 3a (Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses) 84
Nrn. 37 und 38 – §§ 92a, 92b (Innovationsfonds) 85
Nr. 39 – § 106b (Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen) 87
Nr. 40 – § 111 Absatz 5 (Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen) 88
Nr. 41 – § 111c Absatz 3 (Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen) 89
Nr. 42 – § 115 f Absatz 2 Satz 2 (Spezielle sektorengleiche Vergütung) 90
Nr. 43 Buchstabe a) – § 120 Absatz 1 Satz 1 (Vergütungen ambulanter Krankenhausleistungen) 91
Nr. 43 Buchstabe b) – § 120 Absatz 2 Satz 2 (Vergütungen ambulanter Krankenhausleistungen) 92
Nr. 44 – § 125 Absatz 3 (Verträge zur Heilmittelversorgung) 94
Nr. 45 – § 125a (Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung) 96
Nr. 46 – § 127 (Verträge) 97
Nr. 47 – § 130 (Rabatt) 99
Nr. 48 Buchstabe a) – § 130a (Rabatte pharmazeutischer Unternehmer) 100
Nr. 48 Buchstabe b) – § 130a (Rabatte pharmazeutischer Unternehmer) 103
Nr. 48 Buchstabe c) – § 130a (Rabatte pharmazeutischer Unternehmer) 104
Nr. 48 Buchstabe d) – § 130a (Rabatte pharmazeutischer Unternehmer) 106
Nr. 49 Buchstabe a) – § 130b Absatz 1a (Preis-Mengen-Regelung) 109
Nr. 49 Buchstabe b) – §130b Absatz 2 (Praxisbesonderheit in Erstattungsbetragsvereinbarungen) 111
Nr. 49 Buchstabe c) Doppelbuchstabe aa) und bb) – §130b Absatz 3 (Leitplanken zur Bestimmung des Erstattungsbetrages bei patentgeschützten Vergleichstherapien als ZVT) 112
Nr. 49 Buchstabe c) Doppelbuchstabe cc) – § 130b Absatz 3 Sätze 11 – 15 -alt- („Ausnahme von den Leitplanken“) 114
Nr. 49 Buchstabe d) – § 130b Absatz 3a Satz 1 (Vereinbarungen zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmern) 115
Nr. 49 Buchstabe e) – § 130b Absatz 7a Satz 1 (Vereinbarungen zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmern) 116
Nr. 50 – §130e (Kombinationsabschlag, Stärkung des Wettbewerbs) 118
Nr. 51 – § 132 (Versorgung mit Haushaltshilfe) 121
Nr. 52 Buchstaben a) und b) – § 132a Absatz 4 (Versorgung mit häuslicher Krankenpflege) 122
Nr. 53 Buchstaben a) und b) – § 132l Absatz 5 (Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege, Verordnungsermächtigung) 123
Nr. 54 – § 133 (Versorgung mit Krankentransportleistungen) 124
Nr. 55 Buchstabe a) – § 134 Absatz 1 (Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Herstellern digitaler Gesundheitsanwendungen über Vergütungsbeträge) 125

Nr. 55 Buchstabe b) – § 134 Absatz 5 (Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Herstellern digitaler Gesundheitsanwendungen über Vergütungsbeträge) 126
Nr. 56 – § 134a (Versorgung mit Hebammenhilfe) 128
Nr. 57 – § 140a Absatz 2 (Besondere Versorgung) 129
Nr. 58 Buchstabe b) – § 175 Absatz 4 (Ausübung des Wahlrechts; hier: Informationsschreiben bei Zusatzbeitragssatzerhöhung) 130
Nr. 59 – § 217b (Organe) 132
Nr. 60 Buchstabe a) – § 221 Absatz 1 (Beteiligung des Bundes an Aufwendungen) 133
Nr. 60 Buchstabe b) – § 221 Absatz 4 -neu- (Beteiligung des Bundes an Aufwendungen, hier Darlehensrückzahlung durch den Gesundheitsfonds) 134
Nr. 61 – § 223 (Beitragsbemessungsgrenze - Sonderregelung für 2027) 135
Nr. 62 – § 232a Absatz 1 (Beitragspflichtige Einnahmen der Bezieher von Grundsicherungsgeld) 137
Nr. 63 – § 242b -neu- (Beitragszuschlag für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner) 139
Nr. 64 – § 249b Satz 1 (Beitrag des Arbeitgebers bei geringfügiger Beschäftigung) 143
Nr. 65 – § 271 Absatz 5 (Finanzierung der Fördermittel für den Innovationsfonds aus der Liquiditätsreserve) 144
Nr. 66 Buchstabe a) – § 275c Absatz 2 Satz 4 (Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst) 145
Nr. 66 Buchstabe b) – § 275c Absatz 2 Satz 6 (Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst) 148
Nr. 68 – § 295 (Übermittlungspflichten) 149
Nr. 69 – § 346 (Unterstützung bei der elektronischen Patientenakte) 150
Nr. 70 – § 410 -neu- (Übergangsregelung zur Vergütung der Vorstandsmitglieder der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, der unparteiischen Mitglieder des Beschlussgremiums des Gemeinsamen Bundesausschusses, der Vorstandsmitglieder des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Vorstandsmitglieder des Medizinischen Dienstes Bund) 151
Nr. 70 – § 411 -neu- (Vergütungsregelungen für Führungskräfte der Ebene unterhalb der Vorstandsebene bei den Krankenkassen, ihren Landesverbänden und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, den Medizinischen Diensten und dem Medizinischen Dienst Bund sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen) 152
Nr. 71 – § 429 (Übergangsregelung zum Kombinationsabschlag) 154
Nr. 71 – § 430 -neu- (Evaluierung) 155
Artikel 2 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch) 156
Nr. 1 – § 20 Absatz 2a (Aufbringung der Mittel – Übergangsbereich) 156
Nr. 2 – § 35a Absatz 6a (Vorstand bei Orts-, Betriebs-, Innungskrankenkassen sowie Ersatzkassen) 157
Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) 159
Nr. 1 – § 5 Absatz 3g (Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen) 159
Nr. 2 – § 6 Absatz 3 Satz 4 (Vereinbarung sonstiger Entgelte) 160
Nr. 3 Buchstaben a) und b) – § 6a Absätze 2 und 2a (neu) (Vereinbarung eines Pflegebudgets) 161
Nr. 3 Buchstabe c) – § 6a Absatz 4 Satz 5 und 6 (Vereinbarung eines Pflegebudgets) 167
Nr. 3 Buchstabe d) – § 6a Absatz 5 Satz 3 (Vereinbarung eines Pflegebudgets) 168
Nr. 4 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa) – § 6c Absatz 2 Satz 4 (Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen) 169
Nr. 4 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) – § 6c Absatz 2 Satz 6 (Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen) 170

Nr. 4 Buchstabe b) – § 6c Absatz 3 Satz 4 (Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen) 171
Nr. 5 – § 8 Absatz 5a (neu) (Berechnung der Entgelte) 172
Nr. 6 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa) – § 9 Absatz 1 Nummer 3 (Vereinbarung auf Bundesebene) 173
Nr. 6 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) – § 9 Absatz 1 Nummer 7 (Vereinbarung auf Bundesebene) 175
Nr. 6 Buchstabe a) Doppelbuchstabe cc) – § 9 Absatz 1 Nummer 10 Buchstaben i) und j) (Vereinbarung auf Bundesebene) 178
Nr. 6 Buchstabe a) Doppelbuchstabe dd) – § 9 Absatz 1 Nummer 11 (neu) (Vereinbarung auf Bundesebene) 179
Nr. 6 Buchstabe b) – § 9 Absatz 1b (Vereinbarung auf Bundesebene) 180
Nr. 7 Buchstabe a) – § 10 Absatz 1 Satz 7 (Vereinbarung auf Landesebene) 182
Nr. 7 Buchstabe b) – § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 (Vereinbarung auf Landesebene) 183
Nr. 7 Buchstabe c) – § 10 Absatz 4 (Vereinbarung auf Landesebene) 184
Nr. 7 Buchstabe d) – § 10 Absatz 5 (Vereinbarung auf Landesebene) 185
Nr. 7 Buchstabe e) – § 10 Absatz 6 (Vereinbarung auf Landesebene) 186
Nr. 8 – § 11 Absatz 4 Satz 1 (Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus) 187
Artikel 4 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) 188
Nr. 1 – § 17a Absatz 3 Satz 4 (Finanzierung von Ausbildungskosten) 188
Nr. 2 Buchstabe a) – § 17b Absatz 2 Satz 1 (Einführung DRG-Entgeltsystem) 189
Nr. 2 Buchstabe b) – § 17b Absatz 2a (neu) (Einführung DRG-Entgeltsystem) 190
Nr. 2 Buchstabe c) – § 17b Absatz 3 Satz 4 (Einführung DRG-Entgeltsystem) 193
Nr. 2 Buchstabe d) – § 17b Absatz 7 Satz 2 (neu) (Einführung DRG-Entgeltsystem) 194
Nr. 3 Buchstabe a) – § 17c Absatz 1 Satz 3 (neu) (Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Statistik) 195
Nr. 3 Buchstabe b) – § 17c Absatz 2 Satz 9 (neu) (Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Statistik) 196
Artikel 5 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung) 197
Nr. 1 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa) – § 3 Absatz 3 Satz 5 (Vereinbarung eines Gesamtbetrags) 197
Nr. 1 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) – § 3 Absatz 3 Sätze 8 bis 10 (Vereinbarung eines Gesamtbetrags) 198
Nr. 1 Buchstabe b) – § § 3 Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 Satz 5 (Vereinbarung eines Gesamtbetrags) 199
Nr. 2 – § 4 Absatz 1 (Leistungsbezogener Vergleich) 200
Nr. 3 – § 5 Absatz 6 (Vereinbarung von Zu- und Abschlägen) 201
Nr. 4 Buchstabe a) – § 9 Absatz 1 Nummer 5 (Vereinbarung auf Bundesebene) 202
Nr. 4 Buchstabe b) – § 9 Absatz 2 Satz 2 (Vereinbarung auf Bundesebene) 203
Nr. 5 – § 15 Absatz 1 Satz 5 (Laufzeit) 204
Artikel 6 (Änderung der Risikostrukturausgleichsverordnung) 205
§ 23 (Aufzubringende Mittel der Krankenkassen für den Innovationsfonds) 205
III. Ergänzender Änderungsbedarf 206
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) 206
§ 11 Absatz 5 – Leistungsarten 206
§ 37 Absatz 2 – Häusliche Krankenpflege 208
§ 49 – Ruhen des Krankengeldes 209
§ 87 Absatz 2a – Anpassung der Bewertung von Katarakt-Operationen und Intravitrealen Injektionen 211

§ 87 Absatz 2a – Streichung der Pauschalen zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung 213
§ 87 Absatz 2a – Streichung gesonderter Hygienezuschläge 214
§ 87 Absatz 4 – Rücknahme der Änderung zu den KV-spezifischen Veränderungsraten der MGV 215
§ 92b Absatz 2 – Innovationsfonds 216
§ 116b – Geltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität und des Erlaubnisvorbehalts in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung 217
§§ 134 und 139e – DiGAV: Streichung der Erprobungsregelung 219
§ 137n – Kommission für Personalbemessung im Krankenhaus 220
§ 242 Absatz 1 Satz 4 – Zusatzbeitragssatzanhebungsverbot 221
§ 260 Absatz 2 Satz 1 – Betriebsmittel, hier: Obergrenze der Finanzreserve der Krankenkassen 222
§§ 266, 268 und 269 – Berücksichtigung Teilkrankengeld analog zum Krankengeld nach § 44 224
§ 275 – Begutachtung und Beratung 225
§ 275c Absatz 6 Nummer 1 – Aufnahme der tagesbezogenen Pflegeentgelte in den zulässigen Prüfumfang 228
§ 304 – Aufbewahrung von Daten bei Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Geschäftsstellen der Prüfungsausschüsse 229
Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) und Artikel 4 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) 231
Streichung zusätzlicher, nicht kriteriengestützter Fördertatbestände 231
Artikel 4 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes), Änderung des Pflegeberufegesetzes sowie Änderung der Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung 233
Sicherung von Ausbildungszuschlägen im Rahmen von Krankenhausinsolvenzen 233
Artikel 6 (Änderung der Risikostrukturausgleichsverordnung) 235
§§ 2, 4, 7 und 18 – Berücksichtigung Teilkrankengeld analog Krankengeld nach § 44 SGB V 235
Artikel 7 (neu) (Änderung der Insolvenzordnung) 236
Nationale Umsetzung der Richtlinie (EU) 2026/799 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 30.03.2026 zur Harmonisierung bestimmter Aspekte des Insolvenzrechts 236

I. Zusammenfassung

Beitragssatzstabilisierung ist dringend geboten

Der Regierungsentwurf für ein Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz) ist darauf gerichtet, die überproportional hohen Ausgabensteigerungen der Krankenkassen wieder mit der Einnahmenentwicklung in Einklang zu bringen (einnahmenorientierte Ausgabenpolitik). Es soll vermieden werden, dass die Zusatzbeitragssätze der Krankenkassen zu Beginn des Jahres 2027 erneut steigen müssen. Um zugleich Einschränkungen der Versorgungsqualität für Patientinnen und Patienten zu vermeiden, zielen die Reformmaßnahmen darauf, die vorhandenen und jährlich steigenden Finanzmittel künftig effizienter und zielgerichteter einzusetzen. Unter Berücksichtigung ausgewählter Empfehlungen der eigens für diese Reform eingesetzten FinanzKommission Gesundheit wird mit dem Gesetzentwurf ein breit angelegtes Maßnahmenpaket zur finanziellen Stabilisierung der GKV ab dem Jahr 2027 vorgelegt, das insgesamt sehr geeignet ist, die drohende erhebliche Deckungslücke der GKV im Jahr 2027 abzuwenden. Diese grundlegende Zielsetzung des Gesetzentwurfs ist uneingeschränkt zu begrüßen. In konsequenter Umsetzung muss sichergestellt sein, dass Patientinnen, Patienten und die Beitragszahlenden, die bereits in den letzten Jahren erhebliche Mehrbelastungen tragen mussten, keine weiteren Lasten schultern müssen.

Der Gesetzentwurf setzt mit der Rückkehr zu einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik grundsätzlich an der richtigen Stelle an und adressiert zentrale kritische Ausgabendynamiken in den Leistungsbereichen der gesetzlichen Krankenversicherung. Die vorgesehenen Maßnahmen leisten einen wichtigen Beitrag, bleiben in ihrer Wirkung jedoch hinter dem Erforderlichen zurück. Hinzu kommt, dass der Gesetzentwurf in der Gesamtwirkung den bereits ohnehin unzureichenden Beitrag des Bundes für dessen Finanzierungsaufgaben weiter reduziert. Daraus ergibt sich insgesamt Nachsteuerungsbedarf – insbesondere zur konsequenteren Begrenzung von Ausgabensteigerungen, bei der Nutzung strukturell wirksamer Instrumente zur Effizienz- und Qualitätsverbesserung und der vollständigen Refinanzierung von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben aus Bundesmitteln.

Schieflage bei Belastungswirkungen und Nachsteuerungsbedarf

Dem vorliegenden Entwurf fehlt es noch erheblich an Ausgewogenheit. Die Reform dient dem Zweck, einen weiteren Anstieg der bereits seit Jahresbeginn 2025 realen erheblichen Beitragsmehrbelastungen der GKV-Mitglieder und ihrer Arbeitgeber zu verhindern. Der Anstieg der Zusatzbeitragssätze bedeutete für die Beitragszahlenden allein im Jahr 2025 gegenüber 2024 eine zusätzliche Beitragslast von rd. 22 Mrd. Euro. Im laufenden Jahr 2026 leisten Versicherte und Arbeitgeber im Vergleich zum Beitragssatzniveau 2024 nochmals zusätzliche 27 Mrd. Euro, um der überproportionalen Ausgabendynamik zu begegnen. Somit sind die Beitragszahlenden bereits mit fast 50 Mrd. Euro in Vorleistung getreten. Deshalb sollten die Beitragszahlenden und die Wirtschaft nicht noch weiter zusätzlich belastet werden, sondern der Fokus des Maßnahmenpakets muss auf der Reduktion der Ausgabendynamik der GKV liegen. Entsprechend sollten alle Leistungssektoren angemessene

Einsparleistungen erbringen; zugleich sollte der Staat seinen seit Dekaden ausstehenden und ordnungspolitisch wie verfassungsrechtlich gebotenen Beitrag zur Finanzierung von gesamtgesellschaftlichen und versicherungsfremden Aufgaben leisten. Die mit dem vorliegenden Entwurf einhergehenden Mehrbelastungen für Beitragszahlende (Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze, Beitragszuschlag für Ehepartner, höhere Arbeitgeberbeiträge für geringfügig Beschäftigte) sowie für Patientinnen und Patienten (insbesondere höhere Zuzahlungen) wären verzichtbar, wenn der Bund seiner Finanzierungsverantwortung für die gesamtgesellschaftlichen Aufgaben der Krankenkassen (Sicherstellung der Daseinsvorsorge für Bürgergeldbeziehende, Dynamisierung der gegebenen Bundesbeteiligung für die versicherungsfremden Leistungen) nachkommen würde. Stattdessen entlastet sich der Bund noch einmal zusätzlich in erheblicher Größenordnung zulasten der GKV, indem er die jährliche Bundesbeteiligung massiv und dauerhaft kürzt. An diesen Stellen muss das Parlament dringend nachbessern.

Ausgangslage und Handlungsbedarf zur finanziellen Stabilisierung der GKV-Finanzen

Die gesetzliche Krankenversicherung befindet sich nach mehreren Jahren überproportional steigender Leistungsausgaben in einer strukturell äußerst kritischen Lage. Bereits im Jahr 2024 wiesen Krankenkassen und Gesundheitsfonds gemeinsam ein Defizit von nahezu 10 Mrd. Euro aus. Trotz erheblicher Zusatzbeitragssatzanhebungen zu Beginn des Jahres 2025 sowie weiterer Beitragserhöhungen Anfang 2026 liegen die Rücklagen der Krankenkassen weiterhin im Durchschnitt unterhalb der gesetzlichen Mindestreserve. Die Liquidität des Gesundheitsfonds konnte für 2026 nur durch ein weiteres Bundesdarlehen stabilisiert werden. Diese kurzfristigen Stützungsmaßnahmen kaschieren die zugrunde liegende strukturelle Fehlentwicklung der GKV-Finanzen.

Ursächlich für die angespannte Situation ist vor allem eine seit Jahren deutlich überproportionale Ausgabenentwicklung. So stiegen die Leistungsausgaben der GKV in den Jahren 2024 und 2025 jeweils um rund 8 Prozent und übertrafen damit noch die erfreulich gute Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen, die in diesen Jahren jeweils um mehr als 5 Prozent zunahmen. Damit öffnete sich die Schere zwischen Einnahmen und Ausgaben – trotz eines erfreulichen Anstiegs der Grundlöhne – immer weiter. Genau an dieser Stelle setzt das vorgelegte Reformpaket mit der stringenten Koppelung der Ausgaben an die Einnahmen richtigerweise an.

Ohne strukturell wirksame gesetzliche Gegenmaßnahmen ist nach den Berechnungen der Bundesregierung im vorliegenden Gesetzentwurf für das Jahr 2027 bereits eine Finanzierungslücke von rund 15,3 Mrd. Euro zu erwarten. Dies entspräche einem weiteren Anstieg des durchschnittlich erforderlichen Zusatzbeitragssatzes um etwa 0,75 Prozentpunkte gegenüber dem heutigen, vom BMG bestimmten – bereits hohen – Niveau von rund 2,9 Prozent. In den Folgejahren droht ohne entschlossenes Handeln auf der Ausgabenseite eine weitere dramatische Finanzierungslücke: Bis 2030 könnte die strukturelle Deckungslücke auf bis zu 40 Mrd. Euro anwachsen. Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz würde in diesem Szenario auf rund 4,7 Prozent steigen, der Gesamtbeitragssatz zur GKV damit auf 19,3 Prozent.

Zwischenzeitlich wurde bekannt, dass das BMG auf Basis vorläufiger Datenmeldungen zur Finanzentwicklung im 1. Quartal 2026 gegenüber den diesem Gesetzentwurf zugrundeliegenden Annahmen von einer noch dynamischeren Ausgabenentwicklung ausgeht; die Leistungsausgaben je Versicherten stiegen gemäß den vorläufigen Rechnungsergebnissen (KV 45) für das 1. Quartal mit

8,1 Prozent nochmals deutlich stärker als erwartet. Zwar fällt der Anstieg der Gesamtausgaben – aufgrund des erneut sehr geringen Anstiegs der Verwaltungsausgaben der Krankenkassen um 0,3 Prozent – mit 7,8 Prozent etwas niedriger aus, liegt aber noch deutlich über der bisherigen Annahme von 6,5 Prozent für das Gesamtjahr. Laut BMG liegen die voraussichtlichen Gesamtausgaben im Jahr 2026 damit schätzungsweise rd. 3,5 Mrd. Euro oberhalb der bisherigen Erwartung. Im Ergebnis müsse die prognostizierte Deckungslücke für die Jahre ab 2027 auf rd. 18,8 Mrd. Euro angehoben werden und es seien entsprechend zusätzliche Entlastungsmaßnahmen zur Stabilisierung des durchschnittlichen ausgabendeckenden Zusatzbeitragssatzes bei 2,9 Prozent erforderlich.

Zugleich sieht der GKV-Spitzenverband relevante Risiken für die Zielerreichung der Beitragssatzstabilität im Hinblick auf die vom BMG erwarteten Finanzwirkungen einzelner ausgabenseitiger Reformmaßnahmen. Allein bei näherer Betrachtung der Reformmaßnahmen in den drei großen Ausgabenbereichen Krankenhäuser, Arzneimittel- und ambulante Versorgung gelangt der GKV-Spitzenverband in Bezug auf die Einsparwirkung zu niedrigeren Einschätzungen als der Gesetzentwurf. Auf Basis der diesseitigen fachlichen Bewertungen ergab sich für das Jahr 2027 in den genannten Bereichen bereits eine Minderwirkung von zusammen rund 1,6 Mrd. Euro. Die größten Abweichungen betreffen im stationären Sektor die Änderung des Prüfquotenregimes (–600 Mio. Euro) sowie die Einführung der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik (–230 Mio. Euro), im vertragsärztlichen Bereich die Streichung der gesonderten Vergütung für die ePA-Befüllung (–170 Mio. Euro) und die Finanzwirkung im Bereich der Verbandmittel (–180 Mio. Euro); weitere abweichende Einschätzungen des GKV-Spitzenverbandes summieren sich auf –400 Mio. Euro.

Dies alles unterstreicht, dass es im parlamentarischen Verfahren nicht darum gehen kann, bereits im Kabinett geeinte ausgabenseitige Einsparmaßnahmen abzumildern oder gar zurückzunehmen. Vielmehr bedarf es noch weiterer Anstrengungen, um das Ziel einer Stabilisierung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes tatsächlich zu erreichen.

Ein Verfehlen dieser Zielsetzung hätte erhebliche wirtschaftliche und soziale Folgen. Steigende Zusatzbeitragssätze würden die Nettoeinkommen der Versicherten spürbar mindern und zugleich die Arbeitskosten der Arbeitgeber erhöhen. Nach den bereits in den vergangenen Jahren erfolgten erheblichen Beitragssatzsteigerungen sind weitere Belastungen dieser Größenordnung nicht vertretbar.

Der Bund muss zur Ausgewogenheit der Reform beitragen

Umso dringlicher ist ein ausgewogenes Maßnahmenpaket erforderlich, das die Finanzierungsprobleme der GKV nachhaltig adressiert, die Ausgabendynamik wirksam begrenzt und hierfür die Leistungserbringenden angemessen in die Verantwortung nimmt. Dazu gehört aber auch, dass der Bund die Ausgaben der Krankenkassen für die gesundheitliche Versorgung der Grundsicherungsgeldempfänger vollständig übernimmt. Dies ist eine staatliche Aufgabe der Daseinsvorsorge und liegt somit in der Finanzierungsverantwortung des Bundes, die dieser seit Jahren zu Unrecht auf die Beitragszahlenden der GKV abwälzt.

Zwar sieht der vorliegende Regierungsentwurf einen ersten Einstieg bei der gesetzlichen Bestimmung der beitragspflichtigen Einnahmen der Bezieher von Grundsicherungsgeld vor. Demnach werden die Beitragspauschalen des Bundes für Bezieher von Grundsicherungsgeld schrittweise erhöht. Laut

Entwurf führt dies gegenüber 2026 zu aufwachsenden Beitragsmehreinnahmen von 250 Mio. Euro im Jahr 2027 bis zu 2 Mrd. Euro im Jahr 2031. Allerdings liegt die jährliche Unterdeckung der tatsächlichen Ausgaben der Krankenkassen für diesen Personenkreis deutlich höher, nach Schätzung der FinanzKommission Gesundheit bereits bei 12 Mrd. Euro im Jahr 2027.

Parallel regelt der Gesetzentwurf, dass die jährliche Beteiligung des Bundes zur Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen ab dem Jahr 2027 dauerhaft um 2 Mrd. Euro auf 12,5 Mrd. Euro gekürzt wird. Zur Begründung dieser drastischen Maßnahme zulasten der Beitragszahlenden wird auf die notwendige Konsolidierung des Bundeshaushalts verwiesen.

Das heißt: Anstatt seiner originären Finanzverantwortung für die der GKV übertragenen gesamtgesellschaftlichen Aufgaben endlich stärker nachzukommen, bleibt es im Ergebnis bei der unzureichenden Finanzierung des Bundes für die Versorgung der Grundsicherungsgeldbeziehenden und zusätzlich entlastet sich der Bund erheblich zulasten der GKV. Im Saldo liegt die Mehrbelastung der Beitragszahlenden im kommenden Jahr bei rd. 1,8 Mrd. Euro. Mit Blick auf die eigens zu ihrer Beratung eingesetzte wissenschaftliche Kommission bedeutet dies auch: Die Bundesregierung ignoriert genau die Reformempfehlungen, die die FinanzKommission Gesundheit dezidiert an den Bund adressiert hat, i. e. die vollständige Finanzierung der Beiträge von Bürgergeldbeziehenden durch den Bund (Reformempfehlung Nr. 62) und die Dynamisierung der Bundesbeteiligung (Reformempfehlung Nr. 63).

GKV-Spitzenverband begrüßt Rückkehr zu einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik

Kernstück des Regierungsentwurfs ist die Wiedereinführung einer verbindlichen einnahmenorientierten Ausgabenpolitik. Damit wird der zentrale Reformansatz des ersten Berichts der FinanzKommission Gesundheit (Reformempfehlung Nr. 1) konsequent aufgegriffen. Die Kommission hat überzeugend dargelegt, dass die Schwächung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität (§ 71 SGB V) in den vergangenen Jahren wesentlich dazu beigetragen hat, dass Vergütungen in nahezu allen Leistungsbereichen stärker gestiegen sind als die Einnahmen der GKV. Der Fokus des Gesetzentwurfs auf eine sektorübergreifende Begrenzung von Vergütungs- und Preisentwicklungen entlang der Grundlohnrate ist systemgerecht und geeignet, die strukturellen Ursachen der Finanzprobleme zu adressieren, ohne das Leistungsniveau der GKV grundsätzlich infrage zu stellen.

Positiv hervorzuheben ist insbesondere, dass der Gesetzentwurf die einnahmenorientierte Ausgabenpolitik konsequent auf alle relevanten Leistungsbereiche erstrecken will. Die vorgesehene Ausdehnung der Regelungen des § 71 SGB V ist der richtige Weg, um eine gleichmäßige und faire Lastenverteilung zwischen den Akteuren sicherzustellen. Zugleich bleiben mit dem Gesetzentwurf erhebliche Potenziale aus dem ersten Bericht der FinanzKommission Gesundheit ungenutzt.

Krankenkassen sehen sich mit in der Verantwortung

Die Krankenkassen leisten bereits im laufenden Jahr durch die mit dem Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) bestimmte Deckelung der Verwaltungsausgaben einen erheblichen Beitrag zur Ausgabenstabilisierung in Höhe von 100 Mio. Euro. Gleichwohl sehen sich die Krankenkassen in der Verantwortung, auch im Rahmen des vorliegenden Gesetzentwurfs ihren Beitrag zur finanziellen Stabilisierung der GKV-Finanzen zu leisten. Zugleich gilt, dass die ab 2027 vorgesehene

Begrenzung der Verwaltungskosten von den Krankenkassen eine erhebliche Kraftanstrengung verlangen wird, die ständig zunehmenden Aufgaben und erforderlichen Investitionen zu bewältigen. Dies gilt insbesondere für den Bereich der Digitalisierung. Allein durch die Umsetzung der europarechtlichen Vorgaben (Nationale eHealth-Kontaktstelle, @myhealth) kommen auf die GKV erhebliche Aufgaben und Kosten zu. Positiv ist in dieser Hinsicht, dass laut Regierungsentwurf dezidiert die Aufwendungen zum Schutz der kritischen Infrastruktur im Bereich Sicherheit der Informationstechnik sowie für die Durchführung der Sozialversicherungswahlen als Online-Wahl von der Begrenzung ausgenommen werden. Diese Festlegung sollte möglichst für alle Aufwendungen der politisch bzw. bereits gesetzlich vorgegebenen Digitalisierungsprozesse sowie insgesamt für die Durchführung der Sozialwahl gelten.

Priorität für Ausgabensteuerung statt zusätzlicher Belastungen

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes bedarf die im Gesetzentwurf angelegte Lastenverteilung einer Korrektur zugunsten einer konsequenteren Ausgabensteuerung. Die FinanzKommission Gesundheit hat hierfür ein breites Instrumentarium vorgelegt. Viele der insgesamt 66 Empfehlungen zielen auf den Abbau von Über- und Fehlversorgung sowie auf die Stärkung einer evidenzbasierten Versorgung und eröffnen erhebliche finanzielle Spielräume, zumeist ohne negative Auswirkungen auf Versorgungsqualität oder -zugang. Diese Maßnahmen sollten bei der weiteren Ausgestaltung des Reformpakets vorrangig berücksichtigt werden.

Auch mit einer stringenteren und konsequenteren Umsetzung der Empfehlungen der FinanzKommission Gesundheit könnten aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes weitere Belastungen der Beitragszahlenden und der Versicherten vermieden werden. Vorrangig sollte daher auf die Ausschöpfung der auf der Ausgabenseite identifizierten Steuerungs- und Effizienzpotenziale gesetzt werden. Insbesondere im Arzneimittelbereich sind Effizienzreserven konsequenter zu heben. Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung weist in seinem aktuellen Frühjahrsgutachten darauf hin, dass – neben der stationären Versorgung – insbesondere der Arzneimittelbereich für Reformen zur Ausgabensteuerung geeignet ist. Nur wenn die bestehenden Spielräume in allen Leistungsbereichen nachweislich nicht ausreichen, sollten zusätzliche Belastungen der Beitragszahlenden in Betracht gezogen werden.

Anpassungsnotwendigkeiten bei den Einzelregelungen

Vor dem Hintergrund der Vielzahl komplexer Einzelregelungen beschränkt sich der GKV-Spitzenverband an dieser Stelle auf die Benennung prioritärer Aspekte. Zugleich besteht in einzelnen Bereichen konkreter Ergänzungs- und Nachsteuerungsbedarf, um die Zielsetzung der Beitragssatzstabilisierung zu erreichen und zusätzliche Belastungen der Versicherten zu vermeiden.

Beispielhaft sind dabei insbesondere folgende Punkte von Bedeutung:

- **Arzneimittel, Verbandmittel, Impfstoffe, pharmazeutische Dienstleistungen:** Der Gesetzentwurf enthält wichtige Ansatzpunkte zur Dämpfung der Ausgabendynamik im Arzneimittelbereich, bleibt aber hinter dem von der FinanzKommission Gesundheit identifizierten Einsparpotenzial zurück. Insbesondere bleiben einzelne empfohlene Maßnahmen unberücksichtigt oder werden nur abgeschwächt umgesetzt. In der Folge werden Ausgaben nicht konsequent begrenzt. Dringender Korrekturbedarf ergibt sich bei der Umsetzung preissteuernder Instrumente sowie bei Steuerungsmechanismen. Unter anderem werden bestehende ausgabensteuernde Instrumente zugunsten der Industrie gestrichen (AMNOG-Leitplanken und Kombinationsabschlag). Bei Verbandmitteln besteht dringender Korrekturbedarf, um die Ausgabendynamik wirksam zu begrenzen, dem Qualitätsgebot des SGB V gerecht zu werden und Fehlanreize zu vermeiden. Die vorgesehenen Regelungen würden mit den damit einhergehenden Mehrausgaben die Zielsetzung gänzlich konterkarieren. Für Impfstoffe bedarf es wirksamer Regelungen, um den erheblichen Ausgabenanstieg in diesem Segment zu dämpfen. Überfällig ist zudem die Rückführung nicht genutzter Mittel für pharmazeutische Dienstleistungen.
- **Vergütung der Krankenhäuser:** Die Regelung der zusätzlichen Tarifrefinanzierung im Krankenhausbereich sollte, auch wenn sie im vorliegenden Gesetzentwurf nunmehr hälftig angelegt ist, mit Wirkung ab dem Jahr 2026 – wie von der FinanzKommission Gesundheit vorgeschlagen (Reformempfehlung Nr. 26) vollständig gestrichen werden. Auch bei der Weiterentwicklung der Pflegebudgets sollte der Vorschlag der FinanzKommission Gesundheit (Reformempfehlung Nr. 27) aufgegriffen werden. Die Kommission schlägt eine Integration der Pflegepersonalkosten in das DRG-System vor, um die Ausgaben im Pflegebereich zu begrenzen und gleichzeitig den Leistungsbezug zu stärken; dabei sollen die vorgesehenen Mittel für Pflegekosten an einen verbindlichen Verwendungsnachweis geknüpft werden.
- **Abrechnungsprüfung im Krankenhausbereich:** Der mit dem Gesetzentwurf vorliegende Vorschlag greift zwar wichtige Aspekte auf, schöpft jedoch das Potenzial der Empfehlungen der FinanzKommission Gesundheit noch nicht vollständig aus. Der GKV-Spitzenverband plädiert daher dafür, den Ansatz der FinanzKommission zur Streichung der Prüfquoten (Reformempfehlung Nr. 29) konsequent umzusetzen. Hierdurch ließen sich kurzfristig Einsparungen in Höhe von über 1,4 Mrd. Euro realisieren und die Abrechnungsqualität nachhaltig steigern.
- **Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus (NUB):** Die FinanzKommission Gesundheit empfiehlt, NUB künftig gezielt in Innovationszentren zu erproben. Zugleich sollen Entscheidungen über das Vorliegen eines Potenzials einer erforderlichen Behandlungsalternative ausschließlich durch den Gemeinsamen Bundesausschuss getroffen werden (Reformempfehlung Nr. 31). Eine Umsetzung dieser Empfehlungen fehlt im Regierungsentwurf bislang und sollte im weiteren Gesetzgebungsverfahren unbedingt ergänzt werden, da es sich um eine Empfehlung handelt, die nicht nur Einsparungen ermöglicht, sondern gleichzeitig die Versorgung verbessert.
- **Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA):** Die FinanzKommission Gesundheit empfiehlt unter anderem eine stärkere Ausrichtung auf nachgewiesenen Nutzen und eine wirtschaftliche Preisbildung (Reformempfehlung Nr. 48). Soweit Höchstbeträge weiterhin auf Herstellerpreisen basieren, entfalten sie keine Finanzwirksamkeit. Hier besteht Nachsteuerungsbedarf.

- **Weiterer ergänzender Änderungsbedarf:** Zur Hebung weiterer Effizienzreserven besteht ergänzend Änderungsbedarf bei einzelnen Vergütungsregelungen. Dies betrifft unter anderem die Ermöglichung von Ausschreibungen im Hilfsmittelbereich sowie von apothekenbezogenen Ausschreibungen zur Verbesserung von Effizienz und Qualität der Versorgung („Zytostatika-Ausschreibungen"), die Anpassung der Bewertung von Katarakt-Operationen, die Streichung pauschaler Förderinstrumente in der fachärztlichen Grundversorgung sowie den Wegfall gesonderter Hygienezuschläge, deren Steuerungs- und Finanzwirksamkeit nicht mehr gegeben ist.

Strukturreformen und Stärkung der Prävention als weitere wichtige Aufgaben

Über die im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vorgesehenen Maßnahmen hinaus bedarf es nachfolgend grundlegender Strukturreformen zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung. Dabei müssen Gesundheitsförderung und Prävention – wie von der FinanzKommission Gesundheit für ihren zweiten Bericht angekündigt – eine wichtige Rolle spielen, sodass sie nicht nur im Regelungsbereich des SGB V, sondern in allen gesellschaftlichen Bereichen einen deutlich höheren Stellenwert bekommen. Es bedarf insgesamt umfassender Präventionsbemühungen, die gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen schaffen und einen gesundheitsförderlichen Lebensstil erleichtern. Hierzu hat der GKV-Spitzenverband in seinem Positionspapier „Gesundheitsförderung und Prävention gesamtgesellschaftlich stärken" konkrete Vorschläge gemacht.

Bereits in ihrem ersten Bericht hat die FinanzKommission Gesundheit Vorschläge zur kurzfristigen Stärkung der Prävention unterbreitet, die die Besteuerung beziehungsweise Höherbesteuerung von zuckerhaltigen Erfrischungsgetränken, Tabak und Spirituosen betreffen und in gesonderten Gesetzgebungsverfahren aufgegriffen werden sollen. Hinsichtlich der im vorliegenden Regierungsentwurf angekündigten Einführung einer Abgabe auf zuckergesüßte Getränke ab dem Jahr 2028 begrüßt es der GKV-Spitzenverband ausdrücklich, dass das erwartete Aufkommen der gesetzlichen Krankenversicherung und insbesondere primärpräventiven Angeboten zugutekommen soll. Vor dem Hintergrund der erheblichen finanziellen Belastungen der gesetzlichen Krankenversicherung durch Tabak- und Alkoholkonsum ist es inhaltlich sachgerecht, auch die zusätzlichen Einnahmen durch die Erhöhung der Tabak- und Alkoholsteuern dem Gesundheitsfonds zufließen zu lassen.

Zu den einzelnen Änderungsvorschriften nimmt der GKV-Spitzenverband wie folgt im Detail Stellung.

II. Stellungnahme

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 – § 2 Absatz 1 (Leistungen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 2 Absatz 1 soll der Satz, dass Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen nicht ausgeschlossen sind, gestrichen werden.

B) Stellungnahme

Die Streichung von Leistungen ohne belegte wissenschaftliche Evidenz ist im Kontext zu den in der GKV geltenden Maßstäben konsistent.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2 – § 3 (Solidarische Finanzierung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im ersten Kapitel des Fünften Buches (Allgemeine Vorschriften) wird der Grundsatz, dass in der gesetzlichen Krankenversicherung für versicherte Familienangehörige keine Beiträge erhoben werden, an die vorgesehene Erhebung eines Beitragszuschlags für familienversicherte Ehepartner angepasst.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur neu eingeführten Erhebung eines Beitragszuschlags für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner nach § 242b. Es wird auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 63 (§ 242b -neu-) verwiesen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 – § 4 Absatz 5 (Krankenkassen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen dürfen ab dem Jahr 2027 gegenüber dem Vorjahr maximal entsprechend der Entwicklung der durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 je Versicherten steigen. Die Vorgabe gilt gleichermaßen für personelle wie sächliche Verwaltungskosten. Von der Begrenzung ausgenommen sind die Aufwendungen zum Schutz der kritischen Infrastruktur im Bereich Sicherheit der Informationstechnik sowie für die Durchführung der Sozialversicherungswahlen als Online-Wahl.

B) Stellungnahme

Grundsätzlich gilt, dass die Einbeziehung der Krankenkassen in die Maßnahmen zur Begrenzung des Ausgabenanstiegs im Wege der Begrenzung der Verwaltungsausgaben nachvollziehbar ist.

Zugleich ist festzustellen ist, dass die Krankenkassen bereits im laufenden Jahr einen erheblichen Beitrag zur Stabilisierung der Finanzlage leisten. Denn mit der Neufassung des § 4 Absatz 5 durch das Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege wurde geregelt, dass sich die sächlichen Verwaltungsausgaben der Krankenkassen im Jahr 2026 nicht um mehr als 8 Prozent gegenüber dem Jahr 2024 erhöhen dürfen. Das hierdurch gehobene Einsparvolumen der Krankenkassen beträgt 100 Mio. Euro. Zudem gilt, dass die Verwaltungskosten nicht ursächlich für die erhebliche Ausgabendynamik in der Krankenversicherung sind, denn das langfristige Wachstum der Verwaltungskosten liegt deutlich unter der Entwicklung der Leistungsausgaben; zwischen 2014 und 2024 stiegen die Leistungsausgaben der GKV um 61 Prozent, während die Verwaltungskosten um 26 Prozent zunahmen.

Gleichwohl ist eine Anbindung der Verwaltungskostenentwicklung an die Entwicklung der Grundlohnrate (oder an der zu Artikel 1 Nummer 25 vorgeschlagenen Gesamtveränderungsrate der Zuweisungen) als Obergrenze im Rahmen der einkommensorientierten Ausgabenpolitik nicht in Frage zu stellen. Es ist sachgerecht, dass diese auf die Verwaltungskosten insgesamt Anwendung finden soll und nicht jeweils separat für die persönlichen und sächlichen Verwaltungskosten.

Positiv ist, dass die Aufwendungen zum Schutz der kritischen Infrastruktur im Bereich Sicherheit der Informationstechnik sowie für die Durchführung der Sozialversicherungswahlen als Online-Wahl von der Begrenzung ausgenommen werden.

Die erheblichen Aufwände zur Sicherstellung der Informations- und Cybersicherheit sowie der Resilienz kritischer Anlagen dienen der Umsetzung wichtiger gesetzlicher Vorgaben und sind dringend erforderlich, um die Kontinuität versorgungsrelevanter kritischer Prozesse auch in Ausnahmesituationen, etwa in Katastrophen- oder Pandemiesituationen, aufrechterhalten zu können. Der Gesetzgeber sollte darüber hinaus den Ausnahmebereich um sämtliche Aufwendungen der Krankenkassen für die Digitalisierung der Verwaltungsprozesse erweitern. Hierzu zählen u. a. die Aufwendungen zur Umsetzung des angestrebten Cloud-Einsatzes im Gesundheitswesen (§ 393 SGB V) sowie zur Umsetzung des Online-Zugangsgesetzes (OZG). Die politisch bzw. dezidiert gesetzlich

geforderten Digitalisierungsprozesse und die Bereitstellung digitaler und barrierefreier Zugänge für Versicherte dürfen nicht durch einen Verwaltungskostendeckel ausgebremst werden.

Neben den Aufwendungen für die Einführung und Sicherstellung der Online-Wahloption bei den Sozialversicherungswahlen sollten – wie es der Gesetzgeber auch mit der Regelung in § 4 Absatz 5 für das Jahr 2023 bestimmt hatte – sämtliche Aufwendungen, die den Krankenkassen mit der Durchführung der Sozialversicherungswahlen entstehen, von der Begrenzung der Verwaltungskosten ausgenommen werden. Die alle sechs Jahre stattfindenden Sozialwahlen sind von herausragender Bedeutung für die soziale Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Ergänzend wird vorgeschlagen auch diejenigen Aufwendungen, die für die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach § 197a SGB V sowie solche, die im Zuge von freiwilligen Vereinigungen von Krankenkassen anfallen, von der Deckelung auszunehmen. Die Aufwände der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen dienen explizit dem Zweck, Vermögensschäden infolge von Abrechnungsbetrug und Korruption zu verhindern und zugleich präventiv die Effizienz der Gesundheitsversorgung und den sachgerechten Einsatz von Finanzmitteln zu fördern.

Freiwillige Vereinigungen von Krankenkassen erfolgen, wenn sich Krankenkassen hierdurch im Wettbewerb effizienter aufstellen können. Eine systemstabilisierende Rolle spielt außerdem die Rettung einer mangels dauerhafter Leistungsfähigkeit von Schließung oder Insolvenz bedrohten Krankenkasse durch freiwillige Vereinigung mit einer leistungsfähigen Krankenkasse. Diese darf nicht durch eine Verwaltungskostendeckelung verhindert werden. Die Vereinigung zweier Körperschaften ist ein komplexer Prozess, der Investitionen erfordert, bevor Effizienzpotentiale gehoben werden können. Deshalb sollten die Beschränkungen für die Verwaltungskosten vorübergehend nicht für Kosten im Zusammenhang mit der Vereinigung von Krankenkassen gelten. Diese Ausnahme sollte im Zeitraum eines Jahres vor bzw. in den zwei Jahren nach der Vereinigung gelten.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nummer 3 wird § 4 Absatz 5 wie folgt gefasst (Ergänzungen in Fettdruck):

„(5) Die Verwaltungsausgaben einer Krankenkasse dürfen sich ab dem Haushaltsjahr 2027 gegenüber dem vorausgegangenen Haushaltsjahr jeweils nur nach Maßgabe der Entwicklung der durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 je Versicherten erhöhen. Die Begrenzung nach Satz 1 gilt nicht für Aufwendungen zum Schutz der kritischen Infrastruktur im Bereich Sicherheit der Informationstechnik**, für sämtliche Aufwendungen zur Digitalisierung der Verwaltungsprozesse** sowie für Aufwendungen, die für die Durchführung der Sozialversicherungswahlen **einschließlich der Durchführung** als Online-Wahl entstehen**, für die Aufwendungen der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach § 197a sowie im Zeitraum eines Jahres vor bzw. in den zwei Jahren nach der freiwilligen Vereinigung von Krankenkassen**."

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 – § 4a (Wettbewerb der Krankenkassen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung wird eine gesetzliche Obergrenze für die Ausgaben der Krankenkassen für allgemeine Werbemaßnahmen eingeführt. Die Ausgaben dürfen demnach im jeweiligen Haushaltsjahr 0,075 Prozent der monatlichen Bezugsgröße gemäß § 18 Absatz 1 SGB IV je Mitglied nicht überschreiten. Der Berechnung ist die Mitgliederzahl des betreffenden Haushaltsjahres zugrunde zu legen. Bisher gilt nach den für ein einheitliches Handeln der Aufsichtsbehörden geschaffenen Wettbewerbsgrundsätzen eine Obergrenze von 0,15 Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV je Mitglied (Randziffer 17). Mit der gesetzlichen Regelung wird insoweit der bislang zulässige Finanzrahmen für Werbemaßnahmen halbiert.

Laut Gesetzesbegründung werden diejenigen Ausgaben berücksichtigt, die in den Rechnungsergebnissen der Krankenkassen unter den Konten 7004, 7050, 7051, 7108, 7133, 7134, 7135 und 7326 zu erfassen sind, mithin auch erstmals Aufwandsentschädigungen für externe gewerblich vermittelnd tätige Dritte, etwa Finanzdienstleister.

B) Stellungnahme

Spätestens seit Einführung des allgemeinen Krankenkassenwahlrechts durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) im Jahr 1996 ist der Wettbewerb ein prägendes Strukturprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung. Wettbewerb dient als Steuerungsinstrument dem Ziel, Qualität, Wirtschaftlichkeit und Dienstleistungsorientierung in der Gesundheitsversorgung zu verbessern. Wettbewerb in der GKV findet auf drei Ebenen statt, dem Wettbewerb der Krankenkassen um Versicherte (Mitgliederwettbewerb), dem Wettbewerb der Leistungserbringenden um Patientinnen und Patienten sowie dem Wettbewerb zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringenden um die Leistungsverträge (Vertragswettbewerb).

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist Wettbewerb ein entscheidendes Instrument zur Sicherstellung eines wirtschaftlichen und sparsamen Umgangs mit knappen Ressourcen. In diesem Sinne ist es Aufgabe einer verantwortungsvollen Gesundheitspolitik, die wettbewerbliche Struktur in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erhalten bzw. in geeigneter Weise zu stärken.

Im Rahmen des Mitgliederwettbewerbs der Krankenkassen sind Marketing- und Werbemaßnahmen nicht nur gesetzlich zulässig (§ 4a Absatz 3 Satz 1 SGB V), sondern für die einzelne Krankenkasse systemimmanent erforderlich. Dass die wettbewerblichen Maßnahmen mit Blick auf die Beitragsfinanzierung sowie den sozialen Auftrag der Krankenkassen angemessen sein müssen (§ 4a Absatz 1 Satz 2), dabei zugleich die sachbezogene Information im Vordergrund stehen muss (Absatz 3 Satz 2), wird von den Krankenkassen anerkannt und beachtet.

Im Jahr 2024 lag die Obergrenze für Werbemaßnahmen bei (3.535 Euro * 0,0015 =) 5,30 Euro je Mitglied, für 2026 beträgt sie (3.955 Euro * 0,0015 =) 5,93 Euro je Mitglied. Nach den neuesten vorliegenden endgültigen Rechnungsergebnissen (BMG, KJ 1) für das Jahr 2024 lagen die tatsächlichen Ausgaben der Krankenkassen mit 3,91 Euro je Mitglied deutlich unter dem zulässigen Grenzwert. Auch

eine Auswertung des BAS für die Jahre 2010 bis 2016 ergab, dass die zulässigen Werbebudgets in keinem der Jahre ausgeschöpft wurden (BAS, Sonderbericht zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, 2018, S. 26). In seinem Bericht stellt das BAS zurecht fest, dass die Betrachtung der Ausgabenentwicklung für Werbung zudem keine Rückschlüsse auf die tatsächlichen „Kosten des Wettbewerbs“ zulässt, da der volkswirtschaftliche Nutzen des Wettbewerbs gerade darin liege, dass dieser Druck auf Preise und Beiträge ausübt, der ohne die rivalisierenden Bemühungen der Krankenkassen um Mitglieder nicht entstanden wäre. In diesem Sinne votiert der GKV-Spitzenverband dafür, von Einschränkungen der ohnehin streng regulierten Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen im Mitgliederwettbewerb Abstand zu nehmen. Der Entlastungsbeitrag würde angesichts der regelmäßig deutlich nicht gegebenen Ausschöpfung des bislang zulässigen Grenzwertes einen eher symbolischen Beitrag zur Finanzierungsbeteiligung der Krankenkassen an den Sparmaßnahmen darstellen. Die Regelung erscheint – nicht zuletzt mit Blick auf die in Artikel 1 Nummer 3 ohnehin vorgesehene Begrenzung der Verwaltungsausgaben – verzichtbar.

Wird gleichwohl an der Neuregelung festgehalten, wird entsprechend der Positionierung des GKV-Spitzenverbandes vom 15.01.2021 zum Referentenentwurf einer Krankenkassen-Werbemaßnahmen-Verordnung im Sinne der Vermeidung einer möglichen Ungleichbehandlung unterschiedlicher Vertriebswege von Krankenkassen vorgeschlagen, an der in den geltenden Wettbewerbsgrundsätzen der Aufsichtsbehörden verankerten Regelung, wonach Aufwandsentschädigungen für extern gewerblich vermittelnd tätige Dritte bei der Berechnung der Werbemaßnahmenbudgets ausgenommen werden, festzuhalten. In diesem Fall wäre dies in der Gesetzesbegründung zur Änderung des § 4a klarzustellen.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 4 kann gestrichen werden.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5 – § 6 (Versicherungsfreiheit)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass die jährliche Jahresarbeitsentgeltgrenze nach Absatz 6, deren Übersteigen für Beschäftigte zur Versicherungsfreiheit führt, ab dem Jahr 2027 außerordentlich um 3.600 Euro angehoben wird. Die Anhebung erfolgt zusätzlich zur jährlichen Anpassung nach § 6 Absatz 6 Satz 2 – 4 entsprechend der allgemeinen Entwicklung der Bruttoarbeitsentgelte.

Für Beschäftigte, die vor dem Inkrafttreten dieser Regelung wegen Überschreitens der bisherigen Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei und in einer substitutiven Krankenversicherung privat krankenversichert waren, wird aus Gründen des Bestands- und Vertrauensschutzes eine Ausnahmereglung geschaffen (Absatz 8).

B) Stellungnahme

Die außerordentliche Anhebung der Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAE) ab dem Jahr 2027 folgt der mit Artikel 1 Nummer 63 beabsichtigten außerordentlichen Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze (BBG). Dies entspricht vom Grundsatz her der jährlich stattfindenden Anpassung sowohl der BBG als auch der JAE, mit dem Unterschied, dass hier nun beide Jahreswerte zusätzlich um einen absolut gleichen Betrag von 3.600 Euro angehoben werden sollen, während die regelhafte Anpassung über die festgestellte Veränderungsrate der Bruttoarbeitsentgelte erfolgt. Mit einer außerordentlichen Anhebung um 5,16 Prozent (entsprechend dem Anteil von 3.600 Euro an der BBG 2026) wird die übliche Vorgehensweise einer gleichen prozentualen Veränderung für eine Anpassung der BBG und JAE umgesetzt.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nummer 5 Buchstabe b) wird Absatz 6 Satz 4 (neu) wie folgt gefasst:

„Die nach Satz 1 bis 3 für das Jahr 2027 ermittelte Jahresarbeitsentgeltgrenze wird im Jahr 2027 zusätzlich um 5,16 % erhöht.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6 – § 8 (Befreiung von der Versicherungspflicht)

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Folge der in Artikel 1 Nummer 5 vorgesehenen Einfügung einer weiteren Jahresarbeitsentgeltgrenze in § 6 Absatz 8 wird für die hiervon umfassten Personen ein Befreiungsrecht von der Versicherungspflicht vorgesehen, wenn sie aufgrund der Änderung der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Absatz 8 versicherungspflichtig werden.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neuregelung in Artikel 1 Nummer 5 (§ 6). Insoweit wird auf die Stellungnahme zur vorhergehenden Nummer 5 verwiesen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7 – § 10 Absatz 6 (Familienversicherung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Bestimmung zu den Meldepflichten des Mitglieds im Rahmen der Familienversicherung wird an die vorgesehene Erhebung eines Beitragszuschlags für familienversicherte Ehepartner angepasst.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur neu eingeführten Erhebung eines Beitragszuschlags für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner nach § 242b. Es wird auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 63 (§ 242b -neu-) verwiesen.

Die Prüfung zur Feststellung der Voraussetzungen, ob für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner ein Beitragszuschlag zu erheben ist oder einer der Ausnahmetatbestände des § 242b Absatz 1 Satz 2 SGB V erfüllt ist, soll in die etablierten Prozesse der regelmäßigen Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen für die Familienversicherung eingebettet werden. Die auf der Grundlage des § 10 Absatz 6 SGB V beschlossenen einheitlichen Grundsätze zum Meldeverfahren bei Durchführung der Familienversicherung (Fami-Meldegrundsätze) müssen daher entsprechend ergänzt werden. Im Hinblick darauf, dass die Regelungen zum Beitragszuschlag für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner zum 1. Januar 2028 in Kraft treten und die beitragsabführenden Stellen, die den Beitragszuschlag einzubehalten und zu zahlen haben, zeitnah zum Inkrafttreten von den Krankenkassen über die Einbehaltungs- und Zahlungspflicht in Kenntnis gesetzt werden müssen, vor allem, um Beitragsnacherhebungen für größere Zeiträume zu vermeiden, muss die Feststellung der Voraussetzungen der Beitragszuschlagspflicht schon vor dem 1. Januar 2028 möglich sein. Dies betrifft insbesondere die (Familien-)Versicherungsverhältnisse, die bereits im Versichertenbestand der Krankenkasse geführt und über den 31. Dezember 2027 hinaus weiter bestehen werden (Bestandsversicherte). Es bedarf daher eines früheren Inkrafttretens der Regelung des § 10 Absatz 6 SGB V, die dem GKV-Spitzenverband ermöglicht, die Fami-Meldegrundsätze bereits vor dem 1. Januar 2028 zur Feststellung der Voraussetzungen, ob für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner ein Beitragszuschlag zu erheben ist oder einer der Ausnahmetatbestände des § 242b Absatz 1 Satz 2 SGB V erfüllt ist, anzupassen.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 8 (Inkrafttreten) Absatz 3 ist in der Aufzählung der Regelungen, die zum 1. Januar 2028 in Kraft treten sollen, die Regelung des Artikels 1 Nummer 7 zu streichen. Infolgedessen würde die Regelung am Tag nach der Verkündung in Kraft treten und für die Umsetzung der fachlichen und technischen Voraussetzungen zur Prüfung der Beitragszuschlagspflicht eine Vorlaufzeit ermöglichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8 – § 11 Absatz 6 (Leistungsarten)

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 11 Absatz 6 soll ergänzt werden, dass homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sowie homöopathische und anthroposophische Leistungen als zusätzliche Satzungsleistungen im Sinne dieses Absatzes ausgeschlossen sind.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Streichung der Möglichkeit, homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sowie homöopathische und anthroposophische Leistungen als zusätzliche Satzungsleistungen vorzusehen, deckt sich mit den ansonsten üblichen Regularien im Bereich der GKV. Demnach können Leistungen bei fehlender wissenschaftlicher Evidenz grundsätzlich nicht übernommen werden.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9 – § 25 Absatz 4 (Gesundheitsuntersuchungen und Hautkrebsscreening)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 25 Absatz 4 Satz 6 wird ein Satz eingefügt, der den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragt, auf der Grundlage des aktuellen Stands der medizinischen Erkenntnisse die Inhalte und die Frequenz der Gesundheitsuntersuchungen und des Hautkrebsscreenings zu überprüfen.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung wird grundsätzlich begrüßt. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollten Früherkennungsuntersuchungen nur auf Basis verlässlicher Evidenz eingeführt und regelmäßig auf Aktualität geprüft werden. Darüber hinaus sehen wir ergänzenden Änderungsbedarf, um die stringente Umsetzung dieses Ziels durch den Gemeinsamen Bundesausschuss zu ermöglichen:

Zum Zwecke der Evaluation der Früherkennungsuntersuchungen wird zusätzlich vorgeschlagen, eine Änderung in § 25 aufzunehmen, die eine datenschutzrechtliche Voraussetzung für die Verarbeitung personenbezogener Daten für die Qualitätssicherung und den Datenabgleich mit den Krebsregistern regelt. Auch für Untersuchungen nach den Absätzen 1 und 2 kann eine Verarbeitung personenbezogener Daten erforderlich sein. Hier ist insbesondere die neu eingeführte Lungenkrebsfrüherkennung zu nennen. Die Nutzenbewertung hat gezeigt, dass für diese Früherkennung ein Schaden durch falsch-positive Screeningbefunde zu erwarten ist. Für die Bewertung dieses Parameters ist beispielsweise eine personenbezogene Zusammenführung von Daten aus dem Screening und der Abklärungsuntersuchung erforderlich.

Des Weiteren bildet das 9-Stimmen-Quorum für Beschlüsse des G-BA zu Leistungsausschlüssen eine sehr hohe und sachlich nicht begründete Hürde für eine Bereinigung des Leistungskatalogs entsprechend der medizinisch-wissenschaftlichen Datenlage. Zur Erleichterung einer stringenten evidenzbasierten Beschlussfassung sollte das 9-Stimmen-Quorum gestrichen und damit die Handlungsfähigkeit des G-BA gestärkt werden.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nummer 9 werden ergänzend folgende weitere Änderungen vorgenommen:

In § 25 Absatz 3 werden nach Satz 2 folgende Sätze eingefügt:

„**Die Untersuchungen nach den Absätzen 1 und 2 beinhalten auch die systematische Erfassung, Überwachung und Verbesserung der Qualität dieser Untersuchungen. Die nach Absatz 4 Satz 3 in den Richtlinien bestimmten Stellen sind befugt, die für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben erforderlichen und in den Richtlinien aufgeführten Daten nach den dort genannten Vorgaben zu verarbeiten.**“

In § 25 Absatz 4 werden nach Satz 2 folgende Sätze eingefügt:

„**Für die Datenverarbeitungen zum Zwecke der Qualitätssicherung nach Absatz 3 Satz 3 und 4 gilt § 299, sofern die versicherte Person nicht schriftlich oder elektronisch widersprochen hat. Ein Abgleich der Daten, die nach § 299 zum Zwecke der Qualitätssicherung an eine vom Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmte Stelle übermittelt werden, mit Daten der epidemiologischen oder klinischen Krebsregister ist unter Verwendung eines aus dem unveränderbaren Teil der Krankenversichertennummer des Versicherten abgeleiteten Pseudonyms zulässig, sofern der Versicherte nicht schriftlich oder elektronisch widersprochen hat. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in den Richtlinien fest, welche Daten für den Abgleich zwischen den von ihm bestimmten Stellen und den epidemiologischen oder klinischen Krebsregistern übermittelt werden sollen. Das Nähere zur technischen Umsetzung des Abgleichs nach Satz 4 vereinbaren der Gemeinsame Bundesausschuss und die von den Ländern zur Durchführung des Abgleichs bestimmten Krebsregister. Die epidemiologischen oder klinischen Krebsregister übermitteln anschließend regelmäßig ausschließlich zum Zweck des Abgleichs der Daten nach Satz 4 die vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Daten zusammen mit dem Pseudonym nach Satz 4 an die Vertrauensstelle nach § 299 Absatz 2 Satz 5.**“

Zudem wird in § 91 Absatz 7 SGB V der Satz 3 gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10 – § 27b (Zweitmeinung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der § 27b wird um einen neuen Absatz (Absatz 3 n. F.) ergänzt. Dieser sieht vor, dass der G-BA aus den zur Zweitmeinung ausgewählten Eingriffen solche bestimmt, für die eine Erbringung zu Lasten der GKV daran gebunden ist, dass dem Arzt oder der Einrichtung, die den Eingriff durchzuführen beabsichtigt, zuvor ein Nachweis über eine eingeholte Zweitmeinung vorliegt. Der G-BA soll ab dem 1. Januar 2027 jährlich mindestens einen solchen Eingriff bestimmen, erstmals bis zum 31. März 2027. Er soll ebenfalls das Nachweisverfahren für das Vorliegen der Voraussetzungen bestimmen. Der oder die die Indikation zu einem Eingriff Stellende hat Informationen des IQWiG, die der Gemeinsame Bundesausschuss hierfür bestimmt hat, dem Versicherten in Textform auszuhändigen.

B) Stellungnahme

Dass die Versicherten einschlägige evidenzbasierte Informationen und Entscheidungshilfen des IQWiG bereits bei der Indikationsstellung verpflichtend erhalten sollen wird begrüßt. Dies kann zur Verbesserung der Entscheidungsqualität beitragen.

Die Schaffung der Möglichkeit, Empfehlungen bzw. Indikationsstellungen, bei denen die Gefahr einer Indikationsausweitung besteht, obligatorisch besonders zu prüfen sowie die Einholung einer entsprechenden Zweitmeinung zur Abrechnungsvoraussetzung zu machen, wird grundsätzlich begrüßt.

Wie lange bekannt und durch die FinanzKommission Gesundheit in ihrer Reformempfehlung Nr. 32 dargestellt, liegen die Eingriffszahlen in Deutschland weit über denen vergleichbarer Länder, ohne dass bessere Versorgungsergebnisse erkennbar wären. Die bisherige Zweitmeinung war schon aufgrund der geringen Nutzung weitgehend wirkungslos, sodass eine obligatorische Zweitmeinung hier ggf. Verbesserungen bringen kann. Allerdings hat auch die FinanzKommission zu Recht auf Unsicherheiten über die Effektivität der Zweitmeinung generell hingewiesen.

Die hohe Zahl von Eingriffen ist nicht allein durch die Präferenzen der Versicherten erklärbar. Hierfür sind auch andere, von den Leistungserbringenden zu vertretende Ursachen anzunehmen. Es erscheint daher sachgerecht, nicht nur den Versicherten, die eine Zweitmeinung nunmehr bei bestimmten Eingriffen einholen müssen, sondern auch den Leistungserbringenden einen Beitrag zur Verbesserung der Indikationsstellung abzuverlangen. Daher wird ergänzend vorgeschlagen, dass diejenigen, die einen Eingriff empfehlen bzw. die Indikation stellen, dies nach evidenzbasierten und bedarfsorientieren Kriterien begründen müssen, für die der G-BA auf der Grundlage des allgemein anerkannten medizinischen Wissenstandes entsprechende Vorgaben konkretisiert. Auch die FinanzKommission hatte die Erarbeitung solcher Kriterien empfohlen. Ihre Nutzung zur Information der Versicherten ist daher folgerichtig.

Durch die vorgeschlagene Ergänzung kann auch die Wirksamkeit der Zweitmeinung gesteigert werden, die ansonsten auch bei verpflichtender Einholung unsicher ist. Zwar wird eine unmittelbare wirtschaftliche Abhängigkeit der Indikationsstellenden von den Zweitmeinenden vermieden. Sie unterliegen jedoch häufig denselben strukturellen Voraussetzungen, die zu hohen Eingriffszahlen

führen. Daher kann eine evidenzbasierte Begründung generell bereits bei der Indikationsstellung und auch bei obligatorischer Zweitmeinung dazu beitragen, das Ziel der Regelung in höherem Maße zu erreichen. Insbesondere ist zu erwarten, dass der Beitrag zur finanziellen Entlastung höher ausfällt, wenn auf der Grundlage vorliegender Studien und Evidenzbewertungen zum bedarfsgerechten Einsatz eine höhere Zahl von nicht notwendigen Eingriffen vermieden werden kann als bei einer zunächst nur auf wenige Eingriffe bezogenen verpflichtend einzuholenden Zweitmeinung.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 10 wird wie folgt geändert:

Nach § 27b Absatz 2 wird ein neuer Absatz 2a ergänzt:

„(2a) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt eingriffsspezifische Kriterien zur Indikationsstellung für die nach Absatz 2 ausgewählten Eingriffe auf der Grundlage des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse."

In Absatz 6 wird Satz 1 wie folgt ergänzt:

„(6) Der Arzt, der die Indikation für einen Eingriff nach Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1 stellt, **hat diese Indikation in Bezug auf die Kriterien gemäß Absatz 2a zu begründen und die Begründung in Textform auszuhändigen, sofern der Gemeinsame Bundesausschuss solche Kriterien bestimmt hat. Er** muss den Versicherten über das Recht, eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung einholen zu können, aufklären und ihn auf die Informationsangebote über geeignete Leistungserbringer nach Absatz 5 hinweisen. Bei Eingriffen, die von Absatz 3 Satz 2 erfasst werden, muss der Arzt den Versicherten auf die Folgen einer ausbleibenden Einholung einer Zweitmeinung hinweisen. Die Aufklärung muss mündlich erfolgen; ergänzend hat der Arzt die Informationen, die das Institut nach § 139a zum Zweck der Versicherteninformation zu dem Eingriff und Behandlungsalternativen bereitstellt und die der Gemeinsame Bundesausschuss hierfür bestimmt hat, dem Versicherten in Textform auszuhändigen."

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11 – § 28 Absatz 2 und Absatz 2a (Ärztliche und zahnärztliche Behandlung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die vorgeschlagene Anpassung von § 28 Abs. 2 SGB V dürfen kieferorthopädische Behandlungen ab Inkrafttreten des Gesetzes nur noch von Fachzahnärzten und Fachzahnärztinnen für Kieferorthopädie durchgeführt werden. Es wird eine Übergangsregelung für vor Inkrafttreten begonnenen Behandlungen vorgesehen.

Begründet wird diese Regelung mit einer höheren Qualität der Behandlung durch Fachzahnärzte und Fachzahnärztinnen für Kieferorthopädie.

B) Stellungnahme

Das Ziel, das hohe Qualitätsniveau der kieferorthopädischen Behandlung dauerhaft zu sichern, wird ausdrücklich geteilt. Im weiteren Gesetzgebungsverfahren sollte jedoch berücksichtigt werden, dass die geplante kurzfristige Umsetzung der Maßnahme auf eine regional unterschiedliche Verfügbarkeit von Fachzahnärzten und Fachzahnärztinnen für Kieferorthopädie trifft. Die vorgesehene Beschränkung könnte zumindest vorübergehend regional unterschiedliche Auswirkungen auf die Versorgung haben. In einzelnen Regionen könnte es zu Herausforderungen bei der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung kommen.

Vor diesem Hintergrund erscheint es sachgerecht, Bedingungen und Qualifikationsvoraussetzungen festzulegen, unter denen zukünftig Zahnärzte und Zahnärztinnen, die keine Anerkennung zum Fachzahnarzt für Kieferorthopädie besitzen, kieferorthopädische Leistungen zu Lasten der GKV erbringen dürfen. Die Selbstverwaltung sollte mit der Festlegung dieser Ausnahmebedingungen beauftragt werden.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nummer 11 wird Buchstabe b) wie folgt gefasst und ein Buchstabe c) ergänzt (Änderungen in Fettdruck):

b) Nach Absatz 2 wird der folgende Absatz 2a eingefügt:

> „(2a) Auf eine **bis zum 31.12.2026 ~~vor dem Ablauf des … [einsetzen: Datum der Verkündung dieses Gesetzes]~~** bereits begonnene kieferorthopädische Behandlung ist § 28 Absatz 2 Satz 6 in der am … [einsetzen: Datum der Verkündung dieses Gesetzes] geltenden Fassung weiter anzuwenden."

c) Nach Absatz 2a wird der folgende Absatz 2b eingefügt:

> „**(2b) Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte bis spätestens zum 31. Dezember 2026 die Bedingungen und Qualifikationsvoraussetzungen, die Vertragszahnärzte ohne Anerkennung als Fachzahnarzt für Kieferorthopädie erfüllen müssen, um abweichend von Abs. 2 Satz 6 Nr. 1 kieferorthopädische Behandlungen erbringen zu dürfen.**"

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12 Buchstabe a) – § 31 (Arzneimittel- und Verbandmittel)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der gesetzliche Anspruch auf Versorgung mit homöopathischen und anthroposophischen Arzneimitteln wird aufgehoben.

B) Stellungnahme

Der Ausschluss von homöopathischen und anthroposophischen Arzneimitteln aus dem Leistungskatalog der GKV aufgrund fehlender wissenschaftlicher Evidenz wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12 Buchstabe b) – § 31 Absatz 1a (Arznei- und Verbandmittel)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Neuregelung soll der Begriff „Verbandmittel" gesetzlich neu definiert werden. Abweichend von der bisherigen Definition sollen auch solche Produkte, die eine pharmakologische, immunologische oder metabolische Wirkungsweise im menschlichen Körper entfalten, nicht von vornherein den sonstigen Produkten zur Wundbehandlung zugeordnet werden. Im Gegenteil sollen proteasemodulierende und antimikrobiell im oder am menschlichen Körper wirkende Produkte explizit den Verbandmitteln zugeordnet werden. Zudem erhält der Gemeinsame Bundesausschuss einen Regelungsauftrag zur Abgrenzung von Verbandmitteln und sonstigen Produkten zur Wundbehandlung.

Redaktionell wird die Regelung zur Übergangsfrist der Erbringbarkeit sonstiger Produkte zur Wundbehandlung zulasten der GKV mit dem geplanten Auslaufen zum 1. Januar 2027 gestrichen.

B) Stellungnahme

Die Regelung widerspricht dem Qualitätsgebot des SGB V, gefährdet die Versorgung und konterkariert die Vorschläge der FinanzKommission Gesundheit und das Ziel des Gesetzes, die Beitragssätze zur GKV zu stabilisieren. Zudem besteht ein Widerspruch zur Streichung von homöopathischen und anthroposophischen Leistungen und zum Leitgedanken der Streichung von Leistungen mit fehlender wissenschaftlicher Evidenz der Wirksamkeit. Denn mit der der Regelung werden explizit nicht-evidenzbasierte Leistungen in den Leistungskatalog der GKV gehoben.

Ohne wissenschaftliche Bewertung und Nutzennachweis, ohne konkrete Begründung und im Widerspruch zu laufenden Verfahren im G-BA sowie Gerichtsverfahren werden mit proteasemodulierenden oder antimikrobiell im oder am menschlichen Körper wirkenden Produkten spezifische Produktkategorien, die derzeit größtenteils den sonstigen Produkten zur Wundbehandlung zuzuordnen sind, in den Leistungskatalog der GKV einbezogen. Die postulierte Bedeutung dieser Produkte in der Versorgung kann dabei nicht nachvollzogen werden. Selbst in Fachkreisen wird die Verwendung von proteasemodulierenden Wundprodukten wegen unsicherer Evidenz nicht empfohlen, da keine belastbaren Aussagen zum Nutzen oder Schaden dieser Wundauflagen getroffen werden können. Gleiches gilt auch für antimikrobielle Wundauflagen mit Silber, Polihexanid, Biguanid oder Octenidin (https://register.awmf.org/assets/guidelines/091-001l_S3_Lokaltherapie-schwerheilender-chronischer-Wunden_2023-11.pdf)

Zwar erhält der Gemeinsame Bundesausschuss den gesetzlichen Auftrag zur Abgrenzung von Verbandmitteln und sonstigen Produkten zur Wundbehandlung. Allerdings stellt sich die Frage, welche Produkte hierfür noch in Frage kommen, wenn Produkte mit proteasemodulierender oder antimikrobieller Wirkung automatisch den Verbandmitteln zugeordnet werden und auch eine pharmakologische, immunologische oder metabolische Wirkungsweise im menschlichen Körper nicht mehr per se dazu führt, dass es sich um ein sonstiges Produkt zur Wundbehandlung handelt.

Da Produkte, die gemäß der derzeitigen Regelung den sonstigen Produkten zur Wundbehandlung zuzuordnen wären, mit Ablauf der Übergangsfrist aus dem Leistungskatalog der GKV gestrichen

werden würden, ist infolge der Regelung im Regierungsentwurf nicht mit den von der Finanzkommission geschätzten Einsparungen in Höhe von 200 Mio. Euro jährlich zu rechnen, sondern stattdessen mit entsprechenden Mehrausgaben für die GKV.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 12 Buchstabe b) wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12 Buchstabe c) – § 31 Absatz 6 und 7 (Arznei- und Verbandmittel)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Neuregelung soll der Anspruch auf Cannabis in Form getrockneter Blüten aufgehoben werden. Zudem soll der bisherige Absatz 7 redaktionell in den Absatz 6 integriert werden. Ebenfalls soll der Verweis auf die Evaluation des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte, die im Jahr 2022 stattgefunden hat, entfernt werden.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband befürwortet ausdrücklich den vorgesehenen Leistungsausschluss von Cannabisblüten. Neben möglichen finanziellen Effekten ist auch aus Gründen der weiterhin fehlenden Evidenz und der Arzneimitteltherapiesicherheit die Verordnung von standardisierten bzw. zugelassenen cannabinoidhaltigen Arzneimitteln gegenüber der Verordnung von Cannabisblüten vorzuziehen. Der GKV-Spitzenverband geht von leichten Einspareffekten aus, die angesichts einer zu erwartenden hohen Umstellungsquote auf eine alternative Versorgung durch Extrakte oder Fertigarzneimittel jedoch deutlich unterhalb des Einsparziels von 130 Mio. Euro liegen dürften.

Angesichts des vorgesehenen Leistungsausschlusses von Cannabisblüten regt der GKV-Spitzenverband eine entsprechende Anpassung der mit dem Gesetzentwurf für ein Apothekenversorgungs-Weiterentwicklungsgesetz vorgesehenen Anlage 3 an. Für die in Anlage 3 genannten Stoffe sieht der Gesetzentwurf in Artikel 1 Ziffer 3h die Vereinbarung von Apothekeneinkaufspreisen vor. Von dem Entwurf der Anlage 3 sind aktuell auch Cannabisblüten umfasst.

C) Änderungsvorschlag

Folgeänderung in ApoVWG Artikel 1 Ziffer 11 (Kabinettentwurf):

Streichung von „Flores Cannabis“ in Anlage 3 zu § 129 Absatz 5f SGB V (Artikel 1 Ziffer 3h).

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13 – § 34 (Ausgeschlossene Mittel)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Aufgrund des Ausschlusses homöopathischer und anthroposophischer Arzneimittel sollen zwei Änderungen in § 34 eingefügt werden.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um Folgeänderungen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14 – § 35a (Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

a) Absatz 1 Satz 3 Nummer 7 (Verpflichtung pharmazeutischer Unternehmer zur Angabe der Anzahl der Prüfungsteilnehmenden in Deutschland im Dossier zur Nutzenbewertung) soll gestrichen werden.

b) Absatz 1d (Feststellungen des G-BA zur Erwartbarkeit eines beträchtlichen Zusatznutzen für Kombinationen von Arzneimitteln) soll gestrichen werden.

c) Absatz 3 Satz 4 bis 6 (Feststellungen des G-BA zu arzneimittelrechtlich zulässigen Kombinationen von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen sowie zur Durchführung eines relevanten Anteils der klinischen Prüfungen in Deutschland) soll gestrichen werden.

B) Stellungnahme

a) Die vorgesehene Streichung wird befürwortet. Sie steht im Zusammenhang zur Streichung in Buchstabe c) und wird daher mit dieser gemeinsam kommentiert.

b) Die vorgesehene Streichung wird befürwortet. Die Regelung soll es pharmazeutischen Unternehmen ermöglichen, eine Ausnahme von der Verpflichtung zur Entrichtung eines Kombinationsabschlags zu erwirken, wenn Studien zum Einsatz der Kombination einen beträchtlichen Zusatznutzen erwarten lassen. In der Praxis spielt diese Regelung keine Rolle. Da eine solche Prüfung nicht parallel zu einer Nutzenbewertung erfolgen kann und für die betroffenen Arzneimittel regelhaft eine Nutzenbewertung erfolgt, hätte die Regelung ihren Platz allein in Situationen, in denen nach einer Nutzenbewertung neue Erkenntnisse gewonnen werden. Dann würde sie aber die Durchführung einer verkürzten und mit höheren Unsicherheiten versehenen „Nutzenbewertung light“ erfordern, wo zur Herstellung von Transparenz zum therapeutischen Nutzen eine erneute Nutzenbewertung angezeigt wäre.

c) Die vorgesehene Streichung von Satz 4 wird abgelehnt. Auch wenn der Kombinationsabschlag in seiner bestehenden Form einen hohen Verwaltungsaufwand bedeutet, wurden bereits im Jahr 2025 Einsparungen für die GKV in Höhe von 58.3 Mio. Euro erzielt (Quelle: KV45-Statistik). Der Kombinationsabschlag stellt zudem bisher die einzige Möglichkeit dar, der Tatsache zu begegnen, dass die Kombination zweier Arzneimittel zwar für die GKV mit den additiven Kosten der Kombination verbunden ist, der zusätzliche Nutzen der Kombination für die Patientinnen und Patienten meist deutlich geringer ist. Die meisten Arzneimittelkombinationen werden keiner Nutzenbewertung unterzogen. Der Kombinationsabschlag ist damit das einzige Instrument, das gezielt ungerechtfertigte Ausgabenanstiege beim kombinierten Einsatz von Arzneimitteln adressiert und zumindest einen finanziellen Ausgleich für die Mehrausgaben ohne nachgewiesenen Zusatznutzen bietet.

Anstelle einer Streichung sollte der Aufwand in der Umsetzung des Kombinationsabschlags reduziert und seine Reichweite vergrößert werden. Dafür wäre an dieser Stelle eine Legaldefinition vorzunehmen, welche Arzneimittel als vom Kombinationsabschlag erfasst anzusehen und vom G-BA zu benennen sind. Adäquat wäre es hierbei, allein solche Kombinationen vom Abschlag auszunehmen, für die trotz Zulassung zur Anwendung im selben Anwendungsgebiet eine Kombination

arzneimittelrechtlich ausgeschlossen ist. Eine medizinisch-wissenschaftliche Bewertung der Sinnhaftigkeit der resultierenden, möglichen Kombinationen kann unterbleiben, da diese im jeweiligen Einzelfall durch Ärztinnen und Ärzte vor entsprechenden Verordnungen vorgenommen wird. Weitere Vorschläge zur Stärkung und Vereinfachung des Kombinationsabschlages mit Bezug zu § 130e SGB V finden sich im Kommentar zu Artikel 1 Nummer 50.

Die vorgesehene Streichung der Sätze 5 und 6 wird befürwortet. Die Feststellung des G-BA zum Anteil der Prüfungsteilnehmenden aus Deutschland dient der Umsetzung der Ausnahme von den Leitplanken nach § 130b Absatz § Satz 11 SGB V, welche die finanzielle Wirkung der Leitplanken unnötig begrenzt. Die damit verbundene Streichung der Leitplankenregelung in § 130b SGB V ist hingegen nachdrücklich abzulehnen.

Um Effizienzreserven im Rahmen des AMNOG zu heben, bedarf es weiterer Anpassungen: Zur Stärkung der evidenzbasierten Versorgung muss – wie von der FinanzKommission Gesundheit empfohlen – dringend die Privilegierung von Orphan Drugs im Rahmen der Nutzenbewertung beendet werden. Orphan Drugs sollen auch einer vollumfänglichen Nutzenbewertung zugeführt werden. Ebenso ist die Möglichkeit für den G-BA zu schaffen, bei Vorlage neuer Erkenntnisse zu einem Wirkstoff eine erneute Nutzenbewertung zu veranlassen.

C) Änderungsvorschlag

Die Streichung des § 35a Absatz 3 Satz 4 ist aufzuheben.

Stattdessen sollte eine Regelung ergänzt werden, wonach alle Arzneimittel „aufgrund der arzneimittelrechtlichen Zulassung in einer Kombinationstherapie mit dem bewerteten Arzneimittel für das bewertete Anwendungsgebiet eingesetzt werden können“, bei denen dieser Einsatz nicht ausdrücklich in der Fachinformation als kontraindiziert (Abschnitt 4.3) bezeichnet wird.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15 – § 36 (Festbeträge für Hilfsmittel)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige Festbetragsregelung zu Hilfsmitteln in § 36 wird durch die im Gesetzentwurf vorgesehene Neufassung vollständig ersetzt und das Festbetragsinstrument im Hilfsmittelbereich grundlegend neu ausgestaltet. Ziel ist der Neuregelung ist es, das Instrument verbindlicher, transparenter und wirtschaftlich wirksamer auszugestalten und bestehende Rechtsunsicherheiten zu beseitigen.

Wie sich aus der Gesetzesbegründung ergibt, soll das Festbetragsinstrument künftig umfassender angewendet und systematisch weiterentwickelt werden.

Für die Festbetragsermittlung haben die Hersteller und Leistungserbringer auf Verlangen umfangreiche Informationen und Daten bereitzustellen. Insbesondere sind produktspezifische Umsatz- und Absatzzahlen, Hersteller- und Leistungserbringerabgabepreise, Rabatte, Kalkulationszuschläge, Stundenverrechnungssätze und Arbeitszeiten verpflichtend anzugeben. Werden erforderliche Parameter nicht gemäß den Vorgaben geliefert, ist der GKV-Spitzenverband berechtigt, diese durch Schätzung festzulegen.

Der GKV-Spitzenverband hat innerhalb von sechs Monaten nach Verkündung des Gesetzes eine Verfahrensordnung zu beschließen, die u.a. folgende Inhalte umfasst:

- Verfahren zur Festsetzung, Überprüfung und Anpassung der Festbeträge,
- Vorgaben zur Kalkulation,
- Art, Form und Fristen der Datenübermittlung,
- mögliche digitale Umsetzungswege.

Die Verfahrensordnung unterliegt einem Stellungnahmeverfahren der betroffenen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

Neue Festbeträge sind erstmalig innerhalb von drei Jahren nach Genehmigung der Verfahrensordnung festzusetzen und danach mindestens alle drei Jahre zu überprüfen.

Eine vorgezogene Überprüfung ist möglich, wenn der Verbraucherpreisindex über drei Monate hinweg um mehr als 7 Prozent gegenüber dem Vorjahr steigt (auf Antrag der betroffenen Spitzenorganisationen).

Die neu vorgesehene Regelung sieht Festbeträge als Richtwerte für Preisverhandlungen vor und nicht mehr wie in der Vergangenheit als feste Obergrenze für die Vertragspreise. Ein gesetzlicher Korridor soll die Verhandlungsspielräume begrenzen. Abweichungen vom Korridor sind möglich, müssen jedoch beidseitig begründet werden: Bei höheren Preisen liegt die Beweislast beim Anbieter, bei niedrigeren bei der Kassenseite.

B) Stellungnahme

Die Neureglung des § 36 zu den Festbeträgen für Hilfsmittel wird begrüßt, da hierdurch das Festbetragsinstrument auf eine sichere rechtliche Grundlage gestellt wird.

Festbeträge stellen ein wichtiges Instrument zur Steuerung der Ausgaben im Hilfsmittelbereich dar, reichen aber als alleiniges Steuerungsinstrument nicht aus, um eine maßvolle Ausgabenentwicklung und den Wettbewerb in diesem Bereich dauerhaft zu gewährleisten. In der Gesetzesbegründung wird davon ausgegangen, dass die Neuordnung der Festbeträge für Hilfsmittel ab 2029 zu Minderausgaben der GKV von 500 Millionen Euro führt. Unklar ist jedoch, ob diese Einsparung eintreten kann. In der Gesetzesbegründung wird selbst darauf hingewiesen, dass die Auswirkungen der Festbetragsregelung nicht sicher eingeschätzt werden können und zunächst Ausgabensteigerungen in den bisher festbetragsgeregelten Bereichen erwartet werden.

Aufgrund der Heterogenität der Hilfsmittel, der Diversität der Leistungserbringer im Hilfsmittelbereich und der unterschiedlichen Versorgungsstrukturen sind Festbeträge nur für bestimmte Hilfsmittelsegmente geeignet. Hinzu kommt, dass sie nach der gesetzlichen Neuregelung nur noch Richtwerte für die Vertragsverhandlungen und nicht mehr eine feste Obergrenze für die Vertragspreise darstellen. Um dauerhaft eine effektive Steuerung der Ausgabenentwicklung zur ermöglichen, ist es daher unabdingbar, auch weitere Steuerungsinstrumente, wie insbesondere die Ausschreibung von Hilfsmitteln, im Gesetz zu berücksichtigen, die versorgungsbereichsspezifisch eingesetzt werden können. Bei den Ausschreibungen zu beachtende Vorgaben und Kriterien könnten in Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes festgelegt werden. Nur so kann das erklärten und mit dem Gesetzentwurf verfolgte Ziel einer langfristigen Beitragssatzstabilität der Ausgabenentwicklung im Hilfsmittelbereich erreicht zu werden. Für die Festsetzung von Festbeträgen ist die bisherige Formulierung im Gesetz in § 36 Absatz 1 Satz 1 SGB V beizubehalten, da die Festbetragsgruppensysteme so festzulegen sind, dass eine ausreichende, zweckmäßige und in der Qualität gesicherte Versorgung im Rahmen des Sachleistungsprinzips möglich ist.

Zur Ausgestaltung der Festbetragsregelung im Einzelnen werden die im nachfolgenden Änderungsvorschlag dokumentierten Anpassungen für sachgerecht und erforderlich gehalten.

Insbesondere die Vermeidung von unbestimmten Rechtsbegriffen sowie die Konkretisierung und Präzisierung der Regelungen zu den für die Festbetragsfestsetzung notwendigen Auskünften wie Nachweise über die Bezugsquellen, die tatsächlich vereinbarten Stundenverrechnungssätze oder Gemeinkostenzuschlagssätze einschließlich der zugrunde gelegten Kosten und Arbeitszeiten sollen zu einer rechtssicheren Ausgestaltung beitragen. Insbesondere sollten in § 36 Absatz 4 nicht nur die Herstellerpreise als Ausgangspunkt der Festbetragskalkulation, sondern auch die weiteren Grundlagen für die Kalkulation genannt werden.

Auf Grund des Umfangs und der Komplexität der in der Verfahrensordnung zu treffenden Regelungen sowie des durchzuführenden Stellungnahmeverfahrens wird zwingend eine Frist von neun Monaten bis zum Erlass der Verfahrensordnung erforderlich.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nummer 15 wird § 36 (Festbeträge für Hilfsmittel) abweichend wie folgt gefasst (Änderungen durch Fettdruck hervorgehoben):

(1) [1]**Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt geeignete Hilfsmittel, für die Festbeträge festgesetzt werden können.** ~~**Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen soll geeignete Hilfsmittel bestimmen, für die, soweit hierdurch eine wirtschaftliche Versorgung der Versicherten gefördert und eine angemessene Versorgung gewährleistet werden kann, Festbeträge festgesetzt werden können.**~~ [2]Dabei sollen unter Berücksichtigung des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 in ihrer Funktion gleichartige und gleichwertige Produkte in Gruppen zusammengefasst und die Einzelheiten der Versorgung festgelegt werden. [3]Den maßgeblichen Spitzenorganisationen der betroffenen Hersteller und Leistungserbringer auf Bundesebene ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Hersteller- und Leistungserbringerdaten dürfen nur ohne Einrichtungsbezug bekanntgegeben werden.

(2) [1]Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen setzt für die Versorgung mit den nach Absatz 1 bestimmten Hilfsmitteln einheitliche Festbeträge fest. [2]Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend. [3]Die Hersteller und Leistungserbringer sind verpflichtet, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Verlangen die zur Wahrnehmung der Aufgaben nach Satz 1 und nach Absatz 1 Satz 1 und 2 erforderlichen Informationen und Auskünfte zu erteilen. [4]Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann von den Herstellern und Leistungserbringern oder deren Verbänden zur Festsetzung nach Satz 1 insbesondere Nachweise **über die Bezugsquellen, die tatsächlich vereinbarten Einkaufspreise**, die produktspezifischen Umsatz- und Absatzzahlen, Kalkulationszuschläge sowie die ~~**durchschnittlichen**~~ Stundenverrechnungssätze **oder Gemeinkostenzuschlagssätze einschließlich der zugrunde gelegten Kosten und** Arbeitszeiten verlangen. Der Anspruch nach Satz 4 umfasst auch die Hersteller- und Leistungserbringerabgabepreise je Festbetragsgruppe sowie die auf diese und den Gesamtumsatz der Festbetragsgruppe bezogenen Rabatte. Näheres zu Art und Form der Informationen und Auskünfte nach Satz 3 bis 5 sowie zu deren Übermittlung sind in der Verfahrensordnung nach Absatz 3 zu regeln. Soweit einzelne Berechnungsparameter im Rahmen der Informationen und Auskünfte nach Satz 3 bis 5 nicht gemäß den Vorgaben der Verfahrensordnung nach Absatz 3 übermittelt werden, kann der Spitzenverband Bund der Krankenkassen diese Parameter auf der vorliegenden Datengrundlage durch Schätzung festlegen**;** ~~**Für das Verfahren zur Schätzung gilt Absatz 4 Satz 1 entsprechend;**~~ **Einzelheiten sind in der Verfahrensordnung nach Absatz 3 zu regeln**.

(3) [1]Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beschließt spätestens bis zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des ~~**sechsten**~~ **neunten** auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] eine Verfahrensordnung, in der er nach Maßgabe der Absätze 1, 2 und 4 das Nähere zum Verfahren, **Umfang der Auskünfte**, zur Überprüfung, Kalkulation und Anpassung sowie zur **elektronischen** Datenübermittlung regelt ~~**hierbei sind Wege einer digitalen Umsetzung der einzelnen Inhalte zu prüfen**~~. In der Verfahrensordnung legt er insbesondere Fristen für die Überprüfung der Festbeträge fest. Er kann dabei vorsehen, dass die einzelnen Gruppen nach Absatz 1 Satz 2 zu unterschiedlichen Zeitpunkten überprüft werden. Den maßgeblichen Spitzenorganisationen der betroffenen Hersteller und Leistungserbringer auf Bundesebene ist vor Beschlussfassung innerhalb einer angemessenen Frist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Die Verfahrensordnung bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Für Änderungen der Verfahrensordnung gelten die Sätze 4 und 5 entsprechend.

(4) [1]Die Festbeträge sind so festzusetzen, dass sie im Allgemeinen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie in der Qualität gesicherte Versorgung gewährleisten. [2]Sie haben Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen, sollen einen wirksamen Preiswettbewerb auslösen und haben sich deshalb an möglichst preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten auszurichten. [3]Ausgangspunkt für die Kalkulation eines Festbetrags für die Hilfsmittel einer Festbetragsgruppe nach Absatz 1 Satz 2 ist der sich aus Satz 4 ergebende Herstellerpreis. [4]Der Herstellerpreis soll die obere Preislinie des unteren Drittels in der Spanne zwischen dem niedrigsten und dem höchsten Herstellerabgabepreis nach Absatz 2 nicht übersteigen; die Herstellerabgabepreise sind dabei nach Abgabemengen zu gewichten. [5]Soweit wie möglich ist dabei eine für die Versorgung hinreichende Hilfsmittelauswahl sicherzustellen. **Grundlage für die Kalkulation sind weiter die nach Absatz 2 zu erbringenden Auskünfte**. [6]Die Festbeträge sind erstmalig innerhalb von drei Jahren nach Genehmigung der Verfahrensordnung nach Absatz 3, danach regelmäßig mindestens alle drei Jahre, zu überprüfen; sie sind in geeigneten Zeitabständen an eine veränderte Marktlage anzupassen. [7]Innerhalb des Zeitraums nach Satz 6 soll eine Überprüfung auch erfolgen, sofern die Veränderung des vom Statistischen Bundesamtes festgelegten Verbraucherpreisindex für Deutschland in drei aufeinander folgenden Monaten jeweils mehr als 7 Prozent im Vergleich zum Vorjahresmonat beträgt. [8]Die Überprüfung nach Satz 7 erfolgt nur auf Antrag der maßgeblichen Spitzenorganisationen der betroffenen Hersteller und Leistungserbringer. [9]Innerhalb des Zeitraums nach Satz 6 können je Festbetragsgruppe höchstens zwei Anträge nach Satz 8 gestellt werden. [10]Die Einzelheiten zum Antragsverfahren, insbesondere die Fristen zur Überprüfung, sind in der Verfahrensordnung nach Absatz 3 zu regeln. [11]Sofern die Voraussetzungen des Satz 7 vorliegen, gilt für die Dauer des Verfahrens der Überprüfung nach Satz 6 der erweiterte Verhandlungskorridor des § 127 Absatz 4 Satz 2 Halbsatz 2 für das betroffene Festbetragsgruppensystem entsprechend.

(5) [1]Die Festbeträge sind im Bundesanzeiger bekanntzumachen. [2]Klagen gegen die Festsetzung der Festbeträge haben keine aufschiebende Wirkung. [3]Ein Vorverfahren findet nicht statt. [4]Eine gesonderte Klage gegen die Gruppeneinteilung nach Absatz 1 oder gegen einzelne Bestandteile der Festsetzung der Festbeträge ist unzulässig.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16 Buchstabe a) – § 44 (Krankengeld)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, dass eine freiwillige Versicherung für hauptberuflich Selbstständige und unständig Beschäftigte zukünftig einen Anspruch auf Krankengeld grundsätzlich erst dann umfassen soll, wenn nach Abgabe einer entsprechenden Wahlerklärung gegenüber der Krankenkasse eine Wartezeit von drei Monaten vergangen ist. Von der Entstehung des Anspruchs erst nach Ablauf einer Wartezeit sind Ausnahmen vorgesehen; so soll der Anspruch auf Krankengeld mit Zugang der Wahlerklärung entstehen, wenn

- erstmals eine freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung begründet wird oder
- Versicherte unmittelbar vor Abgabe der Wahlerklärung einen Anspruch auf Krankengeld hatten, der aufgrund eines Wechsels ihres Versichertenstatus, insbesondere durch Aufnahme einer selbstständigen Erwerbstätigkeit, ohne Abgabe der Wahlerklärung nicht mehr besteht, und

die Wahlerklärung der Krankenkasse innerhalb von 14 Tagen nach Begründung der Mitgliedschaft oder nach Eintritt des Statuswechsels zugeht.

Geht der Krankenkasse die Wahlerklärung zum Zeitpunkt einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit zu oder tritt eine Arbeitsunfähigkeit während der o.g. Wartezeit ein, soll die Wahlerklärung erst zu dem Tag, der auf das Ende dieser Arbeitsunfähigkeit folgt, wirken.

Weiterhin ist vorgesehen, dass der Anspruch auf Krankengeld ab dem ersten Tag der Krankheit entsteht, wenn die Krankheit die Versicherten während der Wartezeit arbeitsunfähig macht oder aufgrund derer sie auf Kosten der Krankenkasse stationär in einem Krankenhaus oder in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung behandelt werden, durch einen Unfall herbeigeführt worden ist.

B) Stellungnahme

Die aktuelle Rechtslage ermöglicht laut Begründung des Gesetzentwurfs die strategische Abgabe einer Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 und 3 SGB V kurz vor dem Eintritt eines absehbaren Krankheitsfalls, um sich gegen Einkommensausfälle bei längerer Krankheit abzusichern. Mit der vorgesehenen Änderung sollen entsprechende Zweckabschlüsse verhindert werden, um damit die Möglichkeit zur Verlagerung des Kostenrisikos bei absehbarer Arbeitsunfähigkeit auf die Solidargemeinschaft zu vermeiden.

Die vorgesehenen Regelungen vermischen personenkreisabhängige Wirkungen der Abgabe von Wahlerklärungen auf das grundsätzliche Entstehen eines Krankengeldanspruchs mit Regelungen zur Entstehung eines Krankengeldanspruchs in einzelnen Arbeitsunfähigkeitsfällen. Dies führt zu Rechtsunsicherheiten auch im Verhältnis zu anderen gesetzlichen Regelungen und lässt das gesetzlich Gewollte nicht ausreichend erkennen.

In § 44 Abs. 2 SGB V sollten aus Gründen der Rechtsklarheit und Konsistenz nur Regelungen zur Wirkung von Wahlerklärungen getroffen werden. Regelungen zur Entstehung des Anspruchs auf Krankengeld im konkreten Einzelfall, also ob vom ersten Tag der krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit an oder zu einem späteren Zeitpunkt ein Krankengeldanspruch besteht, sieht § 46 SGB V vor; nach § 46 Satz 4 SGB V entsteht „für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten sowie für Versicherte, die eine Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 abgegeben haben, der Anspruch von der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit an“. Da mit dem vorliegenden Gesetzentwurf der § 46 Satz 4 SGB V nicht geändert werden soll, ist unklar, in welchem Verhältnis die Regelungen in § 44 Abs. 4 Satz 7 SGB V n.F. zu der unveränderten Regelung des § 46 Satz 4 SGB V stehen; dies bedarf der expliziten Regelung.

In diesem Zusammenhang ist auch auf die Entscheidung des Bundessozialgerichts mit Urteil vom 28.03.2019 – B 3 KR 15/17 R hinzuweisen, wonach der Krankengeldanspruch jedenfalls dann nicht eine zuvor bestehende „ununterbrochene" Dauer der Arbeitsunfähigkeit von sechs Wochen voraussetzt, wenn die einzelnen Arbeitsunfähigkeitszeiten auf derselben Krankheit beruhen; auch bezüglich der Auslegung dieser Entscheidung besteht erhebliche Rechtsunsicherheit. Vor diesem Hintergrund sollten die aktuell vorgesehenen Regelungen zur Neubestimmung der Ansprüche auf Krankengeld für hauptberuflich selbständige, freiwillig Versicherte auch genutzt werden, um für diesen Personenkreis das gesetzgeberisch Gewollte in Bezug auf die Entstehung des Anspruchs im Sinne des § 46 SGB V vollumfänglich zu regeln. Abhängig vom Gewollten wären Änderungen in § 46 SGB V oder - bei Regelungen zur Berücksichtigung von Vorerkrankungen entsprechend der BSG-Rechtsprechung - in § 49 SGB V angezeigt.

Losgelöst von der vorgenannten systematischen Abbildung im Gesetz werfen die vorgesehenen Regelungen zur Nichtanwendung der Wartefrist in Fallgestaltungen, in denen die maßgebliche Krankheit durch einen Unfall herbeigeführt worden ist, Fragen auf. Insbesondere die Ausführungen in der Gesetzesbegründung, die Wartezeit diene dem Zweck, opportunistische Inanspruchnahmen der Wahlerklärung zu begrenzen und eine gewisse Kontinuität im Versicherungsverhältnis sicherzustellen ergänzt um die Aussagen, dieser Regelungszweck greife nicht in gleicher Weise bei Arbeitsunfähigkeiten, die auf einem Unfall beruhen, da diese typischerweise plötzlich, unvorhersehbar und von außen auf den Körper einwirkend eintreten würden, lassen nicht erkennen, dass dieser Maßstab eines vermeintlichen Verschuldens oder Nichtverschuldens des Eintritts einer Krankheit geeignet ist, um Ungleichbehandlungen von Versicherten zu rechtfertigen. Zu berücksichtigen sind insoweit, dass die Charakterisierung von Ereignissen als Unfall entsprechend den ausführlichen Darstellungen in der Gesetzesbegründung nicht die Verschuldensfrage umfasst und nicht nur bei Unfällen Erkrankungen, die Arbeitsunfähigkeit zur Folge haben können, plötzlich und unvorhersehbar auftreten können, sodass sie nicht der Disposition der Versicherten unterliegen; für die Versicherten entstehen während der Wartezeit jedoch gleichartige Belastungen. Sofern an Ausnahmeregelungen zur Wartezeit festgehalten werden soll, bedürfen die maßgeblichen Fallkonstellationen deshalb einer Überprüfung unter dem Gesichtspunkt der Gleichbehandlung.

Die beabsichtigte Regelung in Absatz 2 Satz 4 sieht für Fälle der erstmaligen Begründung einer freiwilligen Mitgliedschaft und des Statuswechsels innerhalb einer Mitgliedschaft die Wirkung der Wahlerklärung mit dem Zugang bei der Krankenkasse vor. In diesem Zusammenhang sollten als weitere maßgebliche Fallkonstellation auch Fälle eines Krankenkassenwechsels angeführt werden, sofern die Mitgliedschaft bei der vorherigen Krankenkasse einen Krankengeldanspruch umfasste.

Nach aktuellem Recht wird den Versicherten die Möglichkeit eingeräumt, bei der Abgabe der Wahlerklärung einen in der Zukunft liegenden Zeitpunkt zu bestimmen, ab dem die Versicherung einen Anspruch auf Krankengeld umfassen soll; dies ermöglicht u.a. die Wahl zum ersten eines Monats und kann administrativen Aufwand z.B. hinsichtlich der beitragsrechtlichen Einstufung vermeiden. Da der vorgesehene Gesetzeswortlaut eine solche Auslegung nicht mehr ermöglicht, sollte eine entsprechende Regelung ergänzt werden.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nr. 16 wird Buchstabe a) wie folgt gefasst (Änderungen sind kenntlich gemacht):

„a) Absatz 2 Satz 4 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

~~Der Anspruch auf Krankengeld entsteht mit Zugang der Wahlerklärung nach Satz 1 Nummer 2 oder 3bei der Krankenkasse,~~**W**enn ~~die~~ Versicherte~~n~~ erstmals eine freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung begründen oder unmittelbar vor Abgabe der Wahlerklärung ~~einen~~**mit** Anspruch auf Krankengeld **versichert waren**~~hatten, der~~ **und der Anspruch auf Krankengeld** aufgrund eines Wechsels **der Krankenkasse oder des**~~ihres~~ Versichertenstatus, insbesondere durch Aufnahme einer selbstständigen Erwerbstätigkeit **entfällt**~~ohne Abgabe der Wahlerklärung nicht mehr besteht~~, **wirkt die Wahlerklärung nach Satz 1 Nummer 2 oder 3 mit Beginn der Mitgliedschaft oder der Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis, sofern** ~~und~~ die Wahlerklärung der Krankenkasse innerhalb von 14 Tagen nach Begründung der Mitgliedschaft oder nach Eintritt des Statuswechsels zugeht, **es sei denn das Mitglied bestimmt einen späteren Zeitpunkt**. Für andere Versicherte, die eine Wahlerklärung nach Satz 1 Nummer 2 oder 3 abgeben, ~~entsteht der Anspruch~~ wird die Wahlerklärung ~~auf Krankengeld~~ nach Ablauf einer Wartezeit von drei Monaten nach Zugang der Wahlerklärung bei der Krankenkasse wirksam, es sei denn das Mitglied bestimmt einen späteren Zeitpunkt. Geht der Krankenkasse die Wahlerklärung nach Satz 1 Nummer 2 oder 3 zum Zeitpunkt einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit **oder während der Erbringung von stationären Leistungen der Krankenkasse** zu oder tritt eine Arbeitsunfähigkeit **oder die Inanspruchnahme von stationären Leistungen der Krankenkasse** während der in Satz 5 genannten Wartezeit ein, wirkt die Wahlerklärung erst zu dem Tag, der auf das Ende dieser Arbeitsunfähigkeit oder **stationären Leistungen** folgt. ~~Abweichend von den Sätzen 5 und 6 entsteht der Anspruch auf Krankengeld ab dem ersten Tag der Krankheit, wenn diese Krankheit, die die Versicherten während der in Satz 5 genannten Wartezeit arbeitsunfähig macht oder aufgrund derer sie auf Kosten der Krankenkasse stationär in einem Krankenhaus oder in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung behandelt werden, innerhalb der in Satz 5 genannten Wartezeit durch einen Unfall herbeigeführt worden ist.~~“

Weitere Änderungsvorschläge sind, wie in unter B) Stellungnahme dargestellt, abhängig vom politisch Gewollten, in den §§ 46 oder 49 SGB V vorzunehmen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16 Buchstabe b) – § 44 (Krankengeld)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der in § 44 Abs. 4 SGB V vorgesehene Anspruch der Versicherten auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse, welche Leistungen und unterstützende Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind, soll als Regelanspruch ausgestaltet werden. Die bisher im Vorfeld erforderliche Einwilligung der Versicherten soll entfallen.

B) Stellungnahme

Durch die vorgesehene Umstellung der Regelung wird zum einen der bisherige administrative Aufwand auf Krankenkassenseite vermieden und zum anderen eine regelhafte umfassende Unterstützung der Versicherten mit Widerspruchsrecht ermöglicht. Die Umstellung wird daher grundsätzlich begrüßt.

Die vorgesehene Regelung in Satz 2, dass die Krankenkasse Versicherte (nur) „bei bevorstehendem Bezug oder Bezug von Krankengeld“ kontaktieren darf, wirft Fragen nach den im Einzelfall erforderlichen Maßstäben zur Beurteilung eines erwarteten bevorstehenden Krankengeldbezugs auf, die zu Rechtsunsicherheiten führen. Angesichts der Zielsetzung des Unterstützungsanspruchs, bei bestehender Arbeitsunfähigkeit Beratung und Hilfestellung zu möglichen Maßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit anzubieten, und des umfassenden Widerspruchsrechts der Versicherten ist nicht erkennbar, weshalb es neben der Fokussierung in Satz 1 auf Arbeitsunfähigkeitsfälle und unterstützende Maßnahmen in Satz 2 dieser weiteren vermeintlichen (weil rechtlich unklaren) Konkretisierung der maßgeblichen Fallkonstellationen bedarf.

Zudem gehen die in Satz 2 vorgesehenen Inhalte der Kontaktaufnahme mit der „Prüfung von Leistungsansprüchen sowie der Einleitung oder Durchführung von Maßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit“ über die „individuelle Beratung und Hilfestellung“ nach Satz 1 hinaus. Dies führt insbesondere im Zusammenhang mit der Regelung in Satz 5, wonach „im Falle eines Widerspruchs eine weitere Kontaktaufnahme unzulässig“ ist, zu der Frage, welche Kontaktaufnahmen von Seiten der Krankenkassen nach einem Widerspruch noch zulässig sind. Zwar sollen nach Satz 5 2. Halbsatz Kontaktaufnahmen noch zulässig sein, „soweit sie zur Erfüllung einer gesetzlichen Verpflichtung zwingend erforderlich“ sind; durch die Vermischung von mit einem Widerspruchsrecht versehenen Kontaktaufnahmen zur Beratung und Hilfestellung mit Kontaktaufnahmen im Zusammenhang mit den verpflichtenden Aufgaben der Krankenkassen zur Anspruchsprüfung entstehen jedoch Interpretationsspielräume, die vermieden werden sollten.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 16 Buchstabe b) wird wie folgt gefasst (Änderungen sind kenntlich gemacht):

„Absatz 4 wird durch den folgenden Absatz 4 ersetzt:

„(4) Versicherte haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse, welche Leistungen und unterstützende Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind. Die Krankenkasse darf Versicherte ~~bei bevorstehendem Bezug oder Bezug von~~

~~Krankengeld zur Beratung, zur Prüfung von Leistungsansprüchen sowie zur Einleitung oder Durchführung von Maßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit kontaktieren. Die Kontaktaufnahme kann~~ **hierzu** schriftlich, elektronisch oder telefonisch **kontaktieren**~~erfolgen~~. Die Versicherten sind bei der ersten Kontaktaufnahme in geeigneter Weise über ihr Recht zu informieren, der weiteren Kontaktaufnahme zu widersprechen. Im Falle eines Widerspruchs ist eine weitere Kontaktaufnahme **zur Beratung und Hilfestellung nach Satz 1** unzulässig~~, soweit sie nicht zur Erfüllung einer gesetzlichen Verpflichtung zwingend erforderlich ist~~. Der Widerspruch kann jederzeit schriftlich oder elektronisch widerrufen werden. Die Krankenkassen dürfen ihre Aufgaben nach Satz 1 an die in § 35 des Ersten Buches genannten Stellen übertragen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 17 – §§ 44c und 44d (Teilarbeitsunfähigkeit und Teilkrankengeld)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die vorgesehenen Regelungen soll eine stufenweise Teilarbeitsunfähigkeit und in der Folge auch ein Teilkrankengeld gesetzlich normiert werden; die Regelungen sollen bei nicht nur geringfügigen Erkrankungen mit absehbar längerer Zeit von Arbeitsunfähigkeit auf Wunsch der Versicherten und mit Zustimmung der Arbeitgeber umgesetzt werden.

B) Stellungnahme

Die Regelung zur Einführung einer stufenweisen Teilarbeitsunfähigkeit mit 25 %, 50 % sowie 75 % Arbeitsunfähigkeit und entsprechender Berücksichtigung bei der Ausgestaltung eines (Teil)krankengeldanspruchs in enger Abstimmung mit der betroffenen Person und unter Berücksichtigung, dass nicht alle Arbeitsplätze für die Teilarbeitsfähigkeit geeignet sind, betrifft keine Frage der gesundheitlichen Versorgung im engeren Sinne; im Vordergrund stehen arbeitsrechtliche und arbeitsorganisatorische Fragen. Vor diesem Hintergrund lehnt der GKV-Spitzenverband die vorgesehenen Regelungen aus grundsätzlichen Erwägungen ab und beschränkt sich im Nachfolgenden auf fachpolitische Hinweise für den Fall, dass an den Regelungen festgehalten werden soll.

Die vorgesehenen Regelungen in § 44c Abs. 1 SGB V entsprechen nicht den Anforderungen an die maßgeblichen Feststellungen der Erforderlichkeit von Leistungen im sozialrechtlichen Kontext, da sie den Eindruck erwecken, dass das Vorliegen von Teil- oder Voll-Arbeitsunfähigkeit primär aus den subjektiven individuellen Einschätzungen der Versicherten resultiert. Notwendig wäre eine kaskadenförmige Darstellung im Gesetz, dass die Möglichkeit der teilweisen Ausübung der bisherigen Tätigkeit in den vorgesehenen Stufen zunächst ärztlich beurteilt werden muss, danach die Zustimmung der Versicherten im Sinne einer vertrauensvollen Arzt-Patientenabstimmung einzuholen ist, um im nächsten Schritt den Wunsch des Versicherten gegenüber dem Arbeitgeber anzuzeigen, welcher hiergegen ein Widerspruchsrecht hat.

In diesem Kontext ist aus dem vorgesehenen Gesetzeswortlaut nicht klar erkennbar, ob die Teilarbeitsunfähigkeit erst nach Vorlage der Zustimmung des Arbeitgebers und Kenntnis, ab welchem Zeitpunkt eine teilweise Arbeitsleistung erbracht werden kann, festgestellt und „bescheinigt“ werden soll oder bereits nach Zustimmung durch den Versicherten, ohne Kenntnis der Bewertung des Arbeitgebers und eines unter Berücksichtigung von betriebsorganisatorischen Gründen mit ihm abgestimmten Zeitpunkts der teilweisen Arbeitsaufnahme; dies bedarf der Konkretisierung. Im Falle einer Feststellung und „Bescheinigung“ einer teilweisen Arbeitsunfähigkeit müsste die Krankenkasse aufgrund des elektronischen Verfahrens der Übermittlung von Arbeitsunfähigkeitsdaten in den Zustimmungsprozess eingebunden werden. Die vorgesehene Regelung in § 44c Abs. 2 SGB V zum Widerspruchsrecht des Arbeitgebers und diesbezüglicher Erklärung gegenüber dem Versicherten, müsste dann um eine Information an die Krankenkasse und die Vertragsarztpraxis ergänzt werden, da die Erklärung des Widerspruches die Konsequenz hat, dass die Arbeitsunfähigkeit entsprechend der ärztlichen Feststellung in vollem Umfang fortgeführt wird. Um dies sicherzustellen, könnte das Verfahren nach § 109 SGB IV, welches auch zur elektronischen Meldung der Teilarbeitsunfähigkeit genutzt werden soll, sowie das Verfahren nach § 295 SGB V genutzt werden. Hierzu bedarf es einer zusätzlichen gesetzlichen Klarstellung dahingehend, dass eine Übermittlung durch den Arbeitgeber an

die Krankenkasse sowie durch die Krankenkassen an die Vertragsarztpraxen und deren Annahme der Daten verpflichtend digital abzubilden sind.

Die vorgesehenen Regelungen zur Teilarbeitsunfähigkeit setzen an einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit an und sehen keine Differenzierung nach bestimmten Personenkreisen vor. Vor diesem Hintergrund ist nicht ausreichend rechtssicher geregelt, ob die Regelungen auch für die Personengruppe der hauptberuflich selbständigen, freiwillig Versicherten zur Anwendung kommen soll. Dies sollte zur Vermeidung von Rechtsunsicherheit eindeutig geregelt werden.

Im Zusammenhang mit der vorgesehenen Regelung des Näheren zur Feststellung und Ausgestaltung der Teilarbeitsunfähigkeit durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in der Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 7 SGB V ist die Aussage in der Begründung zum Gesetzentwurf, der G-BA solle auch Anforderungen im Hinblick auf das elektronische Arbeitsunfähigkeitsverfahren festlegen, missverständlich, da die Regelungen zur elektronischen Übermittlung der Daten zwischen den Vertragsarztpraxen und den Krankenkassen sowie den Krankenkassen und den Arbeitgebern nicht Teil des Auftrags des G-BA ist.

In § 44 c Abs. 6 SGB V soll definiert werden, dass für die elektronische Übermittlung der Daten zur festgestellten Teilarbeitsunfähigkeit § 5 Absatz 1a des Entgeltfortzahlungsgesetzes, § 109 und § 109a SGB IV entsprechend gelten. Bereits bisher treten im elektronischen Verfahren sog. Störfälle auf, für die der Bundesmantelvertrag Ärzte Regelungen zum Vorgehen bei technischen Störungen vorsieht. Welche Auswirkungen solche Störfälle auf die Nachweisverpflichtungen der Arbeitnehmer gegenüber den Arbeitgebern haben, ist im Entgeltfortzahlungsgesetz bisher nicht eindeutig geregelt. Um zukünftige Friktionen zu vermeiden, sollte deshalb das aktuelle Gesetzgebungsverfahren genutzt werden, um für Teil- und Voll-Arbeitsunfähigkeitsfälle abschließende Regelungen zu treffen.

Das in § 44d SGB V vorgesehene Teilkrankengeld würde eine parallele Anspruchsgrundlage zum aktuellen Krankengeldanspruch im Sinne des § 44 SGB V darstellen, weil beide Leistungen im Zusammenhang mit einer Arbeitsunfähigkeit erbracht werden und für deren Umsetzung weitestgehend dieselben weitergehenden Vorschriften gelten

Deshalb sollten – sofern an den Regelungen festgehalten wird - die vorgesehenen Regelungen zum Teilkrankengeld nicht in einer neuen Vorschrift des § 44d SGB V getroffen, sondern in das bestehende Regelungsgeflecht zum Krankengeld nach §§ 44 und 47 SGB V integriert werden. Dies würde erhebliche Folgeänderungen in anderen Vorschriften oder erforderliche Konkurrenzregelungen, die jeweils im Gesetzentwurf noch nicht aufgegriffen sind, entbehrlich machen (z.B. Klarstellung, dass sich im Zusammenhang mit einer Teilarbeitsunfähigkeit Ansprüche ausschließlich aus § 44d SGB V ableiten und Ansprüche nach § 44 SGB V ausgeschlossen sind, Anpassungen im Zusammenhang mit Ruhensvorschriften anderer Entgeltersatzleistungen dahingehend, dass die Ruhensvorschriften um die Begrifflichkeit des Teilkrankengeldes erweitert werden müssten, Regelungen zur Anrechnung von Zeiten eines Teilkrankengeldbezugs auf die Höchstanspruchsdauer des Krankengeldes nach § 48 SGB V, Aufnahme der neuen Krankengeldleistung in die entsprechenden Regelungen zum Risikostrukturausgleich).

Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass jedwede stufenweise Veränderung der Teilarbeitsunfähigkeit und damit der anteiligen Vergütung für die geleistete Arbeitszeit bei dem im Gesetzentwurf gewählten

Verfahren der Spitzberechnung aufwändige Datenaustauschverfahren zur Berechnung des Teilkrankengeldes zwischen den Arbeitgebern und Krankenkassen sowie im Verhältnis zu den Versicherten Rückabwicklungen erfordert. Hier sollte geprüft werden, ob durch pauschalierende Regelungen administrative Aufwendungen reduziert werden können.

Die vorgesehene gesetzliche Regelung wirft im Kontext des in Art. 1 Nr. 28 vorgesehenen zusätzlichen Festhaltens – wenn auch nachrangig - an dem Instrument der stufenweisen Wiedereingliederung die Frage nach der Abgrenzung einer Teilarbeitsunfähigkeit mit teilweiser arbeitsvertraglicher Leistungserbringung und der laut Begründung zu Art. 1 Nr. 28 therapeutisch gesteuerten Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit auf, bei der Arbeitnehmende bei weiterbestehender vollständiger Arbeitsfähigkeit teilweise ihre Tätigkeit aufnehmen. Dies bedarf der weiteren Prüfung und Konkretisierung auch im Hinblick auf Fallkonstellationen, in denen nicht die Krankenkassen, sondern insbesondere die Rentenversicherungsträger für die stufenweise Wiedereingliederung im Sinne des § 44 SGB IX sind. Zudem weisen die jeweiligen Vorschriften nicht die notwendige Rechtsklarheit auf, da sowohl § 44c SGB V zur Teilarbeitsunfähigkeit als auch die Regelungen der §§ 74 SGB V und 44 SGB IX jeweils im Gesetzeswortlaut auf die „teilweise Ausübung der bisherigen Tätigkeiten“ abstellen, ohne dass daraus erkennbar wird, dass bei dem gleichen Wording im Bereich der stufenweisen Wiedereingliederung ein Fortbestehen der vollständigen Arbeitsunfähigkeit Voraussetzung ist und deshalb trotz Arbeitsleistung keine Entgeltanspruch gegenüber dem Arbeitgeber entsteht.

Im Hinblick auf die vielfältigen Umsetzungsprozesse zur Gestaltung der notwendigen Rahmenbedingungen im G-BA und in Bezug auf die Anpassungen der digitalen Verfahren, der Praxis- und Kassenverwaltungssysteme sowie der Systeme der Arbeitgeber erscheint eine Umsetzung vor dem 01.01.2028 nicht realistisch.

C) Änderungsvorschlag

Streichung. Zu notwendigen Anpassungen bei einer Beibehaltung der Regelungen siehe B) Stellungnahme.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 18 – § 47 (Höhe und Berechnung des Krankengeldes)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Regelung sieht vor, dass Krankengeld in laufenden Arbeitsunfähigkeitsfällen vom Tage nach einer Beendigung eines Beschäftigungsverhältnisses an nur noch in Höhe von 60 Prozent des Nettoarbeitsentgeltes, bzw. bei Vorhandensein mindestens eines steuerlich berücksichtigungsfähigen Kindes in Höhe von 67 Prozent des Nettoarbeitsentgeltes geleistet wird.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung, in laufenden Arbeitsunfähigkeitsfällen nach dem Ende eines Arbeitsverhältnisses das Krankengeld auf die Höhe von 60 Prozent bzw. 67 Prozent des Nettoarbeitsentgeltes zu reduzieren, verfolgt nach der Begründung des Gesetzentwurfs das Ziel, sachlich nicht gerechtfertigte Besserstellungen von Versicherten nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses zu vermeiden und Versicherte ohne Beschäftigung gleich zu behandeln. Eine differenzierte Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Fallgestaltungen ist der Gesetzesbegründung nicht zu entnehmen.

Die vorgesehene Regelung stellt auf Sachverhalte mit einem Ende des Beschäftigungsverhältnisses während „Arbeitsunfähigkeit“ ab; zur Vermeidung von unterschiedlichen Auslegungen wird vorgeschlagen, insoweit auf einen „bestehenden Anspruch auf Krankengeld“ abzustellen, um auch Krankgeldansprüche bei Krankenhausbehandlung und anderen stationären Leistungen zu erfassen.

Die vorgesehene Regelung, wonach das Krankengeld 60 bzw. 67 Prozent des Nettoarbeitsentgelts beträgt, regelt nicht ausreichend rechtssicher, um welches Nettoarbeitsentgelt es sich handelt, zumal in der Gesetzesbegründung auf die Berechnung in Anlehnung an die Berechnung des Arbeitslosengeldes hingewiesen wird. Zur Vermeidung von unterschiedlichen Rechtsauslegungen sollte insoweit auf „das bei entsprechender Anwendung des Absatzes 2 berechnete Nettoarbeitsentgelt“ Bezug genommen werden.

Als Voraussetzung für die Erhöhung des Krankengeldanspruchs auf 67 Prozent des Nettoarbeitsentgelts ist vorgesehen, auf das Vorhandensein mindestens eines Kindes im Sinne des § 32 des Einkommenssteuergesetzes abzustellen. Dies erscheint schwerlich umsetzbar, weil der Krankenkasse ausschließlich die Daten zu den sozialversicherungsrechtlichen Kindern im Sinne der Prüfung des Beitragsabschlags nach dem SGB XI über den Datenaustausch Entgeltersatzleistungen zur Verfügung stehen. Ergänzend steht den Krankenkassen das Abrufverfahren bei der Bundeszentralamt für Steuern zur Verfügung, um die steuerrechtlichen Kinder des Versicherten zu ermitteln. Insbesondere Kinder von Ehe- oder Lebenspartnern müssten bei einer entsprechenden Leistungsgewährung separat erhoben werden, was sowohl zu erheblichen bürokratischen Belastungen als auch zeitlichem Verzug bei der Leistungsgewährung führen würde. Im Sinne der angestrebten pauschalen Leistungsberechnung sollte auf die den Krankenkassen vorliegenden Informationen und daher auf die nach § 107 SGB IV übermittelten Daten abgestellt werden

Da die vorgesehene Regelung eine Anpassung des Krankengeldes unmittelbar nach einer Beendigung des Arbeitsverhältnisses erfordert, bedarf es zur Vermeidung von regelmäßigen Überzahlungen einer

Anpassung der Meldeverpflichtungen der Arbeitgeber, weil bisher keine zeitnahe Information über eine Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses gegenüber der Krankenkasse gesetzlich normiert ist. Die weitergehende Information erscheint ausschließlich im Zusammenhang mit einer Gewährung von Krankengeld und einem Wegfall der Beschäftigung und daher nur in Einzelfällen zukünftig erforderlich, weshalb das Datenaustauschverfahren nach § 107 SGB IV um eine entsprechende unmittelbare Übermittlungsverpflichtung ergänzt werden müsste.

C) Änderungsvorschlag

Siehe Stellungnahme, für den Fall, dass an den Regelungen festgehalten werden soll.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 19 – § 49 (Ruhen des Krankengeldes)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, dass im Zusammenhang mit einer teilweisen Ausübung der Tätigkeit bei einer Teilarbeitsunfähigkeit gezahltes beitragspflichtiges Arbeitsentgelt und Arbeitseinkommen nicht zum Ruhen des Krankengeldanspruchs führt.

B) Stellungnahme

Bei der vorgesehenen Änderung handelt es sich um eine Folgeänderung im Zusammenhang mit der geplanten Einführung eines Teilkrankengeldes (Artikel 1 Nr. 17 – §§ 44c und d). Da der vorgeschlagene § 44d SGB V bereits vorsieht, dass das Teilkrankengeld nur in der Höhe der nach § 44c Absatz 1 Nummer 2 SGB V krankheitsbedingt nicht erbrachten Arbeitszeit geleistet wird, würde die aktuell bestehende Regelung zum Ruhen des Krankengeldes zu einer doppelten Kürzung des Krankengeldes führen, weil das bereits reduzierte Teilkrankengeld durch den Bezug von beitragspflichtigem Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen weitergehend zum Ruhen gebracht würde. Die Regelungen können deshalb nachvollzogen werden (siehe jedoch Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 17).

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20 – § 50 (Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, dass der Anspruch auf Krankengeld nicht mehr besteht, sofern eine Teilrente wegen Alters von mehr als zwei Dritteln der Vollrente oder Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung bezogen wird.

B) Stellungnahme

Durch den vorgesehenen Ausschluss des Krankengeldanspruchs im Zusammenhang mit einer Teilrente wegen Alters von mehr als zwei Dritteln der Vollrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung wird der Rechtsstand wieder hergestellt, welcher bis zum 1. Januar 2017 bestand. So konnte bis zum Inkrafttreten des Gesetzes zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexirentengesetz) durch Versicherte eine Rente lediglich dann als Teilrente gewählt werden, wenn auf mindestens ein Drittel der Rente verzichtet wurde.

Angesichts der aktuellen Praxis, dass die durch das Flexirentengesetz eröffnete Möglichkeit dahingehend genutzt wird, dass statt der Altersvollrente eine Teilrente bis zu einer Höhe von 99,99 Prozent der Vollrente in Anspruch genommen wird, um zusätzlich einen Krankengeldanspruch im Rahmen einer Weiterbeschäftigung neben dem Rentenbezug zu erhalten, erscheint die gesetzliche Anpassung zielführend, um systemwidrige Mitnahmeeffekte in Bezug auf die Geltendmachung eines Krankengeldanspruchs zu vermeiden. Die erforderliche System- und Zuständigkeitsabgrenzung zwischen gesetzlicher Renten- und Krankenversicherung wird hierdurch wieder hinreichend deutlich zum Ausdruck gebracht.

Um eine Umsetzung der gesetzlichen Regelung gewährleisten zu können, benötigen die Krankenkassen und Arbeitgeber zukünftig Kenntnis über die Höhe der Teilrente in Relation zur Vollrente. Hintergrund ist, dass nunmehr eine Teilrente mit weniger als einem Drittel Verzicht im Sinne des Krankengeldanspruches wie eine Vollrente angesehen wird und einen Ausschluss des Krankengeldanspruchs nach sich zieht. Diese Information ist daher für die Prüfung des Krankengeldanspruchs durch die Krankenkassen und in der Folge bei der beitragsrechtlichen Beurteilung des Arbeitsverhältnisses durch den Arbeitgeber erforderlich und sollte daher in den relevanten Datenübermittlungsverfahren berücksichtigt werden. In diesem Zusammenhang sollte auch eine Vereinheitlichung der gesetzlichen Regelungen erfolgen, weil § 12 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI die Grenze bei einer Rente wegen Alters von wenigstens zwei Dritteln der Vollrente zieht, während der aktuelle Gesetzesentwurf eine Teilrente von mehr als zwei Dritteln der Vollrente erfordert. Da beide Regelungen die gleiche Zielsetzung haben, sollte zur Vermeidung von unterschiedlichen Interpretationen auch eine gleichlautende Formulierung im Gesetzestext gewählt werden.

C) Änderungsvorschlag

Siehe Stellungnahme

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21 – § 51 (Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die vorgesehene gesetzliche Anpassung sollen die Fristen in § 51 Absatz 1 und 2 auf vier Wochen verkürzt werden.

B) Stellungnahme

Durch die vorgesehene Regelung wird die Frist in § 51 Abs. 1, innerhalb derer Versicherte einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder einen Antrag auf Regelaltersrente zu stellen haben von zehn auf vier Wochen gekürzt. Begründet wird die Anpassung damit, dass es in der Praxis häufig zu Verzögerungen bei der Einleitung rehabilitativer Maßnahmen zur Wiederherstellung oder dem Erhalt der Erwerbsfähigkeit führt. Die Regelung kann vor dem Hintergrund einer vergleichbaren Regelung im Recht der Arbeitsförderung nachvollzogen werden.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 22 – § 55 Absatz 1 und Absatz 2 (Zahnersatz – Leistungsanspruch)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die mit Wirkung zum 1. Oktober 2020 um 10 Prozentpunkte erhöhten Festzuschüsse für Zahnersatz sollen auf das davor gültige Niveau reduziert werden. Somit würde zukünftig ein Festzuschuss in Höhe von 50 Prozent geleistet. Zudem soll die Erhöhung der Festzuschüsse für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne reduziert werden. Damit würden die Festzuschüsse 60 Prozent bzw. 65 Prozent betragen, wenn die zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen während der letzten fünf Jahre beziehungsweise während der letzten zehn Jahre vor der Behandlung grundsätzlich ununterbrochen in Anspruch genommen wurden.

Für Härtefälle soll in § 55 Absatz 2 SGB V weiterhin die vollständige Kostenübernahme für die Regelversorgung mit Zahnersatz geregelt werden.

Zusätzlich soll eine Streichung der coronabedingten Sonderregelung erfolgen, wonach sich die Nichtinanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung im Kalenderjahr 2020 nicht auf die Erhöhung der Festzuschüsse auswirkt.

B) Stellungnahme

Die Reduzierung der erhöhten Festzuschüsse dient ausweislich der Gesetzesbegründung als Beitrag zur finanziellen Konsolidierung der gesetzlichen Krankenversicherung und ist damit rein fiskalisch motiviert.

Die vorgesehene Streichung der Regelung in Absatz 1 Satz 6 (in der Gesetzesbegründung ist irrtümlich von Satz 5 die Rede) zur Nichtinanspruchnahme der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung im Kalenderjahr 2020 wird damit begründet, dass diese durch Zeitablauf überholt sei. Hierbei wird außer Acht gelassen, dass sich diese Regelung nicht nur auf die letzten fünf Jahre, sondern auch auf die letzten zehn Jahre vor Behandlungsbeginn auswirkt. Eine Streichung führt zu einer zusätzlichen Kostenverlagerung auf die Versicherten, sofern in dem Zehnjahreszeitraum die Vorsorgeuntersuchung im Kalenderjahr 2020 coronabedingt nicht beansprucht wurde.

Unabhängig von der Sonderregelung zur Nichtinanspruchnahme der Zahnvorsorgeuntersuchung im Kalenderjahr 2020 bestehen derzeit Rechtsunsicherheiten hinsichtlich der Berechnung der erhöhten Festzuschüsse im Zusammenhang mit der Regelung, wonach Krankenkassen in begründeten Ausnahmefällen bei einem einmaligen Versäumen einer Vorsorgeuntersuchung die Festzuschüsse auf 65 Prozent (n. F.) erhöhen können. Zwischenzeitlich liegt eine höchstrichterliche Entscheidung hinsichtlich der Auswirkungen auf den Fünf- bzw. Zehnjahreszeitraum vor (Az. B 1 KR 22/25 R), der Volltext des Urteils steht jedoch noch aus. Nach den Ausführungen im Terminbericht Nr. 16/2026 des Bundessozialgerichts weicht die Entscheidung vom bisherigen Vorgehen in der Praxis ab. Hier sollte die gesetzgeberische Intention unmittelbar im Gesetzeswortlaut klargestellt und die Rechtsauslegung nicht der Rechtsprechung überlassen werden.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nummer 22 Buchstabe a) wird § 55 Absatz 1 n. F. wie folgt geändert (Änderungen sind kenntlich gemacht):

„(1) Versicherte haben nach den Vorgaben in den Sätzen 2 bis 7 Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß § 135 Absatz 1 anerkannt ist. Die Festzuschüsse umfassen 50 Prozent der nach § 57 Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen sich die Festzuschüsse nach Satz 2 auf 60 Prozent. Die Erhöhung entfällt, wenn der Gebisszustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen lässt und der Versicherte während der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung

1. die Untersuchungen nach § 22 Absatz 1 nicht in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen hat und

2. sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen.

Die Festzuschüsse nach Satz 2 erhöhen sich auf 65 Prozent, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung die Untersuchungen nach Satz 4 Nummer 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat. **Abweichend von den Sätzen 4 und 5 entfällt die Erhöhung der Festzuschüsse nicht aufgrund einer Nichtinanspruchnahme der Untersuchungen nach Satz 4 im Kalenderjahr 2020**. In begründeten Ausnahmefällen können die Krankenkassen abweichend von Satz 5 **und unabhängig von Satz 6** die Festzuschüsse nach Satz 2 auf 65 Prozent erhöhen, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Jahren vor Beginn der Behandlungen die Untersuchungen nach Satz 4 Nummer 1 und 2 nur mit einer einmaligen Unterbrechung in Anspruch genommen hat. Dies gilt nicht in den Fällen des Absatzes 2.“

Weitergehende klarstellende Regelungen in Bezug auf die Auswirkungen des einmaligen Versäumens einer Vorsorgeuntersuchung auf die Höhe der Festzuschüsse sind abhängig von der gesetzgeberischen Intention zu treffen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23 – § 61 (Zuzahlungen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die aktuell geltenden Zuzahlungsregelungen nach § 61 SGB V sollen ab dem 01.01.2027 angepasst werden. Dafür sollen die unteren und oberen Zuzahlungsgrenzen von mindestens 5 und höchstens 10 Euro auf mindestens 7,50 und höchstens 15 Euro angepasst werden. Darüber hinaus sollen die kalendertäglichen Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen und zur außerklinischen Intensivpflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a des SGB XI in Verbindung mit § 71 Absatz 4 SGB XI sowie in Wohneinheiten nach § 132l Absatz 5 Nummer 1 SGB V von 10 Euro auf 15 Euro angehoben werden. Zusätzlich soll auch die Zuzahlung je Verordnung für Heilmittel, häusliche Krankenpflege und außerklinische Intensivpflege an den in § 37c Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 SGB V genannten Orten (Haushalt der oder des Versicherten oder der Familie oder sonstiger geeigneter Ort, insbesondere betreute Wohnformen, Schulen, Kindergärten und Werkstätten für behinderte Menschen) von 10 Euro je Verordnung auf 15 Euro je Verordnung erhöht werden.

Im Weiteren sollen die Zuzahlungsgrenzen zukünftig durch Anbindung an die Grundlohnrate gemäß § 71 Absatz 3 SGB V zum 01.01. eines Kalenderjahres in Höhe der durchschnittlichen Veränderung der Grundlohnrate dynamisiert werden. Das BMG gibt die veränderten Beträge bis zum 15. eines jeden Jahres im Bundesanzeiger bekannt.

B) Stellungnahme

Ausweislich der Gesetzesbegründung gelten die Zuzahlungsregelungen in der gesetzlichen Krankenversicherung seit dem Jahr 2004, auch der Höhe nach, weitestgehend unverändert fort. Die einzige Ausnahme bilde die Abschaffung der Praxisgebühr in der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung ab dem Jahr 2013. In der Zeit von 2004 bis 2024 hätten sich neben den Verbraucherpreisen auch die Löhne und Gehälter um ca. 50 Prozent erhöht. Die Anpassungen der Zuzahlungsbegrenzungen sollen zur Stabilisierung der Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung beitragen. Die Versicherten hätten weiterhin die Möglichkeit, sich bei Erreichen der einprozentigen (bei chronischer Erkrankung) oder zweiprozentigen Belastungsgrenze gemäß § 62 SGB V von weiteren Zuzahlungen befreien zu lassen.

Es ist fraglich, ob und inwieweit durch die geplanten – rein fiskalisch motivierten – Zuzahlungserhöhungen eine Steuerungswirkung bei der Inanspruchnahme von Leistungen entsteht, die zur Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung beitragen kann. Jedenfalls konnte der GKV-Spitzenverband bereits in seinem Zuzahlungsbericht im Jahr 2011 aus den dabei zugrunde gelegten sechs Studien keine eindeutigen Hinweise auf nachhaltige Steuerungswirkungen der geltenden Zuzahlungsregelungen feststellen.

Sofern an den vorgesehenen Regelungen festgehalten wird, sollte geprüft werden, ob die vorgesehene jährliche Anpassung der Zuzahlungsbeträge mit einer Rundungsregelung versehen werden sollte.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 24 – § 63 (Modellvorhaben)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Streichung der Sätze 2 und 3 stellt klar, dass auch bei Modellvorhaben die Beitragssatzstabilität in den Vordergrund gerückt wird und Mehrausgaben nicht zulässig sind.

B) Stellungnahme

Die Regelung entspricht den Empfehlungen der FinanzKommission Gesundheit und wird seitens der GKV begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25 Buchstabe a) – § 71 Absatz 2 (Grundsatz der Beitragssatzstabilität)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zur dringend notwendigen Stabilisierung der Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung soll mit dem vorliegenden Gesetzentwurf der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gestärkt werden. Nach § 71 SGB V haben die Verhandlungspartner der Krankenkassen und Leistungserbringer ihre Vergütungsvereinbarungen grundsätzlich so zu gestalten, dass Beitragssatzerhöhungen ausgeschlossen werden. Entsprechend dürfen die von den Verhandlungspartnern vereinbarten Vergütungssteigerungen die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied (Grundlohnrate) nicht überschreiten.

Der Regierungsentwurf folgt damit dem grundlegenden Vorschlag der FinanzKommission Gesundheit zur Rückkehr zu einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik (Reformempfehlung Nummer 1).

Zur Umsetzung sieht Artikel 1 Nummer 25 Buchstabe a) die Streichung der grundlegenden Ausnahmeregelung in § 71 Absatz 2 Satz 2 vor. Danach sind Ausnahmen vom Grundsatz in Satz 1 zulässig, wenn die damit verbundenen Mehrausgaben durch vertraglich abgesicherte oder bereits erfolgte Einsparungen in anderen Leistungsbereichen ausgeglichen werden.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt ausdrücklich die beabsichtigte Rückkehr zu einer konsequenten einnahmenorientierten Ausgabenpolitik. Hierfür ist u. a. die hier vorgesehene Streichung der Ausnahme vom Grundsatz der Beitragssatzstabilität im bisherigen Satz 2 des ersten Absatzes erforderlich.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25 Buchstabe b) – § 71 Absatz 3 (Grundsatz der Beitragssatzstabilität)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zur dringend notwendigen Stabilisierung der Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung soll mit dem vorliegenden Gesetzentwurf der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gestärkt werden. Nach § 71 SGB V haben die Verhandlungspartner der Krankenkassen und Leistungserbringer ihre Vergütungsvereinbarungen grundsätzlich so zu gestalten, dass Beitragssatzerhöhungen ausgeschlossen werden. Entsprechend dürfen die von den Verhandlungspartnern vereinbarten Vergütungssteigerungen die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied (Grundlohnrate) nicht überschreiten.

Der Regierungsentwurf folgt damit dem grundlegenden Vorschlag der FinanzKommission Gesundheit zur Rückkehr zu einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik (Reformempfehlung Nummer 1).

Zur Umsetzung sieht Artikel 1 Nummer 25 Buchstabe b) vor, dass für die Jahre 2028 und 2029 die Wirkung der in § 223 Absatz 4 Satz 1 (neu) vorgesehenen außerordentlichen Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze unberücksichtigt bleibt, damit die beabsichtigte Entlastungswirkung der zusätzlichen Einnahmen nicht durch entsprechende Ausgabenzuwächse in den Jahren 2028 und 2029 bei Anwendung einer ansonsten höheren Grundlohnrate konterkariert wird.

Die Neuregelung sieht zudem vor, dass die ermittelte Grundlohnrate in den Jahren 2027, 2028 und 2029 der Kommissionsempfehlung folgend um jeweils einen Prozentpunkt gemindert wird. Der Abschlag wird für notwendig erachtet, da die Grundlohnrate in diesen Jahren absehbar deutlich höher liegen wird als die erwartete Entwicklung der Einnahmen der Krankenkassen in diesem Zeitraum.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt ausdrücklich die konsequente Übernahme der zentralen Empfehlung der FinanzKommission Gesundheit, die zukünftige Entwicklung der Ausgaben an die Entwicklung der Einnahmen zu binden. Eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik entspricht der zwingenden Erkenntnis, dass die Ausgaben der Gesundheitsversorgung nicht systematisch über die verfügbaren Mittel hinauswachsen können, ohne dass es regelmäßig zu immer weiter steigenden Zusatzbeitragssätzen kommt. Eine Nichtberücksichtigung dieser einfachen ökonomischen Wahrheit gefährdet die langfristige Finanzierbarkeit der GKV und die Akzeptanz der solidarischen Krankenversicherung.

Das von der Kommission an die erste Stelle gesetzte Erfordernis einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik ist bekanntermaßen auch die zentrale Forderung des GKV-Spitzenverbandes zur Stabilisierung der GKV-Beitragssätze. Ein wiederholtes Schnüren temporär wirksamer Sparmaßnahmenpaketen mit überproportionaler Belastung einzelner Ausgaben- oder Einnahmenbereiche ist ebenso wenig finanziell nachhaltig wie das Verschieben wachsender Finanzierungslasten in die Zukunft durch Darlehensfinanzierung.

Die sukzessiv über Jahrzehnte erfolgte Aushöhlung des in § 71 SGB V geregelten Gebots der Beitragssatzstabilität macht Anpassungen an zahlreichen gesetzlichen Regelungen zur Verhandlung von Preisen und Vergütungen in den verschiedenen Versorgungs- und Vertragsbereichen erforderlich, die vorliegend im Regierungsentwurf mit Verweis auf die Geltung von § 71 Absatz 1 bis 3 SGB V auch konsequent umgesetzt werden.

In der Gesetzesbegründung wird zudem ausdrücklich festgehalten, dass der Grundsatz der Beitragssatzstabilität für alle Vergütungsvereinbarungen im SGB V gilt. Es wird angeregt, ergänzend in der Begründung zum Zwecke der Klarstellung den Hinweis aufzunehmen, dass der Umstand, dass nunmehr in zahlreichen Vorschriften einzelner Leistungs- und Vertragsbereiche Bestimmungen aufgenommen wurden, dass § 71 Absatz 1 bis 3 gilt oder entsprechend gilt, nicht den Umkehrschluss zulässt, dass in Vorschriften anderer Leistungs- und Vertragsbereiche, in denen diese dezidierte Bestimmung nicht aufgenommen wurde, die Geltung des Grundsatzes in Frage steht.

Die Nichtberücksichtigung der parallel vorgesehenen außerordentlichen Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in den Grundlohnraten für 2028 und 2029 ist grundsätzlich nachvollziehbar. Da die GKV jedoch kein Einnahmen-, sondern ein Ausgabenproblem hat, wird eine Mehrbelastung der Beitragszahlenden im Jahr 2027 zusätzlich zur regelbasierten ordentlichen Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze weder als notwendig noch als sachgerecht angesehen und deshalb grundsätzlich kritisch bewertet. Bei einem Verzicht auf diese Erhöhung erübrigt sich die vorgesehene Sonderregelung zur Nichtberücksichtigung in § 71 Absatz 3.

Die Kommissionsempfehlung einer Absenkung der Grundlohnrate um einen Prozentpunkt für die Jahr Jahre 2027 bis 2029 ist nachvollziehbar. Sofern die vorgesehene dauerhafte Kürzung des Bundeszuschusses um 2 Mrd. Euro im parlamentarischen Verfahren nicht zurückgenommen wird, bedarf es für eine wirksame einnahmenorientierte Ausgabenpolitik ferner einer zusätzlichen Begrenzung des Ausgabenzuwachses ab 2027 in entsprechender Größenordnung. Geschieht dies nicht, stehen einer dauerhaften, weil basiswirksamen Erhöhung der Ausgaben um 2 Mrd. Euro keine entsprechenden Finanzierungsmittel der Krankenkassen gegenüber. Dies entspricht aktuell einer Belastungswirkung von 0,1 Beitragssatzpunkten.

Die in Artikel 1 Nummer 62 (§ 232a) ab 2027 vorgesehene schrittweise Anhebung des Faktors nach § 232a Absatz 1 Nummer 2 wirkt sich erhöhend auf die Grundlohnveränderungsrate und die Beitragseinnahmen des Gesundheitsfonds aus. Mit der Anhebung des Faktors soll die sach- und verfassungswidrige Finanzierung von Gesundheitsausgaben für Grundsicherungsgeldbeziehende aus GKV-Beiträgen in Schritten von jährlich rd. 500 Mio. Euro in kleinen Schritten durch eine Finanzierung aus Bundesmitteln ersetzt werden. Damit am Ende eine dauerhaft entlastende Wirkung für die Beitragszahlenden realisiert wird, ist zu beachten, dass diese Beträge nicht zur Finanzierung zusätzlicher Ausgaben zur Verfügung stehen. Die Mehreinnahmen infolge der Anhebung des Faktors sind deshalb bei der Ermittlung der Grundlohnveränderungsrate ebenfalls mindernd zu berücksichtigen

Als für das Ziel der Beitragssatzstabilität wirksamere Alternative gegenüber der Orientierung der Preis- und Vergütungsentwicklung an der Grundlohnrate (abzüglich eines Prozentpunkts in den Jahren 2027 bis 2029) empfiehlt der GKV-Spitzenverband hingegen eine dauerhafte Orientierung an der Veränderungsrate der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds.

Durch die Bezugnahme auf einen Zeitraum, der sich über zwei zurückliegende Kalenderjahre und das jeweils laufende Kalenderjahr erstreckt, bildet die Grundlohnrate nur sehr eingeschränkt die Finanzierungsmöglichkeiten der GKV für künftige Vergütungssteigerungen ab. Notwendig ist vielmehr ein Wert, der diejenigen Einnahmen berücksichtigt, die den Krankenkassen zur Deckung ihrer Ausgaben tatsächlich zur Verfügung stehen werden. Sachgerecht und zielgenau ist die Veränderungsrate der Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen. Diese Veränderungsrate wird vom GKV-Schätzerkreis Mitte Oktober jeweils für das Folgejahr ermittelt. Das Bundesministerium für Gesundheit legt nach Auswertung der Ergebnisse des Schätzerkreises die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V bis zum 1. November eines Kalenderjahres fest. Neue Erkenntnisse über die Höhe der erwarteten Einnahmen des Gesundheitsfonds, die sich auf Höhe der Zuweisungen auswirken, sind dabei zu berücksichtigen. Mit der Veröffentlichung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a werden die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für das Folgejahr und somit auch die Veränderungsrate der Zuweisungen endgültig festgelegt. Dieser Veränderungswert spiegelt die tatsächlichen Einnahmenzuwächse wider, die den Krankenkassen vom Gesundheitsfonds im Folgejahr zur Verfügung gestellt werden. Die Entwicklung der Ausgaben der Krankenkassen würde somit an die tatsächliche Einnahmenentwicklung desselben Jahres gekoppelt. Die Mehreinnahmen infolge der Anhebung des Faktors nach § 232a Absatz 1 Nummer 2 sind – wie zuvor dargestellt – bei der Ermittlung der Veränderungsrate der Zuweisungen mindernd zu berücksichtigen, damit die bisherige Beitragsfinanzierung der Gesundheitsausgaben von Grundsicherungsgeldbeziehenden wirksam reduziert wird. Diese Mehreinnahmen stehen nicht zur Finanzierung höherer Preise und Vergütungen zur Verfügung.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nummer 25 Buchstabe b) wir § 71 Absatz 3 wie folgt gefasst:

„(3) Das Bundesministerium für Gesundheit stellt bis zum 1. November eines jeden Jahres für die Vereinbarungen der Vergütungen des jeweils folgenden Kalenderjahres die nach den Absätzen 1 und 2 anzuwendende Gesamtveränderungsrate der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nach §§ 266, 268 und 270 fest. Grundlage der Festlegung ist das Ergebnis des Schätzerkreises nach § 220 Absatz 2. Bei der Prognose der erwarteten Einnahmen des Gesundheitsfonds sind Mehreinnahmen aus einer Anhebung des Faktors nach § 232a Absatz 1 Nummer 2 im Rahmen der Ermittlung der Gesamtveränderungsrate der Zuweisungen nach Satz 1 mindernd zu berücksichtigen. Die Feststellung wird durch Veröffentlichung im Bundesanzeiger bekannt gemacht.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 26 – § 73 (Vertragsärztliche Versorgung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Mindestinhalte der Praxissoftware für die Verordnung von Arzneimitteln sollen Rabattverträge nach § 130e[neu] umfassen.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung der neuen Rabattverträge nach § 130e.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 27 – § 73b (HZV)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung stellt klar, dass zur Begrenzung des Ausgabenanstieg in der hausarztzentrierten Versorgung der Grundsatz der Beitragssatzstabilität entsprechend gilt. Ergänzend sehen die Regelungen vor, dass bei einer ansteigenden Anzahl an Teilnehmern an der hausarztzentrierte Versorgung Abschläge auf die vereinbarten Preise zu vereinbaren sind. Die Regelungen sind verpflichtend anzuwenden.

B) Stellungnahme

Die Regelungen werden grundsätzlich in den Vorschlägen der FinanzKommission Gesundheit adressiert und werden seitens der GKV begrüßt. Die Weitergabe von Skaleneffekten an die GKV ist sachgerecht; es ist anzunehmen, dass sich daraus keine Auswirkungen auf die Versorgung ergeben, da sich die Abschläge nur auf eine Ausweitung des Angebots beziehen und die Behandlungszahlen der Vorjahre zum Vergleich herangezogen werden.

Ergänzend sollte der bestehende einseitige Kontrahierungszwang für die gesetzlichen Krankenkassen in eine optionale Regelung überführt werden. Während die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) für Versicherte sowie für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte freiwillig ist, sind die Krankenkassen gesetzlich verpflichtet, Verträge mit Gemeinschaften, welche die hausärztlichen Leistungserbringenden vertreten, abzuschließen.

Die Ausgaben für Leistungen der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V summierten sich im Jahr 2024 auf über 2 Mrd. Euro. Im Vergleich zum Jahr 2023 sind die Ausgaben um 11,6 Prozent gestiegen. Darüber hinaus entstehen weitere erheblichen Aufwände zur Administration dieser Verträge bei den Krankenkassen. Darüber hinaus entstehen weitere erheblichen Aufwände zur Administration dieser Verträge bei den Krankenkassen.

Diese einseitige verpflichtende Regelung birgt das Risiko erhöhter finanzieller Belastungen für die GKV und widerspricht dem Prinzip einer freien Vertragsgestaltung. Insofern nimmt der bestehende Kontrahierungszwang den Krankenkassen die Gestaltungsfreiheit als wesentliches Element wirtschaftlicher Steuerung und Qualitätssicherung. Die gesetzlichen Krankenkassen sollten daher gleichfalls die Möglichkeit erhalten selbst zu entscheiden, mit welchen Vertragspartnern, unter welchen Bedingungen Versorgungsverträge ergänzend zu kollektivvertraglichen Regelungen abgeschlossen werden. Denn eine freiwillige Regelung ermöglicht es den Krankenkassen, Verträge gezielt dort abzuschließen, wo ein nachweisbarer Mehrwert für die Versicherten besteht, und die Wirtschaftlichkeit gewahrt bleibt.

C) Änderungsvorschlag

Ergänzend zu den in § 73b Absatz 5 vorgesehenen Änderungen wird § 73b mit Wirkung ab 01.01.2027 wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Krankenkassen können ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung (hausarztzentrierte Versorgung) anbieten."

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Krankenkassen können allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen Verträge schließen mit

1. vertragsärztlichen Leistungserbringern, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a teilnehmen,
2. Gemeinschaften dieser Leistungserbringer,
3. Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a teilnehmen, anbieten,
4. Kassenärztlichen Vereinigungen, soweit Gemeinschaften nach Nummer 2 sie hierzu ermächtigt haben."

bb) Die Sätze 2 bis 5 werden gestrichen.

cc) In Satz 7 werden die Angabe „Satz 6" durch die Angabe „Satz 2" ersetzt.

c) Die Absätze 4a und 5a werden gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 28 – § 74 (Stufenweise Wiedereingliederung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, dass eine stufenweise Wiederaufnahme der Tätigkeit durch Versicherte, wenn diese hierdurch voraussichtlich besser wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden können, nachrangig gegenüber einer teilweisen Erbringung der Arbeitsleistung nach § 44c oder § 44d SGB V für arbeitsunfähige Versicherte möglich ist.

B) Stellungnahme

Auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 17 wird verwiesen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 30 – § 85 Absatz 2d und Absatz 3 SGB V (Gesamtvergütung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die vorgeschlagene Änderung wird klargestellt, dass § 71 Absatz 1 bis 3 SGB V für die Veränderung der Punktwerte für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz gilt. Ausgenommen von dieser Regelung sind weiterhin Leistungen nach den §§ 22, 22a, 26 Absatz 1 Satz 5, § 87 Absatz 2i und 2j SGB V sowie Leistungen zur Behandlung von Parodontitis für Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder in der Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX leistungsberechtigt sind.

B) Stellungnahme

Es wird begrüßt, dass der Vorschlag der FinanzKommission Gesundheit aufgegriffen wird.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 31 Buchstabe a) – § 87 Absatz 1 (Bundesmantelvertrag)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die gesetzliche Vorgabe, wonach für Vertragszahnärzte eine gesonderte Vergütung für die erstmalige sowie für weitere Befüllungen der ePA vorzusehen sind, wird gestrichen.

B) Stellungnahme

Die Nutzung der ePA ist Teil der ärztlichen Dokumentation. Die Befüllung wird durch die technische Integration in die Praxisverwaltungssysteme unterstützt und führt zu keinen Mehraufwänden in Praxen. Zudem profitieren Zahnarztpraxen durch eine verbesserte Transparenz über den Behandlungsstand der Patienten. Zeitaufwändige administrative Aufwände für das Anfordern vergessener oder das Digitalisieren ausschließlich in Papierform vorliegender Befunde entfallen, wodurch Effizienzvorteile in den Zahnarztpraxen entstehen. Die Streichung der gesonderten Vergütung für die Nutzung der elektronischen Patientenakte ist daher sachgerecht und führt nicht zu einer Verschlechterung der Versorgung. Jedoch ist die bloße Streichung der aktuellen gesetzlichen Vorgabe nicht ausreichend. Vielmehr muss im Sinne einer dauerhaften Beitragsstabilität sichergestellt werden, dass auch zukünftig keine Vergütung für die Nutzung der ePA vorgesehen wird. Der GKV-Spitzenverband begrüßt die beabsichtigte Neuregelung, die Bestandteil der Reformempfehlungen der FinanzKommission Gesundheit ist und spricht sich mit dem Ziel einer schnellstmöglichen Realisierung der durch die Umsetzung avisierten Einsparungen für ein Vorziehen des Inkrafttretens aus.

C) Änderungsvorschlag

§ 87 Absatz 1 Satz 13 und 14 werden durch folgenden Satz ersetzt:

„**Ab dem 1. Oktober 2026 darf der Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen keine Vergütung für Tätigkeiten im Zusammenhang mit der elektronischen Patientenakte vorsehen.**“

Streichung von Nr. 31 Buchstabe a)in Absatz 2 des Artikel 8

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 31 Buchstabe b) und Buchstabe g) – 87 Absätze 1d und 2h (Bundesmantelvertrag)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die in § 87 Absatz 1d und Absatz 2h vorgeschlagenen Regelungen werden KZBV und GKV-Spitzenverband verpflichtet, den Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) im Bereich der kieferorthopädischen Behandlung grundlegend bis zum 31.12.2027 zu überarbeiten und Leistungskomplexe einzuführen, die eine Bewertung unabhängig von der Behandlungsdauer vorsehen. Zusätzlich werden KZBV und GKV-Spitzenverband aufgefordert, Vorgaben zur Sicherung der Ergebnisqualität kieferorthopädischer Behandlungen zu regeln.

B) Stellungnahme

Es wird begrüßt, dass der Vorschlag der FinanzKommission Gesundheit aufgegriffen wird.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 31 Buchstabe c) – § 87 Absatz 2a (Bundesmantelvertrag)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die gesetzliche Vorgabe, wonach für Vertragsärzte eine gesonderte Vergütung für die erstmalige sowie für weitere Befüllungen der ePA vorzusehen sind, wird gestrichen.

B) Stellungnahme

Die Nutzung der ePA ist Teil der ärztlichen Dokumentation. Die Befüllung wird durch die technische Integration in die Praxisverwaltungssysteme unterstützt und führt zu keinen Mehraufwänden in Praxen. Zudem profitieren Arztpraxen durch eine verbesserte Transparenz über den Behandlungsstand der Patienten. Zeitaufwändige administrative Aufwände für das Anfordern vergessener oder das Digitalisieren ausschließlich in Papierform vorliegender Befunde entfallen, wodurch Effizienzvorteile in den Arztpraxen entstehen. Die Streichung der gesonderten Vergütung für die Nutzung der elektronischen Patientenakte ist daher sachgerecht und führt nicht zu einer Verschlechterung der Versorgung. Jedoch ist die bloße Streichung der aktuellen gesetzlichen Vorgabe nicht ausreichend. Vielmehr muss im Sinne einer dauerhaften Beitragsstabilität sichergestellt werden, dass auch zukünftig keine Vergütung für die Nutzung der ePA vorgesehen wird. Der GKV-Spitzenverband begrüßt die beabsichtigte Neuregelung, die Bestandteil der Reformempfehlungen der FinanzKommission Gesundheit ist und spricht sich mit dem Ziel einer schnellstmöglichen Realisierung der durch die Umsetzung avisierten Einsparungen für ein Vorziehen des Inkrafttretens aus.

C) Änderungsvorschlag

§ 87 Absatz 1 Satz 25 und 26 werden durch folgenden Satz ersetzt:

„**Ab dem 1. Oktober 2026 darf der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen keine Vergütung für Tätigkeiten im Zusammenhang mit der elektronischen Patientenakte vorsehen.**“

Streichung von Nr. 31 Buchstabe c) in Absatz 2 des Artikel 8

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 31 Buchstabe d) – § 87 Absatz 2b (Bundesmantelvertrag)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zu aa): Die Regelung sieht vor, dass keine Zuschläge auf die Versichertenpauschale für Behandlungen auf Grund einer Terminvermittlung durch die Terminservicestelle oder aufgrund einer erfolgreichen Vermittlung eines Termins bei einem Facharzt im einheitlichen Bewertungsmaßstab enthalten sein dürfen.

Zu bb): Die gesetzliche Vorgabe, wonach eine gesonderte Vergütung für die Organspendeberatung nach § 2 Abs. 1a des Transplantationsgesetzes vorzusehen ist, wird gestrichen.

B) Stellungnahme

Zu aa): Die vorgesehene Regelung zur Streichung der zusätzlichen Vergütungen für die Terminvereinbarungen mittels Terminservicestellen und bei erfolgreicher Vermittlung an einen Facharzt wird begrüßt, da diese Vergütungen nachweislich nicht zu einer Verbesserung der Wartezeiten für GKV-Versicherte geführt haben. So zeigen sowohl die Evaluationsergebnisse des Institutes des Bewertungsausschusses als auch der Prüfbericht des Bundesrechnungshofes, dass sich die Unterschiede in den Wartezeiten von GKV- und PKV-Versicherten kaum verändert haben bzw. keine Verbesserung der Versorgungsqualität belegt sei. Die ebenfalls von der FinanzKommission Gesundheit empfohlene Streichung der gesonderten Vergütung führt nicht zu einer Verschlechterung der Versorgung der Versicherten. Stattdessen werden Fehlanreize für die Versorgung im Hinblick auf eine ökonomisch motivierte Steuerung von Patientenkontakten beseitigt.

Zu bb): Die FinanzKommission Gesundheit empfiehlt die Streichung der gesonderten Vergütung, da eine Erhöhung der Organspendebereitschaft durch die Beratung zur Organspende nicht festgestellt werden kann. Die Streichung der gesonderten Vergütung für die Organspendeberatung ist sachgerecht und führt nicht zu einer Verschlechterung der Versorgung. Der GKV-Spitzenverband begrüßt die beabsichtigte Neuregelung und spricht sich mit dem Ziel einer schnellstmöglichen Realisierung der durch die Umsetzung avisierten Einsparungen für ein Vorziehen des Inkrafttretens aus. Aufgrund des inhaltlichen Zusammenhangs ist auch Satz 6 zu streichen.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nummer 31 Buchstabe d) Doppelbuchstabe bb) werden die Worte „Ab dem 1. Januar 2027“ durch die Worte „Ab dem 1. Oktober 2026“ ersetzt.

Nach der Nummer 31 Buchstabe d) Doppelbuchstabe bb) wird ein neuer Doppelbuchstabe cc) wie folgt ergänzt:
„cc) Satz 6 wird gestrichen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 31 Buchstabe e) – § 87 Absatz 2c (Bundesmantelvertrag)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zu aa): Die Regelung sieht vor, dass keine Zuschläge auf die Grundpauschale für Behandlungen auf Grund einer Terminvermittlung durch die Terminservicestelle oder durch einen Hausarzt im einheitlichen Bewertungsmaßstab enthalten sein dürfen.

Zu bb): Die Regelungen sehen vor die Zuschläge für Psychotherapie im ersten Therapieblock der Kurzzeittherapie zu streichen.

B) Stellungnahme

Zu aa): Die vorgesehene Regelung zur Streichung der zusätzlichen Vergütungen für die Terminvereinbarungen mittels Terminservicestellen und durch Vermittlung des Hausarztes wird begrüßt, da diese Vergütungen nachweislich nicht zu einer Verbesserung der Wartezeiten für GKV-Versicherte geführt haben. So zeigen sowohl die Evaluationsergebnisse des Institutes des Bewertungsausschusses als auch der Prüfbericht des Bundesrechnungshofes, dass sich die Unterschiede in den Wartezeiten von GKV- und PKV-Versicherten kaum verändert haben bzw. keine Verbesserung der Versorgungsqualität belegt sei. Die ebenfalls von der FinanzKommission Gesundheit empfohlene Streichung der gesonderten Vergütung führt nicht zu einer Verschlechterung der Versorgung der Versicherten. Stattdessen werden Fehlanreize für die Versorgung im Hinblick auf eine ökonomisch motivierte Steuerung von Patientenkontakten beseitigt.

Zu bb): Die Regelung entspricht den Empfehlungen der FinanzKommission Gesundheit und wird seitens der GKV begrüßt. Da die Zuschläge keine Wirksamkeit entfaltet haben, sind keine Auswirkungen auf die Versorgung zu erwarten. Der GKV-Spitzenverband spricht sich mit dem Ziel einer schnellstmöglichen Realisierung der durch die Umsetzung avisierten Einsparungen für ein Vorziehen des Inkrafttretens aus.

C) Änderungsvorschlag

In Nr. 31 lit. e) lit. bb) werden die Worte „Ab dem 1. Januar 2027“ durch die Worte „Ab dem 1. Oktober 2026“ ersetzt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 31 Buchstabe f) – § 87 Absatz 2g (Bundesmantelvertrag)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung stellt klar, dass bei der jährlichen Anpassung des Orientierungswertes der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt.

B) Stellungnahme

Die Regelung entspricht der Empfehlung der FinanzKommission Gesundheit. Sie führt zu keiner Verschlechterung der Versorgung. Die Regelung wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 32 Buchstabe a) – § 87a Absatz 2 (Regionale Euro-Gebührenordnung, MGV)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zur Begrenzung von Ausgabenzuwächsen wird klargestellt, dass bei der Vereinbarung des Punktwertes durch die regionalen Vertragspartner der Grundsatz der Beitragssatzstabilität entsprechend gilt.

B) Stellungnahme

Die Regelung entspricht der Empfehlung der FinanzKommission Gesundheit. Sie führt zu keiner Verschlechterung der Versorgung. Die Regelung wird begrüßt. Zur weiteren Klarstellung sollten gleichfalls die Tatbestände nach den Sätzen 2 (Zuschläge auf den Orientierungswert) und 3 (besonders förderungswürdige Leistungen und Leistungserbringer) dieses Absatzes vom Grundsatz der Beitragssatzstabilität umfasst werden. Es bedarf daher eine Geltung für den gesamten Absatz.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nummer 32 wird Buchstabe a) wie folgt gefasst:

„a) Nach Absatz 2 Satz 6 wird der folgende Satz eingefügt: „Für die Vereinbarungen nach diesem Absatz gilt § 71 Absatz 1 bis 3 entsprechend.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 32 Buchstabe b) – § 87a Absatz 3 (Regionale Euro-Gebührenordnung, MGV)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bislang extrabudgetär vergüteten ärztlichen Leistungen, die in den Fallkonstellationen TSS-Terminfall, TSS-Akutfall, Hausarztvermittlung oder Offene Sprechstunde erbracht werden, werden ab dem Jahr 2027 in die MGV zurückgeführt. Dazu wird die MGV im Jahr 2027 basiswirksam um die für diese Leistungen bislang durchgeführte Bereinigung angehoben. Die strukturellen Regelungen zur Durchführung von Terminvermittlungen sowie zur Verpflichtung, offene Sprechstunden anzubieten, bleiben unverändert bestehen.

B) Stellungnahme

Die 2019 mit dem TSVG eingeführte extrabudgetäre Förderung der Leistungen in diesen Fallkonstellationen hat ausweislich der hierzu durchgeführten Evaluation nicht zu einem verbesserten Zugang der GKV-Versicherten zur fachärztlichen Versorgung oder zu einer Verkürzung der Wartezeiten geführt, aber bisher rund 3 Mrd. Euro Mehrausgaben verursacht. Die Abschaffung dieser Förderung ist daher zwingend geboten, wurde auch vom Bunderechnungshof eingefordert, von der FinanzKommission Gesundheit empfohlen und entspricht der langjährigen Forderung des GKV-Spitzenverbandes. Die sachgerechte Umsetzung der Rückabwicklung der vorgenommenen Bereinigung der MGV wird durch den Auftrag an den Bewertungsausschuss, hierzu Vorgaben zu beschließen, gewährleistet.

Mit der Neuregelung werden in § 87a Abs. 3 SGB V ab Satz 5 auch sämtliche bestehende Regelungen zur Vergütung von Leistungen außerhalb der MGV gestrichen, da dies in dem neuen § 87d künftig neu geregelt wird. Dabei sollte allerdings auch Satz 4 angepasst werden, der bislang eine unbegrenzte Nachzahlungsverpflichtung der Krankenkassen für über die MGV hinausgehende Leistungen im Falle eines nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs vorsieht. Dies widerspricht der Reformleitlinie, dass Vergütungszuwächse strikt durch Einnahmezuwächse begrenzt werden sollen. Die Regelung ist daher zu beschränken auf Ausnahmeereignisse wie Pandemien oder Naturkatastrophen.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nummer 32 Buchstabe b) werden die Worte „Absatz 3 Satz 5 bis 20“ durch die Worte „Absatz 3 Satz **4** bis 20“ ersetzt und den aufgeführten Sätzen der folgende Satz vorangestellt:

„Darüber hinausgehende Leistungen, die sich aus einem bei der Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung **aufgrund von Ausnahmeereignissen wie Pandemien oder Naturkatastrophen** nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs ergeben, sind von den Krankenkassen zeitnah, spätestens im folgenden Abrechnungszeitraum unter Berücksichtigung der Empfehlungen nach Absatz 5 Satz 1 Nr. 1 ebenfalls mit den in der Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 enthaltenen Preisen zu vergüten.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 32 Buchstabe c) – § 87a Absatz 3b (Regionale Euro-Gebührenordnung, MGV)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Ein technischer Fehler in den gesetzlichen Regelungen zur seit dem 1. April 2023 erfolgenden Entbudgetierung der Leistungen der Kinder- und Jugendärzte wird behoben. Dazu wird die Systematik dieser Entbudgetierung von kinder- und jugendmedizinischen Leistungen an die nach § 87a Absatz 3c SGB V für die Entbudgetierung der allgemeinen hausärztlichen Leistungen geltende Systematik angeglichen. Zudem wird die Altersgrenze der Patientinnen und Patienten, für die entbudgetierte Leistungen erbracht werden dürfen, gestrichen.

Des Weiteren sind nunmehr bei der Ermittlung der Ausgleichszahlungen der Krankenkassen für die entbudgetierten kinder- und jugendmedizinischen Leistungen, die in der EBM-Leistungskalkulation berücksichtigten Fixkosten bei Leistungsausweitung abzustaffeln (Fixkostendegression). Hierzu legt der Bewertungsausschuss den anzuwendenden Abschlag fest.

B) Stellungnahme

Durch technische Fehler in der bisherigen Gesetzesregelung durch Nichtberücksichtigung saisonaler Schwankungen und unvollständige Fortschreibung der Ausgangswerte wurde der auf die zu entbudgetierenden Leistungen entfallende Teil der MGV zu niedrig festgesetzt, was zu einem fälschlicherweise dauerhaft um jährlich etwa 140 Mio. Euro überhöhten Nachzahlungsbedarf in Form von Ausgleichszahlungen der Krankenkassen geführt hat. Diese zusätzlichen Zahlungen werden nicht benötigt, um die entbudgetierten Leistungen vollständig zu bezahlen, sondern verbleiben bisher bei den KVen und werden von diesen intransparent genutzt und verteilt.

Die Behebung dieses Fehlers entsprechend der Forderung des GKV-Spitzenverbandes und der Feststellung durch die FinanzKommission Gesundheit ist daher zwingend geboten und erfolgt durch Angleichung an die bestehenden Regelungen zur Entbudgetierung bei den Hausärzten. Die Streichung der Altersgrenze für die zu entbudgetierenden Leistungen bei den Kinder- und Jugendärzten hat vernachlässigbare Auswirkungen und dient der Vereinfachung.

Analog zur Entbudgetierung bei den Hausärzten erfolgt die erstmalige Festsetzung der Ausgangswerte für den auf die zu entbudgetierenden Leistungen entfallenden Teil der MGV im kinder- und jugendmedizinischen Bereich (Kinderarzt-MGV) neu auch unter Berücksichtigung von Honorarzuschlägen sowie zusätzlichen Honorarauszahlungen, was sachgerecht ist. In Satz 9 sollten allerdings analog zur Regelung zur Entbudgetierung der allgemeinen hausärztlichen Leistungen in § 87a Absatz 3c Satz 19 SGB V auch Zuschläge nach Satz 8 nicht von der Zahlung mit befreiender Wirkung ausgenommen sein.

Durch die Neuregelung der bislang in § 87a Abs. 3 Satz 6 SGB V geregelten Vergütung von Leistungen außerhalb der MGV bedarf es zur Berücksichtigung zukünftiger Verschiebungen von Leistungen in die oder aus der MGV allerdings zur entsprechenden Anpassung der Kinderarzt-MGV eines Verweises auf § 87d Abs. 1 SGB V. Der Satz sollte zudem in seiner syntaktischen Struktur korrigiert und analog zu § 87a Absatz 3c Satz 4 SGB V gefasst werden.

Die bei Kinder- und Jugendärzten anfallenden Kosten steigen bei zunehmender Leistungsmenge unterproportional, da die Fixkosten mit einer bestimmten kalkulatorischen Leistungsmenge bereits ausfinanziert sind. Die Neuregelung zur Fixkostendegression ist daher sachgerecht und entspricht grundsätzlich der vom GKV-Spitzenverband bereits im Rahmen der Kommentierung zum GVSG eingebrachten Forderung, wonach für den Fall, dass zusätzlich zur Kinderarzt-MGV eine Ausgleichszahlung zu leisten ist, der Punktwert für die entbudgetierten kinder- und jugendmedizinischen Leistungen zu mindern ist. In Satz 1 muss der Verweis auf die Preisminderung allerdings auf den diese konstituierenden Satz 14 bezogen werden. Der Abschlag sollte in den Sätzen 14 bis 19 zudem aus Konsistenz- und Vereinfachungsgründen allein auf das Anfallen von Ausgleichszahlungen abgestellt werden, was einen Anstieg der Leistungsmenge voraussetzt; das Abstellen auf die Steigerung der Leistungsmenge gegenüber dem jeweiligen Vorjahresquartal passt nicht zu der in Satz 13 beschriebenen Ermittlung der Ausgleichszahlungen. Hierzu sollte der Bewertungsausschuss in Satz 15 einen prozentualen Abschlag auf die Ausgleichszahlungen festsetzen, aus der sich die Höhe des einheitlichen Abschlags auf die Preise der entbudgetierten kinder- und jugendmedizinischen Leistungen errechnet.

Die Verlängerung des bestehenden einmaligen Evaluationsauftrags an den Bewertungsausschuss in quartalsweise Berichte bis zum 31. Dezember 2029 wird begrüßt; nur damit kann sachgerecht bewertet werden, ob die Mehrausgaben tatsächlich zu einer Verbesserung der Versorgung führen oder nicht. Der Bewertungsausschuss sollte zudem verpflichtet werden, die Berichte im Internet zu veröffentlichen.

C) Änderungsvorschlag

Satz 1 wird wie folgt neu gefasst:
„Leistungen des Versorgungsbereichs der Kinder und Jugendmedizin sind von den Krankenkassen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 vollständig zu vergüten, **wobei etwaige Preisminderungen gemäß Satz 14 zu berücksichtigen sind** ~~soweit sie aus der für diese Leistungen festgesetzten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vollständig vergütet werden kann~~."

Satz 6 wird wie folgt neu gefasst:
„Soweit **aufgrund von Änderungen des** ~~**der**~~ nach Absatz 3 Satz 2 vereinbarte**n** Behandlungsbedarf**s** einschließlich Abgrenzungsänderungen der nach Absatz 3 Satz 6 **und § 87d Absatz 1** vergüteten Leistungen **der Behandlungsbedarf für die in Satz 1 genannten Leistungen** für das jeweilige Quartal gegenüber dem diesem Quartal entsprechenden Quartal des Zeitraums vom 1. April 2022 bis 31. März 2023 ~~**von dem Behandlungsbedarf für die in Satz 1 genannten Leistungen**~~ abweicht, ist der nach Satz 5 zu bestimmende prozentuale Anteil entsprechend anzupassen."

Satz 9 wird wie folgt neu gefasst:
„Für die Zuschläge nach ~~**Satz**~~ **den Sätzen** 3 **und 8** sowie nach Absatz 2 Satz 2 und 3 gilt Satz 2 nicht."

Die Sätze 15 bis 19 werden durch folgenden Satz ersetzt:
„Hierzu hat der Bewertungsausschuss bis zum … [einsetzen: Datum des ersten Tages der sechsten auf die Verkündung folgenden Kalenderwoche] **den Prozentsatz festzusetzen, um den die Ausgleichszahlung aufgrund allgemeiner Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen zu mindern ist;** die Höhe des Abschlags auf die Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5

für die in Satz 1 genannten Leistungen ergibt sich hieraus als Eins minus dem Quotient aus der Summe der auf die Leistungen nach Satz 1 entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und der um den festgesetzten Prozentsatz geminderten Ausgleichszahlung sowie der mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 ausschließlich des Abschlags bewerteten Menge der Leistungen nach Satz 1 ~~festzusetzen~~."

Satz 21 wird durch folgenden Satz ersetzt:
„Der Bewertungsausschuss analysiert die Auswirkungen der Regelungen des § 87d Absatz 4 Satz 1 Nummer 4, dieses Absatzes sowie der Regelungen in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz bezüglich der Leistungen des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin insbesondere auf die Versorgung der Kinder und Jugendlichen, die Honorare sowie die Ausgaben der Krankenkassen quartalsweise und berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals bis zum 31. Dezember 2025 und letztmalig bis zum 31. Dezember 2029 über die Ergebnisse **und macht diese außerdem jeweils im Internet bekannt**."

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 32 Buchstabe c) – § 87a Absatz 3c (Regionale Euro-Gebührenordnung, MGV)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die gesetzlichen Regelungen zur seit dem 1. Oktober 2025 erfolgenden Entbudgetierung der allgemeinen hausärztlichen Leistungen werden analog zu den Anpassungen in § 87a Abs. 3b SGB V um die Fixkostendegression bei der Ermittlung der Ausgleichszahlungen der Krankenkassen für die entbudgetierten Leistungen erweitert, um die in der EBM-Leistungskalkulation berücksichtigten Fixkosten bei Leistungsausweitung abzustaffeln. Hierzu legt der Bewertungsausschuss den anzuwendenden Abschlag fest.

B) Stellungnahme

Die bei Hausärzten anfallenden Kosten steigen bei zunehmender Leistungsmenge unterproportional, da die Fixkosten mit einer bestimmten kalkulatorischen Leistungsmenge bereits ausfinanziert sind. Die Neuregelung zur Fixkostendegression ist daher sachgerecht und entspricht grundsätzlich der vom GKV-Spitzenverband bereits im Rahmen der Kommentierung zum GVSG eingebrachten Forderung, wonach für den Fall, dass zusätzlich zum auf die zu entbudgetierenden Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung entfallenden Teil der MGV (Hausarzt-MGV) eine Ausgleichszahlung zu leisten ist, der Punktwert für die entbudgetierten Leistungen zu mindern ist. In Satz 1 muss der Verweis auf die Preisminderung allerdings auf den diese konstituierenden Satz 10 bezogen werden. Der Abschlag sollte in den Sätzen 10 bis 15 zudem aus Konsistenz- und Vereinfachungsgründen allein auf das Anfallen von Ausgleichszahlungen abgestellt werden, was einen Anstieg der Leistungsmenge voraussetzt; das Abstellen auf die Steigerung der Leistungsmenge gegenüber dem jeweiligen Vorjahresquartal passt nicht zu der in Satz 9 beschriebenen Ermittlung der Ausgleichszahlungen. Hierzu sollte der Bewertungsausschuss in Satz 11 einen prozentualen Abschlag auf die Ausgleichszahlungen festsetzen, aus der sich die Höhe des einheitlichen Abschlags auf die Preise der entbudgetierten allgemeinen hausärztlichen Leistungen errechnet.

Durch die Neuregelung der bislang in § 87a Abs. 3 Satz 6 SGB V geregelten Vergütung von Leistungen außerhalb der MGV bedarf es zur Berücksichtigung zukünftiger Verschiebungen von Leistungen in die oder aus der MGV allerdings zur entsprechenden Anpassung der Kinderarzt-MGV eines Verweises auf § 87d Abs. 1 SGB V.

Die Verlängerung des bestehenden einmaligen Evaluationsauftrags an den Bewertungsausschuss um zwei weitere Berichtsjahre bis zum 30. September 2029 wird begrüßt; nur damit kann sachgerecht bewertet werden, ob die Mehrausgaben tatsächlich zu einer Verbesserung der Versorgung führen oder nicht. Der Bewertungsausschuss sollte zudem verpflichtet werden, die Berichte im Internet zu veröffentlichen.

C) Änderungsvorschlag

Satz 1 wird wie folgt neu gefasst:
„Leistungen des Versorgungsbereichs der allgemeinen hausärztlichen Versorgung einschließlich der in Zusammenhang mit diesem Versorgungsbereich erbrachten Hausbesuche, soweit diese Leistungen nach sachlicher und rechnerischer Prüfung durch die Kassenärztliche Vereinigung anerkannt wurden

(hausärztlicher Leistungsbedarf), sind von den Krankenkassen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 vollständig zu vergüten, **wobei etwaige Preisminderungen gemäß Satz 10 zu berücksichtigen sind** ~~soweit sie aus der für diese Leistungen festgesetzten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vollständig vergütet werden kann~~."

Satz 4 wird wie folgt neu gefasst:
„Soweit aufgrund von Änderungen des nach Absatz 3 Satz 2 vereinbarten Behandlungsbedarfs einschließlich Abgrenzungsänderungen der nach Absatz 3 Satz 6 **und § 87d Absatz 1** vergüteten Leistungen der Behandlungsbedarf für die in Satz 1 genannten Leistungen für das jeweilige Kalenderquartal gegenüber dem diesem Kalenderquartal entsprechenden Kalenderquartal des Jahres 2023 abweicht, ist der nach Satz 3 zu bestimmende prozentuale Anteil entsprechend anzupassen."

Die Sätze 11 bis 15 werden durch folgenden Satz ersetzt:
„Hierzu hat der Bewertungsausschuss bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages der sechsten auf die Verkündung folgenden Kalenderwoche] **den Prozentsatz festzusetzen, um den die Ausgleichszahlung aufgrund allgemeiner Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen zu mindern ist;** die Höhe des Abschlags auf die Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 **für die in Satz 1 genannten Leistungen ergibt sich hieraus als Eins minus dem Quotient aus der Summe der auf die Leistungen nach Satz 1 entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und der um den festgesetzten Prozentsatz geminderten Ausgleichszahlung sowie der mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 ausschließlich des Abschlags bewerteten Menge der Leistungen nach Satz 1** ~~festzusetzen~~.

Satz 21 wird durch folgenden Satz ersetzt:
„Der Bewertungsausschuss analysiert die Auswirkungen der Regelungen dieses Absatzes insbesondere im Hinblick auf die hausärztliche Versorgung der Versicherten, die Honorare sowie die Ausgaben der Krankenkassen quartalsweise und berichtet jährlich dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals bis zum 30. September 2027 und letztmalig bis zum 30. September 2029 über die Ergebnisse dieser Analyse **und macht diese außerdem jeweils im Internet bekannt**."

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 32 Buchstabe d) – § 87a Absatz 5 (Regionale Euro-Gebührenordnung, MGV)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Aufgrund der Einführung eines neuen § 87d SGB V wird der bisherige gesetzliche Auftrag an den Bewertungsausschuss zur Beschlussfassung von Empfehlungen zur Bestimmung von Vergütungen für extrabudgetäre Leistungen nach dem bisherigen § 87a Abs. 3 Satz 6 SGB V obsolet und folglich gestrichen.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung. Als weitere redaktionelle Folgeänderung ist ergänzend der Verweis in § 87a Absatz 5 Satz 7 SGB V aufgrund der unter Nummer 32 Buchstabe b) vorgesehenen Anpassung zu streichen.

C) Änderungsvorschlag

Ergänzend zu den vorgesehenen Änderungen in § 87a Absatz 5 Satz 1 wird Absatz 5 Satz 7 wie folgt geändert:

„Der Bewertungsausschuss hat zudem Vorgaben für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs in den durch dieses Gesetz vorgesehenen Fällen sowie zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach Absatz 4 Satz 1 und der Anteile der einzelnen Krankenkassen nach Absatz 4 Satz 2 zu beschließen; er kann darüber hinaus insbesondere Empfehlungen zur Vereinbarung von Veränderungen nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 3 bis 5 und Satz 3 und 4 ~~**sowie ein Verfahren zur Bereinigung der Relativgewichte des Klassifikationsverfahrens im Falle von Vergütungen nach Absatz 3 Satz 5 und 6**~~ beschließen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 33 – § 87b Absatz 1 (Vergütung der Ärzte)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bestehende Formulierung zur Ausnahme der Leistungen der Versorgungsbereiche der Kinder- und Jugendmedizin sowie der allgemeinen hausärztlichen Versorgung von Honorarkürzungen im Rahmen der Honorarverteilung wird hinsichtlich der Streichung der Altersgrenze für die entbudgetierten kinder- und jugendmedizinischen Leistungen aktualisiert.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung aufgrund der Anpassung des § 87a Absatz 3b Satz 1 durch Nr. 32 lit. c).

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 34 – § 87d -neu- (Vergütung vertragsärztlicher Leistungen außerhalb der MGV)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für Leistungen, welche derzeit außerhalb der MGV vergütet werden, wird eine neue Vergütungssystematik zur Begrenzung der Ausgaben eingeführt. Gemäß Absatz 1 beschließt hierzu der Bewertungsausschuss. Darauf aufbauend vereinbaren die Gesamtvertragspartner auf Landesebene eine Gesamtvergütung für das Ausgabenvolumen der auf Beschlüsse des G-BA beruhenden Vorsorge und Präventionsmaßnahmen sowie eine Gesamtvergütung für das Ausgabenvolumen für weitere derzeit außerhalb der MGV vergütete Leistungen. Gemäß Absatz 3 verteilt die Kassenärztliche Vereinigung die vereinbarten Gesamtvergütungen an die Ärzte. Um einer nicht bedarfsgerechten Leistungsausweitung entgegenzuwirken, erfolgt lediglich für vom Gesetzgeber genannte Leistungen sowie gegebenenfalls für Leistungen, die vom Bewertungsausschuss zu beschließende Kriterien erfüllen, eine Vergütung mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung außerhalb der Gesamtvergütungen.

B) Stellungnahme

Die Regelungen werden begrüßt, da sie dazu beitragen können, nicht bedarfsgerechten Ausgabenausweitungen entgegenzuwirken. Allerdings ergibt sich im Hinblick auf die weitere Umsetzung der Regelungen zusätzlicher Regelungsbedarf.

Zur Reduzierung der Komplexität der Neuregelung sollte die Anzahl der vorgesehenen neuen Gesamtvergütungen von zwei auf eins reduziert werden. Eine Zweiteilung brächte keinerlei Vorteile, sondern nur zusätzlichen Festlegungs- und Umsetzungsaufwand. Zusätzlich sollte geprüft werden, ob der bisherige Verweis auf neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 135 Absatz 1 SGB V ausreichend ist.

Zudem sollte der Bewertungsausschuss den expliziten gesetzlichen Auftrag erhalten, jährlich bis zum 31. August festzulegen, welche Leistungen innerhalb und welche außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87a Absatz 3 Satz 1 SGB V auf Landesebene vergütet werden. Die Vorgabe einer Frist zur Beschlussfassung durch den Bewertungsausschuss gewährleistet ausreichend Zeit für die jährlichen Vereinbarungen zur Fortschreibung der Ausgabenvolumina auf Landesebene. Darüber hinaus wird mit der gesetzlichen Klarstellung der Intention der Gesetzesbegründung entsprochen, dass mit der Einführung des § 87d SGB V alle nicht von dieser Regelung umfassten extrabudgetären Leistungen und Zuschläge, die auf Landesebene vereinbart wurden, in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zurückzuführen sind.

Des Weiteren sollte für die erstmalige Festsetzung sowie Fortschreibung der Ausgabenvolumina gemäß Absatz 2 klargestellt werden, dass sich Veränderungen der Leistungen, wie auch in § 87a Absatz 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V geregelt, auf Art und Umfang der Leistungen bezieht.

Gemäß Absatz 3 obliegt der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung die Verteilung der vereinbarten Gesamtvergütung(en). Diese Verteilung kann getrennt nach den unterschiedlichen fachärztlichen Versorgungsbereichen erfolgen. Allerdings birgt die derzeitige vorgesehene Regelung das Risiko einer

heterogenen, nicht am realen Versorgungsbedarf orientierten Verteilung der Vergütung. Um dies zu vermeiden, sollen die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband hierzu entsprechende Vorgaben vereinbaren, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen verbindlich anzuwenden sind und die ausgehend von der regionalen Euro-Gebührenordnung eine Mindestvergütung der betreffenden Leistungen sicherstellen sollen.

C) Änderungsvorschlag

§ 87d Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst und entsprechend überall im neuen § 87d „Gesamtvergütungen“ durch „Gesamtvergütung“ ersetzt:

„Die Kassenärztliche Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren jährlich bis zum 31. Oktober für das Folgejahr, erstmalig bis zum 15. Februar 2027 für das Jahr 2027, mit Wirkung für die Krankenkassen eine Gesamtvergütung für das Ausgabenvolumen der auf Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 135 Absatz 1 beruhenden Vorsorge- und Präventionsmaßnahmen sowie ~~***eine Gesamtvergütung***~~ für das Ausgabenvolumen für weitere vom Bewertungsausschuss beschlossene Leistungen, die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87a Absatz 3 Satz 1 vergütet werden.“

In § 87d Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:
„Der Bewertungsausschuss beschließt jährlich bis zum 31. August, welche Leistungen gemäß Satz 1 außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87a Absatz 3 Satz 1 vergütet werden und welche Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87a Absatz 3 Satz 1 vergütet werden.“

In § 87d Absatz 2 Satz 1 sowie in Satz 3 werden jeweils die Wörter „Veränderungen der Leistungen“ durch die Wörter „Veränderung von Art und Umfang der Leistungen“ ersetzt.

In § 87d Absatz 3 wird Satz 2 durch den folgenden Satz ersetzt:
„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren bis zum 31.12.2026 Vorgaben für eine auf der regionalen Euro-Gebührenordnung basierenden Mindestvergütung dieser Leistungen, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen verbindlich umzusetzen sind. Diese Vorgaben werden zudem regelmäßig überprüft und bei Bedarf angepasst.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 36 Buchstabe a) – § 92 Absatz 1a (Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die in § 92 vorgeschlagene Regelung wird der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, bis zum 31. Dezember 2027 die Richtlinie für die kieferorthopädische Behandlung zu überprüfen. Insbesondere sollen dabei die befundbezogenen kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) überprüft werden. Es soll auch überprüft werden, ob ein Zugang zur vertragszahnärztlichen Versorgung ab dem KIG 3 noch angemessen ist. Darüber hinaus wird der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, bis zum 31. Dezember 2027 eine evidenzbasierte Indikations- und Kontraindikationsliste für die Durchführung von Fernröntgen-Aufnahmen sowie Panorama-Aufnahmen in die Richtlinie aufzunehmen.

B) Stellungnahme

Es wird begrüßt, dass der Vorschlag der FinanzKommission Gesundheit aufgegriffen wird.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 36 Buchstabe b) – § 92 Absatz 3a (Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses)

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 92 Absatz 3a Satz 1 wird die Regelung, dass den Ärztegesellschaften der besonderen Therapierichtungen auf Bundesebene vor Entscheidung über die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 zur Verordnung von Arzneimitteln und zur Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien im Sinne von § 4 Absatz 9 des Arzneimittelgesetzes und Therapiehinweisen nach Absatz 2 Satz 7 Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben werden soll, gestrichen.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung durch die Streichung des Anspruchs auf homöopathische und anthroposophische Arzneimittel.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nrn. 37 und 38 – §§ 92a, 92b (Innovationsfonds)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absenkung der Fördersumme und Rückfluss nicht verwendeter Mittel

Die Fördersumme des Innovationsfonds soll ab dem Jahr 2027 dauerhaft auf 100 Mio. Euro pro Jahr reduziert werden. Dabei soll der Innovationsfonds ab 2027 ausschließlich aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert werden. Bislang wurde die Fördersumme jeweils zur Hälfte aus der Liquiditätsreserve und von den gesetzlichen Krankenkassen getragen. Zudem sollen im Jahr 2027 einmalig sämtliche seit Bestehen des Innovationsfonds nicht bewilligte sowie bewilligte, aber nicht zur Auszahlung gelangte Mittel an den Gesundheitsfonds zurückfließen - soweit sie nicht für andere Aufgaben des Innovationsfonds gebunden sind. Des Weiteren sollen zukünftig jährlich sämtliche in einem Haushaltsjahr nicht verwendete Mittel im jeweiligen Folgejahr an den Gesundheitsfonds zurückfließen.

Verschlankung der Förderverfahren neue Versorgungsformen

Der 2024 eingeführte Teilbereich neuer Versorgungsformen mit kurzer Laufzeit (max. zwei Jahre) soll gestrichen werden. Zudem soll die Anzahl der Antragsverfahren (einstufig und zweistufig) reduziert werden; zukünftig sollen neue Versorgungsformen i. d. R. über ein einstufiges Antragsverfahren bewertet werden.

Streichungen im Förderbereich Versorgungsforschung

Der Teilbereich „Evaluation von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses“ aus dem Förderbereich Versorgungsforschung soll gestrichen werden. Ebenso entfallen soll der Teilbereich „Entwicklung und Weiterentwicklung von Meldesystemen zur Förderung der Patientensicherheit“.

B) Stellungnahme

Absenkung der Fördersumme und Rückfluss nicht verwendeter Mittel

Die dauerhafte Absenkung der Fördersumme sowie der Rückfluss sämtlicher nicht verwendeter Fördermittel an den Gesundheitsfonds werden ausdrücklich begrüßt. Sie tragen zur Begrenzung des Ausgabenanstiegs in der gesetzlichen Krankenversicherung bei und sind aufgrund der bereits mehrjährigen Unterschreitung der verfügbaren Fördersummen ein folgerichtiger Schritt. Auch die FinanzKommission Gesundheit hat in ihrem ersten Bericht eine dauerhafte Absenkung der Fördersumme und die Rückführung von nicht verwendeten Fördermitteln an den Gesundheitsfonds empfohlen. Bereits mit dem Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) wurde die Fördersumme des Innovationsfonds für das Jahr 2026 einmalig von bisher 200 auf 100 Mio. Euro jährlich reduziert und die gesetzlichen Krankenkassen wurden von ihrer Verpflichtung zur hälftigen Finanzierung befreit. Seit Bestehen des Innovationsfonds hat sich durch die Mittelübertragbarkeit in folgende Haushaltsjahre ein Einnahmenüberschuss in Höhe von 297,3 Mio. Euro nicht bewilligter und aus beendeten Projekten zurückgeflossener Mittel angesammelt (siehe Tätigkeitsberichte des Bundesamts für Soziale Sicherung und erster Bericht der FinanzKommission Gesundheit). Dieser Überschuss kann 2027 einmalig an den Gesundheitsfonds zurückfließen. Die jährlichen Rückflüsse an den Gesundheitsfonds werden in der Gesetzesbegründung auf 10 Mio. Euro

pro Jahr geschätzt. Dies entspricht den Erfahrungswerten der Vorjahre, wonach durchschnittlich 10 Prozent der bewilligten Mittel pro Jahr aus beendeten Projekten nicht verausgabt wurden.

Der GKV-Spitzenverband begrüßt auch die künftige ausschließliche Finanzierung der Fördersumme des Innovationsfonds aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Zwar tragen die Beitragszahlenden auch in diesem Fall vollständig die gesamten Fördermittel. Die Krankenkassen werden zudem in jedem Jahr, in dem eine Zuweisungskürzung zur Sicherung der Mindestreserve des Gesundheitsfonds in Höhe von mindestens 100 Mio. Euro stattfindet, unmittelbar zur Finanzierung der Liquiditätsreserve herangezogen. Sie werden jedoch durch das künftig einheitliche Finanzierungsverfahren administrativ entlastet.

Verschlankung der Förderverfahren neue Versorgungsformen

Die Fokussierung auf ein einstufiges Antragsverfahren bei den neuen Versorgungsformen wird begrüßt. Die bürokratischen Aufwände für mehrere parallele Antragsverfahren sowie die Finanzierung der Vollantragsausarbeitung im Rahmen des zweistufigen Antragsverfahrens (bis zu 75.000 Euro pro Vorhaben) stehen in keinem günstigen Verhältnis zu dem daraus entstandenen Mehrwert für die Antragsqualität. Das nun vorgesehene einstufige Antragsverfahren wurde bereits in den Jahren 2016 bis 2019 erfolgreich im Innovationsfonds angewendet. Es ist dem zweistufigen Verfahren auch deshalb vorzuziehen, da über das einstufige Verfahren innovative Ideen schneller in die Projektförderung kommen können.

Der GKV-Spitzenverband begrüßt ebenso die Streichung des Teilbereichs neuer Versorgungsformen mit kurzer Laufzeit (max. zwei Jahre). Die im Jahr 2024 gesetzlich eingeführte Projektkategorie ist in ihrer Zielstellung unklar und grenzt sich nicht hinreichend von den anderen Förderbereichen ab. Die bisherige Antragsqualität ist unzureichend, was sich in den sehr niedrigen Förderquoten widerspiegelt. In der Vergangenheit hat sich häufig gezeigt, dass viele Projekte im Bereich neue Versorgungsformen mindestens drei Jahre Laufzeit benötigen, um die für eine belastbare Wirksamkeitsevaluation notwendigen Fallzahlen zu erreichen.

Streichungen im Förderbereich Versorgungsforschung

Die Streichung des Teilbereichs „Evaluation von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses“ ist nachvollziehbar und sachgerecht, da dieser Bereich in den vergangenen Jahren nicht vom Innovationsausschuss adressiert wurde und ohnehin eine originäre Aufgabe des G-BA darstellt.

Auch die Streichung des Teilbereichs „Entwicklung und Weiterentwicklung von Meldesystemen zur Förderung der Patientensicherheit“ ist sachgerecht. Er wurde 2024 gesetzlich eingeführt mit der Intention, mindestens ein Projekt zu fördern, welches Vorarbeiten für den zukünftigen Aufbau eines bundesweiten Never Event Registers liefert. Der Innovationsausschuss hat den Themenbereich ausgeschrieben und mehrere förderfähige Projekte aus den eingegangenen Anträgen ausgewählt, die nach offiziellem Beschluss des Innovationsausschusses zeitnah einen Förderbescheid erhalten werden. Somit besteht kein weiterer Förderbedarf in diesem Themenbereich.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 39 – § 106b (Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

In den regionalen Vereinbarungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung sollen Quoten für die Verordnung von nach § 130e (neu) rabattierten Arzneimitteln innerhalb der in § 130e (neu) festgelegten Wirkstoffgruppen vereinbart werden.

Zudem soll ein Verweis, der bisher auf § 130b Absatz 2 referenzierte zu § 130e Absatz 2 geändert werden.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist eine geeignete Folgeänderung im Zusammenhang mit § 130e (neu) SGB V.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 40 – § 111 Absatz 5 (Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vergütungssteigerungen sollen für stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen auf maximal die Höhe der Grundlohnrate nach § 71 Absatz 3 SGB V begrenzt werden. In dem Zusammenhang soll die Regelung, wonach die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen im Rahmen der Vergütungsverhandlungen von den Krankenkassen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden können, gestrichen werden. In der Folge ist beabsichtigt, die auf Verlangen der Krankenkasse bestehende Nachweisverpflichtung über die Zahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglicher Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen entfallen zu lassen.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Rückkehr zu einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik und die Begrenzung der Vergütungssteigerungen auf maximal die Veränderungsrate gemäß § 71 Absatz 3 SGB V sowie die damit entfallende Verpflichtung zur vollständigen Tarifrefinanzierung in den Vergütungsverhandlungen. Die Neuregelung ist ein notwendiger Schritt, um die Ausgabendynamik der GKV zu begrenzen und die Finanzierbarkeit langfristig zu sichern.

Wie unter A) dargestellt, umfassen die vorgesehenen Regelungen auch die Streichung der Nachweisverpflichtung über die Zahlung von Gehältern auf Tariflohnniveau. Als Folgeänderung muss demnach in § 111 Abs. 7 Satz 1 Nr. 3 SGB V die Regelung von „Anforderungen an das Nachweisverfahren nach Absatz 5 Satz 4“ als Inhalt der Rahmenempfehlungen auf Bundesebene gestrichen werden.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nummer 40 wird der bisherige Änderungstext zu Buchstabe a) und folgender Buchstabe b) ergänzt:

„b) In § 111 Absatz 7 Satz 1 werden in Nummer 2 nach den Angaben „Absatz 5 Satz 5“ das Wort „und“ durch einen Punkt ersetzt und die Nummer 3 gestrichen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 41 – § 111c Absatz 3 (Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vergütungssteigerungen sollen für ambulante Rehabilitationseinrichtungen auf maximal die Höhe der Grundlohnrate nach § 71 Absatz 3 SGB V begrenzt werden. In dem Zusammenhang soll die Regelung, wonach die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen im Rahmen der Vergütungsverhandlungen von den Krankenkassen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden können, gestrichen werden. In der Folge ist beabsichtigt, die auf Verlangen der Krankenkasse bestehende Nachweisverpflichtung über die Zahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglicher Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen entfallen zu lassen.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Rückkehr zu einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik und die Begrenzung der Vergütungssteigerungen auf maximal die Veränderungsrate gemäß § 71 Absatz 3 SGB V sowie die damit entfallende Verpflichtung zur vollständigen Tarifrefinanzierung in den Vergütungsverhandlungen. Die Neuregelung ist ein notwendiger Schritt, um die Ausgabendynamik der GKV zu begrenzen und die Finanzierbarkeit langfristig zu sichern.

Wie unter A) dargestellt, umfassen die vorgesehenen Regelungen auch die Streichung der Nachweisverpflichtung über die Zahlung von Gehältern auf Tariflohnniveau. Als Folgeänderung muss demnach in § 111c Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V die Regelung von „Anforderungen an das Nachweisverfahren nach Absatz 3 Satz 4“ als Inhalt der Rahmenempfehlungen auf Bundesebene gestrichen werden.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nr. 41 wird der bisherige Änderungstext zu Buchstabe a) und folgender Buchstabe b) ergänzt:

b) In § 111 Absatz 5 Satz 1 werden in Nummer 2 nach den Angaben „Absatz 3 Satz 5“ das Wort „und“ durch einen Punkt ersetzt und die Nummer 3 gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 42 – § 115 f Absatz 2 Satz 2 (Spezielle sektorengleiche Vergütung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgesehene Anpassung der Regelungen zur speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG) ist eine Folgeänderung zur Neueinführung der Kurzzeitfallpauschalen gemäß § 17b Absatz 2a (neu) KHG. Sie sieht vor, dass Fälle, die mit den Kurzzeitfallpauschalen vergütet werden, auf die Fallzahlvorgaben zu Erweiterung des Volumens des Hybrid-DRG anzurechnen sind.

B) Stellungnahme

Die Anpassung in Folge der Neueinführung der Kurzzeitfallpauschalen wird ausdrücklich begrüßt. Auch wenn die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 bereits eine beachtliche Volumensteigerung gemäß den gesetzlichen Vorgaben erreicht haben, ist eine erfolgreiche Umsetzung der Volumenvorgaben der Hybrid-DRG für die Jahre 2028 (1,5 Mio. vollstationäre Fälle) und 2030 (2 Mio. vollstationäre Fälle) alleinig mit Behandlungsfällen, die nach § 115f vergütet werden, zweifelhaft. Hybrid-DRGs können sektorengleich von Krankenhäusern und vertragsärztlichen Leistungserbringern abgerechnet werden. Diese sektorengleiche Vergütung erfordert, dass es sich jeweils auch um sektorengleiche Behandlungsfälle handelt. Andernfalls entsteht ein Ungleichgewicht zwischen den beiden zugelassenen Leistungserbringergruppen. Da die gesetzlichen Volumenvorgaben auf eine weitere Ambulantisierung abzielen, die zu Einspareffekten für die GKV führen sollen, erscheint es sachgerecht, dass Behandlungsfälle, die ab dem Jahr 2028 über Kurzzeitfallpauschalen vergütet werden, auf die Volumenvorgaben angerechnet werden.

Zur Realisierung des mit den Hybrid-DRGs nach § 115f beabsichtigten Ambulantisierungseffekts für die GKV hebt der GKV-Spitzenverband die Bedeutung der in § 115f Absatz 1 Satz 8 vorgesehenen Anpassung der Hybrid-DRG-Vergütung an das Niveau nach § 115b (AOP) bis 2030 hervor. Nur mit der konsequenten Umsetzung dieser Konvergenz wird sichergestellt, dass die Vergütung der Entwicklung der Leistungserbringung hin zu mehr ambulant erbrachten Hybrid-DRG-Leistungen folgt und damit sachgerecht abbildet. Nach Abschluss der gesetzlich vorgesehenen Konvergenz im Jahr 2030 werden Leistungen nach § 115f SGB V auf dem Niveau von AOP vergütet. Die Hybrid-DRG hätten damit ihre Rolle als Brückentechnologie erfüllt, indem sie den Transformationsprozess hin zu mehr Ambulantisierung vergütungsseitig abgefedert und strukturell vorbereitet haben. Die vorgesehene Konvergenz muss daher zwingend und konsequent umgesetzt werden.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 43 Buchstabe a) – § 120 Absatz 1 Satz 1 (Vergütungen ambulanter Krankenhausleistungen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung eines neuen § 27b Absatz 3 (Rechtsanspruch der Versicherten auf Zweitmeinung bei mengenanfälligen planbaren Eingriffen).

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Folgeänderung wird zur Kenntnis genommen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 43 Buchstabe b) – § 120 Absatz 2 Satz 2 (Vergütungen ambulanter Krankenhausleistungen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgesehene Neuregelung ist eine Folgeänderung zum Grundsatz der Beitragssatzstabilität gemäß § 71 Absatz 1 bis 3. Es wird klargestellt, dass die nach § 120 Absatz 1a auf Landesebene zu vereinbarenden ergänzenden Pauschalen für die Vergütung von Leistungen der Hochschulambulanzen, der Weiterbildungsambulanzen, der psychiatrischen Institutsambulanzen, der sozialpädiatrischen Zentren und der medizinischen Behandlungszentren ebenfalls an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität gekoppelt sind.

B) Stellungnahme

Die Folgeänderung erscheint sachgerecht und wird begrüßt.

Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt gemäß § 71 Absatz 1 Satz 1 SGB V für Vereinbarungen über die Vergütungen nach dem SGB V. Darunter fallen auch Vergütungsvereinbarungen nach § 120 Absatz 2, wie das Bundessozialgericht bereits mit Urteil vom 13.05.2015 (Az.: B 6 KA 20/14 R in der Rz. 35) festgestellt hat.

Davon unbenommen ist die Konkretisierung grundsätzlich zu begrüßen. Für eine wirksame Gewährleistung der Beitragssatzstabilität muss jedoch eine Regelung etabliert werden, die analog für den stationären Bereich eingeführt werden soll (vgl. lfd. Nr. 6 Buchstabe b) zum KHEntgG). So sind die Ausgaben gemäß KV45-Statistik im Bereich der Hochschulambulanz nach § 117 SGB V von 2019 von 974 Millionen Euro auf über 1,4 Milliarden Euro in 2024 (ca. +48 Prozent) gestiegen. Im gleichen Zeitraum stiegen die Ausgaben für die Krankenhausbehandlung insgesamt um über 26 Prozent. Neben dem Wegfall der ehemals gesetzlich vorgesehenen Fallzahlbegrenzungen ist auch der zunehmend zu beobachtende Ausgleich von Versorgungsdefiziten aus dem niedergelassenen Bereich ein entscheidender Faktor für die massiven Ausgabensteigerungen im Bereich der Hochschulambulanzen. Die Inanspruchnahme einer Hochschulambulanz erfolgt derzeit unterschiedlich durch haus- oder fachärztliche Überweisung oder Selbsteinweisung. Für den Bereich nach § 117 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V (Art, Schwere und Komplexität der Erkrankung) bedarf es daher einer stärkeren Steuerung des Zugangs der Patientinnen und Patienten zu Hochschulambulanzen, sodass nur diejenigen Patientinnen und Patienten in einer Hochschulambulanz versorgt werden, die deren Expertise auch bedürfen. Eine fachärztliche Überweisungspflicht verhindert Selbstzuweisungen und Routinefälle in Hochschulambulanzen. Durch eine zielgerichtetere Steuerung des Patientenzugangs zu Hochschulambulanzen werden implizit die Fallzahlen der Hochschulambulanzen, insbesondere die Fallzahlen von selbstzugewiesenen und Routinefällen mit hausärztlicher Überweisung, reduziert.

C) Änderungsvorschlag

Ergänzend wird in Artikel 1 mit einer einzufügenden Nummer § 117 Absatz 1 wie folgt gefasst (Änderungen in Fettdruck):

“(1) [1]Ambulanzen, Institute und Abteilungen der Hochschulkliniken (Hochschulambulanzen) sind zur ambulanten ärztlichen Behandlung der Versicherten und der in § 75 Absatz 3 genannten Personen

1. in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang sowie
2. für solche Personen, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch die Hochschulambulanz bedürfen

ermächtigt. [2]In den Fällen von Satz 1 Nummer 2 kann die ambulante ärztliche Behandlung nur auf **fachärztliche** Überweisung eines Facharztes **der jeweiligen Indikation entsprechend** in Anspruch genommen werden. [3]Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren die Gruppe derjenigen Patienten, die wegen Art, Schwere oder Komplexität der Erkrankung einer Versorgung durch die Hochschulambulanzen bedürfen. [4]Sie können zudem Ausnahmen von dem fachärztlichen Überweisungsgebot in den Fällen von Satz 1 Nummer 2 vereinbaren. [5]Wird eine Vereinbarung ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a. [6]Ist ein Vertrag nach Satz 3 zustande gekommen, können Hochschulen oder Hochschulkliniken zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten mit den Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich durch Vertrag Abweichendes von dem Vertrag nach Satz 3 regeln."

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 44 – § 125 Absatz 3 (Verträge zur Heilmittelversorgung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für Verträge zur Heilmittelversorgung nach § 125 SGB V soll wieder der Grundsatz der Beitragsstabilität nach § 71 SGB V gelten. Bei Vergütungsvereinbarungen soll vorrangig vor den in § 125 Absatz 3 Satz 2 genannten Parametern der Grundsatz der Beitragsstabilität beachtet werden. Preisanhebungen oberhalb der nach § 71 Absatz 3 festgestellten Veränderungsrate sollen damit ausgeschlossen werden.

B) Stellungnahme

Mit dieser Maßnahme wird eine zentrale Forderung des GKV-Spitzenverbandes hinsichtlich der Anpassung der Vergütungssätze für Leistungen der Heilmittelversorgung nachgekommen. Diese Maßnahme wurde bereits in den Empfehlungen zur Stabilisierung des Beitragssatzes zur gesetzlichen Krankenversicherung ab 2027 der FinanzKommission Gesundheit vom 30.03.2026 vorgeschlagen. Grund für diesen Vorschlag ist zum einen, dass die Ausgabenentwicklung im Heilmittelbereich im Zeitraum 2015 bis 2025 zu den drei am stärksten wachsenden Leistungsbereichen der GKV gehörte. Die FinanzKommission kommt zudem zum Schluss, dass das ursprüngliche politische Ziel des Wegfalls des Grundsatzes der Beitragsstabilität eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Vergütung im Heilmittelbereich zu erreichen, erfüllt worden ist. Dieser Auffassung schließt sich der GKV-Spitzenverband ausdrücklich an.

Im Rahmen der Vergütungsverhandlungen auf Bundesebene hat sich zwischenzeitlich ein Anpassungsmechanismus ergeben, der auf den drei in § 125 Absatz 3 Satz 2 SGB V genannten Parametern

- die Entwicklung der Personalkosten (hier die Entwicklung des TVÖD-Bund),
- die Entwicklung der Sachkosten für die Leistungserbringung (hier die Inflationsrate) sowie
- die durchschnittlichen laufenden Kosten für den Betrieb der Heilmittelpraxis (hier überwiegend der Büromietenindex des Verbandes deutscher Pfandbriefbanken)

beruht. In der Physiotherapie sind diese Parameter mit dem BSG-Urteil vom 18.12.2025 (B 3 KR 9/24 R) zwischenzeitlich höchstrichterlich bestätigt. Basierend auf diesen Parametern konnte unter anderem im Heilmittelbereich „Physiotherapie“ für das Jahr 2026 ein Vergütungsabschluss unterhalb der durchschnittlichen Veränderungsrate (Physiotherapie: 2,49 %) erzielt werden. Mit dem vorgelegten Vorschlag und der Begründung wird erreicht, dass bei Vergütungsvereinbarungen im Heilmittelbereich auch künftig die in § 125 Absatz 3 Satz 2 SGB V genannten Parameter gelten und § 71 mit der Folge greift, dass Preisanhebungen oberhalb der nach § 71 Absatz 3 festgestellten Veränderungsrate den Grundsatz der Beitragsstabilität verletzen und damit ausgeschlossen sind. Damit ist sichergestellt, dass die Parameter nach § 125 Absatz 3 Satz 2 SGB V weiterhin als wesentliches Kriterium für die Preisbildung anzuwenden sind und die durchschnittliche Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 die Obergrenze für Vergütungsabschlüsse im Heilmittelbereich bildet. Der GKV-Spitzenverband schlägt vor, dies nicht nur in der Begründung, sondern auch in § 125 Absatz 3 selbst zum Ausdruck zu bringen. Anzumerken ist ferner, dass auf das einjährige Preismoratorium für das Jahr 2027, welches die FinanzKommission als kurzfristige Maßnahme vorgeschlagen hat, verzichtet wird. Dies bedeutet, dass

ein wesentlicher bezifferbarer Beitrag zur Konsolidierung der GKV-Ausgaben in Höhe von 0,7 Mrd. Euro nicht umgesetzt werden soll. Der GKV-Spitzenverband empfiehlt diese Maßnahme aufzunehmen. Weiter sollte rechtssicher sein, dass § 71 Absatz 1 bis 3 SGB V auch für die Verträge nach § 125a SGB V gilt. Der GKV-Spitzenverband schlägt daher vor, den entsprechenden Hinweis in der Gesetzesbegründung unmittelbar in die gesetzliche Regelung aufzunehmen.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 44 wird wie folgt gefasst:

§ 125 Absatz 3 Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„[3]Bei den auszuhandelnden Preisen nach Satz 1 stellt die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 die Obergrenze für Vergütungssteigerungen dar. [4]§ 71 Absatz 1 bis 3 gilt. [5]Für das Kalenderjahr 2027 gelten die zum 31.12.2026 vereinbarten Preise fort. [6]Die Sätze 3 bis 5 gelten auch für die Verträge nach § 125a.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 45 – § 125a (Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird ein gesetzliches Verbot der Vereinbarung von Pauschalen, die mit der Abgeltung einer besonderen Versorgungsverantwortung, die über die Analyse des therapeutischen Bedarfs oder die therapeutische Diagnostik hinausgehen in Verträgen nach § 125a SGB V umgesetzt.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband teilt uneingeschränkt die Auffassung, dass entsprechende Pauschalen, welche den zusätzlichen Aufwand für die Steuerung des weiteren Behandlungsverlaufs, für die Verlaufsdokumentation und die Sicherung der Versorgungsqualität vergüten, nicht sachgerecht sind. Die erstmalige versorgungsbezogene Pauschale im Vertrag nach § 125a SGB V in der Ergotherapie wurde gegen unsere Auffassung von der Schiedsstelle festgesetzt. Daher wird die Streichung dieser versorgungsbezogenen Pauschalen ausdrücklich begrüßt.

Die entsprechenden Pauschalen belaufen sich aktuell in der Ergotherapie auf 102,19 Euro und in der Physiotherapie auf 58,63 Euro und sind einmal je Blankoverordnung zusätzlich abrechnungsfähig.

Der GKV-Spitzenverband möchte zudem sicherstellen, dass solche pauschalisierten Vergütungsbestandteile zukünftig nicht Gegenstand der Vergütungsvereinbarungen innerhalb der Vergütungsverhandlungen aber eben auch in Festzungen der Schiedsstelle werden können. Daher ist sicherzustellen, dass solche Pauschalen weder in den Verträgen nach § 125a SGB V noch in den Verträgen nach § 125 SGB V vereinbart werden können. Der GKV-Spitzenverband schlägt vor, dass Vereinbarungsverbot für solche Pauschalen auch auf die Verträge nach § 125 SGB V auszuweiten. Eine entsprechende Regelung in § 125 SGB V ist notwendig, da ansonsten die Interpretation vertreten würden könnte, der Gesetzgeber wünsche hier eine Differenzierung. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes hat eine solche Pauschale auch in den Verträgen nach § 125 SGB V keine Berechtigung.

C) Änderungsvorschlag

Zu Artikel 1 Nummer 45 kein Änderungsvorschlag.

In Artikel 1 Nummer 44 wird § 125 Absatz 3 durch folgenden weiteren ergänzt:

„Eine Pauschale, die mit der Abgeltung einer besonderen Versorgungsverantwortung begründet wird, die über die Analyse des therapeutischen Bedarfs oder die therapeutische Diagnostik hinausgeht, kann nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbart werden.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 46 – § 127 (Verträge)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nummer 46 des Gesetzentwurfs ändert § 127 grundlegend im Hinblick auf die Vergütungssystematik und Vertragsverhandlungen bei der Hilfsmittelversorgung. Ziel ist es, die Vergütungsentwicklung stärker an der Einnahmenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung auszurichten und kurzfristig wirksame Einsparungen zu realisieren. Die Änderungen stehen darüber hinaus in engem Zusammenhang mit der Neuregelung der Festbeträge nach § 36 SGB V.

Künftig gelten bei Vertragsverhandlungen über die Vergütung von Hilfsmittelversorgungen verbindlich die Vorgaben des § 71 Absatz 1 bis 3 SGB V. Damit wird die Grundlohnrate – also die Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV – zur gesetzlichen Obergrenze für Vergütungssteigerungen.

Mit dem neu eingefügten Absatz 1b wird für einen Übergangszeitraum vom 1. Januar 2027 bis zum 31. Dezember 2028 ein pauschaler Vergütungsabschlag von drei Prozent je Hilfsmittelversorgung eingeführt. Bereits begonnene Versorgungen vor dem Stichtag sind vom Abschlag nicht erfasst.

Absatz 4 wird vollständig neu gefasst und verknüpft § 127 SGB V eng mit dem reformierten Festbetragssystem nach § 36 SGB V. Damit wird der Festbetrag ausdrücklich zu einem verbindlichen Referenzmaßstab für Vertragsverhandlungen. Die vereinbarten Preise dürfen vom Festbetrag nur in begründeten Fällen abweichen- regelmäßig bis zu ± 10 Prozent, bis zur erstmaligen Festsetzung neuer Festbeträge nach der neuen Rechtslage ausnahmsweise bis zu ± 15 Prozent. Die Begründungs- und Darlegungslast für eine Abweichung trägt stets diejenige Vertragspartei, die aus der Abweichung objektiv einen Vorteil im Verhandlungsergebnis erlangt.

B) Stellungnahme

Die ausdrückliche Verankerung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität im SGB V wird begrüßt, um übermäßige Ausgabensteigerungen im Hilfsmittelbereich entgegenzuwirken.

Der befristetet für die Jahre 2027 und 2028 vorgesehene Sicherungsabschlag von drei Prozent für bestehende Hilfsmittelverträge wird als kurzfristig wirksamer Beitrag zur Stabilisierung der Finanzlage der GKV ebenfalls begrüßt. Für eine langfristige Begrenzung der Ausgabenentwicklung ist neben dem Festbetragsinstrument auch die Wiedereinführung der Ausschreibungsoption notwendig.

Um in den laufenden Vertragsverhandlungen unerwünschten Vorzieheffekten entgegenzuwirken und die mit dem Sicherungsabschlag angestrebten Einsparungen tatsächlich zu realisieren, ist ergänzend zum Sicherungsabschlag ein Preismoratorium für die bestehenden Vertragspreise vorzusehen. Dieses sollte sowohl für den Zeitraum vor als auch während der Geltung des Sicherungsabschlags Anwendung finden.

Darüber hinaus sollten Kündigungen, die auf Neuverhandlungen mit dem Ziel höherer Vergütungen gerichtet sind, in diesem Zeitraum nicht wirksam werden können. Andernfalls besteht die Gefahr, dass der beabsichtigte Einspareffekt durch den Sicherungsabschlags durch kompensatorische

Preissteigerungen im Rahmen anstehender Vertragsverhandlungen vor und nach Inkrafttreten der Regelung unterlaufen wird. Zur Gewährleistung einer einheitlichen und praxisgerechten Umsetzung wird empfohlen, den GKV-Spitzenverband mit der Erarbeitung entsprechender Umsetzungsempfehlungen zu beauftragen.

Die Änderungen in Absatz 4 stehen im Zusammenhang mit der Neufassung der Festbetragsregelung in § 36. In den Preisverhandlungen sowie in den Schiedsverfahren sind die Festbeträge verbindlich zu Grunde zu legen. Die zusätzlich eröffneten Verhandlungsspielräume ermöglichen es, besonderen versorgungsrelevanten Aspekten angemessen Rechnung zu tragen. Diese sind im Rahmen der Verhandlungen transparent darzustellen und nachvollziehbar zu begründen.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nummer 46 Buchstabe b) sollte neue Absatz 1b wie folgt gefasst werden. Die vorgenommenen Änderungen sind durch Fettdruck hervorgehoben.

„(1b) Für Hilfsmittelversorgungen nach § 33, die auf der Grundlage von Verträgen nach Absatz 1 erfolgen und im Zeitraum vom … [einzusetzen: 1. Januar 2027, es sei denn, das Gesetz tritt erst danach in Kraft, dann einzusetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 7 Absatz 1] bis zum 31. Dezember 2028 begonnen haben, vermindert sich die vertraglich vereinbarte Vergütung um drei Prozent je Versorgung. ~~**Eine Versorgung gilt als begonnen, sobald der Leistungserbringer nach Vor-liegen der leistungsrechtlichen Voraussetzungen mit der auf die konkrete versicherte Person bezogenen Versorgungstätigkeit begonnen hat.**~~ **Bis zum 31.12.2028 gelten die Vertragspreise unverändert weiter. Der GKV-Spitzenverband gibt Empfehlungen zur Umsetzung der Regelungen nach Satz 1 ab**.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 47 – § 130 (Rabatt)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Apothekenrabatt je abgegebene Packung eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels beträgt derzeit 1,77 Euro (inkl. Umsatzsteuer). Dieser soll um 0,30 Euro auf 2,07 Euro erhöht werden.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Maßnahme führt bei ca. 650 Mio. Packungen, die zu Lasten der GKV abgegeben werden, zu Einsparungen von 195 Mio. Euro pro Jahr.

Der GKV-Spitzenverband weist grundsätzlich darauf hin, dass die Umsetzung einer technischen Vorlaufzeit bedarf. Für eine friktionsfreie Umsetzung wäre daher ein Inkrafttreten zum ersten Tag des zweiten auf die Verkündung folgenden Monats sinnvoll. Dies ist beim vorgesehenen Zeitplan gegeben.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 48 Buchstabe a) – § 130a (Rabatte pharmazeutischer Unternehmer)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Absatz 1b war bisher der temporär befristete Herstellerabschlag für das Jahr 2023 geregelt. Für den Zeitraum Januar bis Juni 2027 soll für Arzneimittel, die weder dem Generikaabschlag unterliegen noch Biosimilars sind und für die auch kein Festbetrag gilt, ein zusätzlicher Abschlag i. H. v. 3,5 % gelten. Gegenüber der Regelung im Referentenentwurf sollen weitere Arzneimittelgruppen von dem Abschlag ausgenommen werden. Dieser Abschlag soll ab Juli 2027 so dynamisch ausgestaltet werden, dass er dafür sorgt, dass das Ausgabenwachstum im Arzneimittelbereich nicht dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität widerspricht.

Hierfür soll künftig unter Fortschreibung der Einnahmenentwicklung ein Soll-Ausgabenvolumen berechnet werden. Dieses wird mit den Ist-Ausgaben abgeglichen. Eine Überschreitung des Soll-Volumens führt zu einem Herstellerabschlag nach Absatz 1b und definiert dessen Höhe. Die Berechnung dieser Höhe ist zum 1. Juni eines Jahres im Bundesanzeiger zu veröffentlichen und tritt dann bereits ab 1. Juli in Kraft.

Gleichzeitig soll mit Einführung des Absatzes 1c die Möglichkeit geschaffen werden, dass pharmazeutische Unternehmen eine Befreiung vom Abschlag nach Absatz 1b Satz 1 beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte beantragen können.

B) Stellungnahme

Der vorgesehene Abschlag nach Absatz 1b ist im Grundsatz ein geeignetes Mittel, um die hohe Ausgabendynamik im Arzneimittelbereich wirksam zu dämpfen. Es stellt sich allerdings die Frage, weshalb im vorliegenden Entwurf der zusätzliche Abschlag nur halb so hoch wie im Bericht der FinanzKommission Gesundheit ausfällt. Dieser hatte eine Erhöhung von 7 % auf 14 % empfohlen. Entsprechend halbieren sich auch die Einspareffekte. Es stellt sich zudem die Frage, warum Biosimilars nicht betroffen sein sollten.

Hinzu kommt der Umstand, dass mit dem vorliegenden Kabinettsentwurf bestehende preisdämpfende Instrumente wie die Leitplankenregelung und der Kombinationsabschlag gestrichen werden sollen. Beides sind strukturell preisdifferenzierende Instrumente mit Zweit- und Drittrundeneffekte, die den Ausgabenanstieg planungssicher, wirksam und nachhaltig abbremsen. Beide Instrumente stehen für eine nachhaltige Finanzierbarkeit und ergänzen steuernde Maßnahmen auf Makroebene – wie den Herstellerabschlag – sinnvoll auf Produktebene.

Der GKV-Spitzenverband befürwortet die vorgesehene Maßnahme zur dynamischen Berechnung des Abschlags. Es handelt sich hierbei um einen vielversprechenden Ansatz zur Umsetzung einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik. Dies ist die einzige im Gesetzentwurf enthaltene Maßnahme zur Einnahmen-Ausgaben-Koppelung im Arzneimittelbereich und deshalb – auch im Sinne einer Gleichbehandlung mit anderen Versorgungsbereichen – zwingend beizubehalten.

Zur Umsetzung des Soll-Ist-Vergleichs der Ausgaben erscheint es sinnvoll, die Arzneimittel, die zur Berechnung dienen, kongruent zu den Arzneimitteln auszugestalten, auf die er angewendet wird. Um die Vorgaben so umzusetzen, wird die Generierung neuer Datenströme notwendig, die erforderlichen Informationen beinhalten. Vor diesem Hintergrund ist unklar, ob sich der vorgesehene Zeitplan zur Umsetzung gewährleisten lässt.

Die Regelungssystematik, dass sich die Abschlagspflicht und die Höhe des Abschlags nach Absatz 1b unmittelbar aus dem Gesetz ergibt und aufgrund der nach Satz 12 veröffentlichten Abrechnungsdaten von jedermann errechnet werden kann, wird begrüßt. Dadurch wird kein Umsetzungsakt zur Begründung der Abschlagspflicht nach Absatz 1b benötigt und auch das Risiko einer Anfechtung eines Umsetzungsakts mit der Gefährdung des Einspareffekts ausgeschlossen.

Eine Befreiung vom Abschlag nach Absatz 1b Satz 1 wird abgelehnt. Eine Industrieförderung durch Gelder der GKV ist unzulässig. Die Eignung oder Erforderlichkeit einer Förderung der Wirkstoffproduktion oder Studientätigkeit in Deutschland zur Förderung einer bedarfsgerechten, ausreichenden und wirtschaftlichen Arzneimittelversorgung ist nicht belegt. Dies wäre aber aufgrund der strengen Zweckbindung der Sozialversicherungsbeiträge notwendig (vgl. etwa BVerfG, Beschluss vom 1. August 2018, Az. 1 BvR 1728/12, 1 BvR 1756/12). Neben diesen verfassungsrechtlichen wirft die Ausnahmevorschrift in Absatz 1c im Übrigen auch europarechtliche Fragen auf. Wenn der Gesetzgeber den Standort Deutschland fördern möchte, muss er dafür europarechtskonform vorgesehene Wege und Mittel aus dem Steueraufkommen nutzen.

Zudem kann die Feststellung, ob klinische Prüfungen mit dem Arzneimittel zu einem relevanten Anteil in Deutschland durchgeführt wurden, nicht mit ausreichender Sicherheit getroffen werden: Es bleibt unklar, welche klinischen Prüfungen bei der Feststellung der Probandenzahlen berücksichtigt werden sollen. Ausgehend von der Begründung des Regelungsvorschlags, wonach „Versicherte frühen Zugang zu dem betreffenden Arzneimittel [erhalten]" und „die resultierenden Studiendaten [… nah am hiesigen Versorgungskontext" seien, ist davon auszugehen, dass es sich nur um solche Studien handeln kann, in denen die Anwendung innerhalb des zugelassenen Anwendungsgebiets erfolgte. In frühen Phasen der klinischen Entwicklung gegebenenfalls an gesunden Probanden durchgeführte Untersuchungen müssten ebenso unberücksichtigt bleiben wie Probanden, deren Erkrankung nicht dem zugelassenen Anwendungsgebiet entspricht. Die Feststellung bedürfte zudem einer stetigen Aktualisierung und Überprüfung, wenn laufende klinische Prüfungen abgeschlossen werden oder neue Studien durchgeführt werden.

Die Produktion von Arzneimitteln erfolgt in mehrstufigen Prozessen, bei dem die einzelnen Produktionsschritte organisatorisch getrennt und an unterschiedlichen Standorten realisiert werden können. Daher kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Produktion des Wirkstoffs in Deutschland einen relevanten Beitrag zur bedarfsgerechten Versorgung erwarten lässt und Arzneimittelengpässen vorbeugt. Wiederholt wurden in der Vergangenheit Lieferengpässe dadurch ausgelöst, dass relevante Hilfsstoffe oder auch Primärpackmittel nicht in ausreichender Zahl oder Qualität verfügbar waren. Außerdem handelt es sich auch bei der Herstellung eines Wirkstoffs meist um einen mehrstufigen Prozess, wobei die einzelnen Stufen an verschiedenen Produktionsstätten stattfinden können und abhängig von der Verfügbarkeit von Ausgangsmaterialien und chemischen Hilfsstoffen sind. Es ist also unklar, ob und in welchem Umfang eine Durchführung einzelner

Wirkstoffproduktionsschritte in Deutschland ein relevanter Beitrag zur Diversifizierung und Versorgungssicherheit ist.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 1b Satz 4 wird die Angabe „3,5 Prozent“ durch die Angabe „**7 Prozent**“ ersetzt.

In Satz 2 Nummer 7 wird das Komma und das Wort „und“ durch einen Punkt ersetzt.

Satz 2 Nummer 8 wird gestrichen.

Satz 5 wird wie folgt gefasst:

> „Ab dem 1. Juli 2027 ist die Höhe des Abschlags nach Satz 1 jeweils für die Dauer eines Jahres der Quotient aus
>
> 1. dem Differenzbetrag für alle Arzneimittel **im Sinne von Satz 2** aus
>
> a) den Ist-Ausgaben der Krankenkassen des vorangegangenen Kalenderjahres und
>
> b) den Soll-Ausgaben der Krankenkassen für das vorangegangene Kalenderjahr und
>
> 2. dem von den Krankenkassen im vorangegangenen Kalenderjahr geleisteten Umsatz aller zu ihren Lasten abgegebenen Arzneimittel im Sinne von Satz 2, berechnet auf Grundlage der Abgabepreise der pharmazeutischen Unternehmer ohne Mehrwertsteuer.“

§ 130a Abs. 1c wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 48 Buchstabe b) – § 130a (Rabatte pharmazeutischer Unternehmer)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für Impfstoffe, für die ein Patent- oder Unterlagenschutz besteht, soll künftig ein zusätzlicher Rabatt in Höhe von 7 % auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers gelten.

B) Stellungnahme

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist die vorgesehene Regelung nicht ausreichend zur Dämpfung der exorbitanten Ausgabendynamik im Bereich der Impfstoffe. Ein zusätzlicher Abschlag kann vom pharmazeutischen Unternehmer für Impfstoffe nach Satz 6 schlicht durch eine Preiserhöhung eingepreist werden. Entsprechend ist in jedem Fall ein Preismoratorium notwendig, damit durch die vorgesehene Maßnahme eine Einsparung erreicht werden kann.

Ein Preismoratorium für Impfstoffe ist auch Gegenstand der Empfehlungen der Finanzkommission Gesundheit. Die Experten haben zudem eine Verhandlung von Erstattungsbeträgen mit Preis-Mengen Vereinbarungen, eine Wiedereinführung der Möglichkeit von Rabattverträgen sowie eine generelle Geltung des Herstellerabschlags nach § 130a Absatz 1 SGB V eingefordert. Keine dieser Regelung wird mit dem vorliegenden Entwurf umgesetzt, um die exorbitanten Wachstumsraten in diesem Sektor zu dämpfen.

Zudem kann durch den GKV-Spitzenverband nicht ohne weiteres geprüft werden, ob für den Impfstoff ein Patent- bzw. Unterlagenschutz besteht, was weitere Aufwände zur Prüfung nach sich zieht.

C) Änderungsvorschlag

Die Vorschläge der Finanzkommission Gesundheit werden vollständig umgesetzt. Dies umfasst:

- Die Anwendung des Preismoratoriums nach § 130a Absatz 3a
- Die Anwendung des Abschlags nach § 130a Absatz 1 Satz 1 sowie Absatz 1b[neu]
- Preisverhandlungen für neu auf den Markt kommende Impfstoffe
- Ausschreibungsmöglichkeiten für Krankenkassen in Bezug auf Impfstoffe.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 48 Buchstabe c) – § 130a (Rabatte pharmazeutischer Unternehmer)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der derzeit bis Ende 2026 befristete Abschlag nach § 130a Absatz 3a („Preismoratoriumsabschlag“) soll bis Ende 2030 verlängert werden. Zudem soll das sogenannte erweiterte Preismoratorium generell für alle Fälle gelten, in denen bereits ein Arzneimittel mit gleichem Wirkstoff und vergleichbarer Darreichungsform auf dem Markt ist. Bezüglich der Berechnung des Abschlags soll künftig auf die Gesamtwirkstärke abgestellt werden. Die in § 130a Absatz 3a Satz 5 enthaltene Regelung, wonach Satz 4 entsprechend bei Änderungen zu den Angaben des pharmazeutischen Unternehmers oder zum Mitvertrieb durch einen anderen pharmazeutischen Unternehmer gilt, soll komplett gestrichen werden.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband befürwortet die Einführung eines Wirkstoffbezugs im erweiterten Preismoratorium. Eine solche Regelung ist grundsätzlich geeignet, Umgehungsstrategien durch Anbieterwechsel effektiv auszuschließen und eine gleichförmige Ausgabenstabilisierung im Bestandsmarkt zu gewährleisten. Gleichwohl sollte aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes die Ermittlung von Bezugsarzneimitteln zur Preisreferenzierung nach einem zweistufigen Modell erfolgen: Hat ein pharmazeutischer Unternehmer bereits wirkstoffgleiche Arzneimittel eingeführt, so sind im Fall von Neueinführungen entsprechende Bezugsarzneimittel aus seinem Portfolio zu ermitteln. Dies entspricht der bisherigen Vorgehensweise. Ist auf diese Weise kein Bezugsarzneimittel ermittelbar, dann wird im zweiten Schritt hierfür der gesamte Markt betrachtet. Solch ein zweistufiges Verfahren schließt ebenfalls effektiv Umgehungsstrategien durch Anbieterwechsel aus, ließe sich jedoch ohne größeren technischen Aufwand umsetzen. Sie schafft auch größere Planungssicherheit für Anbieter bei neuen Ausbietungen eines Produktes, z.B. durch Einführung neuer Packungsgrößen oder Wirkstärken.

Vorausgesetzt, der Gesetzgeber folgt dem Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes hinsichtlich eines Zweistufen-Modells, spricht sich der GKV-Spitzenverband für eine Beibehaltung des Satzes 5 aus. Jedoch wäre dieser entsprechend dem Änderungsvorschlag des GKV-Spitzenverbands anzupassen.

Der vorgesehene Regelungsentwurf hält weiterhin am Erfordernis der vergleichbaren Darreichungsform fest. Dies erlaubt – ganz abgesehen von der für eine automatisierte Umsetzung problematischen Auslegungsbedürftigkeit des Begriffs – auch in Zukunft eine Umgehung des Preismoratoriums. Daher spricht sich der GKV-Spitzenverband für eine Streichung des Kriteriums aus. Weiterentwicklungen eines Arzneimittels in Form einer nicht vergleichbaren Darreichungsform können in Verhandlungen nach Absatz 3c interessengerechter gelöst werden.

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die im Regelungsentwurf vorgesehene Anpassung der Abschlagsberechnung. Die Bezugnahme auf die Gesamtwirkstärke ist geeignet, um den Abschlag im Zuge des erweiterten Preismoratoriums ohne Auslegungsspielräume vollständig automatisiert zu berechnen.

Schließlich kann die Sonderregelung für Neueinführungen von Immunglobulinen in Satz 4 Hs. 2 infolge der Regelungen des § 130a Absatz 3c und § 130a Absatz 3d i.V.m. § 35 Absatz 5b SGB V nunmehr entfallen.

C) Änderungsvorschlag

§ 130a Absatz 3a Sätze 4 und 5 werden durch folgende Sätze ersetzt:

„Bei Neueinführungen eines Arzneimittels, für das der pharmazeutische Unternehmer bereits ein Arzneimittel mit gleichem Wirkstoff in Verkehr gebracht hat, ist der Abschlag auf Grundlage des Preises je Mengeneinheit der Packung zu berechnen, die dem neuen Arzneimittel in Bezug auf die Gesamtwirkstoffmenge am nächsten kommt.

Satz 4 gilt entsprechend bei Änderungen zu den Angaben des pharmazeutischen Unternehmers oder zum Mitvertrieb durch einen anderen pharmazeutischen Unternehmer und bei Neueinführungen eines Arzneimittels, für das mindestens ein anderer pharmazeutischer Unternehmer bereits ein Arzneimittel mit gleichem Wirkstoff in Verkehr gebracht hat.“

In § 130a Absatz 3c Satz 3 werden nach den Worten „neues Anwendungsgebiet“ die Worte „**oder eine neue, nicht vergleichbare Darreichungsform**“ ergänzt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 48 Buchstabe d) – § 130a (Rabatte pharmazeutischer Unternehmer)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für Verbandmittel und sonstige Produkte zur Wundbehandlung soll ein Preismoratorium mit dem Preisstand 1. Januar 2026 eingeführt werden. Bei Produkten, die danach auf den Markt kommen, ist der Ersteinführungstag der Referenzstichtag. Sofern der Abgabepreis gegenüber diesem Preisstand („Basispreis“) erhöht wird, soll – wie auch bei Arzneimitteln – ein Preismoratoriumsabschlag in Höhe der Differenz anfallen. Ab dem Jahr 2027 soll analog zu Arzneimitteln auch eine Fortschreibung der Basispreise zur Berechnung des Abschlags um die Änderungsrate des Verbraucherpreisindex stattfinden. Zudem sieht der Regelungsentwurf die Einführung eines erweiterten Preismoratoriums vor.

B) Stellungnahme

Ein Preismoratorium bzw. eine Deckelung der Preiserhöhungsmöglichkeiten bei Verbandmitteln und sonstigen Produkten zur Wundheilung ist angesichts der enormen Preissteigerungen in den letzten Jahren, die weit oberhalb der generellen Ausgabenentwicklung der GKV oder der Entwicklung der Beitragseinnahmen liegen, dringend geboten. Dies gilt umso mehr, als dass gemäß der Neuregelung des § 31 Absatz 1a geplant ist, dass nunmehr auch kostenintensive und hinsichtlich ihres Nutzens fragwürdige Produkte dauerhaft in den Leistungskatalog aufgenommen werden sollen und damit die Ausgabensituation weiter belasten.

In den letzten Jahren sind die Verbandmittelausgaben sowie die Preise der Produkte stark angestiegen. Durchschnittlich betrugen die jährlichen Kostensteigerungen 13 bis 14 Prozent (vgl. Bericht der FinanzKommission Gesundheit vom 30.03.2026). Im Vergleich zu 2015 haben sich die Ausgaben laut dem Bericht der FinanzKommission Gesundheit vom 30. März 2026 mehr als verdoppelt. Allein zum Stichtag 15. Mai 2026, dem ersten Stichtag nach Veröffentlichung des Referentenentwurfs des vorliegenden Gesetzentwurfes am 16. April 2026, haben einige Hersteller den Abgabepreis Ihrer Produkte im Vergleich zum vorherigen Stichtag um mehr als 100 % erhöht.

Durch eine Bezugnahme auf den Preisstand zum Stichtag 1. Januar 2026 und den ab 2028 vorgesehenen Inflationsausgleich, wird jedoch nicht nur das hohe Preisniveau festgeschrieben, sondern ab 2028 zu Lasten der GKV sogar jährlich gesteigert. Die Gewährung eines Inflationsausgleichs ist angesichts des ohnehin hohen Preisniveaus und der bis zum Jahr 2030 befristeten Maßnahme nicht nachvollziehbar. Mit dem Gesetzentwurf in der vorliegenden Fassung könnten so allenfalls weitere Ausgabenanstiege in den nächsten drei Jahren teilweise begrenzt werden. Dies ist angesichts des hohen Kostendrucks unzureichend. So werden sich auch die vom Gesetzgeber prognostizierten Einsparungen in Höhe von rund 170 Mio. Euro pro Jahr für die gesetzliche Krankenversicherung voraussichtlich nicht erzielen lassen. Die FinanzKommission Gesundheit ist in ihrem Vorschlag nur von einem Einsparvolumen durch ein Preismoratorium von rund 100 Mio. Euro ausgegangen.

Damit das Preismoratorium nicht umgangen werden kann, beispielsweise indem bereits bekannte Produkte mit abweichender Packungsgröße unter einer neuen Pharmazentralnummer „neu“ eingeführt werden, sieht der Regelungsentwurf die Einführung eines erweiterten Preismoratoriums vor. Dies wird

vom GKV-Spitzenverband als notwendige Maßnahme für die Durchsetzbarkeit eines Preismoratoriums ausdrücklich begrüßt.

Allerdings bedarf es für die Operationalisierung des erweiterten Preismoratoriums zunächst einer Klassifikation der Produkte anhand ihrer für die Hauptwirkungen wesentlichen Inhaltsstoffe, damit sie für die Zwecke der automatisierten Berechnung der Herstellerabschläge in Gruppen wesentlich gleicher Produkte zugeteilt werden können. Die Produktgruppe der Verbandmittel und der sonstigen Produkte zur Wundbehandlung ist durch eine große Vielfalt gekennzeichnet. Zudem besteht für diese Produkte regelhaft keine amtliche Grundlage zur Bestimmung der für die Hauptwirkungen wesentlichen Inhaltsstoffe. Anders ist das bei Arzneimitteln, bei denen die Fachinformation die Wirkstoffe nennt. Diese Klassifikation muss außerdem herstellerneutral sein.

Da ein Teil der Produkte zur Wundbehandlung nach § 31 Absatz 1a SGB V bereits mithilfe des ATC-Code klassifiziert sind, bietet es sich an, die entsprechende Expertise des BfArM zu nutzen und diesem die Aufgabe der Klassifikationserstellung zu erteilen, was zugleich die nötige Legitimation sichert. Überbrückend bis zur Erstellung der Klassifikation ist auf der Basis eines einfachen Preismoratoriums ein genereller Herstellerabschlags in Höhe von mindestens 20 Prozent vorzusehen.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 3e wird wie folgt geändert:

„Erhöht sich der Abgabepreis des Herstellers eines Verbandmittels oder eines sonstigen Produkts zur Wundbehandlung ohne Mehrwertsteuer gegenüber dem Preisstand am 1. Januar 2026, erhalten die Krankenkassen für die zu ihren Lasten abgegebenen Verbandmittel und sonstigen Produkte zur Wundbehandlung nach § 31 Absatz 1a ab dem 1. Januar 2027 bis zum 31. Dezember 2030 einen Abschlag in Höhe des Betrages der Preiserhöhung; dies gilt nicht für Verbandmittel, für die ein Festbetrag auf Grund des § 35 festgesetzt ist. Für Verbandmittel und sonstige Produkte zur Wundbehandlung, die erstmalig nach dem 1. Januar 2026 in den Markt eingeführt werden, gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass der Preisstand der Markteinführung Anwendung findet. Bei Neueinführungen eines Verbandmittels oder eines sonstigen Produktes zur Wundbehandlung nach § 31 Absatz 1a, für das ein Hersteller bereits ein gleiches Produkt gemäß der Klassifizierung nach Satz 4 in der jeweils geltenden Fassung in Verkehr gebracht hat, ist ab dem Zeitpunkt des erstmaligen Inverkehrbringens, frühestens jedoch ab dem Zeitpunkt der erstmaligen Veröffentlichung der Klassifizierung nach Satz 4 im Bundesanzeiger, der Abschlag auf Grundlage des Preises je versorgter Wundflächeneinheit der Packung zu berechnen, die dem neuen Produkt am nächsten kommt. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte entwickelt Kriterien, welche Verbandmittel und sonstigen Produkte zur Wundbehandlung nach § 31 Absatz 1a jeweils untereinander gleich sind, anhand der Hauptwirkungen und der Hauptbestandteile, die für die jeweilige Verbandmitteleigenschaft oder Hauptwirkung wesentlich sind, und gibt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit bis spätestens zum 31. Juli 2027 anhand der entwickelten Kriterien eine Klassifikation der Verbandmittel und sonstigen Produkte zur Wundbehandlung nach § 31 Absatz 1a heraus, die im Bundesanzeiger zu veröffentlichen ist. Der Abschlag nach Absatz 1d wird zusätzlich zu dem Abschlag nach den Sätzen 1 bis 3 erhoben. Rabattbeträge, die auf Preiserhöhungen nach dem Absatz 1d zu gewähren sind, vermindern den Abschlag nach den Sätzen 1 bis 3 entsprechend. Das Nähere regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erstmalig bis zum 30. November 2026. Für die Abrechnung des Abschlags nach den Sätzen 1 bis 3 gilt Absatz 1d entsprechend.“

Nach § 130a Absatz 1c wird folgender Absatz 1d eingefügt:

„Die Krankenkassen erhalten von Apotheken oder sonstigen Leistungserbringern für die zu ihren Lasten abgegebenen Verbandmittel und sonstigen Produkte zur Wundbehandlung bis zu dem Zeitpunkt der erstmaligen Veröffentlichung der Klassifikation nach Absatz 3e Satz 4 im Bundesanzeiger einen Abschlag in Höhe von 20 vom Hundert des Abgabepreis des Herstellers eines Verbandmittels oder eines sonstigen Produkts zur Wundbehandlung ohne Mehrwertsteuer. Hersteller von Verbandmitteln oder sonstigen Produkten zur Wundbehandlung sind verpflichtet, den Apotheken und sonstigen Leistungserbringern den Abschlag zu erstatten. Der Abschlag ist den Apotheken und sonstigen Leistungserbringern innerhalb von zehn Tagen nach Geltendmachung des Anspruches zu erstatten. Der Absatz 5 gilt entsprechend."

§ 130a Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„Die Absätze 1, 1a, 1b, 1d und 2 gelten nicht für Arzneimittel und Verbandmittel sowie sonstige Produkte zur Wundbehandlung nach § 31 Absatz 1a, für die ein Festbetrag auf Grund des § 35 festgesetzt ist."

Nach § 130a Absatz 6 wird folgender Absatz 6a eingefügt:

„Zum Nachweis des Abschlags gemäß Absatz 1d und Absatz 3e übermitteln die Apotheken und sonstigen Leistungserbringer die bundeseinheitlichen Kennzeichen nach § 300 über die abgegebenen Verbandmittel und sonstigen Produkte zur Wundbehandlung nach § 31 Absatz 1a sowie deren Abgabedatum auf der Grundlage der den Krankenkassen nach § 300 Absatz 1 übermittelten Angaben maschinenlesbar an die Hersteller von Verbandmitteln oder sonstigen Produkten zur Wundbehandlung. Die Hersteller von Verbandmitteln oder sonstigen Produkten zur Wundbehandlung sind verpflichtet, die erforderlichen Angaben zur Bestimmung des Abschlags an die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgeblichen Organisationen der Apotheker sowie den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben auf maschinell lesbaren Datenträgern zu übermitteln. Die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Apotheker, der pharmazeutischen Großhändler, und der betroffenen Hersteller und Leistungserbringer auf Bundesebene können in einem gemeinsamen Rahmenvertrag das Nähere regeln."

In § 130a Absatz 7 werden nach Satz 2 die folgenden Sätze angefügt:

„Die Apotheke oder die sonstigen Leistungserbringer können den Abschlag nach Absatz 1d und Absatz 3e nach Ablauf der Frist nach Absatz 1d Satz 4 gegenüber pharmazeutischen Großhändlern bzw. Herstellern von Verbandmitteln und sonstigen Produkten zur Wundbehandlung verrechnen. Pharmazeutische Großhändler können den nach Satz 1 verrechneten Abschlag, auch in pauschalierter Form, gegenüber den Herstellern von Verbandmitteln und sonstigen Produkten zur Wundbehandlung verrechnen."

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 49 Buchstabe a) – § 130b Absatz 1a (Preis-Mengen-Regelung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Regierungsentwurf sieht zur Partizipation der gesetzlichen Krankenversicherung und anderer Kostenträger an den Skaleneffekten der pharmazeutischen Unternehmen, für den Fall einer Nichteinigung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer, eine gesetzliche Auffanglösung zur konkreten Ausgestaltung der Preis-Mengen-Regelung vor. Die Regelung sieht eine konkrete Rechenformel, konkrete Rabattsätze, die anzuwendende Datengrundlage, die relevanten Zeiträume und weitere Folgeregelungen vor.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband befürwortet ausdrücklich die Intention des Gesetzgebers, den bisher marginal ausgefallenen Finanzeffekt von Preis-Mengen-Regelungen zu steigern. Es besteht ein berechtigtes Interesse der GKV-Versichertengemeinschaft an einer tatsächlich entlastenden Umsetzung von Mengenrabatten. Dies entspricht auch dem Vorgehen in anderen Ländern.

Das vorgeschlagene Modell baut auf dem Schiedsspruch zum Wirkstoff Dapagliflozin auf und sieht zentrale Anpassungen vor. Hierdurch kann ein höherer Finanzeffekt entstehen.

Die Vorgabe expliziter Regelungen wird vor dem Hintergrund neuster Rechtsprechung des zuständigen Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg als zwingend angesehen. Grundsätzlich wird die Idee eines einheitlichen Modells auch als praxistauglich eingeordnet. Die vorgesehene Streckung der Neuverhandlungen nach Ausübung des Sonderkündigungsrechts wird befürwortet.

Insbesondere vor dem Hintergrund der Abschaffung der Leitplanken und des Kombinationsabschlags weist der GKV-Spitzenverband jedoch darauf hin, dass der geschätzte Finanzeffekt hinter den Erfordernissen zur Stabilisierung der Arzneimittelausgaben zurückbleibt.

Der GKV-Spitzenverband sieht technischen Anpassungsbedarf: Die Datenlieferung zur Ermittlung des Gesamtausgabenvolumens sollte erstmals zum dritten Kalenderjahres nach dem erstmaligen Inverkehrbringen erfolgen und aus Effizienzgründen nur bei Anlass, d.h. wenn aus den Daten eine Preisanpassung folgt. Der GKV-Spitzenverband schlägt weiterhin die Datenlieferung an den pharmazeutischen Unternehmer bis zum 31. Mai vor, da zu diesem Zeitpunkt ein vollständigerer Datenfüllstand erreicht ist. Entsprechend müsste das jährliche Datum der Preisanpassung auf den 1. Juli gesetzt werden.

Weiterhin werden für die Verhandlungen nach §130b aktuelle Daten des stationären Sektors (z. B. § 21 KHEntgG) benötigt, um das dort vorhandene Einsparpotential zu verwirklichen. Gemäß der Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) verursachten allein AMNOG-Arzneimittel im Jahr 2024 stationäre Ausgaben in Höhe von 1,5 Mrd. Euro. Für eine vollständige Umsetzung der Preis-Mengen-Regelung sollte es zugleich eine rechtssichere bezugsquellenoffene Rechtsgrundlage für die Verwendung von stationären Daten aus den unterschiedlichen Quellen geben, die derzeit in der Praxis fallabhängig genutzt werden. Zur Sicherstellung des einheitlichen Rechtsweges nach § 29 Abs. 4 Nr. 3

SGG für Verträge wäre die Festsetzungsanweisung an die Schiedsstelle dergestalt anzupassen, sodass sie im Fall der Nichteinigung den Inhalt des §130b Absatz 1a SGB V festzusetzen hat.

C) Änderungsvorschlag

§ 130b Absatz 1a SGB V wird wie folgt neu gefasst:

„(1a) Bei einer Vereinbarung nach Absatz 1 müssen mengenbezogene Aspekte, wie eine mengenbezogene Staffelung oder ein jährliches Gesamtvolumen, vereinbart und das Gesamtausgabenvolumen des Arzneimittels unter Beachtung seines Stellenwerts in der Versorgung berücksichtigt werden (Preis-Mengen-Regelung). Dies kann eine Begrenzung des packungsbezogenen Erstattungsbetrags erforderlich machen. Kommt eine Preis-Mengen-Regelung nach Satz 1 nicht zustande, gilt eine Anpassung des Erstattungsbetrags nach Maßgabe der Sätze 5 bis 11 als vereinbart; Absatz 4 Satz 1 **sind ~~insoweit nicht~~** anzuwenden **mit der Maßgabe**, **dass die Schiedsstelle diese Anpassung als Vertragsinhalt festsetzt**. Die Anpassung erfolgt jedes Jahr zum **~~1. Juni~~ 1. Juli,** erstmalig zum 1. ~~Juni~~ **Juli** des dritten Kalenderjahres nach dem erstmaligen Inverkehrbringen eines Arzneimittels mit dem Wirkstoff. Zur Anpassung wird der vereinbarte oder festgesetzte Erstattungsbetrag um einen Rabattsatz reduziert.

Der Rabattsatz in Prozent ist die Summe aus

1. dem Produkt von 1,7 Prozent und dem Quotienten aus

   a) der Differenz zwischen dem Gesamtausgabenvolumen des Arzneimittels des vorangegangenen Kalenderjahres und dem Gesamtausgabenvolumen des Arzneimittels des Referenzjahres und

   b) dem Gesamtausgabenvolumen des Arzneimittels des vorangegangenen Kalenderjahres und

2. dem Quotienten aus dem Gesamtausgabenvolumen des vorangegangenen Kalenderjahres und 100 Millionen Euro, abgerundet auf die nächstniedrigere ganze Zahl und multipliziert mit 1 Prozent.

Ist die Summe negativ, wird der vereinbarte oder festgesetzte Erstattungsbetrag nicht reduziert. Das Referenzjahr nach Satz 7 Nummer 1 Buchstabe a ist das erste Kalenderjahr nach dem erstmaligen Inverkehrbringen eines Arzneimittels mit dem Wirkstoff. Das Gesamtausgabenvolumen eines Kalenderjahres ist die Summe der Produkte der jeweiligen Anzahl der von Apotheken zu Lasten der Krankenkassen abgerechneten Bezugsgrößen des Arzneimittels in der ambulanten und stationären Versorgung und dem jeweils geltenden Erstattungsbetrag pro Bezugsgröße. Zur Ermittlung des Gesamtausgabenvolumens und zur Ermittlung der Höhe des Rabattsatzes stellt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die im vorangegangenen Kalenderjahr abgerechneten Bezugsgrößen anhand der Daten nach § 84 Absatz 5 fest **und anderer geeigneter Datenquellen** fest und stellt dem pharmazeutischen Unternehmer diese Bezugsgrößen monatsbezogen sowie die Höhe des Rabattsatzes ~~jedes Jahr~~ bis zum 31. ~~April~~ **Mai**, erstmals bis zum 31. ~~April~~ **Mai** des ~~zweiten~~ **dritten** Kalenderjahres nach dem erstmaligen Inverkehrbringen eines Arzneimittels mit dem Wirkstoff zur Verfügung**, sofern hieraus eine Preisanpassung nach Satz 1 folgt.** Das Nähere zur Abwicklung von Vereinbarungen nach Satz 1, auch in Verbindung mit Satz 4, im Verhältnis zu den Krankenkassen insbesondere im Hinblick auf deren Mitwirkungspflichten, regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in seiner Satzung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 49 Buchstabe b) – §130b Absatz 2 (Praxisbesonderheit in Erstattungsbetragsvereinbarungen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vereinbarung von Anforderungen an die Verordnungen von Arzneimitteln mit Zusatznutzen in Erstattungsbetragsvereinbarungen und die entsprechende Berücksichtigung bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen wird abgeschafft.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Einführung der Rechtsgrundlagen für den sog. „Vertragskatalog“ im neuen §130e. Auf die Kommentierung dort wird verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 49 Buchstabe c) Doppelbuchstabe aa) und bb) – §130b Absatz 3 (Leitplanken zur Bestimmung des Erstattungsbetrages bei patentgeschützten Vergleichstherapien als ZVT)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Änderungen in Absatz 3 werden die mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz vom 7. November 2022 (BGBl. I S. 1990) eingeführten „Leitplanken" für die Verhandlung von Erstattungsbeträgen abgeschafft. Die neue Formulierung der Regelung stellt im Wesentlichen die Rechtslage vor Inkrafttreten des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes wieder her.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt grundsätzlich vor der dem Hintergrund der Ausgabensteigerung für patentgeschützte Arzneimittel und insbesondere aufgrund der dann fehlenden Zusatznutzenorientierung in der Preisdifferenzierung die Streichung der „Leitplanken" ab. Die Streichung der sog. Leitplankenregelung, mit denen in Abhängigkeit vom Ergebnis der frühen Nutzenbewertung Vorgaben zur Höhe eines angemessenen Erstattungsbetrags formuliert wurden, ist kontraproduktiv und nicht sachgerecht. Im Ergebnis sind überhöhte Erstattungsbeträge insbesondere bei fehlendem Zusatznutzen zu erwarten, wobei Arzneimittel ohne Zusatznutzen die Haupttreiber des Ausgabenanstiegs im patentgeschützten Arzneimittelmarkt sind. Das Preisniveau patentgeschützter Arzneimittel bei nur geringer Innovationskraft (gering, nicht quantifizierbar) wurde bereits vom Gesetzgeber des GKV-Finanzstabilisierungsgesetz als auskömmlich angesehen (BT-Drs. 20/3448). Die Leitplanken können strukturell nicht durch andere Maßnahmen ohne Evidenzbezug, wie eine Dynamisierung des Herstellerabschlags oder Preis-Mengen-Regelung kompensiert werden.

Die Rechtslage ohne die „Leitplanken" bietet zu wenig Anreiz für die Unternehmen, eine unreife Datenlage zu verbessern und einen Zusatznutzen für die Patienten nachzuweisen. Bei schneller Aktualisierung der zweckmäßigen Vergleichstherapie hin zu Arzneimitteln mit Zusatznutzen profitieren Arzneimittel ohne Zusatznutzen vom zusatznutzengetragenen Preisniveau des Vorgängers, ohne selbst Evidenz generieren zu müssen. Im Fall des Arzneimittels Cemiplimab hat der G-BA für ein Teilanwendungsgebiet keinen Zusatznutzen gegenüber der zusatznutzentragenden zweckmäßigen Vergleichstherapie festgestellt, da keine vergleichenden Daten vorlagen. Diese Vergleichstherapie wurde unter Anwendung der Leitplanke zur Preisobergrenze abzüglich von 10 %. Dank Leitplankenregelung stieg der Erstattungsbetrag entsprechend weniger stark. Die Binnenreferenzierung wurde dadurch abgeschwächt.

Die Streichung der Leitplanken führt zu einer fortgesetzten Verstetigung bzw. weiteren Steigerung des hohen Preisniveaus innerhalb eines Clusters, ohne dass eine Aussage zur Verbesserung der Versorgung für die Patienten innerhalb eines Indikationsgebiets getroffen werden kann. Das Instrument der Leitplanken ist geeignet, um den „Turmtreppeneffekt" durch die zunehmende Benennung hochpreisiger patentgeschützter zweckmäßiger Vergleichstherapien einzudämmen. Für die zur Streichung vorgesehenen Leitplanken ist kein funktionaläquivalenter Schutzmechanismus vorgesehen.

Konsequenz dieses Regelungsvorschlags ist die ungehinderte Fortsetzung des Ausgabenanstieges gerade für Arzneimittel, die keinen therapeutischen Mehrwert für Patientinnen und Patienten haben. Pharmazeutische Unternehmer können auf die nach Streichung fehlende gesetzliche Anleitung für Schiedsstelle und Gerichte verweisen und dadurch wirksame Kostenbegrenzungen durch einen den Versorgungsvorteilen adäquaten Erstattungsbetrag erschweren.

Bei vollständiger Umsetzung der Leitplanken und Streichung der Ausnahmeregelung kann dieses Instrument die durch den Gesetzgeber ursprünglich anvisierte Einsparwirkung von 250-300 Mio. Euro p.a. entfalten. Entwickelt man die Leitplanken zudem konsequent weiter, indem die in der Schiedsstelle aufgetretenen Regelungslücken geschlossen werden, kann das Einsparvolumen durch Zweit- und Drittrundeneffekte über die Zeit weiter ansteigen.

C) Änderungsvorschlag

Die vorgeschlagene Ersetzung der Sätze 2 bis 6 wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 49 Buchstabe c) Doppelbuchstabe cc) – § 130b Absatz 3 Sätze 11 – 15 -alt- („Ausnahme von den Leitplanken“)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Als Folgeregelung der Streichung aller Leitplankenvorgaben, die mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz vom 7.November 2022 (BGBl. I S. 1990) eingeführt wurden, wird auch die mit dem Medizinforschungsgesetz vom 23. Oktober 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 324) eingeführte Ausnahme von den „Leitplanken“ für die Verhandlung von Erstattungsbeträgen abgeschafft.

B) Stellungnahme

Grundsätzlich wäre die Streichung der Ausnahme von der Leitplanken-Anwendung ordnungspolitisch zu befürworten. Die derzeitige Regelung dient der Standortförderung mit GKV-Beitragsgeldern. Diese Art der Förderung ist Aufgabe der Steuergemeinschaft, nicht der GKV. Es wird auf die Kommentierung zu Artikel 1 Nummer 48 Buchstabe a) verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 49 Buchstabe d) – § 130b Absatz 3a Satz 1 (Vereinbarungen zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmern)

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 130b Absatz 3a Satz 1 wird gestrichen, dass der Erstattungsbetrag „einschließlich der Vereinbarungen für die Anerkennung von Praxisbesonderheiten nach Absatz 2“ gilt.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Einführung der Rechtsgrundlagen für den sog. „Vertragskatalog“ im neuen §130e und der damit einhergehenden Streichung der Vereinbarung einer Praxisbesonderheit als Vertragsinhalt von Erstattungsbetragsvereinbarungen nach § 130b Absatz 2. Auf die Kommentierung zu § 130e wird verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 49 Buchstabe e) – § 130b Absatz 7a Satz 1 (Vereinbarungen zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmern)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Sonderkündigungsrecht in Absatz 7a Satz 1 wird neugefasst. Zur Umsetzung der im Gesetzentwurf enthaltenen Abschaffung der „Leitplanken“ und der neuen Preis-Mengen-Regelung auch bei vor Inkrafttreten der gesetzlichen Änderungen bereits vereinbarten oder festgesetzten Erstattungsbeträgen sollen beide Vertragsparteien ein befristetes einmaliges Sonderkündigungsrecht erhalten. Das Sonderkündigungsrecht soll begrenzt sein auf Verträge und Schiedssprüche, die zwischen dem 12. November 2022 und dem Tag der Verkündung des geplanten Gesetzes geschlossen bzw. festgesetzt wurden, also laut Begründung unter der Geltung der Regelungen aus dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Neufassung des § 130b Absatz 1a SGB V sowie § 130b Absatz 3 SGB V. Ein zeitlich begrenztes Sonderkündigungsrecht ist grundsätzlich sinnvoll, um Altverträge in die Effektivierung der Preis-Mengen-Regelung rechtssicher und planbar einzubinden. Die vorgesehene zeitliche Streckung der Neuverhandlungen durch Ausübung des Sonderkündigungsrechts wird befürwortet. Durch ein zeitlich begrenztes Sonderkündigungsrecht wird auch gewährleistet, dass die Finanzentlastungseffekte zeitnah eintreten.

Die Regelung sollte allerdings in Bezug auf Rechtssicherheit und Rechtsklarheit präzisiert werden:

Um den durch das Gesetz avisierten Finanzeffekt auch bei Altverträgen rechtssicher eintreten zu lassen, sollte klargestellt werden, dass bei Altverträgen eine erste Preisanpassung zum 1. Juni 2026 auf den bis dahin geltenden Erstattungsbetrag erfolgt, unabhängig vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens einer Sonderkündigung und der Verhandlungsdauer. Um Wirkstoffe aus Altverträgen, die sich zu diesem Zeitpunkt kürzer als 3 Kalenderjahre im Markt befinden, gleich zu behandeln im Sinne des §130b Absatz 1a SGB V, sollte zudem geregelt werden, dass § 130b Absatz 1a SGB V im Falle des Gebrauchs des Sonderkündigungsrechts „frühestens“ anzuwenden ist, wenn das Inverkehrbringen bei Altverträgen weniger als 3 Kalenderjahre zurückliegt.

Der Gesetzgeber hat in § 130b Absatz 3a SGB V geregelt, ab wann ein Erstattungsbetrag in welcher Fallkonstellation gilt. Bisher ungeregelt ist, ab wann ein Erstattungsbetrag bei Kündigung einer Erstattungsbetragsvereinbarung gilt. Im Fall der Verhandlung nach Gebrauch des Sonderkündigungsrechts sollte die Geltung eines etwaig neuverhandelten Erstattungsbetrages zu Gewährleistung einer einheitlichen Rechtslage und Sicherstellung des avisierten kurzfristigen Finanzeffektes gesetzlich einheitlich geregelt werden. Der GKV-Spitzenverband schlägt hierzu in Fortbildung des bereits im Gesetz angelegten Modells die Geltung ab dem 7. Monat nach Ablauf des gesetzlich vorgesehenen Zeitfensters für die Ausübung des Sonderkündigungsrechts vor.

Weiterhin sollte die Begründung zu dieser Regelung überdacht werden. In der Begründung heißt es, dass das Sonderkündigungsrecht „zur Umsetzung der im Gesetzentwurf enthaltenen Abschaffung der

„Leitplanken“ und der neuen Preis-Mengen-Regelung“ diene. Zusätzlich ist aufgrund der Ablösungsmöglichkeit in Erstattungsbetragsvereinbarungen nach § §130b Absatz 1 Satz 4 i.V.m. § 130a Absatz 8 Satz 6 auch eine Sonderkündigung aufgrund des vorgesehenen dynamisierten Herstellerabschlages denkbar. Dies ist insbesondere zu beachten vor dem Hintergrund, dass der derzeitige § 130a Absatz 1b SGB V eine zeitweise Erhöhung des Herstellerabschlages vorsah und nunmehr neugefasst wird, so dass Altverträge, die auf den derzeit gültigen § 130a Absatz1b SGB V verweisen, angepasst werden müssen. Der Wortlaut der Neuregelung würde zwar auch diese Konstellation erfassen, um Rechtsklarheit zu schaffen, sollte aber die Begründung im späteren Gesetzesentwurf einer Geltendmachung des Sonderkündigungsrechts für andere notwendige Konstellation nicht entgegenstehen.

C) Änderungsvorschlag

„Für Arzneimittel, für die zwischen dem 12. November 2022 und dem … [einsetzen: Datum der Verkündung] ein Erstattungsbetrag nach Absatz 1 vereinbart oder nach Absatz 4 festgesetzt wurde, kann die Vereinbarung oder der Schiedsspruch von jeder Vertragspartei bis zum … [einsetzen: Datum des ersten Tages des dritten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] gekündigt werden, auch wenn sich das Arzneimittel im Geltungsbereich dieses Gesetzes nicht im Verkehr befindet. **§130b Absatz1a SGB V findet unabhängig vom Abschluss eines neues Erstattungsbetrages erstmalig Anwendung auf den zum 1. Juni [des auf das Inkrafttreten folgenden Kalenderjahres (2027)] geltenden Erstattungsbetrag, frühestens aber zum dritten Kalenderjahr nach Inverkehrbringen. Wird aufgrund einer Kündigung nach Satz 1 ein neuer Erstattungsbetrag vereinbart, gilt dieser ab dem siebten Monat nach dem [einsetzen: Datum des ersten Tages des dritten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats].**

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 50 – §130e (Kombinationsabschlag, Stärkung des Wettbewerbs)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der bisherige Regelungsinhalt im § 130e zum Kombinationsabschlag soll aufgehoben werden.

In der Neufassung des § 130e sollen Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, für bestimmte Gruppen mit patentgeschützten Wirkstoffen Rabattverträge auszuschreiben. Im Zusammenspiel mit der Wirtschaftlichkeitsprüfung sollen Anreize für ärztliche Verordnungen rabattierter Arzneimittel gesetzt werden. So sollen die Verordnungen als Praxisbesonderheiten gewertet werden. Zudem soll, falls die für eine Wirkstoffgruppe regional festgelegte Verordnungsquote erreicht wurde, in diesem Bereich keine Wirtschaftlichkeitsprüfung stattfinden. Die Auswirkungen der Regelungen sollen Gegenstand eines Berichts des GKV-Spitzenverbandes an das Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Juli 2030 sein. Dieser soll die Auswirkungen des § 130e in Bezug auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung sowie die Arzneimittelausgaben beschreiben.

B) Stellungnahme

<u>Kombinationsabschlag</u>

Die ersatzlose Streichung des Kombinationsabschlages wird abgelehnt. Auch wenn der Kombinationsabschlag in seiner bestehenden Form einen unverhältnismäßig hohen Verwaltungsaufwand bedeutet, wurden bereits im Jahr 2025 Einsparungen für die GKV in Höhe von 58,3 Mio. Euro erzielt (Quelle: KV45-Statistik). Der Kombinationsabschlag stellt bisher die einzige Möglichkeit dar, der Tatsache zu begegnen, dass die Kombination zweier Arzneimittel zwar für die GKV mit den additiven Kosten verbunden ist, für die behandelten Patientinnen und Patienten der zusätzliche Nutzen der Kombination jedoch deutlich geringer ist. Die meisten Arzneimittelkombinationen werden keiner Nutzenbewertung unterzogen. Der Kombinationsabschlag ist damit das einzige Instrument, das gezielt ungerechtfertigte Ausgabenanstiege beim kombinierten Einsatz von Arzneimitteln adressiert und zumindest einen finanziellen Ausgleich für die Mehrausgaben ohne nachgewiesenen Zusatznutzen bietet. Anstelle einer Streichung sollte der Aufwand in der Umsetzung des Kombinationsabschlags reduziert und seine Reichweite vergrößert werden. Siehe hierzu auch den Kommentar zu Artikel 1 Nummer 14.

Dafür wäre eine Legaldefinition vorzunehmen, welche Arzneimittel als vom Kombinationsabschlag erfasst anzusehen und vom G-BA zu benennen sind. Adäquat vereinfachend wäre es hierbei, allein solche Kombinationen vom Abschlag auszunehmen, für die trotz Zulassung zur Anwendung im selben Anwendungsgebiet eine Kombination arzneimittelrechtlich ausgeschlossen ist. Eine medizinisch-wissenschaftliche Bewertung der Sinnhaftigkeit der resultierenden, möglichen Kombinationen kann im G-BA unterbleiben, da diese im jeweiligen Einzelfall durch Ärztinnen und Ärzte vor entsprechenden Verordnungen vorgenommen wird. Zusätzlich sollte eine Markierung der Verordnung mehrerer Arzneimittel als „Kombination“ durch den Arzt und die Ärztin erfolgen. Hierdurch wird eine zweifelsfreie Zuordnung und aufwandsarme maschinengestützte Abrechnung des Kombinationsabschlags ermöglicht. Eine ergänzende Kennzeichnung der Patientengruppe, für die eine Kombination verordnet wird, ermöglicht auch eine Differenzierung zwischen Patientengruppen mit mind. beträchtlichem

Zusatznutzen. Die Ausweitung des Abschlags auf asynchrone Kombinationen, den stationären Sektor und die Berücksichtigung aller Kombinationseinsätze bis zum Ablauf des Patentschutzes (statt wie bisher nur bis Ablauf Unterlagenschutz) können den Abschlag in seiner Wirkung wesentlich verstärken und würden die Umsetzung gleichzeitig vereinfachen. Nimmt man diese Umsetzungserleichterungen und Weiterentwicklungen mit in Betracht, entgehen der gesetzlichen Krankenversicherung bei einer realistischen Ausgabensteigerung im Kombinationsmarkt jährliche Einsparungen in Höhe von über 400 Mio. Euro im Jahr 2026 bis zu 600 Mio. Euro im Jahr 2030.

Stärkung des Wettbewerbs

Der GKV-Spitzenverband begrüßt das gesetzliche Ziel eines stärkeren Wettbewerbs im Patentmarkt mit Blick auf die möglichen Einsparungen. Der patentgeschützte Arzneimittelbereich stellt den Kostentreiber im Ausgabensegment dar: Mehr als die Hälfte aller Ausgaben (54 Prozent) fließen patentgeschützten Arzneimitteln zu, bei gerade einmal sieben Prozent aller abgegebenen Packungen.

Unter den Krankenkassen herrscht Einigkeit, dass die Schaffung von Wettbewerb zwischen therapeutisch vergleichbaren patentgeschützten Arzneimitteln zu weiteren Einsparungen in diesem Bereich führen kann und trotzdem Deutschlands herausragende Position im Bereich des unmittelbaren Markteintritts und der Verfügbarkeit von neuen Arzneimitteln beibehält. Auch die Verankerung der Rabattverträge nach § 130e in der Praxisverwaltungssoftware (siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 26) und die gesetzliche Verpflichtung zur vorrangigen Verordnung der rabattierten Arzneimittel sind als konsequente Anschlussregelungen zu betrachten. Die Berücksichtigung als Praxisbesonderheit sollte dagegen nicht automatisch erfolgen, sondern den Vertragspartnern nach § 130e überlassen bleiben.

Wettbewerb zwischen patentgeschützten Arzneimitteln sollte jedoch auf zwei Wirkebenen möglich sein. Zum einen zwischen Arzneimitteln innerhalb derselben Wirkstoffgruppe und zum anderen auf der Ebene der Grundgesamtheit der für ein Krankheitsbild anwendbaren Arzneimittel, das findet sich auch in Absatz 1 der neuen Regelung wieder.

Die gesetzliche Einschränkung auf bestimmte Wirkstoffgruppen und deren Auswahl ist nicht nachvollziehbar. Auch die Beschränkung auf patentgeschützte Arzneimittel ist unnötig. Hierdurch wird nicht nur eine flexible Reaktion auf zukünftige Entwicklungen und zusätzlich der Wettbewerb zwischen den für ein Krankheitsbild anwendbaren Arzneimitteln verhindert, sondern auch das Einsparpotential der Regelung gegenüber dem Vorschlag der Finanzkommission Gesundheit erheblich gemindert. Die von der Finanzkommission erwarteten Einsparungen der Jahre 2028, 2029 und 2030 belaufen sich in Summe auf 1.200 Mio. Euro. Durch die Beschränkung auf die im Kabinettsentwurf vorgeschlagenen fünf Wirkstoffgruppen wird hingegen höchstens ein Einsparvolumen von 156 Mio. Euro erreicht

C) Änderungsvorschlag

Kombinationsabschlag

Verzicht auf die Streichung der Regelung zum Kombinationsabschlag und Beibehaltung des bisherigen Regelungsinhalts des § 130e bei alleiniger Streichung des letzten Halbsatzes in Absatz 1 beginnend mit „oder“ (Verweis auf den zu streichenden § 35a Absatz 1d Satz 1).

Regelung der Markierungspflicht des Vertragsarztes in §130e Absatz 4 neu SGB V.

Fassung des Regelungsinhalts zu den Rabattverträgen für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung in einem eigenen Paragrafen.

Stärkung des Wettbewerbs

§ 130e Absatz 2 Satz 1 (Fassung im Gesetzentwurf) wird durch folgenden Satz ersetzt:

„Die Vereinbarungen nach Absatz 1 Satz 1 können vorsehen, dass Verordnungen rabattierter Arzneimittel einer Gruppe nach Absatz 1 von der Prüfungsstelle als bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach den §§ 106 bis 106c zu berücksichtigende Praxisbesonderheiten anzuerkennen sind.“

§ 130e Absatz 3 wird gestrichen. Absatz 4 wird zu Absatz 3.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 51 – § 132 (Versorgung mit Haushaltshilfe)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Neureglung wird klargestellt, dass § 71 Absatz 1 bis 3 für jegliche Verträge nach § 132 SGB V (Versorgung mit Haushaltshilfe) gilt.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 52 Buchstaben a) und b) – § 132a Absatz 4 (Versorgung mit häuslicher Krankenpflege)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vergütungssteigerungen sollen für den Bereich der häuslichen Krankenpflege auf maximal die Höhe der Grundlohnrate nach § 71 Absatz 3 SGB V begrenzt werden. In dem Zusammenhang sollen die Regelungen, wonach die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen im Rahmen der Vergütungsverhandlungen von den Krankenkassen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden können, sowie der Verweis auf § 82c Absatz 2 Satz 1 SGB XI für nicht tarifgebundene oder nicht an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundene Leistungserbringer gestrichen werden. In der Folge ist beabsichtigt, die auf Verlangen der Krankenkasse bestehende Nachweisverpflichtung über die Zahlung von Gehältern entsprechender Höhe entfallen zu lassen.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Rückkehr zu einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik und die Begrenzung der Vergütungssteigerungen auf maximal die Veränderungsrate gemäß § 71 Absatz 3 SGB V und die damit entfallende Verpflichtung zur vollständigen Tarifrefinanzierung in den Vergütungsverhandlungen. Die Neuregelung ist ein notwendiger Schritt, um die Ausgabendynamik der GKV zu begrenzen und die Finanzierbarkeit langfristig zu sichern.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 53 Buchstaben a) und b) – § 132l Absatz 5 (Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege, Verordnungsermächtigung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vergütungssteigerungen sollen für den Bereich der außerklinische Intensivpflege auf maximal die Höhe der Grundlohnrate nach § 71 Absatz 3 SGB V begrenzt werden. In dem Zusammenhang sollen die Regelungen, wonach die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen im Rahmen der Vergütungsverhandlungen von den Krankenkassen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden können, sowie der Verweis auf § 82c Absatz 2 Satz 1 SGB XI für nicht tarifgebundene oder nicht an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundene Leistungserbringer, gestrichen werden. In der Folge ist beabsichtigt, die auf Verlangen der Krankenkasse bestehende Nachweisverpflichtung über die Zahlung von Gehältern entsprechender Höhe entfallen zu lassen

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Rückkehr zu einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik und die Begrenzung der Vergütungssteigerungen auf maximal die Veränderungsrate gemäß § 71 Absatz 3 SGB V und die damit entfallende Verpflichtung zur vollständigen Tarifrefinanzierung in den Vergütungsverhandlungen. Die Neuregelung ist ein notwendiger Schritt, um die Ausgabendynamik der GKV zu begrenzen und die Finanzierbarkeit langfristig zu sichern.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 54 – § 133 (Versorgung mit Krankentransportleistungen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die vorgeschlagene Änderung wird klargestellt, dass § 71 Absatz 1 bis 3 SGB V bei Vertragsabschlüssen von Krankenkassen oder ihrer Landesverbände über die Entgelte für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes und anderer Krankentransporte gilt.

Darüber hinaus wird geregelt, dass die Krankenkassen bei Festlegung der Entgelte durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen ihre Leistungspflicht zur Übernahme der Kosten auf Festbeträge beschränken müssen, falls (1) den Krankenkassen bei Entgeltfestsetzung keine Gelegenheit zur Erörterung gegeben wurde, (2) bei der Entgeltbemessung Kosten für über die Leistungen des Rettungsdiensts hinausgehende öffentliche Aufgaben berücksichtigt wurden, (3) die Leistungserbringung unwirtschaftlich ist bzw. (4) die Entgeltbemessung § 71 Absatz 1 bis 3 SGB V nicht einhält.

B) Stellungnahme

Es wird begrüßt, dass der Vorschlag der FinanzKommission Gesundheit zur Wirkung von § 71 Absatz 1 bis 3 aufgegriffen wird. Die strikte Bindung der Veränderungsrate der Gesamtvergütungen für Leistungen im Rettungsdienst und anderer Krankentransporte trägt zur Beitragssatzstabilität bei und ist unverzichtbar. Dabei ist jedoch zu beachten, dass viele Bundesländer für den Rettungsdienst das Selbstkostendeckungsprinzip vorsehen. Entgelte für Rettungsfahren werden dadurch regelmäßig durch Teilung der Gesamtkosten durch die Anzahl der Einsatzzahlen bestimmt. Um eine tatsächliche Bindung der Ausgaben an den Grundsatz der Beitragsstabilität zu erreichen, sollte klargestellt werden, dass diese sich auf die Entwicklung der Gesamtkosten des Rettungsdienstes und nicht nur auf Entgelte bezieht, um keine Fehlanreize zu setzen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 55 Buchstabe a) – § 134 Absatz 1 (Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Herstellern digitaler Gesundheitsanwendungen über Vergütungsbeträge)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die geplante Regelung sieht vor, dass die Vereinbarungen von Vergütungsbeträgen ab dem 1. Januar 2027 mengenbezogene Abschläge enthalten. Diese Abschläge sollen bei einer Menge von mindestens 3.000 DiGA im Jahr mindestens 2 % sowie bei einer Menge von mindestens 100.000 DiGA im Jahr mindestens 30 % betragen.

Begründet wird diese mengenbezogene Abstaffelung zum einen damit, dass digitale Gesundheitsanwendungen von einem hohen Fixkostenanteil gekennzeichnet sind und insofern die niedrigen Grenzkosten bei hohen Abgabezahlen mit Abschlägen auf die Vergütungsbeträge zu berücksichtigen sind. Zum anderen wird darauf verwiesen, dass sich die Abgabemengen bei einigen DiGA zuletzt exponentiell entwickelt haben, ohne dass dies in geeigneter Weise bei der Vergütung berücksichtigt worden wäre.

B) Stellungnahme

Die Einführung einer verpflichtenden degressiven Vergütung ist zu begrüßen und aufgrund der Skalierbarkeit von DiGA zwingend notwendig. Die vorgeschlagenen Mengenabschläge gehen allerdings nicht weit genug. Aufgrund der sehr deutlich sinkenden Grenzkosten für einen DiGA-Hersteller sind die Mengenabschläge zum einen höher festzulegen, zum anderen nicht jahresbezogen, sondern kumulativ (d. h. mit fortschreitender Abgabemenge durchgehend) vorzusehen.

C) Änderungsvorschlag

§ 134 wird wie folgt geändert:

Nach Absatz 1 Satz 3 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„In der Vereinbarung ist ab dem 1. Januar 2027 ein an der Abgabemenge der jeweiligen digitalen Gesundheitsanwendung orientierter mengenbezogener Abschlag der Vergütungsbeträge festzulegen. Der Abschlag der Vergütungsbeträge beträgt mindestens zehn Prozent bei mehr als dreitausend Abgaben und mindestens fünfzig Prozent bei mehr als hunderttausend Abgaben.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 55 Buchstabe b) – § 134 Absatz 5 (Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Herstellern digitaler Gesundheitsanwendungen über Vergütungsbeträge)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zu aa) Die bisherige Kann-Vorgabe für die Regelung von Höchstbeträgen und Schwellenwerten in der Rahmenvereinbarung soll in eine Muss-Vorgabe geändert werden.

Zu bb) Auch für solche digitalen Gesundheitsanwendungen, die keiner Gruppe vergleichbarer digitaler Gesundheitsanwendungen zugeordnet werden, soll zukünftig ein Höchstbetrag als Auffangwert gelten.

B) Stellungnahme

Zu aa): Schwellenwerte und Höchstbeträge wurden in der DiGA-Rahmenvereinbarung bereits festgelegt. Die Höchstbeträge werden derzeit allerdings auf Basis der deutlich überhöhten Herstellerpreise (im Rahmen ihrer Preisfreiheit) ermittelt, sodass die Ausgaben der GKV dadurch nicht nennenswert begrenzt werden. Auch ein Herstellerpreis von 2.077,40 Euro wurde zum Beispiel durch die derzeitigen Höchstbetragsregelungen nicht reduziert.

Die vorgeschlagene Regelung hat keine Finanzwirksamkeit für die GKV. Die FinanzKommission Gesundheit führte in ihrem Bericht folgerichtig aus, dass die im Jahr 2022 eingeführten Höchstbeträge zu keinem relevanten Effekt geführt haben, weshalb verhandelte Preise von Beginn an gelten sollten. Die verhandelten Preise (durchschnittlich 227 Euro) liegen rund 60 Prozent unterhalb der Herstellerpreise (durchschnittlich 544 Euro).

Zusammenfassend hat sich eine Ermittlung der Höchstbeträge auf Basis der Herstellerpreise insofern nicht bewährt. Einer unwirtschaftlichen Preisbildung wird über die aktuelle Konstruktion der Höchstbeträge nicht entgegengewirkt. Die Ermittlung der Höchstbeträge muss daher zukünftig ausschließlich auf der Grundlage der verhandelten Preise (Vergütungsbeträge) erfolgen.

Aus diesem Grund wird vorgeschlagen, die Berechnungssystematik der Höchstbeträge dahingehend anzupassen, dass die Höchstbeträge (ausnahmslos) für alle DiGA ausschließlich auf Basis der verhandelten Preise (Vergütungsbeträge) ermittelt werden und nicht weiterhin auf Basis der Herstellerpreise.

Zu bb): Zu begrüßen ist die Klarstellung, dass eine Höchstbetragsregelung ausnahmslos für alle digitalen Gesundheitsanwendungen gelten soll.

Der GKV-Spitzenverband verweist in diesem Zusammenhang auf seine Stellungnahme zu Nr. 55 b) aa). Auch in diesem Zusammenhang gilt, dass die vorgeschlagene Regelung keine Finanzwirksamkeit für die GKV hat, solange die Höchstbeträge auf der Basis von Herstellerpreisen errechnet werden.

Die Ermittlung der Höchstbeträge muss daher zukünftig ausnahmslos für alle DiGA ausschließlich auf der Grundlage der verhandelten Preise (Vergütungsbeträge) erfolgen.

C) Änderungsvorschlag

Zu aa): In § 134 wird Absatz 5 wie folgt geändert:

„In der Rahmenvereinbarung nach Absatz 4 muss auch Folgendes festgelegt werden:

1. **Schwellenwerte für Vergütungsbeträge, unterhalb derer eine dauerhafte Vergütung ohne Vereinbarung nach Absatz 1 erfolgt, und**
2. **Höchstbeträge für die vorübergehende Vergütung nach Satz 1 für Gruppen vergleichbarer digitaler Gesundheitsanwendungen, auch in Abhängigkeit vom Umfang der Leistungsinanspruchnahme durch Versicherte. Die Ermittlung der Höchstbeträge für alle digitalen Gesundheitsanwendungen erfolgt ausschließlich auf der Grundlage der Vergütungsbeträge der dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis aufgenommenen digitalen Gesundheitsanwendungen nach Absatz 1.“**

Zu bb): Die Sätze 6 und 7 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:

„In der Rahmenvereinbarung nach Absatz 4 ist auch ein Höchstbetrag für solche digitalen Gesundheitsanwendungen festzulegen, die keiner Gruppe vergleichbarer digitaler Gesundheitsanwendungen zugeordnet werden. Der Höchstbetrag ist als Durchschnittspreis ausschließlich aller Vergütungsbeträge nach Absatz 1 der dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis aufgenommenen digitalen Gesundheitsanwendungen festzulegen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 56 – § 134a (Versorgung mit Hebammenhilfe)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die vorgeschlagene Änderung wird klargestellt, dass § 71 Absatz 1 bis 3 auch für Verträge nach § 134a SGB V (Versorgung mit Hebammenhilfe) gilt.

B) Stellungnahme

Es wird begrüßt, dass dieser Vorschlag der FinanzKommission Gesundheit aufgegriffen wird.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 57 – § 140a Absatz 2 (Besondere Versorgung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die gesetzlichen Vorgaben des § 71 Absatz 1 bis 3 gelten künftig auch für Verträge gem. § 140a SGB V. Damit wird die Geltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität in den Verträgen nach § 140a vorgeschrieben.

B) Stellungnahme

Die Regelungen werden seitens des GKV-Spitzenverbandes begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 58 Buchstabe b) – § 175 Absatz 4 (Ausübung des Wahlrechts; hier: Informationsschreiben bei Zusatzbeitragssatzerhöhung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird ausdrücklich gesetzlich geregelt, dass für das bei einer Zusatzbeitragssatzerhöhung zu versendende gesonderte Informationsschreiben alternativ auch eine elektronische Bekanntgabe des Informationsschreibens in den für den Zugang elektronischer Bescheide normierten Formen des § 37 Absatz 2a des Zehnten Buches möglich ist.

B) Stellungnahme

Die Regelung stellt klar, dass die Übermittlung des Informationsschreibens nach § 175 Absatz 4 Satz 7 nicht allein per Briefpost, sondern auch im Wege der elektronischen Bekanntgabe in den für den Zugang elektronischer Bescheide normierten Formen des § 37 Absatz 2a des Zehnten Buches möglich ist.

Die vorgesehene Regelung greift jedoch nicht weit genug. Persönliche Schreiben, per Briefpost oder im Wege der elektronischen Bekanntgabe, führen zu einem erhöhten Verwaltungsaufwand und damit zu erhöhten Verwaltungskosten. Durch allgemeine Hinweise zur Anpassung des Zusatzbeitragssatzes der Krankenkasse auf ihren Internetportalen/-auftritten und in den Mitgliederzeitschriften der Krankenkassen bzw. der allgemeinen Presse kann wesentlich aufwandsärmer kommuniziert werden.

Bereits im Jahr 2022 hatte der Gesetzgeber anerkannt, dass der Hinweispflicht in einem ausreichenden Maße nachgekommen werden kann, wenn auf andere geeignete Weise informiert wird. In der Begründung wurde seinerzeit dazu ausgeführt, dass die Information in Mitgliederzeitschriften und auf den Internetseiten der Krankenkassen erfolgen kann. Daher wurde mit der Aufnahme des § 175 Abs. 4a durch das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz für Beitragssatzanpassungen im Zeitraum vom 01.01.2023 bis zum 30.06.2023 auf persönliche Versichertenschreiben verzichtet. Die redaktionelle Anpassung durch Streichung des entsprechenden Absatzes ist aufgrund des Zeitablaufs nachvollziehbar. Jedoch sollte im Rahmen der Gesetzgebung generell wieder zu aufwandsarmen Kommunikationsmöglichkeiten zur Hinweispflicht bei zukünftigen Anpassungen des krankenkassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes zurückgekehrt werden.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 58 Buchstabe b) wird wie folgt gefasst (Änderungen in Fettdruck):

„b) Absatz 4 Satz 7 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

Die Krankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 6 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder in **~~einem gesonderten Schreiben oder durch ein entsprechend § 37 Absatz 2a des Zehnten Buches bekanntgegebenes elektronisches Dokument~~ geeigneter Weise** auf das Kündigungsrecht nach Satz 6 und dessen Ausübung, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 hinzuweisen; überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder

der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 59 – § 217b (Organe)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Als Folge der Einfügung der neuen Sätze 4 bis 9 in § 35a Abs. 6a SGB IV (Artikel 2 Nummer 2) sollen die bisherigen Regelungen zur Vorstandsvergütung in § 217b Abs. 2 Satz 7 bis 11 durch einen Verweis auf § 35a Abs. 6a SGB IV ersetzt werden.

Folge dieser Änderung ist, dass eine Erhöhung der Vergütung bei einer neuen Amtszeit nur durch einen Zuschlag auf die Grundvergütung nach Maßgabe der durchschnittlichen Veränderungsrate gemäß § 71 Abs. 3 SGB V (nur) des laufenden Kalenderjahres vereinbart werden kann. Demgegenüber kann nach dem geltenden Recht grundsätzlich ein Zuschlag auf die Grundvergütung nach Maßgabe der Entwicklung des Verbraucherpreisindexes vereinbart werden.

B) Stellungnahme

Bei der Regelung handelt es sich um eine Folgeänderung zur vorgesehenen Neufassung des § 35a Abs. 6a SGB IV, die aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes kritisch zu sehen ist.

Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf die Stellungnahme zu Artikel 2 Nummer 2 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 59 wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 60 Buchstabe a) – § 221 Absatz 1 (Beteiligung des Bundes an Aufwendungen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zu pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen zahlt der Bund seit dem Jahr 2004 einen jährlichen Betrag an den Gesundheitsfonds. Dieser beträgt seit dem Jahr 2017 14,5 Mrd. Euro abzüglich des auf die Landwirtschaftliche Krankenkasse entfallenden Anteils. Mit der Neuregelung soll diese Bundesbeteiligung an den versicherungsfremden Leistungen ab dem Jahr 2027 jährlich um 2 Mrd. Euro reduziert werden, somit noch 12,5 Mrd. Euro betragen.

B) Stellungnahme

Die pauschale Beteiligung des Bundes an versicherungsfremden Leistungen der GKV beträgt seit 2017 unverändert 14,5 Mrd. Euro. Bei einer angenommenen Entwicklung der Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen analog zur Entwicklung der Gesamtausgaben der GKV bedeutet dies für den Realwert der Bundesbeteiligung, dass dieser im Jahr 2025 bereits nur noch einer ‚Kaufkraft' von rd. 9 Mrd. Euro entsprach. Die reale Finanzierungswirkung sank somit mangels Dynamisierung um gut 38 % und wird jährlich weiter um mehrere Hundert Millionen Euro abnehmen. Der GKV-Spitzenverband fordert deshalb seit langem, dass die Beteiligung des Bundes zur Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen dynamisiert wird.

Stattdessen soll nun der Bundeshaushalt auf Kosten der Beitragszahlenden dauerhaft um jährlich 2 Mrd. Euro entlastet werden. Sofern dies nicht, wie in der Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 25 (§ 71 Abs. 3) dargelegt, im Rahmen der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik durch eine entsprechende Verringerung des Umfangs der Vergütungssteigerungen in 2027 aufgefangen wird, entspricht die Kürzung der Bundesbeteiligung einer Belastung der Beitragszahlenden in Höhe von aktuell 0,1 Beitragssatzpunkten. Die vorgesehene Sanierung des Bundeshaushalts durch höhere Beiträge für Arbeitgeber, Beschäftigte, Rentnerinnen und Rentner und alle weiteren Beitragszahlenden ist verfassungswidrig.

Das Bundesverfassungsgericht führte in einem grundlegenden Beschluss vom 18.07.2005 (– 2 BvF 2/01 – BVerfGE 113, 167) aus: „*Die erhobenen Geldmittel dürfen […] allein zur Finanzierung der Aufgaben der Sozialversicherung eingesetzt werden. Zur Befriedigung des allgemeinen Finanzbedarfs des Staats und seiner Glieder stehen sie nicht zur Verfügung.*"

Eine Kürzung der Bundesbeteiligung zum Zweck der Entlastung des Bundeshalts wird von der GKV entschieden abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 60 Buchstabe a) wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 60 Buchstabe b) – § 221 Absatz 4 -neu- (Beteiligung des Bundes an Aufwendungen, hier Darlehensrückzahlung durch den Gesundheitsfonds)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zur Stabilisierung der Zusatzbeitragssätze in den Jahren 2029 bis 2033 werden für die in den Jahren 2023, 205 und 2026 gewährten Darlehen des Bundes an den Gesundheitsfonds in Höhe von insgesamt 5,6 Mrd. Euro abweichende Rückzahlungstermine festgelegt. Nunmehr sollen die Rückzahlungen in den Jahren 2035 bis 2039 erfolgen.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Verschiebung der Darlehensrückzahlungen führt in den Jahren 2029 bis 2033 zu verringerten Zuweisungskürzungen, die ansonsten absehbar erforderlich wären, um die gesetzlich vorgesehene Mindestreserve des Gesundheitsfonds nach § 271 Absatz 2 SGB V vorhalten zu können. Im Umfang einer vermiedenen Zuweisungskürzung werden die Krankenkassen in den betreffenden Jahren finanziell entlastet. Gleichwohl handelt es sich lediglich um eine Verschiebung dieser Finanzierungslast aus den Jahren 2023, 2025 und 2026 in die weiter entfernte Zukunft. Eine echte Entlastung entstünde allein durch den Verzicht auf die Rückzahlung.

Ordnungspolitisch wie auch im Sinne eines ausgewogenen Gesamtpakets ist es als Beitrag des Bundes vielmehr unerlässlich, dass er seiner Finanzierungsverantwortung für die Krankenversicherungsbeiträge von Bürgergeldbeziehenden vollständig und dauerhaft aus Steuermitteln nachkommt, anstatt diese gesamtgesellschaftliche Aufgabe weiterhin den Beitragszahlenden aufzubürden.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 61 – § 223 (Beitragsbemessungsgrenze - Sonderregelung für 2027)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird geregelt, dass der für das Jahr 2027 nach § 6 Absatz 7 in Verbindung mit § 6 Satz 2 bis 4 ergebende jährliche Betrag der Beitragsbemessungsgrenze außerordentlich um 3.600 Euro angehoben wird. Dies entspricht einer Anhebung um 300 Euro pro Monat. Die Anhebung erfolgt somit zusätzlich zur jährlichen Anpassung entsprechend der allgemeinen Entwicklung der Bruttoarbeitsentgelte. In den Folgejahren soll die Beitragsbemessungsgrenze wieder nach dem üblichen Verfahren entsprechend § 6 Absatz 6 Satz 2 und 3 fortgeschrieben werden.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene außerordentliche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze für das Jahr 2027 um 300 Euro pro Monat ist nicht Gegenstand des von der FinanzKommission Gesundheit vorgeschlagenen Reformpaketes zur Schließung der Finanzierungslücke in der gesetzlichen Krankenversicherung, da das Ausmaß der positiven Finanzwirkung aufgrund verschiedener gegenläufiger, schwer kalkulierbarer Effekte unsicher sei. Zu diesen Effekten zählten u. a. die unklare Wirkung auf die Wechselbewegung in die PKV, die für einen Teil der Beschäftigten auch bei einer parallel angehobenen Jahresarbeitsentgeltgrenze (= Versicherungspflichtgrenze) möglich bleibt, die Wirkungen der Lohnüberwälzung und die negativen gesamtwirtschaftlichen Effekte durch höhere Lohnnebenkosten.

Nach aktuellen Berechnungen des Instituts der deutschen Wirtschaft (IW) würde diese Erhöhung für rund 6,3 Mio. Beschäftigte und ihre Arbeitgeber über die Beiträge und Zusatzbeiträge zur Krankenversicherung Mehrbelastungen von 3,7 Mrd. Euro bedeuten. Da die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auch für die Pflegeversicherung gilt, ist eine weitere, ebenfalls basiswirksame Belastung um 800 Mio. Euro zu beachten. Eine Mehrbelastung von insgesamt 4,5 Mrd. Euro wäre somit hälftig von den Arbeitgebern und ihren besserverdienenden Beschäftigten in der aktuell schwierigen konjunkturellen Lage zu tragen. Hinzu kommt zum Jahresbeginn 2027 die Belastung aus der regulären Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze – absehbar in etwa in gleicher Größenordnung. Beide Anhebungen sind basiswirksam über das Jahr 2027 hinaus. Unternehmen mit hohem Akademikeranteil sind überproportional betroffen.

Problematisch an einer außerordentlichen Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze ist insbesondere deren ungewisse, aber nicht zu vernachlässigende Auswirkung auf die Abwanderung von Mitgliedern in die PKV bzw. auf den Verbleib von heute noch versicherungspflichtigen Personen, die in der Zukunft eine versicherungsfreie Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit ausüben werden, in der GKV. Aus der in der Gesetzesbegründung dargestellten Finanzwirkung kann abgeleitet werden, dass die Bundesregierung mit einer Abwanderung von rd. 100.000 Mitgliedern in die PKV rechnet, dies trotz Anhebung der Jahresarbeitsentgeltgrenze. Der entsprechende Verlust einkommensstarker Mitglieder entspricht nach Berechnungen des IGES-Instituts anhand von Daten des Sozioökonomischen Panels einer Minderung der GKV-Einnahmen aus Beiträgen und Zusatzbeiträgen um rd. 1,3 Mrd. Euro.

Bei aller kritischer Würdigung ergibt sich hieraus für den GKV-Spitzenverband noch keine durchschlagende Begründung, das vorgeschlagene Gesamtpaket aufgrund dieser Maßnahme

abzulehnen. Von entscheidender Bedeutung ist, dass das Paket nicht noch weiter einseitig zulasten der Beitragszahlenden aufgeschnürt wird.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 62 – § 232a Absatz 1 (Beitragspflichtige Einnahmen der Bezieher von Grundsicherungsgeld)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung werden die beitragspflichtigen Einnahmen der Bezieher von Grundsicherungsgeld (vormals Bürgergeld) in den Jahren 2027 bis 2031 schrittweise angehoben. Damit soll die Beteiligung des Bundes, der die von den Jobcentern zu zahlenden Krankenversicherungsbeiträge für diesen Personenkreis im Rahmen der Daseinsvorsorge trägt, an den Kosten der gesundheitlichen Versorgung von Bezieherinnen und Beziehern von Grundsicherung erhöht werden.

Die Neuregelung sieht vor, dass der Faktor nach § 232a Absatz 1 Nummer 2 (z. Zt. 0,2155), mit dem die monatliche Bezugsgröße der Sozialversicherung nach § 18 SGB IV (2026: 3.955,00 Euro) zu multiplizieren ist, um die monatlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Grundsicherungsgeldbezieher zu ermitteln (2026: 852,30 Euro), ab dem Jahr 2027 in fünf Schritten erhöht wird. Daraus ergeben sich laut der Gesetzesbegründung die nachfolgenden Beitragsmehreinnahmen für die GKV:

Jahr	Faktor nach § 232a Absatz 1 Nummer 2 SGB V	Geschätzte Beitragsmehreinnahmen gegenüber 2026
2027	0,2234	250 Mio. Euro
2028	0,2312	500 Mio. Euro
2029	0,2464	1.000 Mio. Euro
2030	0,2618	1.500 Mio. Euro
2031	0,2766	2.000 Mio. Euro

B) Stellungnahme

Entgegen der Darstellung in der Gesetzesbegründung entsprechen die geschätzten Beitragsmehreinnahmen des Gesundheitsfonds nicht annähernd der tatsächlichen Entlastungswirkung der GKV. Ausgehend von der Einschätzung der Bundesregierung, dass die aktuelle Deckungslücke bei der Finanzierung der Ausgaben für Grundsicherungsgeldbeziehende durch die pauschalen Beiträge nach § 232a SGB V rd. 12 Mrd. Euro beträgt, sind die Ausgaben aktuell um fast das Dreifache höher als die Einnahmen für diesen Personenkreis. Steigen die Ausgaben entsprechend der Zielsetzung einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik, wirkt - unter der Annahme, dass dies in etwa auch für die Ausgaben der Grundsicherungsgeldbeziehenden gilt – eine in etwa gleich hohe Veränderungsrate auf der Ausgaben- wie auf der Einnahmenseite auf einen deutlich höheren Absolutwert bei den Ausgaben. Ohne die vorgesehene Anhebung des Faktors nach § 232a Absatz 1 Nummer 2 SGB V würde die Deckungslücke bei nicht oder kaum verringerter Zahl der Grundsicherungsgeldbeziehenden Jahr für Jahr immer weiter anwachsen. Die vorgesehenen marginalen Anhebungsschritte können dem nur eingeschränkt entgegenwirken. Für 2031 würde dies zwar zu einer Verminderung der aus Beiträgen zu tragenden Deckungslücke um rd. 1 Mrd. Euro auf dann rd. 11 Mrd. Euro führen. Dies ist aber deutlich weniger als die in der Gesetzesbegründung dargestellte Entlastung um 2 Mrd. Euro; die Deckungslücke

würde außerdem ab dem Jahr 2032 bei dann unverändertem Faktor nach § 232a Absatz 1 Nummer 2 – unter der Annahme einer gleichbleibenden Zahl von Grundsicherungsgeldbeziehenden – erneut Jahr für Jahr weiter anwachsen. Die vorgesehene Anpassung bleibt somit weitgehend wirkungslos und ändert an der verfassungswidrigen Praxis der Finanzierung staatlicher Aufgaben mit Beitragsgeldern der GKV nichts.

Die anteilige Finanzierung der Gesundheitsversorgung von Personen, die Grundsicherungsgeld beziehen, durch die Beitragszahlenden verstößt gegen das Grundgesetz. Der GKV-Spitzenverband hat hiergegen für eine Vielzahl von Krankenkassen Klagen beim Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen erhoben. Die beabsichtigte Neuregelung beseitigt diesen verfassungswidrigen Zustand nicht. Der GKV-Spitzenverband wird daher auf eine schnelle Entscheidung beim Landessozialgericht NRW und eine zügige Vorlage beim Bundesverfassungsgericht drängen.

C) Änderungsvorschlag

Es ist eine substanzielle Anhebung des Faktors nach § 232a Absatz 1 Nummer 2 vorzunehmen, die die vollständige Steuerfinanzierung der Gesundheitsversorgung der Grundsicherungsgeldbeziehenden sicherstellt, für die der Staat im Rahmen seiner Fürsorgepflicht für diesen Personenkreis die Verantwortung trägt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 63 – § 242b -neu- (Beitragszuschlag für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird ein Beitragszuschlag für Mitglieder eingeführt, wenn diese einen (bislang beitragsfrei) nach § 10 versicherten Ehegatten oder Lebenspartner haben. Der Beitragszuschlag beträgt 2,5 % der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds und soll somit dessen wirtschaftliche Leistungsfähigkeit abbilden. Der Beitragszuschlag fällt deutlich niedriger aus als der Beitrag, der bei Wegfall der beitragsfreien Familienversicherung und Begründung einer freiwilligen Mitgliedschaft des Ehegatten oder Lebenspartners auf Basis der Mindestbemessungsgrundlage zu zahlen wäre.

§ 242b Absatz 1 Satz 2 definiert die Ausnahmen, bei deren Vorliegen für Ehegatten und Lebenspartner kein Beitragszuschlag anfällt. Die Ausnahmetatbestände sollen Konstellationen abbilden, in denen Ehegatten oder Lebenspartner im familiären Kontext Aufgaben wahrnehmen, die im Regelfall der Aufnahme einer Beschäftigung entgegenstehen. Der Zuschlag wird nicht erhoben, wenn

1. das Mitglied oder der nach § 10 versicherte Ehegatte oder Lebenspartner ein Kind hat, das das siebte Lebensjahr noch nicht vollendet hat und im Haushalt des nach § 10 versicherten Ehegatten oder Lebenspartners lebt oder,
2. das Mitglied oder der nach § 10 versicherte Ehegatte oder Lebenspartner ein Kind hat, das als Mensch mit Behinderungen außerstande ist, sich selbst zu unterhalten und im Haushalt des nach § 10 versicherten Ehegatten oder Lebenspartners lebt, oder
3. der nach § 10 versicherte Ehegatte oder Lebenspartner nicht erwerbsmäßig einen Angehörigen mit mindestens Pflegegrad 2 wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche in seiner häuslichen Umgebung pflegt oder eine Freistellung von der Arbeitsleistung nach § 3 des Pflegezeitgesetzes in Anspruch nimmt, oder
4. der nach § 10 versicherte Ehegatte oder Lebenspartner die Regelaltersgrenze nach § 235 des Sechsten Buches erreicht hat, oder
5. der nach § 10 versicherte Ehegatte oder Lebenspartner im Sinne des § 43 Absatz 2 Satz 2 des Sechsten Buches voll erwerbsgemindert ist.

B) Stellungnahme

Es wird für die beitragsrechtliche Umsetzung davon ausgegangen, dass der zusätzlich vom Mitglied eines familienversicherten Ehegatten oder Lebenspartners zu tragende Beitragszuschlag in Höhe von 2,5 v. H. der beitragspflichtigen Einnahmen bei der Gruppe der Beschäftigten als Bestandteil des Gesamtsozialversicherungsbeitrags nach § 28d Satz 1 SGB IV einzustufen und insoweit der Arbeitgeber als Beitragsschuldner diesen vom beitragspflichtigen Arbeitsentgelt einzubehalten und zu zahlen hat. Somit benötigt der Arbeitgeber als beitragsabführende Stelle eine Information der Krankenkasse, ob eine Zuschlagspflicht gegeben ist, weil ein Ausnahmetatbestand nach § 242b Satz 2 nicht vorliegt. Entsprechende Informationen über eine Beitragszuschlagspflicht für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner sind auch gegenüber anderen beitragsabführenden Stellen (z. B. der Zahlstelle von Versorgungsbezügen, der Bundesagentur für Arbeit, dem Rentenversicherungsträger, der Künstlersozialkasse) für andere Mitgliedergruppen zu übermitteln.

Hierzu sind neue Meldedialoge zu etablieren, auf deren Grundlage die Information von der Krankenkasse an die beitragsabführenden Stellen gelangt. Diese Meldung an die beitragsabführenden

Stellen, ob eine Beitragszuschlagspflicht zu Beginn des Mitgliedschaftsverhältnisses vorliegt, wird regelmäßig zu rückwirkenden Beitragskorrekturen führen, da diese Meldungen angesichts der von der Krankenkasse zunächst festzustellenden Voraussetzungen einer Beitragszuschlagspflicht im Rahmen der Familienversicherung für Ehegatten und Lebenspartner grundsätzlich (erst) mit einem gewissen Zeitverzug zur ersten Entgeltabrechnung erfolgen werden.

Gleiches gilt für Änderungen der relevanten Tatbestände für die aufgeführten Ausnahmen, die zu einer Erhebung des zusätzlichen Beitrags führen oder nicht, diese sind den Krankenkassen unmittelbar durch das Mitglied mitzuteilen. Dazu zählen unter anderem das Ende der beitragsfreien Familienversicherung durch Aufnahme einer mehr als geringfügigen Beschäftigung, Geburt oder Annahme eines Kindes, das im Haushalt des familienversicherten Ehegatten oder Lebenspartners aufgenommen wird, Beginn und Ende der Pflege eines Angehörigen, Tod einer betreuten Person als Änderungstatbestände, die sich nicht aus der Krankenkasse bereits bekannten Daten ergeben. Hier ist regelmäßig mit einem Zeitverzug der Mitteilung an die Krankenkasse und im Ergebnis für die beitragsabführenden Stellen zu rechnen, die rückwirkende Beitragskorrekturen zur Folge haben.

Ferner wird bei einer Anmeldung des Arbeitgebers aus Anlass eines Krankenkassenwechsels die Rückmeldung der neu gewählten Krankenkasse zum Vorliegen einer Beitragszuschlagspflicht regelmäßig mit einem zeitlichen Verzug einhergehen. Ursache ist, dass sich das Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen aus Anlass eines Krankenkassenwechsels bislang auf die Daten der Mitgliedschaft reduziert; insoweit ist die neue Krankenkasse gehalten, die rechtserheblichen Daten zur Prüfung der Voraussetzungen für das Vorliegen einer Familienversicherung (erneut) zu ermitteln.

Als besonders verwaltungsaufwändig ist die Ausnahme für nach § 10 versicherte Ehegatten oder Lebenspartner anzusprechen, die im Sinne des § 43 Absatz 2 Satz 2 des Sechsten Buches voll erwerbsgemindert sind. Eine Erwerbsminderung im Sinne dieser Vorschrift wird üblicherweise durch die Träger der Rentenversicherung festgestellt; die Prüfung nimmt eine gewisse Zeit in Anspruch, bevor durch einen Rentenbescheid die Erwerbsminderung nachgewiesen werden kann. Es erscheint daher nicht sinnvoll, eine Erwerbsminderung parallel auch von den Krankenkassen, ggf. unter Einschaltung des Medizinischen Dienstes, feststellen zu lassen. Von daher bietet sich an, die Beitragszuschlagsfreiheit für diese Personen an die Bewilligung bzw. den Bezug einer Rente wegen voller Erwerbsminderung zu knüpfen oder die Träger der Rentenversicherung zu verpflichten, auf Ersuchen der Krankenkasse eine gutachterliche Stellungnahme zum Vorliegen einer vollen Erwerbsminderung abzugeben. Vorbild könnte die Regelung in § 109a Absatz 3 SGB VI sein. Damit ließen sich Mehraufwände auf Seiten der Krankenkassen vermeiden.

Entgegen der Einschätzung im Gesetzentwurf werden durch die Erhebung des Beitragszuschlags – jenseits der zusätzlichen Aufwände bei den Krankenkassen – somit auch erhöhte Bürokratieaufwände bei den Arbeitgebern und den übrigen beitragsabführenden Stellen entstehen. Zudem stellt sich die Frage, ob die der Aufwandsschätzung zugrunde gelegten Annahmen hinsichtlich der Bearbeitungsdauer sowie der angesetzten Fallzahlen die tatsächlichen Aufwände realistisch abbilden.

Hinsichtlich der untergesetzlichen Ausgestaltung mangelt es bislang an einer Rechtsgrundlage für entsprechende Meldungen der Krankenkassen an Arbeitgeber. Die elektronische Mitgliedschaftsbestätigung, die ein Attribut im bestehenden Meldedialog mit Arbeitgebern darstellt, ist zum Beispiel in § 175 Absatz 3 SGB V geregelt. Denkbar wäre eine ähnliche Regelung in § 242b (neu).

Die Ergänzung in dieser Fachvorschrift würde eine globale Regelung für alle Fachverfahren begründen. Denn auch im Zahlstellen-Meldeverfahren, im KVdR-Meldeverfahren und anderen Fachverfahren werden entsprechende Erweiterungen erforderlich, durch die die beitragsabführenden Stellen über die Beitragszuschlagspflicht in Kenntnis gesetzt werden.

Die konzeptionelle Umsetzung der fachlichen Anforderungen wird zwar innerhalb bestehender Dialogprozesse erfolgen, dessen ungeachtet sind die Aufwände nicht unerheblich. Insoweit wird die Umsetzung zum 01.01.2028 nur mit großer Kraftanstrengung möglich sein. Eine Verfahrenserleichterung könnte – insbesondere für die Arbeitgeber und übrigen beitragsabführenden Stellen – zumindest teilweise generiert werden, wenn der Beitragszuschlag für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner nicht untermonatlich einsetzt oder aussetzt. Im Kern würde also der Beitragszuschlag stets für einen vollen (Abrechnungs-)Monat gelten.

Hinsichtlich der mit Absatz 3 intendierten Gleichstellung von Mitgliedern mit mitversicherten Familienangehörigen mit Wohnsitz im Inland mit Mitgliedern, deren mitversicherte Angehörige ihren Wohnsitz im Ausland haben, ist festzustellen, dass nicht hinreichend eindeutig geregelt ist, ob der Beitragszuschlag je familienversicherten Ehegatten/Lebenspartner und ggf. mitversicherten Elternteil zu erheben ist.

Neben Fragen der fachlichen Umsetzung stellt sich auch die Frage nach der finanziellen Wirkung. Die Maßnahme bewirkt entweder Mehreinnahmen durch den Beitragszuschlag von 2,5 % auf die beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds oder durch Aufnahme einer mehr als geringfügigen Beschäftigung. Frauen in den Altersgruppen von 55 bis 65 Jahren weisen gemäß der amtlichen Statistik KM 6 den höchsten Anteil an beitragsfrei Versicherten auf. Im Falle geringer oder durch Zeitverlauf nicht mehr nachgefragter beruflicher Qualifikation ist hier eine Beschäftigung vor allem im Niedriglohnsektor zu erwarten. Mehreinnahmen für die GKV sind dabei in geringerem Umfang zu erwarten, falls es zur Verdrängung von Minijobs kommt, wenn also die gleiche Arbeit lediglich durch andere Personengruppen erbracht wird. Die vorgesehene Erhöhung des Arbeitgeberbeitrags nach § 249b SGB V für geringfügige Beschäftigungen von 13 % auf (nach aktuellen Rechengrößen) 17,5 % schafft zusätzlich Anreize, nach Mindestlohn vergütete Arbeit aus dem Bereich Minijob in den Übergangsbereich nach § 20 SGB IV zu verlagern.

Darüber hinaus ergibt sich im Zeitverlauf eine abnehmende Finanzwirkung, weil aus der besonders betroffenen Altersgruppe der über 55-Jährigen immer mehr Frauen die Regelaltersgrenze der Rentenversicherung erreichen und damit wieder Zugang zur beitragsfreien Familienversicherung erlangen.

Die vorgeschlagene Maßnahme zielt insoweit nicht darauf ab, einen aufwachsenden Beitrag zur Stabilisierung des Zusatzbeitragssatzniveaus zu leisten.

Angesichts der Mehraufwände bei den beitragsabführenden Stellen und der Feststellung, dass die GKV im Kern kein Einnahmen-, sondern ein Ausgabenproblem hat, wird die vorgesehene Regelung insgesamt sehr kritisch bewertet.

C) Änderungsvorschlag

In § 242b (neu) sollte die Beitragszuschlagsfreiheit für erwerbsgeminderte Personen an die Bewilligung bzw. den Bezug einer Rente wegen voller Erwerbsminderung geknüpft werden; alternativ sollten die Träger der Rentenversicherung nach dem Vorbild der Regelung in § 109a Absatz 3 SGB VI dazu verpflichtet werden, auf Ersuchen der Krankenkasse eine gutachterliche Stellungnahme zum Vorliegen einer vollen Erwerbsminderung abzugeben.

In § 242b ist nach dem Vorbild in § 175 Absatz 3 Satz 3 eine Regelung vorzuhalten, mit der eine stabile Grundlage hinsichtlich der notwendigen Erweiterungen der unterschiedlichen Fachverfahren sichergestellt wird.

In § 242b Absatz 1 wird nach Satz 3 folgender Satz 4 angefügt:

„Die Ausnahmen nach Satz 2 wirken von Beginn des Monats an, in dem die jeweiligen Voraussetzungen erfüllt sind, frühestens von Beginn der Mitgliedschaft an; die Wirkung endet mit Ablauf des Monats, in dem die jeweiligen Voraussetzungen entfallen, spätestens mit Beendigung der Mitgliedschaft.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 64 – § 249b Satz 1 (Beitrag des Arbeitgebers bei geringfügiger Beschäftigung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Beitragssatz für den Beitrag des Arbeitgebers von versicherungsfreien oder nicht versicherungspflichtigen GKV-Versicherten bei einer geringfügigen Beschäftigung beträgt gegenwärtig 13 %. Künftig sollen die Beiträge auf das Arbeitsentgelt aus geringfügiger Beschäftigung nach dem allgemeinen Beitragssatz (14,6 %) zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes (2,9 %) bemessen werden. Beiträge für geringfügig Beschäftigte in Privathaushalten nach § 8a Satz 1 SGB IV sollen demgegenüber unverändert bleiben.

B) Stellungnahme

Die Anhebung des Arbeitgeberbeitrags für Minijobber ist grundsätzlich geeignet, das Stellenangebot für sozialversicherungspflichtige Beschäftigung zu Lasten von Minijobs zu fördern. Von der Regelung betroffene Arbeitgeber erhalten einen Anreiz, bisherige Minijobs zu einer Beschäftigung mit größerem Stundenumfang und mindestens einem Entgelt im Übergangsbereich nach § 20 SGB IV (aktuell mit regelmäßigen monatlichen Arbeitsentgelten zwischen 603,01 Euro und 2.000,00 Euro) auszuweiten, um somit – bei einem allmählich bis zur Parität ansteigenden Arbeitnehmeranteil am GKV-Beitrag – den Arbeitgeberanteil in seiner relativen Höhe im Verhältnis zum Arbeitsentgelt zu senken.

Die durch die Anhebung des Arbeitgeberbeitrags für Minijobber resultierende Erhöhung der Lohnnebenkosten dürfte die in Arbeitsstunden nachgefragte Arbeitsmenge im Niedriglohnsektor verringern. Diese sprunghafte Mehrbelastung der Arbeitgeber kann durch Ausweitung der Beschäftigung im unteren und mittleren Übergangsbereich und den damit verbundenen zunehmenden Beitragsanteilen der Beschäftigten aller Voraussicht nach nicht umfassend kompensiert werden.

Die durchschnittlich gezahlten Beiträge für gewerbliche Minijobs zeigen, dass in geringfügiger Beschäftigung im Durchschnitt nur in geringem Stundenumfang gearbeitet wird. Zu erklären ist dies damit, dass für Schüler, Studenten, für Minijobber in Nebentätigkeit, für einen Teil von Rentnern sowie Hausfrauen und Hausmännern nur eingeschränkte Möglichkeiten bestehen, größere Stundenumfänge zu realisieren. Dies setzt den Möglichkeiten, durch die gleichen Personengruppen Midijobs (Übergangsbereich nach § 20 SGB IV) mit deutlich erhöhtem Stundenumfang anzunehmen, praktische Grenzen bzw. wird zu Verdrängungseffekten zwischen den Gruppen führen. Mehreinnahmen aus der Anhebung des Arbeitgeberbeitrags würden bei unverändertem Angebot an Minijobs rd. 1,5 Mrd. Euro betragen. Zweifelhaft ist, ob der Ersatz von Minijobs durch mehr als geringfügige Beschäftigung demgegenüber nochmals um 400 Mio. Euro höhere Mehreinnahmen generieren kann. Mehreinnahmen von jährlich 1,9 Mrd. Euro erscheinen insoweit überschätzt.

Einer nicht unmittelbar zusatzbeitragssatzwirksamen Entlastung aller weiteren Arbeitgeber und Beschäftigten stehen höhere Beiträge für Arbeitgeber im Niedriglohnsektor gegenüber.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 65 – § 271 Absatz 5 (Finanzierung der Fördermittel für den Innovationsfonds aus der Liquiditätsreserve)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu den Änderungen in § 92a Absatz 4 (Aufbringung der Mittel für den Innovationsfonds).

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die ausschließliche Finanzierung der Fördersumme des Innovationsfonds aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Zwar tragen die Beitragszahlenden auch in diesem Fall vollständig die gesamten Fördermittel, da es sich bei den Mitteln des Gesundheitsfonds um frühere Beitragszahlungen handelt. Die Krankenkassen werden zudem in jedem Jahr, in dem eine Zuweisungskürzung zur Sicherung der Mindestreserve des Gesundheitsfonds in Höhe von mindestens 100 Mio. Euro stattfindet, unmittelbar zur Finanzierung der Liquiditätsreserve herangezogen. Der Verzicht auf eine darüberhinausgehende Bereitstellung finanzieller Mittel durch die Krankenkassen für den Innovationsfonds ist sachgerecht und entlastet die Krankenkassen. Die Rückführung nicht im Haushaltsjahr bewilligter und bewilligter Mittel für beendete Vorhaben, die nicht zur Auszahlung gelangt sind, in den Gesundheitsfonds stärkt die Finanzmittel der Liquiditätsreserve und verringert im Umfang der zusätzlichen Mittel zukünftig erforderliche Zuweisungskürzungen. Auch dies wirkt sich für die Krankenkassen entlastend aus.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 66 Buchstabe a) – § 275c Absatz 2 Satz 4 (Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die geplante Regelung sieht die Änderung der bisherigen Prüfquoten ab dem 01.01.2027 vor. Die bisher niedrigste Prüfquote von bis zu 5 Prozent wird beibehalten. Voraussetzung dafür ist künftig ein Anteil unbeanstandeter Abrechnungen von 80 Prozent oder mehr. Die mittlere Prüfquote wird auf bis zu 15 Prozent erhöht. Krankenhäuser erreichen diese mittlere Prüfquote, wenn ihr Anteil unbeanstandeter Abrechnungen zwischen 60 Prozent und unterhalb von 80 Prozent liegt. Die höchste Prüfquote liegt zukünftig bei bis zu 25 Prozent. Diese wird erreicht, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 60 Prozent liegt. Die für ein Krankenhaus geltende Prüfquote darf zukünftig überschritten werden, wenn sein Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 40 Prozent liegt.

Es fehlt der Vorschlag 35 der FinanzKommission Gesundheit, die Abrechnung der Vergütung der Vorhaltebudgets in den zulässigen Prüfumfang bei Krankenhausbehandlungen durch den Medizinischen Dienst aufzunehmen.

B) Stellungnahme

Der vorliegende Gesetzentwurf greift zwar wichtige Aspekte auf, schöpft jedoch aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes das Potenzial der Empfehlungen der FinanzKommission Gesundheit nicht vollständig aus. Die Schlechterstellung der GKV gegenüber der PKV wird entgegen der Empfehlung der FinanzKommission Gesundheit fortgeführt. Der GKV-Spitzenverband plädiert daher dafür, den Ansatz der FinanzKommission Gesundheit (Nummer 29 – Streichung der Prüfquoten) konsequent umzusetzen. Hierdurch ließen sich kurzfristig Einsparungen in Höhe von über 1,4 Mrd. Euro realisieren und die Abrechnungsqualität nachhaltig steigern.

Im Kontext der Strukturreform der Krankenhauslandschaft spielt die Abrechnungsprüfung eine zentrale Rolle, die der GKV-Spitzenverband gerne stärker in den Fokus rücken möchte. Da sich ein Großteil der Prüfungen des Medizinischen Dienstes auf die Verweildauer und die Notwendigkeit der stationären Aufnahme bezieht (Fehlbelegungsprüfungen), fungiert die Prüfung als wesentlicher Motor zur Förderung der Ambulantisierung. Um dieses wichtige Ziel des Gesetzgebers zu unterstützen, ist eine Stärkung der Prüfkapazitäten geboten. Die diesbezüglichen Ausführungen der FinanzKommission Gesundheit zur Robustheit und Aussagekraft der erhobenen Abrechnungsdaten (Bericht vom 30.03.2026, Seite 233) werden vom GKV-Spitzenverband ausdrücklich unterstützt.

Die bisherigen Erfahrungen mit dem Prüfquotensystem haben gezeigt, dass die gewünschten Steuerungseffekte leider nicht im erhofften Maß eingetreten sind. Die Statistiken des GKV-Spitzenverbandes verdeutlichen, dass sich der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen seit der Einführung kaum verändert hat – eine Beobachtung, die sich auch in der Gesetzesbegründung wiederfindet. Angesichts des hohen bürokratischen Aufwands für alle Beteiligten und im Sinne einer wirksamen und effizienten Ausgestaltung der Abrechnungsprüfung (gemäß MDK-Reformgesetz) hält der GKV-Spitzenverband eine Aufhebung des Prüfquotensystems für zielführend. Der überproportional

hohe bürokratische Aufwand würde entfallen und eine jahresbezogene Statistik könnte die gewünschte Transparenz zum Prüfgeschehen ausreichend gewährleisten.

Der GKV-Spitzenverband wertet die vorgeschlagenen Änderungen an den Prüfquoten zwar als positiven Schritt in die richtige Richtung. Dennoch präferiert der GKV-Spitzenverband mit Blick auf die Empfehlungen der FinanzKommission Gesundheit eine vollständige Abschaffung. Sollte dies im aktuellen Verfahren nicht umsetzbar sein, trägt der GKV-Spitzenverband die vorgeschlagenen Änderungen hilfsweise mit.

Die geltende gesetzliche Regelung in § 275c Absatz 3 SGB V kann bei der im Gesetzentwurf beabsichtigten Ausgestaltung der Prüfquotenklassen nicht unverändert beibehalten werden. Ohne eine entsprechende Folgeregelung würde die nicht passfähige Altregelung weiter gelten. Bei Aufrechterhaltung der Prüfquotensystematik ist zudem die Streichung der Aufwandspauschale nach § 275c Absatz 1 Satz 2 angezeigt, da die intendierte Begrenzung der MD-Prüfungen weiterhin durch die Prüfquoten erfolgt. Die Aufschlagsregelung gemäß § 275c Absatz 3 wäre auch im Fall der durch die FinanzKommission Gesundheit vorgeschlagenen Streichung der Prüfquotensystematik anzupassen.

Einen weiteren wichtigen Punkt sieht der GKV-Spitzenverband in der Einbeziehung der Vorhaltebudgets in den zulässigen Prüfumfang bei Krankenhausbehandlungen. Dass hierzu bislang eine Regelung fehlt, betrachtet der GKV-Spitzenverband mit Sorge. Die finanzielle Lenkungswirkung der Abrechnungsprüfungen, die durch das Prüfquotensystem bereits nahezu halbiert wurde (vergleiche Abschnitt 6.6.5 des Berichts der FinanzKommission Gesundheit), würde trotz der vorgesehenen Erhöhung der Prüfquoten geschwächt.

Der GKV-Spitzenverband teilt hierzu die Einschätzung der FinanzKommission Gesundheit (Seite 260 des Berichts, Stand 30.03.2026):

„Im Rahmen der Krankenhausreform war eigentlich geplant, die Vorhaltebudgetfinanzierung so auszugestalten, dass sie aus bestehenden DRG-Erlösen umgeschichtet und budgetneutral umgesetzt wird, ohne zusätzliche Ausgaben für die GKV. Vor diesem Hintergrund widerspricht eine vollständige finanzielle Herausnahme der Vorhaltebudgets aus dem zulässigen Prüfumfang dem Grundsatz der Ausgabenneutralität, da dadurch die im DRG-System integrierten Prüfmechanismen aufgehoben, die finanzielle Wirkung des Prüfsystems deutlich abgeschwächt und jährlich erhebliche Mehrausgaben für die GKV verursacht würden."

Der GKV-Spitzenverband weist darauf hin, dass eine Herausnahme der Vorhaltebudgets aus dem Prüfumfang die GKV mit über 630 Mio. Euro jährlich belasten würde, mit einem potenziellen Anstieg auf über 700 Mio. Euro bis zum Jahr 2030. Eine gesetzgeberische Lösung ließe sich unkompliziert umsetzen. Der GKV-Spitzenverband schlägt vor, § 275c Absatz 6 Nummer 3 zu streichen und gesetzlich klarzustellen, dass die daraus resultierenden Mehr- und Mindererlöse der Abrechnung zugrunde gelegt werden dürfen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung des § 275c Absatz 2 und 4 (Modalitäten des quotenbasierten Verfahrens).

Anpassung des § 275c Absatz 3 in Abhängigkeit von der gesetzlichen Änderung hinsichtlich der Quotierung von MD-Prüfungen.

Zusätzliche Streichung von § 275c Absatz 6 Nummer 3 und Klarstellung, dass daraus resultierende Mehr- und Mindererlöse der Abrechnung zugrunde gelegt werden dürfen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 66 Buchstabe b) – § 275c Absatz 2 Satz 6 (Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die für ein Krankenhaus geltende Prüfquote darf zukünftig überschritten werden, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 40 Prozent (bisher 20 Prozent) liegt.

B) Stellungnahme

Diese Regelung wird grundsätzlich begrüßt. Zum Umgang mit den Prüfquoten wird auf die Stellungnahme zu Nummer 66 Buchstabe a) verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 68 – § 295 (Übermittlungspflichten)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, dass die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen verpflichtet werden, auch die Daten zu Zeiten einer Teilarbeitsunfähigkeit nach § 44c SGB V an die Krankenkassen zu übertragen.

B) Stellungnahme

Bei der vorgesehenen gesetzlichen Regelung handelt es sich um eine sachgerechte Folgeänderung im Zusammenhang mit der in Artikel 1 Nummer 17 vorgesehenen Einführung einer Teilarbeitsunfähigkeit.

Hierbei ist zu beachten, dass die Umstellung von digitalen Verfahren eine regelmäßige Vorlaufzeit von mindestens neun Monaten ab der Fertigstellung der Ausgestaltung der Datensätze benötigt. Da der Umfang der zu übermittelnden Daten von den Festlegungen zur Feststellung und Ausgestaltung der Teilarbeitsunfähigkeit durch den Gemeinsamen Bundesausschuss abhängig ist, ist eine Umsetzung frühestens ab dem 01.01.2028 möglich (siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 17).

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 69 – § 346 (Unterstützung bei der elektronischen Patientenakte)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit den Neuregelungen werden die gesonderte verpflichtende Unterstützungsleistung bei der Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte sowie die gesetzliche Vorgabe, dass für den vertragsärztlichen, vertragszahnärztlichen und für den Krankenhausbereich eine gesonderte Vergütung für die Befüllung der ePA vorzusehen ist, gestrichen. Zudem werden die zusätzliche Vergütung für Apotheken zur Unterstützung der Versicherten bei der Befüllung der ePA und der Auftrag, das Nähere zu den Abrechnungsvoraussetzungen und -verfahren zu vereinbaren, ebenfalls gestrichen.

B) Stellungnahme

Die Neuregelungen werden begrüßt. Nach der Umstellung auf die sog. Opt-Out-ePA sind finanzielle Anreize für Leistungserbringende für die Unterstützung der Versicherten bei der Erstbefüllung der ePA überflüssig. Zudem ist die „ePA für alle“ bereits im Versorgungsalltag angekommen, sodass auch aus diesem Grund keine finanziellen Anreize für die Erstbefüllung mehr erforderlich sind.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 70 – § 410 -neu- (Übergangsregelung zur Vergütung der Vorstandsmitglieder der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, der unparteiischen Mitglieder des Beschlussgremiums des Gemeinsamen Bundesausschusses, der Vorstandsmitglieder des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Vorstandsmitglieder des Medizinischen Dienstes Bund)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neufassung des § 410 SGB V erfolgen redaktionelle Anpassungen sowie Folgeänderung zu der beabsichtigten Neufassung des § 35a Abs. 6a SGB IV (Artikel 2 Nummer 2).

B) Stellungnahme

Es wird auf die Stellungnahme zu Artikel 2 Nummer 2 (§ 35a Abs. 6a SGB IV) verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 70 (§ 410) wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 70 – § 411 -neu- (Vergütungsregelungen für Führungskräfte der Ebene unterhalb der Vorstandsebene bei den Krankenkassen, ihren Landesverbänden und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, den Medizinischen Diensten und dem Medizinischen Dienst Bund sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neugefasste § 411 SGB V sieht vor, dass Vergütungserhöhungen für außertariflich bezahlte Führungskräfte der Ebene unterhalb der Vorstandsebene bei den Krankenkassen, ihren Landesverbänden und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, den Medizinischen Diensten und dem Medizinischen Dienst Bund sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen ab Verkündung des Gesetzes nur alle sechs Jahre zulässig sein sollen (Satz 1).

Die danach nur alle sechs Jahre mögliche Erhöhung der Grundvergütung ist auf einen Zuschlag auf die zuletzt vereinbarte Grundvergütung nach Maßgabe der durchschnittlichen Veränderungsrate gemäß § 71 Abs. 3 SGB V des laufenden Kalenderjahres begrenzt (Satz 2). Dies soll nach Satz 3 auch für am 30.03.2026 gültige Verträge gelten, soweit diesen Verträgen nicht eine Zusage über konkrete Vergütungserhöhungen zu entnehmen ist.

B) Stellungnahme

Die vorgesehenen Regelungen stellen einen ungerechtfertigten Eingriff in das Selbstverwaltungsrecht der Krankenkassen dar. Die Personal- und Haushaltshoheit sind die Kernkompetenzen der Verwaltungsräte der Krankenkassen. Zudem führt die Regelung zu einem Wettbewerbsnachteil gegenüber anderen Akteuren im Gesundheitswesen bei der Auswahl des Führungspersonals und benachteiligt zudem die betroffenen Beschäftigten.

Die Regelungen werden deshalb abgelehnt und sind zu streichen. Zu den Gründen im Einzelnen:

1. Eingriff in Selbstverwaltungsrechte

Zum Kernbereich der Selbstverwaltung gehört die interne Organisation der Verwaltung einschließlich der personalwirtschaftlichen Kompetenzen und der Kosten des Personaleinsatzes.

Mit den vorgesehenen Änderungen werden die Möglichkeiten der Krankenkassen erheblich eingeschränkt, indem Vergütungsanpassungen für außertarifliche Beschäftigte nur alle sechs Jahre möglich sind und auf den Anstieg der durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Abs.3 SGB V (nur) des laufenden Kalenderjahres gedeckelt werden. Eine Aufsummierung der Veränderungsraten der Kalenderjahre seit der letzten Vergütungserhöhung soll also ausgeschlossen sein.

Die vorgesehene Beschränkung von Gehaltsanpassungen auf einen sechsjährigen Turnus ist nicht verhältnismäßig und hat einen potenziellen Realwertverlust der Entgelte von 13 bis 19 Prozent zur Folge.

2. Wettbewerbsnachteil bei der Auswahl von Führungskräften

Mit den beabsichtigten Regelungen ergibt sich gegenüber anderen Branchen und Unternehmen bzw. Organisationen im Gesundheitswesen, die keinen derartigen gesetzlichen Vorgaben unterliegen und damit frei über die Höhe der Vergütung ihres Führungspersonals entscheiden können, ein erheblicher Wettbewerbsnachteil. Die Möglichkeit, geeignetes Führungspersonal zu finden, darf nicht überstrapaziert und durch zu starre gesetzliche Vorgaben eingeengt werden.

3. Vertrauensschutz

Das beabsichtigte Verbot von Vergütungserhöhungen während eines Zeitraums von sechs Jahren seit der letzten Vergütungsanpassung und die Begrenzung der Vergütungserhöhung auf den Anstieg der der durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Abs.3 SGB V nach § 71 Abs. 3 SGB V (nur) des laufenden Kalenderjahres sollen auch für Arbeitsverträge gelten, die bis zum 30. März 2026 bereits geschlossen wurden.

Vertrauensschutz soll nur dann bestehen, wenn die Verträge bereits einen Anspruch auf eine konkrete Erhöhung vorsehen. Überprüfungs- und Nachverhandlungsklauseln, die lediglich die Möglichkeit auf eine Vergütungsanpassung gewähren, sollen dagegen nicht dem Vertrauensschutz unterfallen.

Dieser Regelung liegt die Vorstellung zugrunde, Überprüfungs- und Nachverhandlungsklauseln seien rechtlich irrelevant. Dies ist jedoch nicht zutreffend. Überprüfungsklauseln, die keine bestimmte Erhöhung vorsehen, begründen zwar keinen Anspruch auf eine bestimme Vergütungssteigerung, wohl aber einen Anspruch auf Überprüfung und Entscheidung nach billigem Ermessen (§ 315 BGB). Damit ist vertraglich vereinbart, dass eine Überprüfung und ggf. Anpassung der Vergütung während der Vertragslaufzeit möglich sind.

Der in bestehenden Verträgen vorgesehene Anspruch auf (regelmäßige) Überprüfung und Entscheidung nach billigem Ermessen wird durch die geplanten Änderungen erheblich entwertet. Die Regelungen greifen damit in unzulässiger Weise nachträglich in bestehende privatrechtliche Vertragsverhältnisse ein.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 70 (§ 411) wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 71 – § 429 (Übergangsregelung zum Kombinationsabschlag)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Da der bisherige § 130e zum Kombinationsabschlag gestrichen und durch eine Neufassung des § 130e zu Rabattverträgen ersetzen werden soll, bedarf es einer Übergangsregelung die durch §429 geschaffen wird. Geregelt werden die Fristen für a) Anträge nach §35a Abs. 1d Satz 1 (mindestens beträchtlicher Zusatznutzen erwartet) b) die Gültigkeit der Kombinationsbenennung nach §35a Ab. 3 Satz 4 zum Zwecke der Abrechnung sowie c) die Anwendung des Kombinationsabschlages auf alle unter §130e fallenden Arzneimittel die bis zum Stichtag der Neufassung des Gesetzes zu Lasten der Krankenkassen abgegeben werden.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die Streichung der Regelungen zum Kombinationsabschlag in § 130e (bestehende Fassung) ab, denn dies wird zu erheblichen Mehrausgaben für die GKV führen. Auch wenn der Kombinationsabschlag noch unzureichend breit angelegt und zudem als nachgelagerte bilaterale Abrechnung in dieser Form transaktionsaufwändig für die Krankenkassen ausgestaltet ist, so führt er doch zu relevanten Einsparungen. Das Grundproblem, nach dem Arzneimittelkombinationen erhebliche Mehrkosten verursachen, denen kein adäquater Mehrwert beim Therapieerfolg gegenübersteht, würde mit der Streichung künftig nicht mehr adressiert. Entsprechend ist eine Beibehaltung des bestehenden § 130e SGB V erforderlich, siehe hierzu die Kommentierung zu Artikel 1 Nummer 12 und Nr. 50. Wenn dem Vorschlag des GKV-Spitzenverbands gefolgt wird, ist die vorliegende Regelung aufzuheben.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 71 wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 71 – § 430 -neu- (Evaluierung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der neuen Vorschrift wird das Bundesministerium für Gesundheit beauftragt, spätestens bis zum 31. Dezember 2030 die mit dem Inkrafttreten des vorliegenden Gesetzes getroffenen Maßnahmen daraufhin zu evaluieren, ob sie sich als geeignet und ausreichend erwiesen haben, das Ziel stabiler Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung bei Beibehaltung eines Niveaus der gesundheitlichen Versorgung unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§12 Absatz 1 Satz 1) zu erreichen. Das Ministerium kann die Durchführung der Evaluation ganz oder in Teilen auf einen Dritten übertragen.

B) Stellungnahme

Die Beauftragung des Bundesministeriums für Gesundheit mit der Evaluation der Wirkungen der Maßnahmen des beschlossenen Beitragssatzstabilisierungsgesetzes auf die Entwicklung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung wird ausdrücklich begrüßt. Der Auftrag sollte insoweit spezifiziert werden, dass die einzelnen Maßnahmen des Gesetzes differenziert nach ihren Finanzwirkungen auf die Einnahmen- und die Ausgabenentwicklung evaluiert werden und die Ergebnisse der durchgeführten Evaluation bis zum 31. Dezember 2030 dem Deutschen Bundestag vorzulegen sind.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nummer 71 wird der neue § 430 wie folgt gefasst (Änderungen in Fettdruck):

„Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert ~~**spätestens bis zum 31. Dezember 2030**~~ die mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vom … [einsetzen: Ausfertigungsdatum und Fundstelle dieses Gesetzes] getroffenen Maßnahmen daraufhin, ob sie sich als geeignet und ausreichend erwiesen haben, das Ziel stabiler Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung bei Beibehaltung eines Niveaus der gesundheitlichen Versorgung nach § 12 Absatz 1 Satz 1 zu erreichen**, und legt die Ergebnisse der Evaluation dem Deutschen Bundestag spätestens bis zum 31. Dezember 2030 vor. Bei der Evaluation der einzelnen Maßnahmen ist zwischen den Finanzwirkungen auf der Einnahmen- und der Ausgabenseite zu differenzieren.** Es kann die Durchführung der Evaluation ganz oder in Teilen auf einen Dritten übertragen.“

Artikel 2 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 – § 20 Absatz 2a (Aufbringung der Mittel – Übergangsbereich)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Neuregelung des Beitragssatzes bei geringfügiger Beschäftigung in § 249b SGB V. Es soll damit weiterhin sichergestellt werden, dass die Beitragsbelastung bei Beschäftigten im Übergangsbereich nicht sprunghaft ansteigt.

B) Stellungnahme

Die nachvollziehbare Anpassung entspricht dem bisherigen Vorgehen und ist geeignet, einen sprunghaften Anstieg der Beitragsbelastung bei Beschäftigten im Übergangsbereich auszuschließen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 2 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2 – § 35a Absatz 6a (Vorstand bei Orts-, Betriebs-, Innungskrankenkassen sowie Ersatzkassen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neufassung von § 35a Abs. 6a SGB IV entspricht in den Sätzen 1 bis 3 sowie 10 und 11 dem bisherigen Recht. Die neuen Sätze 4 bis 9 sehen weitergehende Regelungen für die Vereinbarung von Vorstandsvergütungen der Krankenkassen vor. Insbesondere sollen Vergütungsanpassungen während einer Amtsperiode ausgeschlossen sein (Satz 5). Eine Erhöhung der Vergütung zu Beginn der Amtszeit eines Vorstandsmitgliedes soll ausschließlich durch einen Zuschlag auf die Grundvergütung möglich sein, wobei die Erhöhung auf die durchschnittliche Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V, die für das Kalenderjahr gilt, in dem der Vertrag neu abgeschlossen wird, beschränkt wird (Satz 6). Zudem soll der Aufsichtsbehörde zu Beginn einer neuen Amtszeit die Möglichkeit eingeräumt werden, eine niedrigere Vergütung anzuordnen (Satz 9). Nach den Sätzen 7 und 8 sollen die Neuregelungen auch für bereits bestehende Vorstandsdienstverträge gelten, es sei denn die Verträge sehen einen Anspruch auf eine konkrete Erhöhung vor.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Regelung stellt einen ungerechtfertigten sowie anlasslosen Eingriff in die Rechte der Verwaltungsräte der Krankenkassen dar und schränkt den Aufgabenbereich der sozialen Selbstverwaltung ein. Die vorgesehenen Änderungen beim Abschluss von Vorstandsdienstverträgen hätten einen Wettbewerbsnachteil bei der Auswahl des Vorstandspersonals zur Folge. Sie werden deshalb abgelehnt und sind zu streichen. Zu den Gründen im Einzelnen:

1. Eingriff in Selbstverwaltungsrechte

Im Rahmen des Selbstverwaltungsrechts setzen die demokratisch gewählten Vertreter der Arbeitgeber und Versicherten die detaillierte Sozialgesetzgebung eigenverantwortlich und verantwortungsvoll um. Zum Kernbereich der Selbstverwaltung gehört die interne Organisation der Verwaltung einschließlich der personalwirtschaftlichen Kompetenzen und der Kosten des Personaleinsatzes. Bereits mit dem Dritten Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 07.08.2013 wurde in § 35a Abs. 6 SGB IV geregelt, dass der Abschluss, die Verlängerung oder die Änderung eines Vorstandsdienstvertrags der vorherigen Zustimmung der Aufsichtsbehörde bedürfen. Der Nachweis struktureller Missstände, aufgrund derer die Einführung einer präventiven Rechtsaufsicht notwendig war, stand und steht nach wie vor aus.

Mit der nun vorgesehenen Änderung erfolgt ein weiterer massiver Eingriff in den Aufgabenbereich der sozialen Selbstverwaltung. Der Ermessensrahmen des Verwaltungsrates bei der Vereinbarung der Vergütung der Vorstände werden mit dem Ausschluss von Vergütungsanpassungen während einer Amtsperiode und der Begrenzung von Vergütungserhöhungen bei Beginn einer neuen Amtszeit nahezu auf null reduziert. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass bei Beginn einer neuen Amtszeit eine Vergütungssteigerung nur nach Maßgabe der durchschnittliche Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V, die für das Kalenderjahr gilt, in dem der Vertrag neu abgeschlossen wird, zulässig sein soll.

Zudem soll die Aufsicht – unabhängig von den Erwägungen des Verwaltungsrates hinsichtlich der Vereinbarung der Vergütungshöhe – eine niedrigere Vergütung anordnen können. Das ist eine in das

Ermessen der Aufsichtsbehörde gestellte staatliche Vergütungsfestsetzung. Es fehlen jegliche Maßstäbe dafür, was die Voraussetzungen für eine Vergütungssenkung sein können, die dann die Ermessensentscheidung der Aufsichtsbehörde auslösen können. Eine derart weite Befugnis einer Aufsichtsbehörde ist sehr bedenklich. Sie ist auch nicht erforderlich. Die Aufsichtsbehörde kann im Rahmen des Genehmigungsverfahrens ihre Vorstellungen vorbringen und gegebenenfalls die Zustimmung versagen. Diese Entscheidung ist dann gerichtlich überprüfbar.

2. Wettbewerbsnachteil bei der Auswahl des Vorstandspersonals

In der Begründung des Gesetzesentwurfs wird ausgeführt, dass die derzeit vereinbarten Vergütungen sich im Rahmen der Vertragsverhandlungen und bisherigen Genehmigungsverfahren als ausreichend erwiesen haben, um geeignetes Personal für die Aufgaben zu gewinnen und deshalb angemessen seien.

Mit den beabsichtigten Regelungen ist es den Verwaltungsräten allerdings in Zukunft nicht mehr möglich, flexibel auf zukünftige Entwicklungen reagieren zu können. Gegenüber anderen Branchen und Unternehmen bzw. Organisationen im Gesundheitswesen, die keinen derartigen gesetzlichen Vorgaben unterliegen und damit frei über die Höhe der Vergütung ihres Führungspersonals entscheiden können, ergibt sich damit ein erheblicher Wettbewerbsnachteil bei der Auswahl der Vorstandsmitglieder. Die Möglichkeit, geeignetes Vorstandspersonal zu finden, darf nicht unsachgerecht durch starre gesetzliche Vorgaben eingeengt werden.

3. Fehlende Erforderlichkeit, keine Empfehlung der FinanzKommission Gesundheit

Die soziale Selbstverwaltung hat bisher keinen objektivierbaren Anlass für diese massiven und weitreichenden Einschränkungen der Gestaltungsmöglichkeiten hat gegeben. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollte daher dieser sehr weitgehende Eingriff in das anerkannte und bewährte Ordnungsprinzip der Sozialversicherung nochmals überdacht werden.

Hinweis: Die FinanzKommission Gesundheit hat den Status quo ausdrücklich als bereits hinreichend reguliert angesehen und daher bewusst keine Empfehlung ausgesprochen.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 2 Nummer 2 wird gestrichen.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 1 – § 5 Absatz 3g (Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung entfällt die Vergütung für die Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte (ePA).

B) Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt (vergleiche Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 69).

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2 – § 6 Absatz 3 Satz 4 (Vereinbarung sonstiger Entgelte)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 9 Absatz 1b. Es wird vorgesehen, dass die Rate für den Anstieg der Erlössumme zukünftig durch den gemäß den neuen Vorgaben des § 9 Absatz 1b Satz 2 und 3 ermittelten Veränderungswert begrenzt wird.

B) Stellungnahme

Die Folgeänderung zur Begrenzung des Anstiegs der Erlössumme wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 3 Buchstaben a) und b) – § 6a Absätze 2 und 2a (neu) (Vereinbarung eines Pflegebudgets)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zu Buchstabe a)

Die Regelungen des zweiten Absatzes zum Pflegebudget sind letztmalig für den Vereinbarungszeitraum 2026 anzuwenden.

Zu Buchstabe b)

Ausgehend von dem für das Jahr 2026 krankenhausindividuell vereinbarten Pflegebudgets ist für die Jahre ab 2027 Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung des Pflegebudgets das für das jeweilige Vorjahr vereinbarte Pflegebudget. Dabei ist als Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2027 das für das Jahr 2026 vereinbarte Pflegebudget um den darin enthaltenen Betrag für pflegeentlastende Maßnahmen, deren gesonderte Finanzierung ab dem Jahr 2027 entfällt, abzusenken. Wie beim Landesbasisfallwert, dem Gesamtbetrag von psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern und der Erlössumme von besonderen Einrichtungen wird zukünftig auch der Anstieg des Pflegebudgets grundsätzlich durch den Veränderungswert begrenzt.

Eine Überschreitung des Veränderungswerts ist jedoch möglich, soweit die Einhaltung von Personalvorgaben, die sich aus Bundesgesetzen, Verordnungen, die auf Grundlage des SGB V erlassen worden sind, oder Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses ergeben, dies erfordert. Dies gilt zum Beispiel für die Vorgaben der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung oder der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL).

Zudem werden die bislang geltenden Regelungen für den Ausgleich zwischen den tatsächlichen und den vereinbarten Pflegepersonalkosten geändert. In Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip erfolgt bei einer Überschreitung der vereinbarten Pflegepersonalkosten durch die tatsächlichen Pflegepersonalkosten kein Ausgleich dieser Mehrkosten mehr. Unterschreiten die tatsächlichen Pflegepersonalkosten dagegen die vereinbarten Pflegepersonalkosten werden diese Minderkosten vollständig ausgeglichen. Auf die bisher vorgesehene Berichtigung des Pflegebudgets für das Vereinbarungsjahr wird dabei verzichtet. Hierdurch erlangt die Vereinbarung der Vertragsparteien wieder stärkere Bedeutung. Die Möglichkeit, Kosten für pflegeentlastende Maßnahmen zusätzlich zu den Pflegepersonalkosten im Pflegebudget zu berücksichtigen, besteht zukünftig nicht mehr. Hierdurch wird insofern eine Doppelvergütung abgeschafft, als die Kosten für pflegeentlastende Maßnahmen auch zukünftig bei der Kalkulation der Fallpauschalen berücksichtigt werden.

B) Stellungnahme

Zu Buchstabe a)

In den Verhandlungen auf Ortsebene ist aktuell strittig, ob sich die im Zuge des KHAG erfolgte Klarstellung zu Pflegepersonalkosten für Tätigkeiten, die nicht der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen und in Kreißsälen dienen (insbesondere hauswirtschaftliche, logistische, administrative oder technische Tätigkeiten), auch für den Vereinbarungszeitraum 2025 sowie 2026 anzuwenden ist. Die aktuelle Wirksamkeit sowie die Fortführung zur gesetzlichen Abgrenzung der Finanzierung von pflegefernen Tätigkeiten ist zwingend erforderlich und sachgemäß. Dies betrifft

folglich unserer Ansicht nach, bestätigt durch einen kürzlichen Schiedsspruch, auch die, noch offenen Budgetverhandlungen, in denen die Abgrenzung gemäß Absatz 2 Satz 12 seit Inkrafttreten berücksichtigt werden muss. Dies gilt auch für noch offene Budgetverhandlungen aus dem Jahr 2025.

Zu Buchstabe b)

Die Intention des Gesetzgebers, eine Begrenzung der Steigerungen der Pflegebudgets zu erzielen, wird ausdrücklich begrüßt. Zudem ist die Streichung der Doppelvergütung im Rahmen der pflegentlastenden Maßnahmen richtig.

Im Bereich des Pflegebudgets werden seit 2020 alle Kosten 1:1 an die GKV durchgereicht – ohne jegliche Obergrenze einer wirtschaftlichen Leistungserbringung. Durch die vollständige Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen (DRG-System) und deren separate Refinanzierung über das Pflegebudget sind die finanziellen Belastungen für die Kostenträger erheblich angewachsen.

Die grundsätzliche Abkehr von der unbegrenzten Selbstkostendeckung in diesem Bereich ist notwendig, um sich dem Ziel einer einnahmeorientierten Ausgabenorientierung zu nähern. Die im Gesetzentwurf formulierte Maßnahme entspricht aber nicht dem von der FinanzKommission Gesundheit eingebrachten Vorschlag. Die FinanzKommission Gesundheit stellt in ihrem Bericht Ende März 2026 fest, dass die Integration der Pflegepersonalkosten in das DRG-System der richtige Weg ist, um die Ausgaben im Pflegebereich zu begrenzen und gleichzeitig den Leistungsbezug zu stärken; dabei sollen die vorgesehenen Mittel für Pflegekosten an einen verbindlichen Verwendungsnachweis geknüpft werden.

Der Gesetzentwurf greift diesen Ansatz jedoch nicht auf, sondern sieht stattdessen die Beibehaltung des Pflegebudgets vor, wobei im Jahr 2026 letztmalig die Budgetermittlung nach der bisherigen Systematik erfolgt und diese als Grundlage für die Folgejahre dient. Künftig sollen Steigerungen durch den Veränderungswert begrenzt werden, wobei Ausnahmen durch die zusätzliche Berücksichtigung der anteiligen Tariferhöhungsrate sowie zur Einhaltung von Personalvorgaben vorgesehen sind. Das Vereinbarungsjahr 2026 soll künftig die Basis sein für die in den Folgejahren um den Veränderungswert (plus Ausnahmen) greifenden Pflegebudgets. Aus diesem Grund stocken die Verhandlungen vor Ort. Um Streitigkeiten über die Ausgangsbasis zu vermeiden, sollte statt der Vereinbarung 2026 als Aufsatzpunkt auf die bereits vereinbarten Pflegebudgets 2025 aufgebaut werden, welche um den Wert 3,99 Prozent zu erhöhen sind, der aktuell im Rahmen der Tarifrate für den Pflegebereich in 2026 vereinbart wurde. Diese Ausgestaltung wird zudem kritisch bewertet, da sie weder eine effektive Deckelung der Kostensteigerung gewährleistet noch den administrativen Aufwand reduziert, denn aufgrund der vorgesehenen Ausnahmeregelungen werden die Ausgaben faktisch nicht auf den Veränderungswert begrenzt.

Darüber hinaus fehlt es der Beibehaltung der Pflegebudget-Regelung an einem klaren Leistungsbezug, sodass sie vor dem Hintergrund der laufenden Strukturreform als nicht zukunftsfähig gilt, da sie den Status quo der Personalausstattung insbesondere bei künftig wegfallenden Leistungen faktisch fortschreibt; im Zuge von Umstrukturierungen und Leistungskonzentrationen durch die Einführung von Leistungsgruppen wird jedoch eine flexible Ausrichtung des Pflegepersonals am tatsächlichen Leistungsgeschehen erforderlich. Anders als bisher sollte es bei Leistungsverlagerungen zwischen

Krankenhäusern (unter anderem durch Verschiebungen von Leistungsgruppen) auch zu Anreizwirkungen einer parallelen leistungsgerechten Verschiebung der Pflegevergütung kommen.

Umsetzung eines „Leistungsbezogenen Pflegebudgets“ ab 2027:

Als Konsequenz sind die bisherigen Pflegebudgets zu einem „Leistungsbezogenen Pflegebudget“ weiterzuentwickeln. Die Eigenständigkeit der Pflegebudgets soll dabei auch nach der Reintegration der Pflegepersonalkosten in das DRG-System fortbestehen. Die Pflegebewertungsrelationen sollten im DRG-Katalog als abgrenzbarer Teil der Fallpauschale erhalten bleiben, sodass weiterhin ein Anteil der pauschalen Vergütung als leistungsbezogenes Pflegebudget identifizierbar ist, welches sich je nach Leistungsmengenvereinbarung auf Basis der Pflegeerlösbewertungsrelationen, der Anzahl der Tage sowie der mittleren Kosten (gemäß der InEK-Bezugsgröße Pflege) ableiten lässt. Damit würde für Krankenhäuser implizit eine leistungsbezogene Grenze der für die Pflegepersonalkosten zur Verfügung stehenden Finanzmittel vorgegeben. Ergänzend ist ein verbindlicher Verwendungsnachweis erforderlich, der sich an dem bereits etablierten Wirtschaftsprüfertestat zum Pflegebudget orientiert und so einen übermäßigen und unkontrollierten Personalabbau verhindert. Gleichzeitig würden so die komplexen Budgetverhandlungen zum Pflegebudget entfallen, da das leistungsbezogene Pflegebudget direkt aus der Leistungsmengenvereinbarung abgeleitet wird und im Rahmen der Budgetverhandlungen lediglich ein Abgleich zwischen diesem Budget und den Wirtschaftsprüfertestaten erfolgt, wobei Minderausgaben an die GKV zurückzuerstatten sind, während Mehrausgaben nicht zusätzlich erstattet werden.

Wie bereits angemerkt wird die Streichung der zusätzlichen Mittel in dem Bereich der pflegeentlastenden Maßnahmen ausdrücklich begrüßt. Im Pflegebudget werden diese Maßnahmen bisher pauschal in einer Höhe von 2,5 Prozent des Pflegebudgets in allen Krankenhäusern erhöhend berücksichtigt. Dies erfolgt zusätzlich zu den bereits in dem System der Selbstkostendeckung finanzierten kompletten Pflegepersonalkosten. Bei den pflegeentlastenden Maßnahmen handelt es sich um schwer abgrenzbare Kosten, die regelhaft bereits über die DRG-Fallpauschalenerlöse finanziert werden. Mit Blick auf eine Beseitigung von Doppelfinanzierungen ist es richtig, die zusätzlichen Finanzierungsmöglichkeiten von pflegeentlastenden Maßnahmen zu streichen.

C) Änderungsvorschlag

Zu Buchstabe a)

In Artikel 3 Nummer 3 wird Buchstabe a) wie folgt gefasst (Änderungen in Fettdruck):

a) Nach Absatz 2 Satz 12 wird der folgende Satz angefügt:

„Die Sätze 1 bis 5, 9 und 10 sind letztmalig für die Vereinbarung des Pflegebudgets für ~~**das Jahr**~~ **die Jahre 2025 und** 2026 anzuwenden.“

Zu Buchstabe b)

Umsetzung eines „Leistungsbezogenen Pflegebudgets“ ab 2027:

§ 17b Absatz 4 KHG ist wie folgt zu formulieren:

„(4) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 haben auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen und in Kreißsälen aus dem Vergütungssystem auszugliedern und eine neue Pflegepersonalkostenvergütung zu entwickeln; ab dem Jahr 2027 haben die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 auf der Grundlage eines angepassten Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen und in Kreißsälen nach den Vorgaben des Absatzes 4a in das Vergütungssystem zu integrieren und die Pflegepersonalkostenvergütung separat auszuweisen. Hierfür haben sie insbesondere erstmals bis zum 31. Januar 2019 eine eindeutige, bundeseinheitliche Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten zu vereinbaren und dabei auch Regelungen für die Zuordnung von Kosten von Pflegepersonal festzulegen, das überwiegend in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen tätig ist. Die Krankenhäuser haben die Vorgaben zur Ausgliederung und zur bundeseinheitlichen Definition nach Satz 1 erster Halbsatz und Satz 2 für die Abgrenzung ihrer Kosten und Leistungen rückwirkend ab dem 1. Januar 2019 anzuwenden; für die Vereinbarungen ab dem Jahr 2025 haben die Krankenhäuser ab dem 1. Januar 2023 die Vorgaben zur Ausgliederung und zur bundeseinheitlichen Definition nach Absatz 4a für die Abgrenzung ihrer Kosten und Leistungen anzuwenden. Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 haben die Bewertungsrelationen für das DRG-Vergütungssystem erstmals für das Jahr 2020 um die Summe der Bewertungsrelationen der nach Satz 1 auszugliedernden Pflegepersonalkosten und die Zusatzentgelte um die pflegerelevanten Kosten zu vermindern sowie auf dieser Grundlage die Fallpauschalenvereinbarung bis zum 30. September 2019 abzuschließen. Sie haben die nach Satz 1 separat auszuweisenden Pflegepersonalkosten in einem Katalog mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen je voll- oder teilstationärem Belegungstag darzustellen und den Katalog jährlich weiterzuentwickeln; nach Absatz 2 Satz 1 zu berücksichtigende Leistungsverlagerungen zu und von anderen Versorgungsbereichen sind bei der Weiterentwicklung der bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen in diesem Katalog zu berücksichtigen. Der Katalog ist erstmals für das Jahr 2027 von den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 für die Vereinbarung und Abzahlung des leistungsbezogenen Pflegebudgets nach § 6a des Krankenhausentgeltgesetzes anzuwenden. Für die separate Ausweisung der Pflegepersonalkosten in einem Katalog mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen und die Weiterentwicklung des Katalogs nach Satz 5 gelten die Veröffentlichungspflichten nach Absatz 2 Satz 8 entsprechend.“

§ 6a KHEntgG ist wie folgt zu formulieren:

„§ 6a Vereinbarung eines leistungsbezogenen Pflegebudgets

(1) Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren zur Finanzierung der Pflegepersonalkosten nach § 17b Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ein leistungsbezogenes Pflegebudget; dies gilt nicht für die in § 115g Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen. Das Pflegebudget umfasst nicht

3. die Entgelte, die im Erlösbudget nach § 4 oder in der Erlössumme nach § 6 Absatz 3 berücksichtigt werden,

4. die Zu- und Abschläge nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4,

5. die Entgelte nach § 6 Absatz 2 und

6. die Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutern.
Das leistungsbezogene Pflegebudget ist zweckgebunden für die Finanzierung der Pflegepersonalkosten nach Satz 1 zu verwenden. Nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind zurückzuzahlen.

(2) Ausgangsgrundlage für die Ermittlung des leistungsbezogenen Pflegebudgets ist die Summe der im Vorjahr für das jeweilige Krankenhaus vereinbarten Pflegeerlösbewertungsrelationen, die unter Berücksichtigung der leistungsspezifischen Belegungstage mit den vom InEK ausgewiesenen durchschnittlichen Kosten (Bezugsgröße Pflege) gewichtet werden. Das Pflegebudget ist in seiner Entwicklung durch den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1 begrenzt. Weichen die tatsächlichen Pflegepersonalkosten von den vereinbarten leistungsbezogenen Pflegebudgets ab, sind Mehrkosten nicht und Minderkosten bei der Vereinbarung der Pflegebudgets für das auf das Vereinbarungsjahr folgende Jahr zu berücksichtigen, indem ein Ausgleich für das Vereinbarungsjahr vorgesehen wird. Der Krankenhausträger hat den anderen Vertragsparteien nach § 11 Absatz 1 und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes unabhängig von der Vereinbarung oder Festsetzung eines Pflegebudgets nach Absatz 1 Satz 1 jährlich jeweils bis zum 1. Juni eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers für das vorangegangene Kalenderjahr vorzulegen über

1. die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung der Pflegevollkräfte insgesamt, gegliedert nach Berufsbezeichnungen,

2. die Pflegepersonalkosten insgesamt,

3. die Überprüfung der nach den Vorgaben der Vereinbarung nach § 17b Absatz 4 Satz 2 oder Absatz 4a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1, sofern diese vorliegt, im Pflegebudget

   a) zu berücksichtigenden jahresdurchschnittlichen Stellenbesetzung der Pflegevollkräfte, gegliedert nach Berufsbezeichnungen, und

   b) zu berücksichtigenden Pflegepersonalkosten,

4. die Überprüfung einer Aufstellung der Summe der Erlöse des Krankenhauses aus den tagesbezogenen Pflegeentgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a.

5. Für die Dokumentation nach Satz 3 und die nach Satz 4 vorzulegende Bestätigung sind die Vorgaben der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 8 zu beachten. Die Krankenkassen, die Vertragsparteien nach § 11 sind, übermitteln dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus unverzüglich nach der Vereinbarung des Pflegebudgets die Dokumentation nach Satz 3 elektronisch; das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht die in den Sätzen 3 und 4 Nummer 1 bis 3 und 5 genannten Angaben krankenhausbezogen barrierefrei auf seiner Internetseite. Die näheren Einzelheiten zur Übermittlung der Angaben

nach Satz 6 und zu Maßnahmen im Falle der nicht oder nicht unverzüglich erfolgenden Übermittlung sowie einer nicht erfolgten, nicht vollständigen oder nicht fristgerechten Vorlage der Bestätigung des Jahresabschlussprüfers nach Satz 4 und der gesonderten Bestätigung des Jahresabschlussprüfers nach Satz 8 legt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen fest.

(3) Die Abzahlung des Pflegebudgets erfolgt über einen Pflegeentgeltwert, der der vom InEK veröffentlichten Bezugsgröße für die Kalkulation der Pflegeerlösbewertungsrelationen entspricht. Der für das jeweilige Jahr geltende Pflegeentgeltwert ist der Abrechnung der mit Bewertungsrelationen bewerteten tagesbezogenen Pflegeentgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a für voll- und teilstationäre Belegungstage zugrunde zu legen.

(4) Weicht die Summe der auf das Vereinbarungsjahr entfallenden Erlöse des Krankenhauses aus den tagesbezogenen Pflegeentgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a von dem vereinbarten leistungsbezogenen Pflegebudget ab, so werden Mehr- oder Mindererlöse vollständig ausgeglichen. § 4 Absatz 3 Satz 8 und 10 ist entsprechend anzuwenden. Der ermittelte Ausgleichsbetrag ist über das Pflegebudget für den nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum abzuwickeln.“

Zudem Anpassung im Rahmen der Vereinbarungen auf der Ebene der Selbstverwaltung: § 17b Absatz 2 KHG (unter anderem DRG-Kataloge ab 2027)

Hilfsweise:

§ 6a Absatz 2a Satz 1 ist wie folgt zu fassen:

„Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2027 ist das für das Jahr ~~2026~~ **2025** vereinbarte Pflegebudget abzüglich des für die in Absatz 2 Satz 10 genannten Maßnahmen zur Entlastung von Pflegepersonal vereinbarten Betrags**; der sich ergebende Betrag wird um 3,99 Prozent als Kostensteigerung für das Jahr 2026 erhöht.**“

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 3 Buchstabe c) – § 6a Absatz 4 Satz 5 und 6 (Vereinbarung eines Pflegebudgets)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige vollständige Finanzierung von Tarifsteigerungen, die oberhalb des Veränderungswerts liegen, wird, wie für andere Beschäftigte im Krankenhaus, auch für das Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen auf eine anteilige Finanzierung in Höhe von 50 Prozent reduziert. Die unterjährige Anhebung des krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwerts erfolgt daher nicht mehr in Höhe der Tarifsteigerung im Pflegebereich, sondern in Höhe von 50 Prozent der Erhöhungsrate. Die Anwendung der anteiligen Erhöhungsrate ist hier nicht angezeigt, weil mit dem krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert, anders als zum Beispiel mit dem Landesbasisfallwert oder dem Gesamtbetrag eines psychiatrischen Krankenhauses, lediglich Personalkosten und keine Sachkosten finanziert werden. Der krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert ist neben der Erhöhung um 50 Prozent der Erhöhungsrate zudem zu erhöhen, damit die vereinbarte Tarifsteigerung noch im zur Verfügung stehenden restlichen Kalenderjahr refinanziert wird.

B) Stellungnahme

Die zusätzliche Finanzierung einer Tarifrate wird abgelehnt. Eine Streichung ist notwendig, um die Ausgabensteigerungen adäquat zu begrenzen. Vergleiche hierzu die Ausführungen zu Artikel 3 Nummer 6 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb).

C) Änderungsvorschlag

Streichung des § 6a Absatz 4 Satz 5 und 6.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 3 Buchstabe d) – § 6a Absatz 5 Satz 3 (Vereinbarung eines Pflegebudgets)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, dass für den Ausgleich weiterhin keine Begrenzung durch den Veränderungswert gilt, auch wenn der Anstieg des Pflegebudgets zukünftig grundsätzlich durch den Veränderungswert begrenzt wird.

B) Stellungnahme

Keine

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 4 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa) – § 6c Absatz 2 Satz 4 (Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die geplante Regelung überträgt die Anpassungen des Pflegebudgets nach § 6a auf sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen. In Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip bei der Finanzierung der Pflegepersonalkosten werden die tatsächlichen Pflegepersonalkosten ausschließlich bei der erstmaligen Vereinbarung des Gesamtvolumens in vollem Umfang berücksichtigt. In den Folgejahren wird der Kostenanstieg auf den jeweils geltenden Veränderungswert begrenzt.

B) Stellungnahme

Die Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip bei der Finanzierung der Pflegepersonalkosten wird grundsätzlich begrüßt. Darüber hinaus wird auf die Ausführungen zu den Anpassungen des Pflegebudgets nach § 6a unter Artikel 3 Nummer 3 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Es wird auf die entsprechenden Änderungsvorschläge zu den Anpassungen des Pflegebudgets nach § 6a unter Artikel 3 Nummer 3 verwiesen.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 4 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) – § 6c Absatz 2 Satz 6 (Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die geplante Regelung überträgt die Anpassungen des Pflegebudgets nach § 6a auf sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen. In Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip bei der Finanzierung der Pflegepersonalkosten ist bei einer Überschreitung der vereinbarten Pflegepersonalkosten kein Ausgleich von Mehrkosten vorgesehen.

B) Stellungnahme

Hinsichtlich der Stellungnahme wird auf die Ausführungen zu den Anpassungen des Pflegebudgets nach § 6a unter Artikel 3 Nummer 3 Buchstaben a) und b) verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Es wird auf die entsprechenden Änderungsvorschläge zu den Anpassungen des Pflegebudgets nach § 6a unter Artikel 3 Nummer 3 Buchstaben a) und b) verwiesen.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 4 Buchstabe b) – § 6c Absatz 3 Satz 4 (Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die geplante Regelung stellt eine Folgeänderung der Neufassung des § 9 Absatz 1b dar. Künftig ist vorgesehen, dass der Anstieg des Gesamtvolumens für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen grundsätzlich durch den nach den neuen Vorgaben des § 9 Absatz 1b ermittelten Veränderungswert begrenzt wird. Eine Überschreitung des Gesamtvolumens ist künftig nur zulässig, sofern diese durch Veränderungen der vereinbarten voraussichtlichen zu erbringenden stationären Leistungen der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung bedingt ist.

Zugleich handelt es sich um eine Folgeänderung im Zusammenhang mit den Anpassungen des Pflegebudgets. Die Selbstkostendeckung bei der Finanzierung der Pflegepersonalkosten wird auch bei sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen aufgehoben, sodass der Anstieg des Gesamtvolumens nicht mehr über den Veränderungswert hinaus zur Finanzierung von Pflegepersonalkosten verwendet werden darf.

B) Stellungnahme

Die Begrenzung des Gesamtvolumens wird grundsätzlich begrüßt. Es ist jedoch klarzustellen, dass zusätzliche Leistungen, die zu einer Überschreitung des Gesamtvolumens führen, nur mit ihrem variablen Kostenanteil berücksichtigt werden. Anderenfalls besteht die Gefahr, dass die Begrenzung auf den Veränderungswert über eine Steigerung der Leistungsmenge umgangen wird.

Bezüglich der Tarifrate wird auf die Stellungnahme zu § 9 Absatz 1b unter Nummer 6 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) verwiesen; zum Veränderungswert auf die Stellungnahme zu § 9 Absatz 1b KHEntgG unter Artikel 3 Nummer 6 Buchstabe b).

C) Änderungsvorschlag

In § 6c Absatz 3 wird nach Satz 4 folgender Satz 5 eingefügt:

„**Zusätzliche Leistungen, die zu einer Überschreitung des Gesamtvolumens führen, sind bei der Vereinbarung des Gesamtvolumens nur mit ihrem variablen Kostenanteil zu berücksichtigen.**“

Im Übrigen wird auf die entsprechenden Änderungsvorschläge zu § 9 Absatz 1b unter Artikel 3 Nummer 6 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) und Buchstabe b) verwiesen.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 5 – § 8 Absatz 5a (neu) (Berechnung der Entgelte)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der beabsichtigten Neuregelung handelt es sich um eine Regelung in Folge der Neueinführung der Kurzzeitfallpauschalen gemäß § 17b Absatz 2a (neu) KHG. Der neue Absatz 5a stellt klar, dass die Berechnung der Kurzzeitfallpauschalen ausgeschlossen ist, wenn die Leistung im AOP-Katalog gemäß § 115b SGB V enthalten ist. Näheres dazu haben die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 KHG zu regeln.

B) Stellungnahme

Die Ergänzung in Folge der Einführung der Kurzzeitfallpauschalen ist grundsätzlich sachgerecht und notwendig, bedarf aber einer kleineren Anpassung. Kurzzeitfallpauschalen sollen als neues Vergütungsinstrument für noch nicht vollständig ambulantisierte Kurzliegerfälle in Krankenhäusern eingeführt werden, mit dem Ziel über den Anreiz zur Verweildauerreduzierung weiteres Ambulantisierungspotenzial in den Krankenhäusern zu heben. Das Ambulante Operieren im Krankenhaus gemäß § 115b SGB V hingegen lässt Krankenhäuser zur Leistungserbringung ausgewählter, bereits ambulantisierter Operationen und stationsersetzender Behandlungen zu. Um Doppelvergütung und damit Ausgabensteigerungen für die GKV zu verhindern, ist eine Klarstellung wichtig, dass die Berechnung von Kurzzeitfallpauschalen ausgeschlossen ist, wenn die Leistung im AOP-Katalog enthalten und nach § 115b SGB V abrechenbar ist. Derselbe Ausschluss sollte für Fälle gelten, die nach § 115f SGB V abgerechnet werden können.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 3 Nummer 5 wir § 8 Absatz 5a (neu) wie folgt geändert (Änderung in Fettdruck):

„(5a) Die Berechnung der Kurzzeitpauschalen im Sinne des § 17b Absatz 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ist ausgeschlossen, wenn die Leistung in dem Katalog nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch **oder in dem Katalog nach § 115f Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch** enthalten ist **und der Behandlungsfall nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder nach § 115f Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Abrechnung gebracht werden kann**. Näheres regeln die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.“

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 6 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa) – § 9 Absatz 1 Nummer 3 (Vereinbarung auf Bundesebene)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung des § 9 Absatz 1 Nummer 3 werden die Vertragsparteien auf Bundesebene verpflichtet, die bestehenden Abrechnungsbestimmungen für die Entgelte nach den Nummern 1, 2 und 2a einschließlich der Regelungen über Zu- und Abschläge zu überprüfen. Bis spätestens zum 30.06.2027 ist insbesondere zu prüfen, inwieweit eine Erweiterung der bestehenden Regelungen zur Fallzusammenführung wirtschaftlich geboten und medizinisch vertretbar ist. Die Gesetzesbegründung stellt klar, dass hierbei sowohl Effizienzpotenziale – unter anderem auf Grundlage der Reformempfehlung Nummer 30 der FinanzKommission Gesundheit – als auch der bürokratische Aufwand und die Sicherstellung der stationären Versorgungsqualität zu berücksichtigen sind. Auf dieser Grundlage können die Vertragsparteien eine Anpassung der einschlägigen Regelungen der Fallpauschalenvereinbarung mit Wirkung ab dem Jahr 2028 vornehmen. Die Regelung ist gemäß § 9 Absatz 2 schiedsstellenfähig (Termin: 31.10.2027)

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt ausdrücklich die gesetzliche Klarstellung und den Prüfauftrag zur Weiterentwicklung der Regelungen zur Fallzusammenführung.

Die derzeitigen Regelungen zur Fallzusammenführung sind aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung übermäßig komplex, fragmentiert und bürokratisch ausgestaltet. Diese kleinteiligen Regelungen führen in der Praxis zu erheblichem Abrechnungs-, Prüf- und Streitaufwand bei Krankenhäusern, Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst und binden personelle Ressourcen, die der unmittelbaren Patientenversorgung entzogen werden.

Die vom Gesetzgeber aufgegriffene Einschätzung der FinanzKommission Gesundheit, wonach durch eine erweiterte und pauschalierte Fallzusammenführung ein erhebliches Einsparpotenzial besteht, ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nachvollziehbar und sachgerecht.

Eine indikations- und sachgerechte Zusammenfassung medizinisch zusammenhängender stationärer Aufenthalte kann Fehlanreize im DRG-System abbauen, Doppelfinanzierungen verhindern und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung verbessern, ohne die Versorgungsqualität zu beeinträchtigen.

Positiv hervorzuheben ist, dass der gesetzliche Prüfauftrag ausdrücklich an die Voraussetzung der medizinischen Vertretbarkeit geknüpft ist. Eine Neuregelung der Fallzusammenführung darf nicht dazu führen, dass medizinisch etablierte Versorgungsregime unterlaufen oder Patientinnen und Patienten – insbesondere chronisch kranke, komplexe oder multimorbide Personen – inadäquat versorgt werden.

Die gesetzliche Vorgabe stellt damit sicher, dass die Weiterentwicklung der Regelungen nicht allein fiskalisch, sondern qualitäts- und versorgungsorientiert erfolgt.

Insgesamt trägt die Neuregelung dazu bei, die Fallzusammenführung systematischer, transparenter und deutlich weniger bürokratisch auszugestalten und zugleich die notwendige Qualitätssicherung zu gewährleisten.

Der GKV-Spitzenverband regt an, den gesetzlichen Prüfauftrag in § 9 Absatz 1 Nummer 3 klar auf eine Vereinfachung, Vereinheitlichung und weitgehende Pauschalierung der Regelungen zur Fallzusammenführung auszurichten und dies im Gesetzestext ausdrücklich zu verankern. Die neuen Kurzzeitfallpauschale nach §17b Absatz 2a (neu) müssen berücksichtigt.

Entsprechend der Reformempfehlung Nummer 30 der FinanzKommission Gesundheit sollte eine bürokratiearme, pauschale Fallzusammenführung von Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen vorgesehen werden, unabhängig davon,

- ob die Wiederaufnahme im gleichen oder in einem anderen Krankenhaus,
- MDC-unabhängig sowie
- unter Einbeziehung von Verlegungen erfolgt.

Dies entspricht den Empfehlungen der FinanzKommission Gesundheit zur Reduktion von Umgehungsstrategien, zur Entlastung administrativer Prozesse und zur Verbesserung der Versorgungsanreize.

Damit würde der gesetzgeberische Wille eindeutig auf Effizienz, Transparenz, Bürokratieabbau und Qualitätssicherung ausgerichtet und den Vertragsparteien ein klarer Handlungsrahmen für eine tragfähige Neuregelung ab dem Jahr 2028 vorgegeben.

C) Änderungsvorschlag

§ 9 Absatz 1 Nummer 3 wird wie folgt geändert:

„[…] die Abrechnungsbestimmungen für die Entgelte nach den Nummern 1, 2 und 2a sowie die Regelungen über Zu- und Abschläge; die Vertragsparteien prüfen bis zum 30. Juni 2027, inwieweit **eine vereinfachte, systematisch konsolidierte und weitgehend pauschalierte Ausgestaltung der Regelungen zur Fallzusammenführung wirtschaftlich geboten und medizinisch vertretbar ist. Hierbei ist eine pauschale Zusammenführung von Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach der Indexaufnahme – unabhängig vom Krankenhaus, der MDC-Kategorie sowie unter Einbeziehung von Verlegungen – anzustreben. Die Regelung nach § 17b Absatz 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (Kurzzeitfallpauschalen) sind zu berücksichtigen.“**

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 6 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) – § 9 Absatz 1 Nummer 7 (Vereinbarung auf Bundesebene)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vertragsparteien vereinbaren auch künftig eine Erhöhungsrate für Tariferhöhungen und eine anteilige Erhöhungsrate. Ab dem Jahr 2026 werden bei der Berechnung 50 Prozent des Unterschieds zwischen dem Veränderungswert und der Tarifrate berücksichtigt.

Zudem wird in Folge der Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip zukünftig das Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen in die anteilige Tarifrefinanzierung einbezogen, die auch für die übrigen Beschäftigten im Krankenhaus gilt. Die Vereinbarung der Erhöhungsrate für Tariferhöhungen und der anteiligen Erhöhungsrate kann daher zukünftig ohne die bisherigen Vorgaben bezüglich einer gesonderten Berücksichtigung des Pflegepersonals erfolgen.

B) Stellungnahme

Die Regelung der zusätzlichen Tarifrefinanzierung im Krankenhausbereich, auch wenn sie nun hälftig angelegt ist, wird seitens des GKV-Spitzenverbandes abgelehnt. Bereits ab dem Jahr 2026 ist die Regelung wie von der Finanzkommission Gesundheit vorgeschlagen komplett zu streichen.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist eine grundlegende Neuordnung der Tarifrefinanzierung zwingend erforderlich, um erhebliche systemische Fehlsteuerungen und gravierende Belastungen der Beitragszahlenden zu beseitigen. Der Bericht der FinanzKommission Gesundheit vom 30.03.2026 hat die aktuellen Defizite der bestehenden Finanzierungssystematik beschrieben. Das Hauptproblem liegt in einer strukturellen Doppelfinanzierung zulasten der GKV. Nach der aktuellen Rechtslage werden Tarifsteigerungen im Krankenhausbereich mehrfach und zeitversetzt im System berücksichtigt:

- Der Orientierungswert (bzw. der Teilorientierungswert für Personalkosten) misst die allgemeine Entwicklung der Personalkosten im Krankenhaussektor. Er fließt regulär in den Veränderungswert ein, der wiederum die Obergrenze für die Entwicklung der Landesbasisfallwerte bildet. Tarifsteigerungen erhöhen somit zeitversetzt die allgemeine Vergütungsbasis (die Fallpauschalen).
- Durch die Regelung der Tarifrate kommt es aufgrund eines falschen Bezugspunktes zu einer Doppelfinanzierung. Folgendes zur Erläuterung: Mit der Tarifrate sollen Tarifsteigerungen, die oberhalb der bereits berücksichtigten Personalkostensteigerungen liegen, refinanziert werden. Als Bezugspunkt zur Berechnung der Tarifrate wird bislang der Veränderungswert, der nun im Jahr 2026 dem Orientierungswert in Höhe von 2,98 Prozent entspricht, angesetzt. In diesem Orientierungswert in Höhe von 2,98 Prozent werden aber neben Sachkostensteigerungen (1,78 Prozent) bereits Personalkostensteigerungen in Höhe von 4,07 Prozent berücksichtigt. Diese dem Orientierungswert zu Grunde liegenden Werte wurden vom Statistischen Bundesamt mit dem Orientierungswert am 30.09.2025 veröffentlicht. Die bereits im Orientierungswert enthaltenen Personalkostensteigerungen von 4,07 Prozent werden bei der Ermittlung der Tarifrate nicht angerechnet. Somit werden die Personalkostensteigerungen zwischen dem neuen Veränderungswert (2,98 Prozent) und dem Teilorientierungswert Personalkosten (4,07 Prozent) doppelt finanziert.

- Die anteilige Tariferhöhungsrate wirkt zudem in der Basis und erhöht die Landesbasisfallwerte dauerhaft auch für die Zukunft. Da die Tarifsteigerungen über den Orientierungswert ohnehin zeitversetzt in die Landesbasisfallwerte einfließen, führt eine basiswirksame Tarifrate dazu, dass die GKV dieselbe Tarifsteigerung zweimal bezahlt.

Zudem hat die Regelung weitreichende Folgen für die zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern stattfindenden Tarifverhandlungen. Die Arbeitgeber verlieren durch die Möglichkeit der vollständigen Weiterreichung der Kostensteigerungen das Interesse, angemessene Tarifabschlüsse zu vereinbaren. Hohe Tarifsteigerungen und damit hohe Kostensteigerungen sind die Folge. Die Erfahrungen aus dem Pflegebudget zeigen, dass hohe jährliche Steigerungsraten im Personalkostenbereich zu erwarten sind, wenn die Kosten 1:1 refinanziert werden. Die komplette Streichung der zusätzlichen Tarifrefinanzierung wurde richtigerweise auch von der FinanzKommission Gesundheit vorgeschlagen. Nur so können die außergewöhnlich hohen Ausgabensteigerungen im Krankenhausbereich effektiv begrenzt werden.

Hilfsweise: Neuordnung der Tarifrefinanzierung im KHEntgG

Falls keine komplette Streichung der Tarifrate umgesetzt wird, sollten hilfsweise folgende Anpassungen erfolgen:

Grundsätzlich werden die im Orientierungswert vom statistischen Bundesamt gemessenen Personalkostensteigerungen als die ausschlaggebende Größe für die Tarifrefinanzierung herangezogen. Somit sind die Tarifsteigerungen in der Regel bereits über den Landesbasisfallwert abgedeckt. Da diese Berücksichtigung in den Landesbasisfallwerte etwas zeitversetzt ist, sollte bei hohen Tarifsteigerungen zudem ein zeitlich auf ein Jahr befristeter Zuschlag ermittelt werden können.

- Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren hierzu bei Bedarf einen befristeten bundesweit geltenden hälftigen Tarifrefinanzierungszuschlag. Die Höhe dieses Zuschlags bemisst sich an der hälftigen Differenz zwischen der durchschnittlichen Tarifwirkung der Tarifabschlüsse für das Krankenhauspersonal und des für das Jahr angesetzten Teilorientierungswert für Personalkosten. Der vereinbarte Zuschlag ist zeitlich auf ein Jahr befristet, bis die zugrunde liegende Tarifkostensteigerung vollständig in den Teilorientierungswert für Personalkosten eingegangen ist. Damit wird sichergestellt, dass Krankenhäuser bei extremen Tarifsprüngen nicht in Liquiditätsengpässe geraten.

C) Änderungsvorschlag

Streichung des § 9 Absatz 1 Nummer 7.

Zudem:

- Streichung des § 10 Absatz 5
- Streichung § 6 Absatz 3 Satz 5
- Streichung § 9 Absatz 2 Satz 4

Hilfsweise:

Personalkostenorientierungswert als Basis:

§ 10 Absatz 5 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Bezogen auf die Personalkosten werden für den Pflegedienst sowie für den übrigen nichtärztlichen Personalbereich und für den ärztlichen Personalbereich jeweils 50 Prozent des Unterschieds zwischen dem ~~Veränderungswert~~ **vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Teilorientierungswert für Personalkosten** und der Tarifrate berücksichtigt."

§ 10 Absatz 5 Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„[…]; die Erhöhungsrate nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 ist in Höhe des Unterschieds zwischen dem ~~in § 9 Absatz 1b Satz 1 genannten Veränderungswert~~ **vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Teilorientierungswert für Personalkosten** und der in Satz 3 genannten Tarifrate zu vereinbaren."

Anpassung zu einem zeitlich befristeten Zuschlag:

§ 10 Absatz 5 Satz 1 wird wie folgt gefasst (Änderungen in Fettdruck):

(5) Bei der Vereinbarung des Basisfallwerts sind erstmals für das Jahr ~~**2024**~~ **2026** nach Maßgabe der folgenden Sätze Tariferhöhungen für Löhne und Gehälter über den Veränderungswert nach Absatz 4 Satz 1 **als auf ein Jahr befristeter Zuschlag** hinaus zu berücksichtigen~~**; eine Erhöhung wirkt als Basiserhöhung auch für die Folgejahre**~~.

§ 6 Absatz 3 Satz 5 ist entsprechend anzupassen.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 6 Buchstabe a) Doppelbuchstabe cc) – § 9 Absatz 1 Nummer 10 Buchstaben i) und j) (Vereinbarung auf Bundesebene)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung in Folge der Einfügung der Kurzzeitfallpauschalen unter Nummer 11.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Folgeänderung wird zur Kenntnis genommen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 6 Buchstabe a) Doppelbuchstabe dd) – § 9 Absatz 1 Nummer 11 (neu) (Vereinbarung auf Bundesebene)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht in Folge der Einführung von Kurzzeitfallpauschalen gemäß § 17b Absatz 2a (neu) KHG eine Erweiterung der Vereinbarung auf Bundesebene um Regelungen zur Mengenbegrenzung des Leistungsvolumens von Kurzzeitfallpauschalen eines Krankenhauses sowie zu Folgen bei Überschreitung der vereinbarten Begrenzung vor. Konkret haben die Vertragsparteien von der Bundesebene mit Wirkung für die Vertragsparteien der Ortsebene bis zum 30.09.2027 Vorgaben zur Begrenzung von Fallzahlausweitungen für über Kurzzeitfallpauschalen zu vergütende Behandlungsfälle zu vereinbaren, damit von Krankenhäusern ambulant zu erbringende Leistungen nicht über Kurzzeitfallpauschalen rehospitalisiert werden. Des Weiteren haben die Vertragsparteien von der Bundesebene mit Wirkung für die Vertragsparteien der Ortsebene Folgen für Krankenhäuser zu vereinbaren, die entgegen den Regelungen zur Begrenzung eine Fallzahlausweitung vornehmen und die vereinbarte Begrenzung nicht einhalten.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Erweiterung der Vereinbarung auf Bundesebene um Regelungen zur Begrenzung von Fallzahlausweitungen für Kurzzeitfallpauschalen wird ausdrücklich begrüßt. Kurzzeitfallpauschalen werden vom Gesetzgeber eingeführt, um das bestehenden Ambulantisierungspotenzial im Kurzliegerbereich von Krankenhäusern zu heben und über Verweildauerreduzierungen in diesem Bereich Einspareffekte für die GKV-Versichertengemeinschaft zu realisieren. Um dieses Ziel zu erreichen, sind effektive Regelungen zur Mengenbegrenzung von Kurzzeitfallpauschalen essenziell. Das neue Vergütungsinstrument ist auf bislang vollstationäre Behandlungsfälle mit kurzer Behandlungsdauer ausgerichtet. Eine Rehospitalisierung von bereits ambulantisierten Leistungen aus den Regelungen nach § 115b SGB V (AOP) und § 115f SGB V (Hybrid-DRG) in die neuen Kurzzeitfallpauschalen sowie eine angebotsinduzierte Leistungsausweitung im Bereich der Kurzzeitfallpauschalen darf es nicht geben. Das würde das gesetzgeberische Einsparziel konterkarieren.

Vor diesem Hintergrund sind auch die vorgesehenen Regelungen zu Folgen bei Nichteinhaltung der vereinbarten Mengenbegrenzung sowie wie bei Fallausweitung sachgerecht und notwendig. Der GKV-Spitzenverband plädiert dafür, kongruent zum Wortlaut der Begründung den im Referentenentwurf enthaltenen eindeutigen Begriff der „Mengenbegrenzung“ im Gesetzentwurf wieder aufzunehmen.

C) Änderungsvorschlag

§ 9 Absatz 1 Nummer 11 Buchstabe b) wird wie folgt geändert:

„b) die Folgen einer Überschreitung der nach Buchstabe a festgelegten **MengenbB**egrenzung.“

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 6 Buchstabe b) – § 9 Absatz 1b (Vereinbarung auf Bundesebene)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorgaben für die Vereinbarung des Veränderungswerts, der die Obergrenze für den Anstieg insbesondere der Landesbasisfallwerte darstellt, werden geändert.

Ist der vom Statistischen Bundesamt ermittelte Orientierungswert höher als die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V, haben die Vertragsparteien auf Bundesebene den Veränderungswert in Höhe der Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V zu vereinbaren. Ist der vom Statistischen Bundesamt ermittelte Orientierungswert geringer als die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V, haben die Vertragsparteien den Veränderungswert in Höhe des Orientierungswerts zu vereinbaren.

Auch wenn in beiden Fällen kein Verhandlungsspielraum für die Vertragsparteien auf Bundesebene besteht, wird eine Vereinbarung vorgesehen, damit unabhängig von der Höhe des Orientierungswerts und der Veränderungsrate in jedem Jahr eine Vereinbarung geschlossen und insoweit Rechtsklarheit für die Rechtsanwender hinsichtlich der geltenden Obergrenze geschaffen wird.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Änderungsvorschläge im Rahmen der Vereinbarung des Veränderungswertes ausdrücklich. Sie entsprechen langjährigen Forderungen des GKV-Spitzenverbandes. Die Änderungen sind notwendig, um die überdurchschnittlichen Ausgabensteigerungen im Krankenhausbereich zu dämpfen.

Die Rückkehr zu einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik bedeutet im Krankenhausbereich, dass der für die Preissteigerungen maßgebliche Veränderungswert maximal der Veränderungsrate (Grundlohnrate) entspricht, auch wenn der Orientierungswert höher liegt. Zudem wird im Rahmen dieser vorgeschlagenen Änderung die Streichung der Meistbegünstigungsklausel bei der jährlichen Vereinbarung des Veränderungswertes umgesetzt. Folge der Klausel war bisher eine Überfinanzierung, wenn die tatsächlichen Kosten (Orientierungswert) geringer sind als die Grundlohnrate.

In den vergangenen Jahren haben die Regelungen zu nicht sachgemäßen Steigerungen der Landesbasisfallwerte und damit zu deutlichen Mehrbelastungen der GKV geführt. Die nun im Gesetzentwurf avisierten Änderungen wurden richtigerweise auch von der FinanzKommission Gesundheit vorgeschlagen.

Um eine Einnahmeorientierung im Jahr 2027 im Krankenhausbereich tatsächlich umzusetzen, müssten aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes aber noch zwingend folgende drei Anpassungen erfolgen:

1. Streichung der zusätzlichen Tariferhöhungsrate (Doppelfinanzierung), wie von der FinanzKommission Gesundheit vorgeschlagen: Ein wesentlicher Punkt ist, dass die Abschaffung der Meistbegünstigungsklausel einhergehen muss mit einer Abschaffung der zusätzlichen Tarifrefinanzierung – es gilt: Je niedriger der Veränderungswert, desto stärker wirkt die „zusätzliche Tarifrefinanzierung“.

2. Die in § 10 Absatz 1 Satz 8 festgelegten Basisberichtigung für 2027 in Höhe von 1,14 Prozent muss gestrichen werden.
3. Die vom Gesetzgeber richtig adressierten Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung betreffen die wesentliche Ausgabenkomponente, nämlich den Preis (Landesbasisfallwert). Die zweite Komponente („Leistungsmenge“) wird noch nicht berücksichtigt: Die jährlichen Mengensteigerungen belaufen sich momentan auf ca. 1 Prozent jährlichen Casemixanstieg im stationären Bereich. Es bedarf einer entsprechenden preissenkende Berücksichtigung, um eine Einnahmeorientierung sicherzustellen.

Ohne eine entsprechende Anpassung werden allein aufgrund dieser beiden Faktoren die Ausgabensteigerungen im Krankenhausbereich in 2027 (und in den Folgejahren) über der Einnahmeseite liegen.

C) Änderungsvorschlag

Neben den bereits im Gesetzentwurf vorgesehenen Änderungen bedarf es folgender Anpassungen:

1. Streichung der zusätzlichen Tariferhöhungsrate (Doppelfinanzierung); Vergleiche Stellungnahme zu Artikel 3 Nummer 6a Buchstabe bb)

2. Basisberichtigung für 2027:

   - Streichung des § 10 Absatz 1 Satz 8 KHEntgG.
   - Streichung des § 6 Absatz 3 Satz 9 KHEntgG
   - Streichung des § 3 Absatz 3 Satz 3, 2. Halbsatz BPflV

3. Absenkende Berücksichtigung der jährlichen Mengensteigerungen im Rahmen der Vereinbarung des Veränderungswertes (§ 9 Absatz 1b).

   Alternativ ließe sich mit Verweis auf den ergänzenden Änderungsbedarf („Effizienzreserven heben“) auch eine Berücksichtigung über die jährliche Normierung des DRG-Systems umsetzen.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 7 Buchstabe a) – § 10 Absatz 1 Satz 7 (Vereinbarung auf Landesebene)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Klarstellung zur Gewährleistung, dass die Effekte sinkender Bewertungsrelationen durch Kurzzeitfallpauschalen nicht erhöhend bei der Vereinbarung der Landesbasisfallwerte berücksichtigt werden, sondern resultierende Einsparungen zugunsten der Kostenträger realisiert werden.

B) Stellungnahme

Mit der Regelung sollen im Rahmen der Vereinbarung der Landesbasisfallwerte aufgrund der Einführung von Kurzzeitfallpauschalen entstehende mögliche Effekte nicht zu einer Erhöhung der Landesbasisfallwerte führen. Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt.

Eine gleichlautende Regelung wird dringend auch für die Ausgliederung der Fälle aufgrund der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen benötigt. Bei der Ausgliederung dieser Fälle handelt es sich nicht um einen technisch bedingten Katalogeffekt, sondern um die Verlagerung in einen anderen Vergütungsbereich. Eine Verlagerung in einen anderen Vergütungsbereich darf nicht zu einer Veränderung der Landesbasisfallwerte führen.

C) Änderungsvorschlag

§ 10 wird wie folgt geändert:

In Absatz 4 Satz 7 werden nach „aus § 115f“ die Wörter „**und 115g**“ eingefügt.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 7 Buchstabe b) – § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 (Vereinbarung auf Landesebene)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Änderung des § 9 Absatz 1b.

B) Stellungnahme

keine

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 7 Buchstabe c) – § 10 Absatz 4 (Vereinbarung auf Landesebene)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zu Doppelbuchstabe aa:

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 9 Absatz 1b. Es wird vorgesehen, dass die Veränderung des Basisfallwerts zukünftig durch den gemäß den neuen Vor-gaben des § 9 Absatz 1b ermittelten Veränderungswert begrenzt wird.

Zu Doppelbuchstabe bb:

Es handelt sich um eine Klarstellung zur Gewährleistung, dass die Effekte sinkender Bewertungsrelationen durch Kurzzeitfallpauschalen nicht erhöhend bei der Vereinbarung der Landesbasisfallwerte berücksichtigt werden, sondern resultierende Einsparungen zugunsten der Kostenträger realisiert werden.

B) Stellungnahme

Die Regelungen sind sachgerecht und werden begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 7 Buchstabe d) – § 10 Absatz 5 (Vereinbarung auf Landesebene)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige vollständige Finanzierung von Tarifsteigerungen, die oberhalb des Veränderungswerts liegen, wird ab dem Jahr 2026 auf eine anteilige Finanzierung reduziert. Da diese anteilige Tarifrefinanzierung der Höhe nach auch für das Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen gilt, ist die bisherige Differenzierung des Pflegepersonals nicht mehr erforderlich.

B) Stellungnahme

Die Regelung der zusätzlichen Tarifrefinanzierung im Krankenhausbereich, auch wenn sie nun hälftig angelegt ist, wird seitens des GKV-Spitzenverbandes abgelehnt. Bereits ab dem Jahr 2026 ist die Regelung wie von der Finanzkommission Gesundheit vorgeschlagen komplett zu streichen.

Vergleiche hierzu die Ausführungen zu Artikel 3 Nummer 6 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb).

C) Änderungsvorschlag

Streichung des § 10 Absatz 5.

Zudem: Vergleiche Änderungen gemäß Artikel 3 Nummer 6 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb)

Hilfsweise:

Personalkostenorientierungswert als Basis:

§ 10 Absatz 5 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Bezogen auf die Personalkosten werden für den Pflegedienst sowie für den übrigen nichtärztlichen Personalbereich und für den ärztlichen Personalbereich jeweils 50 Prozent des Unterschieds zwischen dem ~~Veränderungswert~~ **vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Teilorientierungswert für Personalkosten** und der Tarifrate berücksichtigt.“

§ 10 Absatz 5 Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„[…]; die Erhöhungsrate nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 ist in Höhe des Unterschieds zwischen dem ~~in § 9 Absatz 1b Satz 1 genannten Veränderungswert~~ **vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Teilorientierungswert für Personalkosten** und der in Satz 3 genannten Tarifrate zu vereinbaren.“

Zudem: Vergleiche Änderungen gemäß Artikel 3 Nummer 6 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb)

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 7 Buchstabe e) – § 10 Absatz 6 (Vereinbarung auf Landesebene)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorgabe, dass das Statistische Bundesamt den Orientierungswert ohne die Kostenentwicklung des Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen ermittelt, wird gestrichen. Auch der Anstieg des Pflegebudgets wird zukünftig durch den Veränderungswert begrenzt. Daher ist es sachgerecht, dass der Orientierungswert, der der Vereinbarung des Veränderungswerts zu Grunde liegt, sofern der Orientierungswert die Grundlohnrate unterschreitet, zukünftig auch die Kostenentwicklung des Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen umfasst.

B) Stellungnahme

Die Anpassung der Berechnung des Orientierungswertes unter Berücksichtigung der Pflegepersonalkostensteigerungen ist nachvollziehbar. Wie in der Stellungnahme unter dem „Artikel 3 Nummer 3 Buchstabe a und b“ dargelegt wäre aber aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes die von der FinanzKommission Gesundheit vorgeschlagene Wiedereingliederung der Pflegepersonalkosten unter gleichzeitiger Schaffung eines Leistungsgebundenen Pflegebudgets notwendig.

C) Änderungsvorschlag

Vergleiche Änderungsvorschlag zu Artikel 3 Nummer 3 Buchstaben a) und b).

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 8 – § 11 Absatz 4 Satz 1 (Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Streichung des Nachweises ist wahrscheinlich ein redaktionelles Versehen. Nur bei einer vollständigen Streichung der Tarifrate (§ 9 Absatz 1 Nummer 7), wie sie im Referentenentwurf vorgesehen war, wäre diese Streichung des Nachweises sachgerecht.

B) Stellungnahme

Die Änderung wird vor dem Hintergrund der in diesem Gesetzentwurf angedachten Beibehaltung der Tarifrate abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der Änderung.

Artikel 4 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 1 – § 17a Absatz 3 Satz 4 (Finanzierung von Ausbildungskosten)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige Regelung, dass die Ausbildungsbudget nicht durch den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b KHEntgG begrenzt werden, bleibt bestehen.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist abzulehnen, da der Grundsatz der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik durch die Änderung erneut unterlaufen wird. Auch für die Ausbildungsbudgets muss gelten, dass die Steigerung der Ausgaben durch den Veränderungswert begrenzt wird.

C) Änderungsvorschlag

In § 17 a Absatz 3 Satz 4 wird das Wort „~~nicht~~“ gestrichen.

Artikel 4 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 2 Buchstabe a) – § 17b Absatz 2 Satz 1 (Einführung DRG-Entgeltsystem)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung der Kurzzeitfallpauschalen gemäß des neuen § 17b Absatz 2a, die vorsieht, dass die neuen Regelungen nach Absatz 2a bei der jährlichen Weiterentwicklung und Anpassung des DRG-Vergütungssystems zugrunde zu legen sind.

B) Stellungnahme

Die Folgeänderung ist sachgerecht und wird begrüßt. Die neu einzuführenden Kurzzeitfallpauschalen sind im Gesetzentwurf als Bestandteil des DRG-Vergütungssystems angelegt und müssen als solcher auch bei dessen jährlicher Weiterentwicklung und Anpassung berücksichtigt und zugrunde gelegt werden.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 4 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 2 Buchstabe b) – § 17b Absatz 2a (neu) (Einführung DRG-Entgeltsystem)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der vorgesehenen Neuregelung soll das DRG-System weiterentwickelt und sollen sogenannte Kurzzeitfallpauschalen als neues Vergütungsinstrument der Krankenhausfinanzierung eingeführt werden. Die neuen Kurzzeitfallpauschalen sollen für stationäre Behandlungsfälle mit einer Behandlungsdauer von bis zu drei Kalendertagen und maximal zwei Übernachtungen gelten. Innerhalb dieses Rahmens sollen Fälle unabhängig ihrer tatsächlichen Verweildauer mit den neuen Kurzzeitfallpauschalen vergütet werden; eine untere Grenzverweildauer ist nicht vorgesehen. Die Kurzzeitfallpauschalen sollen erstmalig für das Jahr 2028 kalkuliert und im Entgeltkatalog 2028 ausgewiesen werden und wirken. Für die Einführung der Kurzzeitfallpauschalen hat das InEK bis zum 31.03.2027 ein Konzept für geeignete Fallgruppen sowie eine gesonderte Kalkulation von Bewertungsrelationen zu erarbeiten; auf dessen Grundlage haben die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 bis zum 30.04.2027 eine Vereinbarung zu schließen. Der Auftrag der Neuregelung an die Vertragsparteien umfasst auch die jährliche Weiterentwicklung und Anpassung der Kurzzeitfallpauschalen kongruent zum DRG-System gemäß § 17b Absatz 2. Dabei haben die Vertragsparteien auch sicherzustellen, dass Kostensenkungen, die sich bei der jährlichen Kalkulation der Kurzzeitfallpauschalen ergeben, auch zu einer Absenkung der Bewertungsrelationen der Kurzzeitfallpauschalen sowie im Ergebnis zu einer Absenkung der Summe der für die Kurzzeitfallpauschalen insgesamt vereinbarten Bewertungsrelationen (Gesamt-Case-Mixes der Kurzzeitfallpauschalen) führen. Im Rahmen der Weiterentwicklung haben die Vertragsparteien zu prüfen, wie viele und welche der über Kurzzeitfallpauschalen vergüteten Fälle ambulant erbracht werden können sowie ob eine Überführung in den AOP-Katalog gemäß § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V sachgerecht ist. Des Weiteren haben die Vertragsparteien zu überprüfen, ob und inwieweit Fälle, die über Kurzzeitfallpauschalen vergütet werden, auch über die spezielle sektorengleiche Vergütung gemäß § 115f SGB V (Hybrid-DRG) abgerechnet werden können. Die Neuregelung sieht auch eine Evaluation der Einführung des neuen Vergütungsinstruments der Kurzzeitfallpauschalen vor. So haben die Vertragsparteien dem BMG alle zwei Jahre, erstmals bis zum 31.12.2030, einen gemeinsamen Evaluationsbericht über die Auswirkungen der Kurzzeitfallpauschalen auf die Versorgung vorzulegen; das InEK hat hierfür die erforderlichen Auswertungen vorzunehmen.

B) Stellungnahme

Die Weiterentwicklung des DRG-Systems und die Einführung der Kurzzeitfallpauschalen als neues Vergütungsinstrument für kurzstationäre Fälle mit dem Ziel, die Ambulantisierung in diesem Bereich weiter voranzutreiben, wird ausdrücklich begrüßt. Denn im Bereich der Kurzliegerfälle von Krankenhäusern mit einer Verweildauer bis zu drei Kalendertagen besteht weiterhin ein großes Ambulantisierungspotenzial. Im Jahr 2024 gab es ca. 6,1 Mio. vollstationäre Fälle in diesem Verweildauersegment. Im bisherigen DRG-System werden diese Fälle mit den aDRG derzeit noch hoch vergütet. Gleichzeitig legen diverse wissenschaftliche Studien zum Ambulantisierungspotenzial in Deutschland nahe, dass mit zunehmendem technologischem Fortschritt eine weitere Reduzierung der Verweildauer möglich ist und Behandlungsfälle im Kurzliegerbereich zunehmend ambulant behandelt werden können. Eine sofortige Überführung von Kurzliegerfällen in die Vergütungsregelung der Hybrid-DRG nach § 115f SGB V scheitert jedoch derzeit meist an der sektorengleichen Vergütung und

Abrechnungsmöglichkeit für Krankenhäuser und vertragsärztliche Leistungserbringer. Viele dieser Behandlungsfälle benötigen derzeit noch die besonderen Strukturen von Krankenhäusern. Es ist fraglich, ob es derzeit bereits ein sektorengleiches Fall- und Leistungsäquivalent zu diesen Behandlungsfällen im vertragsärztlichen Bereich gibt. Um dennoch eine sukzessive Verweildauerreduzierung und Ambulantisierung von Kurzliegerfällen von Krankenhäusern zu incentivieren, können die neu einzuführenden Kurzzeitfallpauschalen eine geeignete Weiterentwicklung des DRG-Systems darstellen. Insofern wird der gesetzte Rahmen der Neuregelung von kurzstationären Behandlungsfällen mit einer Behandlungsdauer von bis zu drei Kalendertagen und maximal zwei Übernachtungen ausdrücklich begrüßt. Die pauschale Vergütung der Kurzliegerfälle unabhängig der tatsächlichen Verweildauer und der bewusste Verzicht auf eine untere Grenzverweildauer stellen eine wirksame Förderung der weiteren Ambulantisierung im Bereich der Kurzliegerfälle dar. Damit wird seitens des Gesetzgebers ein deutlicher Anreiz zur Verweildauerkürzung gesetzt.

Voraussetzung für eine tatsächliche finanzielle Entlastung der GKV durch die Einführung der Kurzzeitfallpauschalen ist die konsequente Weitergabe von Effizienzgewinnen und Kostensenkungen an die Versichertengemeinschaft und eine Verhinderung von Fallzahlausweitungen. Nur wenn die durch verkürzte Verweildauern und optimierte Behandlungsprozesse erzielten Einsparungen nicht einseitig bei den Krankenhäusern verbleiben und die Krankenhäuser nicht unsachgemäß den Bereich der Kurzzeitfallpauschalen ausweiten über den Umfang ihrer bisherigen Kurzliegerfälle hinaus, können die angestrebten Steuerungswirkungen und Einspareffekte für die GKV wirksam werden. Vor diesem Hintergrund wird ausdrücklich begrüßt, dass gemäß der vorgesehenen Neuregelung sowohl die Bewertungsrelationen der Kurzzeitfallpauschalen als auch deren Gesamt-Case-Mix im Rahmen einer dynamischen Kalkulation abzusenken sind. Dies stellt sicher, dass die Vergütungssystematik an tatsächliche Kostenentwicklungen angepasst wird und strukturelle Effizienzgewinne nicht zu dauerhaft überhöhten Vergütungen führen. Der Gesetzgeber hebt in seiner Begründung zutreffend hervor, dass durch Verweildauerkürzungen entstehende Kostensenkungen an die Versichertengemeinschaft weiterzugeben sind. Diese Klarstellung ist aus Sicht des GKV-Spitzenverband essenziell für die zielgerichtete und wirksame Umsetzung der Kurzzeitfallpauschalen. Daher sollte dieser zentrale Grundsatz auch verbindlich im Gesetz selbst verankert werden, um eine konsequente Umsetzung sicherzustellen. Zur Vermeidung von Fehlanreizen bedarf es daher einer Klarstellung zur Normierung in Satz 5. In diesem Zusammenhang ist es nur folgerichtig und sachgerecht, dass die Kurzzeitfallpauschalen nach Absatz 2a (neu) von der Aufstellung der Entgelte nach § 17b KHG gemäß der Anlage 1 KHEntgG auf Krankenhausebene umfasst sind. Hier bedarf es im Gesetzentwurf noch einer klarstellenden Ergänzung in § 4 Absatz 1 Satz 1 KHEntgG, dass die Kurzzeitfallpauschalen auch Bestandteil des auf Krankenhausebene zu vereinbarenden Erlösbudgets sind (vgl. Änderungsvorschlag zu § 4 Absatz 1 Satz 1 KHEntgG).

Ein weiterer positiver Aspekt der Neuregelung ist die vorgesehene jährliche Überprüfung und Überführung von ambulantisierten Behandlungsfällen, die über die neuen Kurzzeitfallpauschalen vergütet werden, in den AOP-Katalog gemäß § 115b SGB V. Denn mit sinkender Verweildauer und steigendem Ambulantisierungsgrad der Fälle müssen diese konsequent in eine ambulante Vergütung überführt werden. Andernfalls würden diese Fälle im Kurzliegersegment der Krankenhäuser zementiert werden. Auch der Prüfauftrag zur Frage, ob und inwieweit Behandlungsfälle auch über Hybrid-DRGs gemäß § 115f SGB V vergütet werden können (dies schließt dann die Leistungserbringung durch vertragsärztliche Leistungserbringer mit ein) erscheint sachgerecht. Insgesamt bedarf es vor dem

Hintergrund der Einführung dieses neuen Vergütungsinstruments dringend einer systematischen, zielgerichteten Neuordnung des ambulant-stationären Grenzbereichs, um Abgrenzungsprobleme zwischen der Vielzahl der bereits bestehenden Vergütungsregelungen zu reduzieren und neue Abgrenzungsprobleme zu vermeiden. Die rasche Einführung der Kurzzeitfallpauschalen bereits mit Wirkung für das Jahr 2028 stellt eine zeitlich herausfordernde Aufgabe für die Vertragsparteien dar, ist aber vor dem Hintergrund der notwendigen weiteren Stärkung der Ambulantisierung sowie der in § 115f SGB V vorgesehenen Änderungen sachgerecht.

Der vorsehende Evaluationsauftrag inklusive des Berichtes an das BMG ist sachgerecht und wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

§ 17b Absatz 2a Satz 5 wird wie folgt ergänzt:

„Die Vertragsparteien stellen bei der jährlichen Weiterentwicklung und Anpassung des Vergütungssystems nach Absatz 2 sicher, dass Kostensenkungen, die sich bei der jährlichen Kalkulation der Kurzzeitfallpauschalen zeigen, zu einer Absenkung der Bewertungsrelationen der Kurzzeitfallpauschalen sowie im Ergebnis auch zu einer Absenkung der Summe der für die Kurzzeitfallpauschalen insgesamt vereinbarten Bewertungsrelationen führen **(Normierung)**."

§ 4 Absatz 1 Satz 1 KHEntgG wird wie folgt geändert:

„Das von den Vertragsparteien nach § 11 Absatz 1 zu vereinbarende Erlösbudget umfasst für voll- und teilstationäre Leistungen **sowie für Behandlungsfälle, die mit Kurzzeitfallpauschalen nach § 17b Absatz 2a KHG vergütet werden,** die Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, in den Jahren 2026 und 2027 jeweils einschließlich der sich aus dem bundeseinheitlichen Entgeltkatalog ergebenden Vorhaltebewertungsrelationen, und die Zusatzentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2."

Artikel 4 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 2 Buchstabe c) – § 17b Absatz 3 Satz 4 (Einführung DRG-Entgeltsystem)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgesehene Neuregelung sieht in Folge der Neueinführung von Kurzzeitfallpauschalen nach Absatz 2a (neu) eine Erweiterung des Auftrags an das InEK nach Absatz 3 Satz 4 vor. So hat das InEK das Kalkulationskonzept nach Absatz 3 Satz 4 anzupassen, sofern sich aufgrund der Kalkulation der Kurzzeitfallpauschalen Anpassungsbedarf am Kalkulationskonzept der aG-DRG-Fallpauschalen ergibt.

B) Stellungnahme

Die Folgeänderung ist sachgerecht und wird begrüßt. Die neu einzuführenden Kurzzeitfallpauschalen sind im Gesetzentwurf als Bestandteil des DRG-Vergütungssystems angelegt und müssen als solcher auch bei im Kalkulationskonzept der aG-DRG berücksichtigt werden.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 4 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 2 Buchstabe d) – § 17b Absatz 7 Satz 2 (neu) (Einführung DRG-Entgeltsystem)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung der Kurzzeitfallpauschalen gemäß § 17b Absatz 2a (neu). Die Neuregelung sieht auch für die in Absatz 2a vorgesehenen Vereinbarung der Vertragsparteien zu den Kurzzeitfallpauschalen die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 als Konfliktlösungsmechanismus vor, sollte eine Vereinbarung nicht, nicht vollständig oder nicht fristgerecht zustande kommen. Die Schiedsstelle entscheidet ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von drei Wochen nach Fristende.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung wird begrüßt. Insbesondere wird die automatische Delegation des Vereinbarungsauftrags an die nach § 18a Absatz 6 für eine Entscheidungsfindung innerhalb von drei Wochen nach Fristablauf begrüßt, um eine zeitnahe Festlegung zu den Kurzzeitfallpauschalen sicherzustellen und Planbarkeit für die Leistungserbringer und die Kostenträger zu gewährleisten.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 4 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 3 Buchstabe a) – § 17c Absatz 1 Satz 3 (neu) (Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Statistik)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Änderung hat der MD abrechnungsrelevante Auffälligkeiten, die er im Rahmen einer Prüfung feststellt, unabhängig vom beauftragten Prüfgegenstand, bei seiner Prüfung berücksichtigen. Es ist dabei nicht relevant, ob die Prüfung im schriftlichen Verfahren oder als Vor-Ort-Prüfung durchgeführt wird.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung wird ausdrücklich begrüßt; sie beendet bürokratische Aufwände. Das Einsparvolumen wird GKV-seitig auf ca. 460 Mio. Euro bis 2027 beziffert.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 4 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 3 Buchstabe b) – § 17c Absatz 2 Satz 9 (neu) (Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Statistik)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der vorgesehenen Änderung werden der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) damit beauftragt, im Rahmen der Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) zu prüfen, wie der Falldialog zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern künftig durch geeignete Maßnahmen noch stärker als bisher zum Einsatz kommen kann. Die Vertragsparteien haben ihre Prüfung bis zum 30.06.2027 abzuschließen.

B) Stellungnahme

Die Förderung des Falldialogs zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern wird ausdrücklich begrüßt.

Das weitere Potenzial des Falldialogs hat der GKV-Spitzenverband bereits in seiner Stellungnahme zum KHAG aufgezeigt. Gespräche mit der DKG zu diesem Thema hatten im Rahmen der PrüfvV stattgefunden. Ein zusätzlicher Prüfauftrag sowie eine daraus resultierende zeitlich verzögerte Umsetzung nach dem Jahr 2027 sind aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht erforderlich. Vielmehr kann eine konkrete gesetzliche Änderung bereits jetzt vorgenommen werden.

Ein sinnvoller Schritt zur weiteren Stärkung des Vorverfahrens sollte zügig und rechtssicher umgesetzt werden. In der Praxis hat sich gezeigt, dass eine gesetzliche Regelung erforderlich ist, um Krankenhäusern und Krankenkassen die verstärkte Nutzung der Falldialoge zu ermöglichen. Seit der Etablierung des Erörterungsverfahrens gemäß § 17c Absatz 2b erhalten die Krankenkassen die Fallunterlagen der Krankenhäuser zur Durchführung der Erörterung. Es ist dringend geboten, den Krankenhäusern bereits im Rahmen von Falldialogen (Vorverfahren gemäß § 17c Absatz 2 Satz 2 Nummer 3) die Übermittlung medizinischer Fallunterlagen zu ermöglichen. Dies stellt einen effizienten Weg dar, Fallklärungen frühzeitig und ohne Einschaltung des Medizinischen Dienstes vorzunehmen. Bei Krankenhäusern, die diese Möglichkeit partnerschaftlich mit den Krankenkassen nutzen, wird sich der Prüfaufwand entsprechend verringern.

C) Änderungsvorschlag

§ 17c Absatz 2 sollte wie folgt ergänzt werden:

„**Die Krankenhäuser und Krankenkassen sind befugt, personen- und einrichtungsbezogene Daten für das Verfahren gemäß Satz 2 Nummer 3 im erforderlichen Umfang zu verarbeiten**."

Artikel 5 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 1 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa) – § 3 Absatz 3 Satz 5 (Vereinbarung eines Gesamtbetrags)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Diese Folgeänderung resultiert aus der Aufhebung von § 9 Absatz 1 Nummer 5 KHEntgG. Künftig vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene nur noch einen einzigen Veränderungswert. Diese Vereinbarung erfolgt nach den Vorschriften des § 9 Absatz 1b KHEntgG. Dieser Wert gilt zukünftig als Obergrenze für den Anstieg des Gesamtbetrags.

B) Stellungnahme

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes wird die Maßnahme begrüßt. Sie ist ein Instrument zur Begrenzung der aktuellen Ausgabensteigerungen von 10 bis 12 Prozent im Geltungsbereich der Bundespflegesatzverordnung. Da jedoch weiterhin eine Reihe von Ausnahmen zugelassen werden, kann das zentrale Ziel des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes nicht erreicht werden.

Rund 75 Prozent der Kosten in der Psychiatrie und Psychosomatik entfallen auf Personal. Ausnahmeregelungen in diesem Bereich wirken sich daher unmittelbar und in erheblichem Umfang auf das Gesamtbudget aus. Die bestehende Regelung eröffnet Krankenhäusern die Möglichkeit, im Rahmen der Budgetverhandlungen sehr hohe Personalausstattungen geltend zu machen und dadurch Budgetsteigerungen deutlich oberhalb der festgelegten Obergrenzen zu vereinbaren. Dieser zusätzliche Personalbedarf resultiert aus den strukturellen Defiziten der bettenorientierten Krankenhausbehandlung.

Es ist notwendig, die überdurchschnittlichen Ausgabensteigerungen im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik durch weitere Maßnahmen zu dämpfen. Gemäß den Empfehlungen der FinanzKommission Gesundheit soll eine Vergütung von Personalstellen über das Maß der PPP-RL hinaus künftig nur noch bei nachgewiesenem Mehrbedarf möglich sein. Dies kann durch die Streichung der Ausnahme nach Satz 4 Nummer 5 im § 3 Absatz 3 erreicht werden. Ohne diese Einschränkung drohen weiterhin unverhältnismäßige Budgetsteigerungen, die die Solidargemeinschaft unnötig belasten.

C) Änderungsvorschlag

In § 3 Absatz 3 ist in Satz 5 die Formulierung „~~Tatbestände nach Satz 4 Nummer 5 oder 7~~“ durch „**Tatbestand nach Satz 4 Nummer 7**“ ersetzt.

Artikel 5 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 1 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) – § 3 Absatz 3 Sätze 8 bis 10 (Vereinbarung eines Gesamtbetrags)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bisher vereinbaren die Vertragsparteien vor Ort, ob und inwieweit der Gesamtbetrag bei unbesetzten Stellen abzusenken ist. Diese Regelung (Satz 8) wird bis einschließlich 2026 befristet. Ab dem Vereinbarungsjahr 2027 wird die Absenkung verpflichtend: Mittel für nicht besetzte Stellen oder zweckentfremdete Gelder müssen im nächstmöglichen Zeitraum ausgeglichen und der Gesamtbetrag entsprechend gekürzt werden (Satz 9). Konkret bedeutet dies: Ergibt der bis zum 31.03.2028 vorzulegende Nachweis für das Jahr 2027 Fehlbesetzungen oder zweckfremde Verwendung, ist die Kürzung zwingend in der darauffolgenden Vereinbarung umzusetzen.

B) Stellungnahme

Die Änderung wird ausdrücklich begrüßt, da sie eine zweckentsprechenden Mittelverwendung sicherstellt. Es wird die Finanzierung von nicht vorhandenem Personal ausgeschlossen.

Die Neuregelung muss jedoch bereits für das Vereinbarungsjahr 2026 umgesetzt werden. Die bisher vorgesehene Einführung ab dem Vereinbarungsjahr 2027 führt Fehlanreizen und zusätzlichen Mehrausgaben. Krankenhäuser machen in den aktuell noch laufenden Budgetverhandlungen für 2026 zusätzliche Stellenbesetzungen geltend, für die es keine Rückzahlungsverpflichtung gibt. Selbst wenn die Nachweise, die bis 31.03.2027 vorzulegen sind, eine Fehlbesetzung oder zweckfremde Verwendung nachweisen, gibt es für diese keine Verpflichtung für eine Rückzahlung. Die mit der Maßnahme geplanten Einsparungen werden damit frühestens 2028 wirksam und können bei der Beitragssatzermittlung nicht wie vorgesehen bereits 2027 berücksichtigt werden.

C) Änderungsvorschlag

Die relevanten Bezugszeiträume in den vorgesehenen Änderungen sind um ein Jahr zu verschieben. Dazu ist das Jahr „~~2026~~“ durch „**2025**“ und das Jahr „~~2027~~“ durch „**2026**“ zu ersetzen.

Artikel 5 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 1 Buchstabe b) – § § 3 Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 Satz 5 (Vereinbarung eines Gesamtbetrags)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige vollständige Finanzierung von Tarifsteigerungen, die oberhalb des Veränderungswerts liegen, wird, wie für somatische Krankenhäuser auch, auf eine anteilige Finanzierung in Höhe von 50 Prozent reduziert. Eine anteilige Tarifrefinanzierung in Höhe von 50 Prozent wird durch eine Anhebung des Gesamtbetrags um 37,5 Prozent der Erhöhungsrate für Tariferhöhungen umgesetzt.

B) Stellungnahme

Die Regelung sieht vor, dass die bisherige vollständige Finanzierung von Tarifsteigerungen, die oberhalb des Veränderungswerts liegen, wie für somatische Krankenhäuser auch, auf eine anteilige Finanzierung in Höhe von 50 Prozent reduziert wird.

Die Regelung ist abzulehnen. Vor dem Hintergrund der mit dem Gesetzesvorhaben verankerten Ziele Beitragsstabilität, Ausgabenbegrenzung und Vermeidung struktureller Überfinanzierung ist die vollständige Streichung der der Tarifratenrefinanzierung notwendig.

Es wird auf die Stellungnahme zu Artikel 3 Nummer 6 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) (§ 9 Absatz 1b KHEntgG) verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Ersatzlose Streichung von § 3 Absatz 4.

Vergleiche auch die entsprechenden Änderungsvorschläge zu Artikel 3 Nummer 6 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) (§ 9 Absatz 1b KHEntgG).

Artikel 5 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 2 – § 4 Absatz 1 (Leistungsbezogener Vergleich)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Um die Praxistauglichkeit des bislang wenig genutzten leistungsbezogenen Vergleichs zu erhöhen, wird dieser um Kostendaten ergänzt. Damit wird dem Transparenzgedanken, der mit dem leistungsbezogenen Vergleich verbunden ist, Rechnung getragen. Der leistungsbezogene Vergleich soll die Vertragsparteien vor Ort dabei unterstützen, eine leistungsgerechte Vergütung zu vereinbaren. Durch den leistungsbezogenen Vergleich soll transparent werden, inwieweit unterschiedliche Budgethöhen auf Leistungsunterschiede, regionale oder strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung oder andere krankenhausindividuelle Aspekte zurückzuführen sind.

B) Stellungnahme

Die Änderung wird begrüßt. Durch die Ergänzung wird die wirtschaftliche Angemessenheit der zu vereinbarenden Budgets verbessert. Da diese Daten bereits für die Budgetvereinbarung vor Ort vorzulegen sind, entsteht für Krankenhäuser kein nennenswerter Mehraufwand. Die Ergänzung macht das Verhältnis zwischen Leistungen und Kosten innerhalb der Vergleichsgruppen transparent. Dies unterstützt die Krankenkassen dabei, leistungsgerechte und wirtschaftlich angemessene Budgets sowie Entgeltwerte zu vereinbaren.

Wie in den Empfehlungen der FinanzKommission Gesundheit vorgeschlagen, sollten pauschale Entgelterhöhungen durch den Krankenhausvergleich ausgeschlossen werden.

C) Änderungsvorschlag

Bei den Vorgaben zur Budgetermittlung in § 3 Absatz 3 Satz 5 ist der Nebensatz „~~oder im Rahmen einer Anpassungsvereinbarung nach Satz 6 eine entsprechende Überschreitung als notwendig vereinbart wurde~~“ zu streichen.

Artikel 5 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 3 – § 5 Absatz 6 (Vereinbarung von Zu- und Abschlägen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Parallel zur Somatik sollen auch in der Psychiatrie die gesonderten Zuschläge für die Erstbefüllung der ePA ab 2027 entfallen. Durch zunehmende technische Automatisierung und die Möglichkeit der Delegation entfällt der spezifische Mehraufwand für Ärzte. Ab 2027 wird die ePA-Dokumentation daher als Bestandteil der Regelleistung betrachtet und nicht mehr separat vergütet.

B) Stellungnahme

Die Streichung der Zuschläge wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 4 Buchstabe a) – § 9 Absatz 1 Nummer 5 (Vereinbarung auf Bundesebene)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorgabe eines gesonderten Veränderungswerts für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser wird aufgehoben. Künftig gilt auch für diese Häuser der allgemeine Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 2 und 3 KHEntgG. Durch die Anwendung des vollen Orientierungswerts und den Wegfall der vollständigen Tarifrefinanzierung beim Pflegebudget (§ 6a KHEntgG) ist eine Differenzierung zwischen Somatik und Psychiatrie nicht mehr erforderlich. Diese Vereinheitlichung dient zugleich dem Bürokratieabbau.

B) Stellungnahme

Die Änderungen werden begrüßt.

Es wird auf die entsprechende Stellungnahme inklusive Änderungsvorschläge zu Artikel 3 Nummer 6 Buchstabe b) (§ 9 Absatz 1b KHEntgG) verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 4 Buchstabe b) – § 9 Absatz 2 Satz 2 (Vereinbarung auf Bundesebene)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Streichung ist eine Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschrift zur Vereinbarung des Veränderungswerts in § 9 Absatz 1 Nummer 5.

B) Stellungnahme

Vergleiche Stellungnahme zur Änderung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 5 – § 15 Absatz 1 Satz 5 (Laufzeit)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um die Korrektur eines redaktionellen Fehlers.

B) Stellungnahme

keine

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 6 (Änderung der Risikostrukturausgleichsverordnung)

§ 23 (Aufzubringende Mittel der Krankenkassen für den Innovationsfonds)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu den Änderungen in § 92a Absatz 4 (Aufbringung der Mittel für den Innovationsfonds).

B) Stellungnahme

Mit der zukünftig alleinigen Aufbringung der Mittel für den Innovationsfonds aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erübrigt sich die Regelung des § 23 RSAV.

C) Änderungsvorschlag

keiner

III. Ergänzender Änderungsbedarf

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 11 Absatz 5 – Leistungsarten

A) Neuregelungsbedarf

Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sie als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung zu erbringen sind. Dies gilt auch in Fällen des § 12a SGB VII. Diese Regelung sieht einen Ausschluss für Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen vor, wenn ein Versicherungsfall nach § 7 SGB VII im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung vorliegt. In diesem Zusammenhang ergeben sich vermehrt Fragen aus der Praxis der Krankenkassen, wie mit Leistungsansprüchen von freiwillig versicherten Beamtinnen und Beamten umzugehen ist, die während ihrer Tätigkeit einen Dienstunfall erleiden. Bisher wurde aufgrund einer rechtlichen Einschätzung des damaligen Bundesversicherungsamtes (BVA) aus dem Jahr 1997 eine analoge Anwendung des § 11 Abs. 5 SGB V bei Dienstunfällen von Beamtinnen und Beamten ausgeschlossen. Das BVA führte dazu aus, dass es bewusster gesetzgeberischer Wille gewesen sei, eine Ausweitung dieser Vorschrift auf die Anwendung eines Dienstunfalls auszuschließen. Demnach sei davon auszugehen, dass die freiwillig gesetzlich krankenversicherten Beamtinnen und Beamten im Falle eines Dienstunfalls grundsätzlich wählen können, ob sie ihren Dienstherrn oder die Krankenkasse für die notwendigen Leistungen in Anspruch nehmen können. Ein einschränkendes Kriterium für diese Wahlmöglichkeit läge nur dann vor, wenn gemäß § 16 Abs. 1 Nr. 3 SGB V der Anspruch auf Leistungen zu Lasten der GKV ruht, weil den Betroffenen Heilfürsorge nach dienstrechtlichen Vorschriften tatsächlich gewährt wird.

Da Beamtinnen und Beamte nicht von der allgemeinen und arbeitgeberfinanzierten gesetzlichen Unfallversicherung nach dem SGB VII umfasst und geschützt sind, wurde zu diesem Zweck die Dienstunfallfürsorge dem Versicherungsrecht der gesetzlichen Unfallversicherung nachgebildet. Für die Kostentragung bei Dienstunfällen ist daher nicht die Beihilfe bzw. private Krankenversicherung zuständig, sondern vielmehr die Dienstunfallfürsorge des Dienstherrn. Die allgemeinen Fürsorgepflichten des Dienstherrn ergeben sich für die verschieden Beamtengruppen aus zahlreichen gesetzlichen Regelungen auf Bundes- bzw. Landesebene, wie z. B. aus dem Bundesbeamtengesetz, dem Beamtenversorgungs- und Landesbeamtenversorgungsgesetz.

Auch vor dem Hintergrund, dass mittlerweile zahlreiche Länder ihren Beamtinnen und Beamten die pauschale Beihilfe anbieten, die für die Hälfte der monatlichen Kosten einer Krankheitsvollversicherung aufkommt – unabhängig davon ob privat oder gesetzlich – und damit zunehmend die Möglichkeit einräumen, sich in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig zu versichern, ist es im Interesse einer konsistenten und einheitlichen Zuständigkeitsabgrenzung erforderlich, im SGB V Regelungen zu treffen, nach denen bei freiwillig versicherten Beamtinnen und Beamten die Kosten im Falle eines Dienstunfalls alleinig vom Bund und den Ländern im Rahmen der eigens dafür vorgesehenen Dienstunfallfürsorge übernommen werden.

B) Änderungsvorschlag

§ 11 Absatz 5 SGB V wird wie folgt gefasst (Änderungen sind kenntlich gemacht):

„Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sie als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung **oder infolge eines Dienstunfalls im Rahmen der Dienstunfallfürsorge** zu erbringen sind. Dies gilt auch in Fällen des § 12a SGB VII.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 37 Absatz 2 – Häusliche Krankenpflege

A) Neuregelungsbedarf

Mit dem Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) wurde in § 37 Abs. 1 SGB V geregelt, dass Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Vermeidung oder Verkürzung von Krankenhausaufenthalten auch in gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen nach § 92c SGB XI erbracht werden können. Der entsprechende Leistungsort wurde dort explizit ergänzt.

Es handelt sich offensichtlich um ein redaktionelles Versehen des Gesetzgebers, dass diese Anpassung nicht zeitgleich in § 37 Abs. 2 SGB V für die sogenannte Sicherungspflege (Behandlungspflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung) vorgenommen wurde. Ohne diese Ergänzung bleibt unklar, ob die Erbringung von Leistungen der Sicherungspflege nach § 37 Abs. 2 an diesem Leistungsort rechtlich möglich ist. Die vorgeschlagene Ergänzung stellt die notwendige Harmonisierung der beiden Absätze her.

B) Änderungsvorschlag

§ 37 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

In Absatz 2 Satz 1 wird nach der Angabe „Wohnformen," die Angabe „gemeinschaftlichen Wohnformen mit Verträgen zur pflegerischen Versorgung gemäß § 92c des Elften Buches," eingefügt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 49 – Ruhen des Krankengeldes

A) Neuregelungsbedarf

Die Vorschrift des § 49 Absatz 1 Nummer 3a SGB V bestimmt, dass der Anspruch auf Krankengeld ruht, soweit er auf der Erkrankung eines Kindes beruht, das für die Versicherte oder den Versicherten Anspruch auf Versorgungskrankengeld, Krankengeld der Sozialen Entschädigung (§ 47 Absatz 10 SGB XIV) oder Krankengeld der Soldatenentschädigung hat.

Die Regelung erfasst Konstellationen, in denen sowohl das Kind selbst (für den Elternteil) Ansprüche nach § 47 Absatz 10 SGB XIV als auch der das Kind betreuende Elternteil einen Anspruch auf Kinderkrankengeld nach § 45 SGB V oder Krankengeld nach § 44b SGB V hat. Im Bereich der Soldatenentschädigung gibt es derzeit keine Norm, die einen Kinderkrankengeldanspruch vorsieht, sodass die Ruhensregelung mangels eines Grundanspruchs insoweit nicht greift. Da vor Einführung des SEG ein solcher Anspruch bestand, deutet dies auf ein mögliches gesetzgeberisches Versehen hin.

Eine Anwendung der Ruhensregelung hätte zur Folge, dass sich die Anspruchsdauer auf ein Kinderkrankengeld nach § 45 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 und 2a SGB V reduziert, sofern zusätzlich ein Kinderkrankengeldanspruch nach § 47 Absatz 10 SGB XIV besteht. Dies steht im Widerspruch zum Sinn und Zweck der besonderen Kinderkrankengeldansprüche des SGB XIV. Leistungen der Sozialen Entschädigung nach dem SGB XIV sind auf besondere Bedarfe ausgerichtet, vergleichbar mit Leistungen bei Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten nach dem SGB VII. Für das Zusammentreffen von Ansprüchen nach dem SGB VII mit Kinderkrankengeld sieht § 11 Absatz 5 SGB V eine ausdrückliche Ausschlussregelung vor. Eine vergleichbare Regelung für das SGB XIV fehlt. Dennoch ergibt sich aus der staatlichen Fürsorgepflicht gegenüber Geschädigten ein Vorrang der Leistungsansprüche nach § 47 Absatz 10 SGB XIV gegenüber dem allgemeinen Anspruch auf Kinderkrankengeld nach § 45 SGB V. Einem Elternteil, der sein aufgrund anerkannter Schädigungsfolgen erkranktes Kind beaufsichtigen, betreuen oder pflegen muss und deshalb der Arbeit fernbleibt, sollte ein Kinderkrankengeldanspruch nach § 47 Absatz 10 SGB XIV gewährt werden, ohne dass dies die Anspruchsdauer auf Kinderkrankengeld nach § 45 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 und 2a SGB V reduziert. Die vorrangige Zielsetzung dieser spezialgesetzlichen Leistung muss klar im Vordergrund stehen und eine Abgrenzung vom allgemeinen Kinderkrankengeldanspruch nach § 45 SGB V erfolgen.

Eine Anwendung der Ruhensregelung erscheint auch nicht sachgerecht, wenn die besonderen Kinderkrankengeldansprüche nach dem SGV XIV mit dem Anspruch auf Krankengeld nach § 44b SGB V (Begleitung von Menschen mit Behinderung bei stationärer Krankenhausbehandlung) zusammentreffen. Sofern die Ansprüche aufgrund einer Begleitung eines geschädigten Kindes bei stationärer Behandlung mit Behinderung entstehen, sollte dem Anspruch nach § 47 Absatz 10 SGB XIV ebenfalls Vorrang eingeräumt werden.

Die Ruhensregelung des § 49 Absatz 1 Nummer 3a SGB V betrifft nicht die eigenen Krankengeldansprüche nach §§ 44 und 44a SGB V. Eine Vor- und Nachrangigkeit der Ansprüche lässt sich auch ohne Ruhensvorgaben herleiten und ist analog zum Zusammentreffen eines eigenen

Krankengeldanspruchs nach §§ 44 oder 44a SGB V mit einem Kinderkrankengeldanspruch nach § 45 SGB V zu bewerten.

Aus den vorgenannten Gründen erscheint eine Streichung des § 49 Absatz 1 Nummer 3a SGB V angezeigt. Ergänzend sollte in §§ 45 und 44b SGB V klargestellt werden, dass der jeweilige Anspruch ausgeschlossen ist, sofern Ansprüche nach § 47 Absatz 10 SGB XIV bestehen. Damit wird sichergestellt, dass Eltern geschädigter Kinder nicht schlechter gestellt werden als andere Eltern, indem der Anspruch nach § 47 Absatz 10 SGB XIV nicht auf die Anspruchsdauer des Kinderkrankengeldes nach § 45 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 und 2a SGB V angerechnet wird. Dies entspricht der sozialpolitischen Zielsetzung der besonderen Unterstützung von Familien mit Kindern unter Berücksichtigung der spezialgesetzlichen Entschädigungsansprüche nach dem SGB XIV. Zugleich wird die Gleichbehandlung mit Ansprüchen auf Kinderverletztengeld nach § 45 SGB VII hergestellt.

B) Änderungsvorschläge

In § 44b Absatz 1 SGB V wird folgender Satz 4 angefügt:

„Ein Anspruch nach Satz 1 ist ausgeschlossen, sofern Versicherte einen Anspruch auf Krankengeld der Sozialen Entschädigung nach § 47 Absatz 10 Vierzehntes Buch haben."

In § 45 Absatz 1 SGB V wird folgender Satz 3 angefügt:

„Ein Anspruch nach Satz 1 ist ausgeschlossen, sofern Versicherte einen Anspruch auf Krankengeld der Sozialen Entschädigung nach § 47 Absatz 10 Vierzehntes Buch haben."

§ 45 Absatz 1a Satz 4 SGB V wird wie folgt gefasst (Änderungen sind unterstrichen dargestellt):

„Absatz 1 Satz 3, § 10 Absatz 4 und § 44 Absatz 2 gelten für den Anspruch nach Satz 1 entsprechend."

§ 45 Absatz 4 Satz 3 SGB V wird wie folgt gefasst (Änderungen sind unterstrichen dargestellt):

„Absatz 1 Satz 2 und 3, Absatz 3 und die §§ 47 und 47b gelten entsprechend."

§ 49 Absatz 1 Nummer 3a SGB V wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 87 Absatz 2a – Anpassung der Bewertung von Katarakt-Operationen und Intravitrealen Injektionen

A) Neuregelungsbedarf

Die FinanzKommission Gesundheit hat in ihrem Bericht ein relevantes Einsparvolumen in Höhe von 150 Mio. Euro bei einer Absenkung der Bewertung der augenärztlichen Operationen bei grauem Star um 30 % identifiziert. Der GKV-Spitzenverband stimmt der Kommission in der Analyse und der Schlussfolgerung zu und befürwortet eine gesetzliche Umsetzung der Reformempfehlung.

Die Kalkulation der Katarakt-OPs ist aufgrund des technischen Fortschritts und der nicht mehr bestehenden Notwendigkeit zur weiteren Ambulantisierung nicht mehr sachgerecht. Aufgrund der zu hohen Vergütung lassen sich starke Fehlentwicklungen beobachten, die negative Auswirkungen auf die Versorgung und die Versorgungsstrukturen haben. Wie die Kommission ausführt, betrifft dies sowohl das Auseinanderdriften der Honorare von konservativ tätigen Augenärzten gegenüber ihren operativ tätigen Kollegen als auch die zunehmende Attraktivität für Finanzinvestoren, was bereits gebietsweise zu monopolartigen Strukturen führt. Diese Fehlentwicklungen führen zu einer starken Mengenausweitung. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbands ist ein gesetzlicher Auftrag an den Bewertungsausschuss zur Absenkung der Bewertung in diesem Bereich erforderlich. Um zu einer sachgerechten Vergütung zu finden, bedarf es eines konkreten Zielwertes, der im oberen Bereich des von der Kommission gesetzten Rahmens bei 40 % liegen sollte. Im Sinne der Transparenz sollte darüber hinaus eine Sachkostenpauschale für Linsen und Verbrauchsmaterialen in den einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgenommen werden.

Bei intravitrealen Injektionen werden regelmäßig im Abstand einiger Wochen Medikamente ins Auge injiziert, um den Verlauf bestimmter Netzhauterkrankungen zu verlangsamen. Mehr als die Hälfte aller Augen-OPs sind intravitreale Injektionen. Wie auch bei den Katarakt OPs entsprechen die kalkulatorisch angenommenen Zeiten sowie die räumliche und technische Ausstattung nicht der Versorgungsrealität. Bei intravitrealen Injektionen ist ebenfalls eine Absenkung der Bewertungen um 40 % daher sachgerecht.

Die Absenkung der Vergütungen bei Katarakt-OPs und intravitrealen Injektionen hat keine negativen Auswirkungen auf die Versorgung und führt zu einer Korrektur der historisch bedingten Schieflage in Bezug die Relation verschiedener Leistungsbewertungen und korrigiert Fehlanreize in der Versorgung. Die durch die Streichung entstehenden Einsparungen sind zur Stabilisierung der finanziellen Lage der gesetzlichen Krankenversicherung zu verwenden.

B) Änderungsvorschlag

Dem § 87 Absatz 2a werden folgende Sätze angefügt:

„**Der Bewertungsausschuss beschließt mit Wirkung zum 1. Januar 2027 die Absenkung der Bewertungen der intravitrealen Medikamenteneingaben und der intraocularen Eingriffe bei Katarakt sowie die zugehörigen Leistungen für Anästhesie und Narkosemanagement im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen um 40 Prozent. Darüber hinaus**

beschließt der Bewertungsausschuss mit Wirkung zum 1. Januar 2027 die Aufnahme einer Sachkostenpauschale zur Erstattung der Sachkosten für die Linsen und der Verbrauchsmaterialien in den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 87 Absatz 2a – Streichung der Pauschalen zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung

A) Neuregelungsbedarf

Die FinanzKommission Gesundheit hat in ihrem Bericht ein relevantes Einsparvolumen in Höhe von 800 Mio. Euro im Bereich der Pauschalen zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung (PFG) identifiziert. Der GKV-Spitzenverband stimmt der Kommission in der Analyse und der Schlussfolgerung zu und befürwortet eine gesetzliche Umsetzung der Reformempfehlung.

Die PFG ist eine kostenintensive Förderung, welche nicht zu einer besseren Versorgung führt. Als solche sollte sie, gemäß der Reformempfehlung der FinanzKommission Gesundheit gefolgt, gestrichen werden. Hierbei erfolgt keine Kürzung der Leistungen für Versicherte. Negative Auswirkungen auf die Versorgung sind nicht zu erwarten. Die durch die Streichung entstehenden Einsparungen sind zur Stabilisierung der finanziellen Lage der gesetzlichen Krankenversicherung zu verwenden.

B) Änderungsvorschlag

Dem § 87 Absatz 2a werden folgende Sätze angefügt:

„**Ab dem 1. Januar 2027 darf der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen keine Zuschläge zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung enthalten. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ist in Höhe des durch die Absenkung entstehenden Leistungsbedarfs finanzwirksam anzupassen.**“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 87 Absatz 2a – Streichung gesonderter Hygienezuschläge

A) Neuregelungsbedarf

Die FinanzKommission Gesundheit hat in ihrem Bericht ein relevantes Einsparvolumen in Höhe von 120 Mio. Euro durch Streichung der gesonderten Hygienezuschläge identifiziert. Der GKV-Spitzenverband stimmt der Kommission in der Analyse und der Schlussfolgerung zu und befürwortet eine gesetzliche Umsetzung der Reformempfehlung.

Die Zuschläge wurden ohne gesetzlichen Auftrag vor dem Hintergrund der Novellierung des Infektionsschutzgesetzes beschlossen.

Die Hygienezuschläge sind nicht sachgerecht, da die Kosten in den Vergütungen der ärztlichen Leistungen enthalten sind. Die übliche Refinanzierung der Praxiskosten inkl. von Hygieneaufwänden basiert auf Daten des Statistischen Bundesamts (Kostenstrukturerhebung). Durch die jährliche Fortschreibung der ärztlichen Vergütung mit dem Orientierungswert auf Basis der Kostenstrukturerhebungen werden Hygieneaufwände automatisch in den Praxiskosten erfasst. Somit ist gewährleistet, dass die Kosten durch die Fortschreibung der ärztlichen Vergütung vollständig und basierend auf tatsächlichen Kostendaten refinanziert werden. Durch die zusätzliche Vergütung über die sogenannten „Hygienezuschläge“ entsteht eine Doppelfinanzierung der Hygienekosten, die zu beenden ist.

Mit der Streichung gehen keine Leistungseinschränkungen für die Versicherten einher und aufgrund der bereits berücksichtigten Gegenfinanzierung der Hygienekosten über die Fortschreibung des OW sind auch keine negativen Auswirkungen auf die Versorgung der Versicherten zu erwarten. Vor diesem Hintergrund sollten die Hygienezuschläge, gemäß der Reformempfehlung der FinanzKommission Gesundheit gefolgt, gestrichen werden. Die durch die Streichung entstehenden Einsparungen sind zur Stabilisierung der finanziellen Lage der gesetzlichen Krankenversicherung zu verwenden.

B) Änderungsvorschlag

Dem § 87 Absatz 2a werden folgende Sätze angefügt:

„**Ab dem 1. Januar 2027 darf der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen keine Hygienezuschläge enthalten. Die Hygienezuschläge im Zusammenhang mit ambulanten Operationen sind davon unberührt. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ist in Höhe des durch die Absenkung entstehenden Leistungsbedarfs finanzwirksam anzupassen.**“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 87 Absatz 4 – Rücknahme der Änderung zu den KV-spezifischen Veränderungsraten der MGV

A) Neuregelungsbedarf

Die FinanzKommission Gesundheit hat in ihrem Bericht festgestellt, dass es sich bei der mit dem TSVG mit Wirkung ab dem Jahr 2028 vorgesehenen Streichung der demografischen Veränderungsrate als Grundlage für die Vereinbarung der morbiditätsbedingten Veränderungsraten durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen um eine nicht sachgerechte Erhöhung der MGV-Veränderungsraten handelt. Der GKV-Spitzenverband stimmt der Kommission zu und befürwortet eine gesetzliche Umsetzung der Reformempfehlung.

Demnach sollte die Vereinbarung der morbiditätsbedingten Veränderungsraten wie bisher dauerhaft im Regelfall als Mittelwert zwischen den Raten der demografischen und der diagnosebezogenen Veränderungsrate erfolgen. Denn die demografische Rate ist unabhängig von Kodierung oder Abrechnungsanreizen und bildet somit objektiv die altersbedingte Morbiditätsentwicklung ab. Im Gegensatz dazu lässt sich bei der diagnosebezogenen Veränderungsrate nicht vollständig ausschließen, dass ein Teil der beobachteten Morbiditätsentwicklung durch Änderungen im Kodierverhalten oder durch Abrechnungsanreize beeinflusst wird, was zu einer Über- oder Unterschätzung der Veränderung des tatsächlichen morbiditätsbezogenen Behandlungsbedarfs führen könnte.

Die ab dem Jahr 2028 vorgesehenen Streichung hat bisher keine Auswirkungen auf die Versorgung entfaltet. Vor diesem Hintergrund sind auch durch die vorgesehene Rücknahme keine Auswirkungen auf die bestehende Versorgung zu erwarten.

B) Änderungsvorschlag

§ 87a Absatz 4 Satz 5 SGB V wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 92b Absatz 2 – Innovationsfonds

A) Neuregelungsbedarf

Zweitmeinungen nach § 27b SGB V sind für mengenanfällige Eingriffe, d. h. solche, bei denen die Gefahr einer nicht angemessenen Indikationsstellung besteht, vorgesehen. Medizinische Leitlinien, insbesondere evidenzbasierte S3-Leitlinien, können dem entgegenwirken. Sie stellten auch ggf. für zukünftig zu bestimmende Kriterienkataloge zu Eingriffen (wie von der FinanzKommission Gesundheit in ihrer Reformempfehlung Nr. 32 empfohlen) eine wichtige Quelle dar. Es ist davon auszugehen, dass nicht für alle Eingriffe in der Zweitmeinung solche Leitlinien aktuell zur Verfügung stehen, insbesondere nicht in Bezug auf eingriffsspezifische Empfehlungen zur Indikationsstellung. Für diese resultiert somit ein besonderer Bedarf, sodass diese bei Schwerpunktsetzungen in Förderausschreibungen des Innovationsfonds berücksichtigt werden sollen.

B) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 38 wird wie folgt geändert:

In § 92b Absatz 2 (neu) wird nach Satz 4 folgender neuer Satz 5 ergänzt:

„Für Leitlinien, die Empfehlungen zu Eingriffen, für die gemäß § 27b Absatz 2 eine Zweitmeinungsberechtigung besteht, enthalten sollen, ist ein besonderer Bedarf in der Versorgung gegeben und dies ist bei der Schwerpunktsetzung der Förderbekanntmachung zu berücksichtigen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 116b – Geltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität und des Erlaubnisvorbehalts in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung

A) Neuregelungsbedarf

Der Regierungsentwurf zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz verfolgt das Ziel, die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung an die Einnahmenentwicklung zu knüpfen. Dementsprechend wird die zulässige Ausgabenentwicklung einer Vielzahl von Leistungsbereichen der Grundlohnsummenbindung unterworfen. Dies betrifft beispielsweise über die Neuregelung in §120 SGB V auch ambulante Einrichtungen an Krankenhäusern. Der vorliegende Vorschlag erweitert diesen Grundsatz konsequent auf die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) gemäß §116b SGB V. Damit soll sowohl dem dynamischen Ausgabenwachstum begegnet werden als auch die insbesondere für Krankenhäuser bestehende Möglichkeit einer strategischen Umgehung der Ausgabenbegrenzungsmechanismen bei anderen ambulanten Betätigungsfeldern zu begegnen. Dabei soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass sich allein durch die Neuaufnahme von weiteren Indikationen in die ASV einen Mengen- und Ausgabenanstieg ergeben kann, indem solche Leistungen für einen festen Zeitraum von der Mengenbegrenzungsregelung ausgenommen werden. Die Umsetzung der Geltung des §71 Abs. 1 bis 3 SGB V obliegt den Vertragspartnern der Abrechnungsvereinbarung gemäß §116b Abs. 6 Satz 12 SGB V.

Ferner soll mit der Einführung des Erlaubnisvorbehalts in der ASV dem Ziel des Gesetzentwurfs Rechnung getragen werden, dass Ausgaben für Versicherte einen nachweislichen Nutzen haben sollen. Die ASV ist der einzige Leistungsbereich in der ambulanten Versorgung, in der der Verbotsvorbehalt des stationären Versorgungsbereichs gilt. Dies ist insbesondere mit Hinblick auf die spezielle sektorengleiche Vergütung nach §115f SAGB V („Hybrid-DRGs“) bemerkenswert, wo neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ausdrücklich ausgeschlossen worden sind. Damit werden in der ASV Methoden angewendet, die in der ambulanten Versorgung nicht erprobt bzw. der Nutzen nicht überprüft worden ist. Diese Sonderstellung der ASV ist weder hinreichend begründet noch ist ein Nutzen für die Versicherten erkennbar.

B) Änderungsvorschlag

a) In §116b Abs. 1 Satz 3 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können Gegenstand des Leistungsumfangs in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sein, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen der Beschlüsse nach §135 Abs. 1 eine Entscheidung getroffen hat.“

b) In §116b Abs. 6 Satz 1 wird der Punkt am Ende durch ein Semikolon ersetzt und die Angabe „§71 Abs. 1 bis 3 SGB V gilt entsprechend.“ eingefügt.

c) In §116b Abs. 6 Satz 12 wird folgender Satz 13 angefügt:

„Die Abrechnungsvereinbarung nach Satz 12 hat erstmals mit Wirkung zum 1. Januar 2028 Regelungen vorzusehen, die die Geltung des §71 Abs. 1 bis 3 SGB V sicherstellen; dabei sind Leistungen im

Zusammenhang mit Erkrankungen auszunehmen, zu denen der Beschluss des G-BA zur Aufnahme in die ambulante spezialfachärztliche Versorgung jeweils weniger als zwei Jahre zurückliegt.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§§ 134 und 139e – DiGAV: Streichung der Erprobungsregelung

A) Neuregelungsbedarf

Die FinanzKommission Gesundheit hat sich mit ihrem Bericht am 30.03.2026 explizit dafür ausgesprochen, dass die gesetzlichen Krankenkassen ausschließlich digitale Gesundheitsanwendungen mit einem nachgewiesenen Nutzen vergüten.

Dies entspricht den in der GKV bestehenden Geboten des Nutzens, der Qualität und der Wirtschaftlichkeit und führt zu einer Gleichbehandlung gegenüber anderen Leistungsbereichen.

Vor diesem Hintergrund wird – den Empfehlungen der FinanzKommission Gesundheit folgend – vorgeschlagen, die Erprobungsregelung für DiGA aus dem Gesetz zu streichen.

B) Änderungsvorschlag

In § 139e SGB V wird Absatz 4 gestrichen.

§ 134 wird wie folgt angepasst:

Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Vergütungsbeträge gelten nach dem ersten Jahr nach Aufnahme der jeweiligen digitalen Gesundheitsanwendung in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen."

Absatz 2a wird gestrichen.

In Absatz 5 wird die Abschlagsregelung für DiGA in Erprobung gestrichen.

In der DiGAV wird § 17 gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 137n – Kommission für Personalbemessung im Krankenhaus

A) Neuregelungsbedarf

Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) wurde die Kommission für Personalbemessung im Krankenhaus (§ 137n) eingeführt. Die Vertragsparteien auf Bundesebene richten im Einvernehmen mit dem BMG eine Kommission ein, die Empfehlungen zur Personalbemessung von anderen als den in den §§ 137k und 137m genannten Gesundheitsberufen erarbeitet. Sinn und Zweck von Personalbemessung ist es, belastbare Kennzahlen zu generieren und mögliche Defizite auszugleichen. In Anbetracht der Krankenhausstrukturreform, welche mit Leistungsverlagerungen auch einen flexiblen Personaleinsatz bedingt, sollte von einer Ausweitung der Personalbemessung auf weitere Gesundheitsberufe abgesehen werden. Weitere spezifische Personalvorgaben im Krankenhaus stellen eine Überregulierung dar, welche mit erheblichem Umsetzungsaufwand, einer hohen Bürokratielast und einer fraglichen Zielerreichung einhergehen. Vielmehr ist es notwendig, dem Klinikmanagement im konkreten Personaleinsatz mehr Handlungsspielraum zu geben, um die Möglichkeiten und Synergien für die interdisziplinäre Zusammenarbeit entlang der Versorgungspfade der Patientinnen und Patienten effizient zu nutzen.

B) Änderungsvorschlag

§ 137n wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 242 Absatz 1 Satz 4 – Zusatzbeitragssatzanhebungsverbot

A) Neuregelungsbedarf

§ 242 Absatz 1 Satz 4 verbietet einer Krankenkasse, ihren Zusatzbeitragssatz anzuheben, solange ausweislich der zuletzt vorgelegten vierteljährlichen Rechnungsergebnisse ihre nicht für die laufenden Ausgaben benötigten Betriebsmittel zuzüglich der Rücklage nach § 261 sowie der zur Anschaffung und Erneuerung der Vermögensteile bereitgehaltenen Geldmittel nach § 263 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 das 0,5-fache des durchschnittlich auf einen Monat entfallenden Betrags der Ausgaben für die in § 260 Absatz 1 Nummer 1 genannten Zwecke überschreiten.

Das Zusatzbeitragssatzanhebungsverbot ist nicht erforderlich, um eine dauerhafte Überschreitung der Vermögensobergrenze gesichert ausschließen zu können. Seit dem Inkrafttreten des GKV-VEG dürfen Krankenkassen die gesetzliche Vermögensobergrenze nicht mehr überschreiten (bis dahin Kann-Vorschrift). Nach Ablauf der in § 260 Abs. 2a SGB V genannten Frist, nach der die überschüssigen Vermögensanteile durch die Krankenkasse innerhalb von zwei Haushaltsjahren selbst abzubauen sind, müssen verbleibende Vermögensüberschüsse nach § 260 Absatz 4 an den Gesundheitsfonds abgeführt werden. Die zuständige Aufsichtsbehörde legt dabei die konkrete Höhe fest und meldet sie an den Gesundheitsfonds.

Das Zusatzbeitragssatzanhebungsverbot ist insoweit nicht nur verzichtbar, es kann sogar die Finanzstabilität von Krankenkassen gefährden, wie die praktische Erfahrung im Jahr 2024 zeigt. Maßgeblich für die Haushaltsplanung und die damit einhergehende Zusatzbeitragssatzkalkulation ist gemäß dieser Vorschrift die Finanzstatistik KV 45 für das dritte Quartal des laufenden Jahres. Ausweislich der KV 45 III. Quartal 2023 überschritten in der GKV insgesamt 9 Krankenkassen die gesetzlich vorgeschriebene Vermögensobergrenze, sodass für diese Krankenkassen im Rahmen der Haushaltsplanung 2024 für den 01.01.2024 ein Zusatzbeitragssatzanhebungsverbot galt. Da infolge des Verbots einer absehbar dynamischen Ausgabenentwicklung auch nicht anteilig durch moderate Anpassungen des Zusatzbeitragssatzes entgegengewirkt werden konnte, führte dies aufgrund einer sogar noch über den Erwartungen liegenden Ausgabenentwicklung in der Folge dazu, dass zum 31.12.2024 insgesamt 8 der 9 betreffenden Krankenkassen die gesetzlich vorgeschriebene Mindestrücklage unterschritten hatten und eine Krankenkasse sogar bilanziell überschuldet war, obwohl sie ein Jahr zuvor dem Gesetz nach als „zu vermögend“ eingestuft wurden. Das Anhebungsverbot hatte somit im Ergebnis zu einer potenziellen Gefährdung der Leistungsfähigkeit dieser Krankenkassen geführt. Die ohnehin verzichtbare Regelung sollte daher gestrichen werden.

B) Änderungsvorschlag

In § 242 Absatz 1 wird Satz 4 gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 260 Absatz 2 Satz 1 – Betriebsmittel, hier: Obergrenze der Finanzreserve der Krankenkassen

A) Neuregelungsbedarf

Ursächlich für die zuvor noch nie dagewesene hohe Zahl unterjähriger Zusatzbeitragssatzanhebungen in den letzten beiden Jahren (40 im Jahr 2024 und 22 im Jahr 2025) sowie für die Anhebungen – zumeist um mehrere Zehntel Beitragssatzpunkte – bei der überwiegenden Zahl der Krankenkassen zum 1. Januar 2025 und zum 1. Januar 2026 sind zu geringe Finanzreserven, um unerwartet hohe Ausgabensteigerungen (oder starke Einnahmenschwankungen) durch Rücklagen auffangen zu können.

Im Jahr 2021 mussten die Krankenkassen 8 Mrd. Euro an den Gesundheitsfonds abführen, weitere 2,5 Mrd. Euro im Jahr 2023. Befördert wurde der Abbau von Finanzreserven außerdem durch die gesetzlich vorgegebenen Absenkungen der Obergrenze der Finanzreserven auf 100 % einer Monatsausgabe nach Haushaltsplan der jeweiligen Krankenkasse im Jahr 2019, auf 80 % im Jahr 2021 sowie zuletzt auf 50 % einer Monatsausgabe im Jahr 2023. Zudem schreibt das Gesetz vor, dass diejenigen Finanzmittel, die nach zwei Jahren noch die (abgesenkte) Obergrenze überschreiten, an den Gesundheitsfonds abgeführt werden müssen. Im Jahr 2020 wurde ferner die Höhe der gesetzlichen Mindestrücklage von 25 % auf 20 % einer Monatsausgabe herabgesetzt.

Im Ergebnis betrug die Finanzreserve der Krankenkassen (ohne landwirtschaftliche Krankenkasse) zum Jahresende 2023 durchschnittlich 32 % einer Monatsausgabe. Am 31.12.2024 lag die durchschnittliche Finanzreserve der Krankenkassen nach unerwartet hohen Ausgabensteigerungen mit 5,7 % einer Monatsausgabe weit unterhalb der gesetzlichen Mindestrücklage. Zahlreiche Krankenkassen wiesen negative Finanzreserven aus. Die weit überwiegende Zahl der Krankenkassen war somit gezwungen einen mehr als ausgabendeckenden Zusatzbeitragssatz zu erheben, um leistungsfähig zu bleiben und den gesetzlichen Vorgaben zum Aufbau der Mindestrücklage zu entsprechen. Ende 2025 lag die Finanzreserve von 58 der – seinerzeit noch – 93 Krankenkassen unterhalb der gesetzlichen Mindestrücklage.

Der Vermögensspielraum von aktuell 30 % bei einer Mindestrücklage von 20 % und einer Obergrenze von 50 % einer Monatsausgabe kann nach den im Finanzcontrolling und Risikomanagement des GKV-Spitzenverbandes gewonnenen Erfahrungen nicht sicherstellen, dass unterjährige Einnahmen- und Ausgabenschwankungen hinreichend ausgeglichen werden können. Wie Befragungen wiederholt gezeigt haben, bevorzugen die Mitglieder der Krankenkassen stabile Beitragssätze. Neben einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik bedarf es ausreichender Finanzreserven, um nicht nur auf der Ebene der GKV als Ganzes, sondern auch auf der Ebene der Einzelkasse, die gewünschte Stabilität sicherzustellen. Krankenkassen, die etwa mit einer Finanzreserve von 35 % einer Monatsausgabe im mittleren Bereich des aktuellen Vermögensspielraums liegen, müssen auf durchaus ‚normale' Schwankungsbreiten ihrer Einnahmen oder Ausgaben in Höhe von 20 % einer Monatsausgabe bei einem entsprechenden Einnahmenüberschuss mit einer Absenkung des Zusatzbeitragssatzes bzw. bei einem analogen Ausgabenüberschuss mit einer Anhebung reagieren, weil sie die vorgegebenen Grenzen des Vermögensspielraums überschreiten.

Die stufenweise Absenkung der Vermögensobergrenze hat, nicht wie vom Gesetzgeber erwartet, zu einer Stabilisierung der Zusatzbeitragssätze, sondern zu einer Risikoverschärfung und zu häufigeren Zusatzbeitragssatzänderungen geführt. Ausweislich der endgültigen Finanzergebnisse (KJ 1) für das Jahr 2024 unterschritten 70 % der Krankenkassen die Mindestrücklage, die Hälfte davon wies ein negatives Vermögen aus. Zwar hat sich mit den teilweise über einem Beitragssatzpunkt liegenden Zusatzbeitragssatzanhebungen der letzten beiden Jahre die Gefährdungssituation etwas entspannt. Ein zu geringer Vermögensspielraum schränkt jedoch die Möglichkeiten im Risikomanagement der Krankenkassen zur Vermeidung einer Insolvenz bzw. Schließung einer Krankenkasse ein:

- GKV-typische Einnahmen- und Ausgabenschwankungen können überwiegend nur durch Zusatzbeitragssatzanpassungen kompensiert werden.
- Eigene Sanierungen sind wegen fehlender Mittel für Investitionen nur eingeschränkt möglich.
- Freiwillige Vereinigungen sind wegen fehlender Finanzstabilität von potenziellen Vereinigungspartnern deutlich erschwert.
- Für erforderliche Finanzhilfen, z. B. zum Erhalt der Leistungsfähigkeit einer größeren Krankenkasse oder mehrerer Krankenkassen gleichzeitig, sind im GKV-System nicht genügend Mittel verfügbar.

Es wird deshalb dringend empfohlen, die gesetzliche Obergrenze der zulässigen Finanzreserve nach § 261 Abs. 2 Satz 1 von gegenwärtig 50 % einer Monatsausgabe auf 100 % anzuheben, um neben der angestrebten durchschnittlich stabilen Zusatzbeitragssätze auch die finanzielle Stabilität der GKV mit Blick auf kassenindividuelle Einnahmen- und Ausgabenschwankungen insgesamt zu erhöhen.

B) Änderungsvorschlag

In § 260 Absatz 2 Satz 1 wird die Zahl ‚50‘ durch die Zahl ‚100‘ ersetzt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§§ 266, 268 und 269 – Berücksichtigung Teilkrankengeld analog zum Krankengeld nach § 44

A) Neuregelungsbedarf

Mit der Einführung des Teilkrankengeldes im Rahmen des neuen § 44d bedarf es der Aufnahme der neuen Krankengeldleistung in den Regelungen zum Risikostrukturausgleich, um deren Berücksichtigung gleichartig zu den Leistungsausgaben nach § 44 SGB V klarzustellen. Dazu ist der Verweis auf den § 44d in Analogie zu § 44 in den §§ 266, 268 und § 269 SGB V aufzunehmen.

B) Änderungsvorschlag

In § 266 Absatz 11 letzter Satz werden nach der Paragrafennummer 44 ein Komma und die Paragrafennummer ‚44d' eingefügt.

In § 268 Absatz 2 werden nach der Paragrafennummer 44 ein Komma und die Paragrafennummer ‚44d' eingefügt.

In § 269 Absatz 1 wird jeweils ‚§ 44' durch ‚§§ 44 und 44d' ersetzt.

In § 269 Absatz 5 Satz 1 Nummer 5 wird ‚§ 44' durch ‚§§ 44 und 44d' ersetzt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 275 – Begutachtung und Beratung

A) Neuregelungsbedarf

Mit § 275 Absatz 1b Satz 9 SGB V hat der Gesetzgeber eine spezifische Löschvorgabe für versichertenbezogene Daten eingeführt, die Krankenkassen im Vorfeld einer möglichen Beauftragung des Medizinischen Dienstes bei Arbeitsunfähigkeit erheben. Die Vorschrift verfolgt das Ziel, eine zweckgebundene Datenverarbeitung sicherzustellen und eine über den Entscheidungszweck hinausgehende Vorhaltung sensibler Gesundheitsdaten zu vermeiden.

In der praktischen Anwendung zeigt sich jedoch, dass die strikte Anknüpfung der Löschpflicht allein an den Entscheidungszeitpunkt über die Einholung einer gutachtlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes zu erheblichen Abgrenzungsschwierigkeiten führt, wenn diese Daten zugleich für andere gesetzlich zugewiesene Aufgaben der Krankenkassen erforderlich sind. Dies betrifft insbesondere die Prüfung der Dauer des Krankengeldanspruchs nach § 48 SGB V, bei der Arbeitsunfähigkeitszeiten und zugrunde liegende Diagnosen – einschließlich Vorerkrankungen – maßgeblich sind.

Dies gilt in besonderer Weise für Angaben, die ausschließlich im Rahmen ärztlicher Anfragen nach § 275 Absatz 1b SGB V, insbesondere mittels Muster 52, übermittelt werden. Enthalten diese Angaben Diagnosen oder medizinische Sachverhalte, die der Krankenkasse zuvor nicht bekannt waren, können sie für die spätere Blockfristenberechnung nach § 48 Absatz 2 SGB V unabdingbar sein. Die Prüfung nach § 48 SGB V erfolgt regelmäßig erst anlassbezogen zu einem deutlich späteren Zeitpunkt, etwa bei Eintritt einer erneuten Arbeitsunfähigkeit oder im Rahmen der Beurteilung der Höchstanspruchsdauer.

Würden die entsprechenden Unterlagen allein aufgrund des Wegfalls des ursprünglichen Prüfzwecks nach § 275 Absatz 1b SGB V gelöscht, bestünde die Gefahr, dass der Krankenkasse für die rechtmäßige Leistungsentscheidung entscheidungserhebliche Informationen nicht mehr zur Verfügung stehen. Dies kann zu fehlerhaften Blockfristenberechnungen führen und sowohl zu einer rechtswidrigen Verkürzung des Krankengeldanspruchs zulasten der Versicherten als auch zu ungerechtfertigten Leistungsgewährungen. Darüber hinaus führt die Löschung von Angaben des Musters 52 gemäß § 275 Abs. 1b Satz 9 SGB V vermehrt zu Schwierigkeiten in der Widerspruchsbearbeitung

Die dargestellte Problematik wird auch durch die Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger geteilt. In ihrer Arbeitstagung vom 12. bis 13. November 2025 stimmen diese ausweislich der Protokollierung zu TOP 09 darin überein, dass „die zum Zweck der Entscheidung über die Beauftragung des Medizinischen Dienstes zur Begutachtung von Arbeitsunfähigkeit erhobenen und verarbeiteten Daten, soweit diese für die Prüfung und Nachweisführung des Anspruchs auf Krankengeld (Blockfristenberechnung) notwendig sind, nicht unmittelbar zu löschen sind“. Nach Auffassung der Aufsichtsbehörden können diese Informationen auch über den Zeitpunkt der Beauftragung bzw. der Begutachtung hinaus aufbewahrt werden, um Arbeitsunfähigkeitszeiten für eine gegebenenfalls später vorzunehmende Blockfristenberechnung heranzuziehen.

Diese einheitliche aufsichtsrechtliche Bewertung verdeutlicht, dass eine ausschließlich am Wortlaut des § 275 Absatz 1b Satz 9 SGB V orientierte Auslegung dem systematischen Zusammenhang des

Leistungsrechts der gesetzlichen Krankenversicherung nicht gerecht wird. Gleichwohl fehlt bislang eine ausdrückliche gesetzliche Klarstellung, die diese Auslegung absichert und eine bundeseinheitliche, rechtssichere Umsetzung gewährleistet.

Vor diesem Hintergrund erscheint eine gesetzgeberische Präzisierung erforderlich, die klarstellt, dass die Löschpflicht nach § 275 Absatz 1b Satz 9 SGB V dort ihre Grenze findet, wo die erhobenen Daten für die Erfüllung anderer gesetzlicher Aufgaben der Krankenkassen – insbesondere für die rechtmäßige Anwendung des § 48 SGB V in Verbindung mit § 284 Absatz 1 Nummer 4 SGB V – weiterhin benötigt werden.

Daneben ist eine weitere klarstellende Anpassung in § 275 Abs. 1b Satz 2 SGB V erforderlich. Nach dieser Regelung dürfen die Krankenkassen für die Feststellung, ob eine Einschaltung des Medizinischen Dienstes erforderlich ist, bei den Versicherten nur folgende Angaben erheben:

1. Angaben dazu, ob eine Wiederaufnahme der Arbeit absehbar ist und gegebenenfalls zu welchem Zeitpunkt eine Wiederaufnahme der Arbeit voraussichtlich erfolgt, und

2. Angaben zu konkret bevorstehenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, die einer Wiederaufnahme der Arbeit entgegenstehen.

Dies führt bei ausschließlicher Orientierung am Gesetzeswortlaut dazu, dass die Krankenkassen nur bei in Beschäftigung stehenden Versicherten die vorgenannten Angaben im Zusammenhang mit der Wiederaufnahme der Arbeit erheben dürfen. Bei Versicherten im Leistungsbezug nach dem SGB III sind die Angaben über den Zeitpunkt, zu dem voraussichtlich die Verfügbarkeit für die Arbeitsvermittlung wieder besteht in gleicher Weise für die mögliche Beauftragung des Medizinischen Dienstes relevant. Da in der Praxis insoweit Rechtsunsicherheit besteht, wird eine Klarstellung im Gesetz angeregt.

B) Änderungsvorschläge

In § 275 Absatz 1b SGB V werden folgende Änderungen vorgenommen:

a) Satz 2 wird wie folgt gefasst (Änderungen sind kenntlich gemacht):

„Sollte die Verarbeitung bereits bei den Krankenkassen vorhandener Daten für den Zweck nach Satz 1 nicht ausreichen, dürfen die Krankenkassen abweichend von Satz 1 zu dem dort bezeichneten Zweck bei den Versicherten nur folgende versichertenbezogene Angaben im jeweils erforderlichen Umfang erheben und verarbeiten:

1. Angaben dazu, ob eine Wiederaufnahme der Arbeit **oder die Wiederherstellung der Verfügbarkeit nach dem Dritten Buch** absehbar ist und gegebenenfalls zu welchem Zeitpunkt eine Wiederaufnahme der Arbeit voraussichtlich erfolgt **oder die Verfügbarkeit nach dem Dritten Buch wieder vorliegt**, und

2. Angaben zu konkret bevorstehenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, die einer Wiederaufnahme der Arbeit **oder der Wiederherstellung der Verfügbarkeit nach dem Dritten Buch** entgegenstehen.“

Nach Satz 9 wird folgender Satz 10 angefügt:

„Die Löschpflicht nach Satz 1 besteht nicht, soweit und solange die Daten zur Prüfung, Feststellung oder Nachweisführung des Anspruchs auf Krankengeld nach § 48 erforderlich sind.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 275c Absatz 6 Nummer 1 – Aufnahme der tagesbezogenen Pflegeentgelte in den zulässigen Prüfumfang

A) Neuregelungsbedarf

Die FinanzKommission Gesundheit hat unter Punkt 6.6.3 (Reformempfehlung 27) ihres ersten Berichtes empfohlen, die Pflegepersonalkosten wieder in das DRG-System einzugliedern. Die Pflegeentgelte wären somit wieder Bestandteil des Rechnungsprüfumfangs geworden. Die FinanzKommission Gesundheit führt aus: „Die Wiedereingliederung der Pflegepersonalkosten in das DRG-System ab 2027 kommt ab 2028 faktisch einer Integration dieser Kosten in das Vorhaltebudget gleich." Da der Reformvorschlag nicht konsequent umgesetzt wird, ist eine entsprechende gesetzliche Anpassung durch Streichung der Regelung des § 275c Abs. 6 Nummer 1 vorzunehmen.

Sollte diese nicht umgesetzt werden, besteht für die GKV ein Wettbewerbsnachteil gegenüber der PKV fort, die eine volle Prüfung der Pflegeentgelte durchführen darf. Das durch diese Regelung entgehende Erstattungsvolumen ist finanziell erheblich und kann zusammen mit dem bestehenden Nachteil der GKV gegenüber der PKV infolge der Prüfquote eine wettbewerbsrelevante Größenordnung erreichen, da die privaten Krankenversicherungen ihre Prüf- und Korrekturmöglichkeiten weiterhin weitgehend uneingeschränkt wahrnehmen können.

Zudem würde durch die Anpassung auch ein Wettbewerbsnachteil der psychiatrischen Krankenhäuser bzw. psychiatrischen Fachabteilungen gegenüber den somatischen Krankenhäusern bzw. somatischen Fachabteilungen aufgehoben werden. Dort erfolgt weiterhin eine Kürzung der Pflegekosten, wenn im Rahmen der Abrechnungsprüfung Behandlungstage auf Basis eines Gutachtens des Medizinischen Dienstes gekürzt werden, da die Pflegekosten in den tagesbezogenen Vergütungen enthalten sind.

B) Änderungsvorschlag

§ 275c Absatz 6 Nummer 1 SGB V wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 304 – Aufbewahrung von Daten bei Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Geschäftsstellen der Prüfungsausschüsse

A) Neuregelungsbedarf

§ 304 Abs. 1 Nr. 1 SGB V regelt, dass die nach § 292 SGB V von den Krankenkassen gespeicherten Angaben über die Leistungsvoraussetzungen nach spätestens 10 Jahren zu löschen sind. Eine gesetzliche Regelung, nach der Arbeitsunfähigkeitsdaten von dieser absoluten Löschungsfrist ausgenommen wären, gibt es nicht. Folglich dürfen gemäß § 304 Abs. 1 Nr. 1 SGB V formal auch die von den Krankenkassen rechtmäßig gespeicherten Arbeitsunfähigkeitszeiten und -diagnosen für höchstens 10 Jahre aufbewahrt werden.

Dem entgegen steht, dass die Krankenkassen für die rechtmäßige Erfüllung ihrer Aufgabe nach § 48 SGB V ggf. auch Kenntnis über länger zurückliegende Arbeitsunfähigkeitszeiträume benötigen. Um sicherzustellen, dass die Krankenkassen bei der Feststellung der Dauer des Anspruchs auf Krankengeld nach § 48 SGB V alle relevanten Arbeitsunfähigkeitszeiten berücksichtigen können, ist es grundsätzlich erforderlich, dass die Krankenkassen die Arbeitsunfähigkeitszeiten und –diagnosen ihrer mit Anspruch auf Krankengeld Versicherten für die Dauer des Erwerbslebens aufbewahren. Maßgeblich für die korrekte Ermittlung der Blockfristen nach § 48 Abs. 2 SGB V ist nach derzeitiger Rechtslage der erstmalige Eintritt von Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit; dieser kann mehr als 10 Jahre zurückliegen. Eine aufgrund unvollständiger Daten nicht korrekt ermittelte Blockfrist kann eine rechtswidrige Verkürzung des Krankengeldanspruchs und damit eine Verletzung schutzwürdiger Interessen der Versicherten zur Folge haben. Aufgrund der relativen Löschungsvorschrift des § 84 Abs. 2 SGB X sind die genannten Daten daher so lange aufzubewahren, wie dies erforderlich ist, um eine rechtmäßige Feststellung der Dauer des Anspruchs auf Krankengeld nach § 48 SGB V sicherzustellen.

Diese einander entgegenstehenden gesetzlichen Anforderungen führen zu Rechtsunsicherheit in der Praxis, sodass eine gesetzliche Klarstellung erforderlich ist.

Als Lösung infrage käme grundsätzlich entweder eine gesetzliche Eingrenzung der zur Feststellung der Dauer des Krankengeldes nach § 48 SGB V heranzuziehenden Arbeitsunfähigkeitszeiten auf solche, die nicht länger als 10 Jahre zurückliegen, oder eine über die in § 304 Abs. 1 Nr. 1 SGB V festgelegte Löschungsfrist hinausgehende gesetzliche Befugnis zur Speicherung der betreffenden Daten, soweit dies für die Ermittlung der Dauer des Krankengeldanspruchs nach § 48 SGB V erforderlich ist. Da eine Umsetzung der erstgenannten Lösungsvariante eine weitergehende inhaltliche Änderung der Anspruchsvoraussetzungen implizieren würde und keine Hinweise darauf vorliegen, dass dies gesetzgeberisch intendiert ist, wird im Sinne der zweiten Lösungsmöglichkeit folgende Änderung vorgeschlagen:

B) Änderungsvorschlag

§ 304 Abs. 1 SGB V wird wie folgt geändert:

Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Abweichend von Satz 1 Nummer 1 haben Krankenkassen die rechtmäßig gespeicherten Arbeitsunfähigkeitszeiten und -diagnosen sowie die damit verbundenen Anspruchszeiten auf Krankengeld aufzubewahren, soweit und solange diese zum Zweck der Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Feststellung der Dauer des Anspruchs auf Krankengeld nach § 48 benötigt werden.“

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) und Artikel 4 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Streichung zusätzlicher, nicht kriteriengestützter Fördertatbestände

A) Neuregelungsbedarf

Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) wurden im Vorgriff auf die Einführung der Vorhaltefinanzierung zusätzliche Fördertatbestände für ausgewählte Versorgungsstrukturen eingeführt bzw. verstetigt. Dies betrifft insbesondere die Bereiche

- Pädiatrie,
- Geburtshilfe,
- Stroke Units,
- spezielle Traumatologie,
- Intensivmedizin,
- Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben im Krankenhausbereich sowie
- Hochschulkliniken

sowie darüber hinaus Erhöhungen bestehender Zuschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung und für Krankenhäuser in ländlichen Regionen.

Diese zusätzlichen Fördertöpfe stehen nicht im Einklang mit der Systematik der Vorhaltefinanzierung, deren Ziel es ist, strukturelle Vorhaltekosten systematisch, transparent und kriterienbasiert über Vorhaltebudgets abzubilden. Die parallel eingeführten Fördertatbestände begründen vielmehr neue Nebenhaushalte außerhalb der Vorhaltebudgets und führen damit zu Doppel- und Überfinanzierungen einzelner Leistungsbereiche.

Zudem sind die Fördermittel nicht oder nur unzureichend an transparente, überprüfbare Kriterien oder eine nachweisbare Zweckbindung geknüpft. Ein belastbarer Nachweis für einen zusätzlichen Beitrag zur Sicherung oder Verbesserung der Versorgungsqualität ist daher nicht gegeben. Gleichzeitig entstehen für die gesetzliche Krankenversicherung dauerhafte Mehrausgaben im hohen dreistelligen Millionenbereich, die der Zielsetzung einer ausgabenneutralen Umsetzung der Krankenhausreform widersprechen.

Vor diesem Hintergrund bestätigt die Reformempfehlung Nr. 36 der FinanzKommission Gesundheit die bereits zuvor vom GKV-Spitzenverband vertretene Position, wonach die zusätzlichen Fördertatbestände systemwidrig, finanzwirksam und nicht sachgerecht begründet sind und daher zu streichen sind.

B) Änderungsvorschlag

Der GKV-Spitzenverband schlägt vor, die im Zuge des KHVVG eingeführten zusätzlichen Fördertatbestände sowie die Erhöhungen bestehender Zuschläge vollständig aufzuheben und die Finanzierung der Vorhaltefunktionen ausschließlich über die systematisch ausgestalteten Vorhaltebudgets sicherzustellen.

Hierzu ist eine Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie des Krankenhausentgeltgesetzes erforderlich:

Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)

a. § 39 (Förderbeträge für bestimmte Leistungsbereiche) wird vollständig gestrichen.

b. In den §§ 39 ff. werden sämtliche Verweise auf zusätzliche Fördermittel für Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sowie auf Förderungen für Hochschulkliniken gestrichen, soweit diese außerhalb der Vorhaltebudgets gewährt werden.

Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)

a. § 9 Absatz 1a Nummer 5 (Zuschlag für die Teilnahme an der Notfallversorgung)

   Die durch das KHVVG vorgenommene Erhöhung des Zuschlagsbetrags wird gestrichen. Der Zuschlag gilt wieder in der vor Inkrafttreten des KHVVG geltenden Höhe.

b. § 5 Absatz 2a (Zuschlag für Krankenhäuser in ländlichen Regionen)

   Die durch das KHVVG vorgenommene Erhöhung des Zuschlagsvolumens wird aufgehoben. Der Zuschlag gilt wieder in der bisherigen, vor der Reform geltenden Ausgestaltung. Darüber hinaus ist die entfallene Qualitätsanforderung einer Teilnahme an der Notfallversorgung mindestens auf dem Niveau der Basisnotfallversorgung wieder als Fördervoraussetzung einzuführen. Der Wegfall dieses Kriteriums hat den Kreis der anspruchsberechtigten Standorte ausgeweitet und führt dazu, dass zusätzliche Beitragsmittel auch an Standorte ohne entsprechende Notfallstrukturen fließen. Dies ist weder qualitätsgerecht noch zielgerichtet.

Folgeänderungen/Klarstellung

In den einschlägigen Vorschriften des KHG und des KHEntgG ist klarzustellen, dass die Finanzierung struktureller Vorhaltekosten ausschließlich über die Vorhaltebudgets gemäß den gesetzlichen Regelungen zur Vorhaltefinanzierung erfolgt und zusätzliche, nicht kriteriengestützte Fördertatbestände außerhalb dieses Systems ausgeschlossen sind.

Über die Empfehlungen der FinanzKommission Gesundheit hinaus spricht sich der GKV-Spitzenverband zudem für die Streichung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben nach § 6b KHG aus. Diese Aufgaben gehen über die in der Regelversorgung vorgesehene Zusammenarbeit der Krankenhäuser hinaus, lassen jedoch keine eindeutige Abgrenzung zu den bestehenden Zentrumsregelungen des G-BA erkennen.

Sollte es bei den zusätzlichen Fördertatbeständen bleiben und die vorgeschlagene Aufhebung nicht vorgenommen werden, ist eine zeitnahe wissenschaftliche Evaluation der Effekte erforderlich. Nur bei einem soliden Nachweis positiver Effekte dürfen die Zuschläge weiterhin bereitgestellt werden.

Artikel 4 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes), Änderung des Pflegeberufegesetzes sowie Änderung der Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung

Sicherung von Ausbildungszuschlägen im Rahmen von Krankenhausinsolvenzen

A) Neuregelungsbedarf

In vielen Bundesländern werden die Ausbildungskosten nach § 17a Absatz 1 KHG über ein Umlageverfahren finanziert. Dabei werden bei allen Krankenhäusern im Bundesland Ausbildungszuschläge erhoben, die an einen Ausgleichsfonds abgeführt und an die ausbildenden Krankenhäuser im Bundesland ausgezahlt werden. Die Mittel sind zweckgebunden für die Ausbildung zu verwenden.

Im Fall einer Krankenhausinsolvenz besteht die Gefahr, dass die in Rechnung gestellten Ausbildungszuschläge nicht an den Ausgleichsfonds abgeführt werden, sondern in der Insolvenzmasse aufgehen und somit zweckentfremdet werden. Um die zweckentsprechende Mittelverwendung auch im Rahmen einer Insolvenz sicherzustellen, sollten die Beteiligten auf Landesebene in den Verfahrensregelungen im Zusammenhang mit dem Ausgleichsfonds sicherstellen, dass während des Insolvenzverfahrens die vom Krankenhaus in Rechnung zu stellenden Zuschläge, die an den Ausgleichsfonds abzuführenden Zahlungen sowie die bei einem ausbildenden Krankenhaus aus dem Ausgleichsfonds auszuzahlenden Raten ausgesetzt werden.

Das gleiche Problematik besteht beim Umlageverfahren nach dem Pflegeberufegesetz. Auch hier sollten deshalb in den Verfahrensregelungen auf Landesebene Regelungen für den Insolvenzfall aufgenommen werden.

Die Wiederaufnahme aller Zahlungsströme nach Beendigung des Insolvenzverfahrens sowie ein Ausgleich etwaiger Differenzen aufgrund der Aussetzung der Zahlungen, können ebenfalls in den Verfahrensregelungen bestimmt werden. Hierzu bedarf es keiner Erweiterung der Rechtsgrundlage, da beispielsweise der Ausgleich der Differenz zwischen den abgerechneten Zuschlägen eines Krankenhauses und den an den Fonds abgeführten Mitteln bereits heute in den Verfahrensregelungen vieler Länder enthalten ist.

B) Änderungsvorschlag

Folgende Änderungen werden vorgeschlagen:

Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)

In § 17a Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 KHG wird vor dem Punkt am Ende folgender Satzteil eingefügt: „sowie Vorgaben zur Aussetzung der in Rechnung zu stellenden Zuschläge, der nach Absatz 6 Satz 4 an den Ausgleichsfonds abzuführenden Zahlungen und der aus dem Ausgleichsfonds nach Satz 5 zu zahlenden monatlichen Raten, wenn ein Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens über das Vermögen des Trägers eines Krankenhauses gestellt wurde“

Pflegeberufegesetz (PflBG)

In § 33 Absatz 6 Satz 2 PflBG wird vor dem Punkt am Ende ein Komma und der folgende Satzteil eingefügt: „sowie Vorgaben zur Aussetzung der in Rechnung zu stellenden Zuschläge, wenn ein Antrag

auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens über das Vermögen des Trägers einer Einrichtung nach § 7 Absatz 1 gestellt wurde“

Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung (PfAFinV)

Die Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung (PflAFinV) wird wie folgt geändert:

In § 15 wird folgender neuer Absatz 3 eingefügt:

„**Wurde durch einen Träger der praktischen Ausbildung ein Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens über sein Vermögen gestellt, setzt die zuständige Stelle die Zahlung der Ausgleichszuweisungen ab Antragstellung aus.**“

In § 19 Absatz 1 werden vor dem Komma die Wörter „**oder als Träger einer Einrichtung nach § 7 Absatz 1 PflBG einen Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens über sein Vermögen stellt**“ eingefügt.

Artikel 6 (Änderung der Risikostrukturausgleichsverordnung)

§§ 2, 4, 7 und 18 – Berücksichtigung Teilkrankengeld analog Krankengeld nach § 44 SGB V

A) Neuregelungsbedarf

Mit der Einführung des Teilkrankengeldes im Rahmen des neuen § 44d bedarf es der Aufnahme der neuen Krankengeldleistung in den Regelungen zum Risikostrukturausgleich, um deren Berücksichtigung gleichartig zu den Leistungsausgaben nach § 44 SGB V klarzustellen. Dazu ist der Verweis auf den § 44d in Analogie zu § 44 in den §§ 2, 4, 7 und 18 RSAV aufzunehmen.

B) Änderungsvorschlag

In § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 wird nach der Paragrafennummer 44 ‚oder § 44d' eingefügt.

In § 4 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 werden nach der Paragrafennummer 44 ein Komma und die Paragrafennummer ‚44d' eingefügt.

In § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 10 werden nach der Paragrafennummer 44 ein Komma und die Paragrafennummer ‚44d' eingefügt.

In § 18 Absatz 1 Satz 2 wird nach der Paragrafennummer 44 ‚oder § 44d' eingefügt.

Artikel 7 (neu) (Änderung der Insolvenzordnung)

Nationale Umsetzung der Richtlinie (EU) 2026/799 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 30.03.2026 zur Harmonisierung bestimmter Aspekte des Insolvenzrechts

A) Neuregelungsbedarf

Nach derzeit geltender Rechtslage sind die Sozialversicherungsträger in Deutschland in Insolvenzverfahren den einfachen Insolvenzgläubigern gleichgestellt. Dies führt dazu, dass bereits gezahlte Sozialversicherungsbeiträge im Wege der Insolvenzanfechtung von Insolvenzverwaltern zurückgefordert und der Insolvenzmasse zugeführt werden können. Durch diese Insolvenzanfechtungen werden den Krankenkassen und den übrigen Sozialversicherungsträgern insgesamt jährlich Beitragsmittel in Höhe von mehreren 100 Mio. Euro zur Aufstockung der Insolvenzmasse entzogen.

Die langjährige Forderung der deutschen Sozialversicherung, dass Sozialversicherungsbeiträge, die von später insolventen Unternehmen gezahlt wurden, von der Anfechtung durch Insolvenzverwalter ausgenommen werden können, fand nun Eingang in die EU-Richtlinie zur Harmonisierung bestimmter Aspekte des Insolvenzrechts. Mit der Veröffentlichung der neuen EU-Insolvenz-Richtlinie im EU-Amtsblatt besteht nun die Möglichkeit, die in Artikel 7 Absatz 3 der Richtlinie formulierte Ausnahme in deutsches Recht umzusetzen.

B) Änderungsvorschlag

Die Richtlinie (EU) 2026/799 eröffnet die Möglichkeit, Zahlungen an Sozialversicherungsträger von der Insolvenzanfechtung auszunehmen oder bevorzugt zu behandeln und damit den Sozialversicherungsträgern zweckentsprechend zur Verfügung zu stellen. Dieser Gestaltungsspielraum muss genutzt werden, um die Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme und somit die gesetzliche Krankenversicherung zu stabilisieren.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(3)
gel. VB zur öffent. Anh. am
22.06.2026 - GKV
17.06.2026

Stellungnahme der eurocom e.V.

vom 17. Juni 2026

zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz, Bundestagsdrucksache 21/6130)

Die eurocom e.V. ist die Vereinigung europäischer Hersteller für Kompressionstherapie, orthopädische Hilfsmittel und digitale Gesundheitsanwendungen. Die eurocom nimmt hiermit zu ausgewählten Regelungen mit Bezug zur Versorgung mit Hilfsmitteln und Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGAs) Stellung.

I. Einleitung und Allgemeines

Der eurocom ist der Handlungsbedarf der Bundesregierung bei der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bewusst. In der Sache müssen Maßnahmen mit hoher Einsparwirkung ausgewählt werden, zudem besteht Zeitdruck, wenn die Zusatzbeiträge der gesetzlichen Krankenkassen schon für das Jahr 2027 stabilisiert oder abgesenkt werden sollen.

Deshalb lehnt die eurocom die vorgesehenen Maßnahmen nicht grundsätzlich ab, fordert jedoch eine differenzierte Ausgestaltung. Jedoch möchte die eurocom zuvor ihr allgemeines Unverständnis ausdrücken, was die Verhandlungen innerhalb der Bundesregierung zum **Beitrag aus Steuermitteln zur GKV** betrifft. Es ist ein begrüßenswerter Beitrag des Bundes zur Einsparung, wenn die Mittel für die Gesundheitskosten der Grundsicherungsempfänger steigen. Allerdings wird dies durch den abgesenkten Bundeszuschuss in ein Minus-Geschäft verwandelt. Da auch bis 2031 gerechnet die Erhöhung für die Grundsicherungsempfänger nie die Absenkung des Bundeszuschusses um zwei Milliarden Euro übersteigt, bleibt es auch langfristig bei einem Minus von ca. 4,75 Milliarden Euro. Das ist das Gegenteil einer Stabilisierung der GKV-Finanzen und widerspricht dem ausgegebenen Motto „alle müssen beitragen". Denn der Bund und damit die Steuerzahler beteiligen sich dann faktisch nicht weiter an der Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen wie den Gesundheitskosten für Grundsicherungsempfänger, Mutterschaftsgeld und weiteren Leistungen. Das wäre aber sachgerecht, da es sich dabei um gesamtgesellschaftliche Leistungen handelt, die nicht nur von den GKV-Versicherten zu tragen sind. Zudem ist es der falsche Weg, den finanziellen Spielraum für die Versorgungsformen wie die Hilfsmittelversorgung innerhalb der GKV zu verkleinern.

Ebenso ist bei diesem Ausfall von Steuergeldern für gesamtgesellschaftliche Leistungen der GKV zu bedenken, dass die Arbeitgeber ebenso wie die Versicherten ihren hälftigen Beitrag zu den GKV-Einnahmen leisten. Steigen diese Beiträge weiterhin, stellt dies gerade für kleine und mittelständische Unternehmen – zu denen die Mitglieder der eurocom größtenteils gehören – eine hohe finanzielle Belastung

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

dar. Zusammen mit den Sparmaßnahmen in der Hilfsmittelversorgung ist dies nicht auf Dauer durchhaltbar.

Umso mehr fordert die eurocom eine differenzierte Ausgestaltung bei den Sparmaßnahmen in Bezug auf die Hilfsmittelversorgung und Versorgung mit digitalen Gesundheitsanwendungen ein.

Dies betrifft zum Beispiel die **Bindung der Versorgungsverträge für Hilfsmittel an die Grundlohnrate** aus § 71 Abs. 3 SGB V-E. Als Beitrag von Herstellern und Leistungserbringern der Hilfsmittelversorgung stellt die eurocom diese Maßnahme nicht grundsätzlich in Frage, wenn dies alle Leistungsbereiche der Gesundheitsversorgung gleichermaßen betrifft. Sie gibt aber zu bedenken, dass dies auch Risiken für die Unternehmen der Gesundheitswirtschaft birgt und eine starre Koppelung von Kostentwicklungen in einzelnen Bereichen (insbesondere bei personal-, energie- und materialintensiven Leistungen) deutlich über der Grundlohnrate nicht berücksichtigt. Gerade die industrielle Fertigung von Hilfsmitteln oder anderen Sachleistungen ist durch unerwartete Steigerungen bei den Energiekosten oder Zulieferprodukten auf Rohölbasis besonders betroffen. Diese Bereiche steigen in Krisenfällen plötzlich und in hohem Maße, während andere Faktoren wie Personalkosten erst nachgelagert steigen.

Da zum Beispiel Medizinprodukte wie Hilfsmittel in Krisenfällen für eine Versorgung hoch systemrelevant für die Bevölkerung sind, handelt es sich dabei um eine Frage der **Krisenfähigkeit und Resilienz** Deutschlands. Die Menschen in Deutschland sind bereits heute auf Hilfsmittel in großer Zahl angewiesen. Der Bedarf an einer guten Hilfsmittelversorgung wird steigen, denn unsere Gesellschaft wird älter. Und die Notwendigkeit für Hilfsmittel wächst mit dem Lebensalter. Die Hilfsmittelversorgung ist also ein wichtiger Bestandteil unseres Gesundheitssystems, der unbedingt krisenfest sein muss, damit Patienten und Betroffene möglichst lange selbständig im ambulanten und häuslichen Bereich versorgt werden können.

Dieser Effekt tritt neben die Gefährdung der Versorgung allgemein, da eine zu geringe Vergütung bei rasant steigenden Produktionskosten die Herstellung unwirtschaftlich macht. Ein deshalb einmal vom Markt verschwundenes Produkt oder gar ein kleinerer Hersteller von Hilfsmitteln – wie sie typisch für diese Branchen sind - kehren in der Regel nicht zurück. Das kann den Herstellerkreis auf Dauer regelrecht ausdünnen bzw. auf wenige große Hersteller begrenzen. Dies ist eine Entwicklung, die inzwischen zum Beispiel bei Tankstellen oder Supermarktketten beobachtet werden kann und in Frage gestellt wird, da diese Oligopolisierung negative Wirkungen auf die Versorgung und Preise bundesweit haben kann. Die Beitragsstabilität darf also nicht einseitig zu Lasten der wirtschaftlichen Tragfähigkeit und Versorgungsqualität erreicht werden.

Die eurocom fordert daher eine **Abmilderung**, wenn zum Beispiel Versorgungsvergütungen über Jahre nicht angepasst wurden. Dies ist für die Festbeträge der Fall, die seit dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 7. April 2022 die verbindliche Grundlage für die Vergütungen in den Versorgungsverträgen für Produktgruppen mit festgesetzten Festbeträgen darstellen. Tatsächlich wirkten sie jedoch aufgrund der zuvor über Jahre unterbliebenen Anpassung bereits seit 2017 faktisch vergütungsbestimmend. Ebenso gibt es Versorgungsverträge nach § 127 SGB V, die über Jahre nicht angepasst wurden, obwohl die Kosten für Produktion und Leistungserbringung gestiegen sind. Für diese Fälle ist es **sachgerecht, die Grundlohnrate aus den Jahren ohne Anpassung in die mögliche Steigerung mit einzubeziehen**, so dass mehr Spielraum entsteht. Minimum sollte eine Anpassung anhand der addierten Steigerungsraten der drei Jahre vor dem Zeitpunkt nach § 71 Abs. 3 Satz 1 SGB V sein.

Weiterhin fordert die eurocom eine **Öffnungsklausel im Gesetz von der Grundlohnbindung für Krisenfälle oder unerwartete vergleichbare Lagen**, um die pauschale Kostenreduzierung für die Hilfsmittelversorgung aussetzen zu können, wenn es akut auftretende außergewöhnliche Bedarfe oder Engpässe gibt, die kompensiert werden müssen. Allein die letzten sechs Jahre haben mit der Corona-Pandemie, dem Angriffskrieg Russlands auf die Ukraine und dem Iran-Krieg gezeigt, dass solche Lagen jederzeit auftreten können. Dafür sollte Vorsorge getroffen werden, um nicht in einer Krise zunächst das Gesetz ändern zu müssen. Mit der Möglichkeit zur Anpassung der Festbeträge bei einer besonders hohen Steigerung des Verbraucherpreisindex in § 36 Abs. 4 Satz 8 SGB V-E kennt der Gesetzentwurf schon eine vergleichbare Ausnahme von der regelmäßigen Anpassung für besondere Situationen. Dieser Gedanke sollte sich auch bei der Grundlohnbindung der Versorgungsverträge für Hilfsmittel niederschlagen.

Die eurocom begrüßt, dass das Bundesgesundheitsministerium (BMG) der Empfehlung der FinanzKommission Gesundheit zu **Ausschreibungsverfahren für Hilfsmittel** nicht gefolgt ist. Die Erfahrung bis zum Jahr 2019 hat gezeigt: Ausschreibungen haben keinen ausreichenden Spareffekt gebracht, dafür aber einen klaren Qualitätsverlust bei den ausgeschriebenen Hilfsmitteln. Ausschreibungen sind ein untaugliches Preisinstrument, das endgültig von der politischen Agenda genommen werden sollte.

Insbesondere den zeitlichen Aspekt möchte die eurocom bei den Änderungen **zu Festbeträgen für Hilfsmittel** adressieren. Die eurocom sieht Festbeträge als bewährtes und grundsätzlich besseres Instrument als Ausschreibungen an. Die Änderungen zu den Festbeträgen und ihrer Anpassung sind aber so grundlegend und umfangreich, dass sie nicht in dem jetzigen eilbedürftigen Gesetzgebungsverfahren behandelt werden sollten.

Im parlamentarischen Verfahren gibt es kaum ausreichend Zeit, alle Neuregelungen und ihre Auswirkungen in der notwendigen fachlichen Tiefe zu erörtern. Schon im ministeriellen Verfahren war keine echte inhaltliche Auseinandersetzung möglich. Die Berichterstatterinnen und Berichterstatter der Bundestagsfraktionen für den Gesetzentwurf haben erst recht kaum eine Möglichkeit, sachgerechte Regelungen mit den betroffenen Akteuren im Gesundheitswesen abzuwägen. Alle stehen bei der Vielzahl der Sparmaßnahmen vor einer enormen zeitlichen und inhaltlichen Herausforderung. Die Neuregelung für Festbeträge sollte ohnehin Gegenstand des Entwurfs des Hilfsmittelgesetzes sein, das auch in 2026 kommen soll, und ist lediglich aufgrund der Sparempfehlung der FinanzKommission in den hiesigen Gesetzentwurf aufgenommen worden.

Die eurocom regt dringend an, die **Neuregelung zu den Festbeträgen für Hilfsmittel in das Hilfsmittelgesetz zu verlagern**. Der zu erwartende Zeitverzug beim Inkrafttreten von einigen Monaten ist vertretbar, da insbesondere beim Einspareffekt zwischen der gesetzlichen Neuregelung zunächst die Festsetzung des Festbetrages bzw. dessen Anpassung durch den GKV-Spitzenverband und in Folge die Vergütungsverhandlungen in den Versorgungsverträgen liegt. Ein schneller Einspareffekt ist nicht zu erwarten. Des Weiteren hat die FinanzKommission Gesundheit die Finanzwirkung der Empfehlung zu den Festbeträgen mit ca. 0,5 Mrd. € jährlich erst ab 2029 beziffert, wodurch wenige Monate Zeitverzögerung nicht ausschlaggebend sein werden. Positive Folge wäre hier ein Zeitgewinn, um die beabsichtigte Regelung mit dem zuständigen Fachreferat und später mit den Bundestagsfraktionen zu beraten. Zu bedenken ist, dass eine einmal in aller Eile in das Gesetz eingefügte Neuregelung nur schwer und langwierig abzuändern ist.

II. Im Einzelnen

1. Zu § 36 SGB V-E (Festbeträge für Hilfsmittel)

Die eurocom sieht Festbeträge als geeignetes Mittel an, um eine ausreichende und zweckmäßige Versorgung mit Hilfsmitteln zu gewährleisten und gleichzeitig die Leistungspflicht der solidarisch finanzierten GKV zu begrenzen. Schon deshalb begrüßt die eurocom die neue Regelung zur Anpassung der Festbeträge, die von der Festbetragsregelung für Arzneimittel losgelöst wird.

a) Erhebliche Bedenken gegen die Regelung

Die eurocom hat erhebliche Bedenken gegen die beabsichtigte Regelung des § 36 SGB V-E:

- An erster Stelle steht die Zuständigkeit des GKV-Spitzenverbandes für die Erstellung einer **Verfahrensordnung** für die Festsetzung und Anpassung von Festbeträgen. Der GKV-Spitzenverband ist naturgemäß auf der Seite der Krankenkassen und wäre daher an einer möglichst niedrigen Festsetzung und Anpassung von Festbeträgen bei Hilfsmitteln interessiert, schon um die Ausgaben der Krankenkassen zu begrenzen. Der GKV-Spitzenverband sollte also nicht per Verfahrensordnung die Regeln festlegen, innerhalb derer die Krankenkassen und damit er selbst an möglichst geringen Ausgaben interessiert sind. Hier ist eine gangbare Alternative zu wählen wie zum Beispiel eine Verordnung des BMG mit Zustimmung des Bundesrates.

- Weiterhin müssen für die Festbeträge **geeignete Produktgruppen von Hilfsmitteln** ausgewählt werden. Prothesenversorgungen kommen zum Beispiel dafür kaum in Frage, da sie in Erfüllung des Teilhabeanspruchs des Versicherten in besonders hohem Maße individuell in der Versorgung sind. Es gibt zahlreiche Varianten bei diesen Hilfsmitteln mit sehr unterschiedlichem zeitlichen Fertigungsaufwand. Die Teilhabe richtet sich nach den individuellen Möglichkeiten des Versicherten aufgrund seiner Behinderung, ebenso muss dies für die Versorgung mit der Prothese gelten und es bedarf eines hohen Grades an Individualisierung. Weiterhin ist insbesondere zwischen industriell gefertigten Hilfsmitteln und handwerklich gefertigten Hilfsmitteln zu unterscheiden.

- Die eurocom sieht die **Erweiterung des Spielraums des GKV-Spitzenverbandes und ebenso der Rechte zur Einholung von Auskünften** bei den Herstellern und Leistungserbringern in Teilen kritisch. Der GKV-Spitzenverband hat zum einen im Vorfeld der Empfehlungen der FinanzKommission erkennen lassen, dass das Verfahren zur Ermittlung von Abgabepreisen zur Anpassung der Festbeträge langwierig und komplex ist. Dieser Ansatz sollte nicht durch noch mehr zu ermittelnde Daten verfestigt und ausgeweitet werden. Gleichzeitig hat der GKV-Spitzenverband nach dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 7. April 2022 keinerlei neue Festsetzung von Festbeträgen vorgenommen – entgegen der ausdrücklichen Vorgabe des Gerichts.

  Weiterhin: Die zusätzlichen Auskünfte können zwar die Transparenz erhöhen, würden jedoch zu einem unverhältnismäßig hohen Ressourceneinsatz bei Herstellern und Leistungserbringern und mithin zu einer überproportionalen Belastung bei kleinen und mittelständischen Unternehmen führen. Nicht nur die erheblichen administrativen und personellen Aufwände, sondern auch entstehende Opportunitätskosten durch den zusätzlichen Ressourceneinsatz stehen in keinem Verhältnis zum möglichen Erkenntnisgewinn.

- Aus dem vorgenannten Grund und um die zu erhebenden Daten zu bündeln, sind die **Auskunftspflichten von den Leistungserbringern und Herstellern auf die maßgeblichen Verbände dieser Unternehmen zu verlagern**. Es gibt rund 1.500 Hersteller und ca. 70.000 Leistungserbringer in der Hilfsmittelversorgung. Auch wenn für geeignete Hilfsmittel nicht alle Hersteller und Leistungserbringer Daten beisteuern können, ist doch eine große und unübersichtliche Datenmenge vorprogrammiert. Eine Steuerung über die Verbände kann hier eine deutliche Erleichterung für die Hersteller sowie Leistungserbringer und ebenso den GKV-Spitzenverband sein.

- Des Weiteren greift die Anforderung nach produktspezifischen Umsatz-, Absatz- und Kalkulationsdaten tief in die unternehmerische Sphäre und teilweise hochsensible Wettbewerbsdaten ein. Nicht zuletzt kann auf ein Ungleichgewicht hinsichtlich der Offenlegung vergleichbarer Daten hingewiesen werden, da es sich bei dem angebrachten Punkt um eine eher einseitige Informationspflicht handelt. Minimum muss hier ein **Schutz in technischer, prozessualer sowie organisatorischer Hinsicht** gewährleistet sein. Die Daten dürfen in keinem Fall Dritten wie etwa einzelnen Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden. Eine Klarstellung im Gesetz ist dafür erforderlich.

- Aus dem gleichen Grund kritisiert die eurocom insbesondere die Offenlegungspflicht für die „auf die Hersteller- und Leistungserbringerabgabepreise" und auf den Gesamtumsatz bezogenen **Rabatte sowie für die Umsatzzahlen** (§ 36 Abs. 2 Satz 4 und Satz 5 SGB V-E). Rabatte sind Teil der unternehmerischen Preis- und Marktstrategie und stellen wirtschaftlich besonders sensible Unternehmensinformationen dar. Ihre Offenlegung beschränkt die Vertrags- und unternehmerische Entscheidungsfreiheit sowie die Freiheit, Preise eigenverantwortlich festzusetzen und die hierfür maßgeblichen Kalkulations- und Verhandlungsprozesse unternehmensintern vorzunehmen. Die verpflichtende Offenlegung von Umsatzzahlen und Rabatten betrifft wirtschaftlich hochsensible Unternehmensdaten und führt zu einer weitreichenden Transparenz interner Geschäfts- und Kalkulationsgrundlagen. Die im Entwurf vorgesehene Regelung schafft damit ein „gläsernes Unternehmen" und beeinträchtigt die Freiheit der betroffenen Unternehmen, ihre wirtschaftlichen Verhältnisse und Preisbildungsprozesse gegenüber Wettbewerbern und sonstigen Marktteilnehmern – auch außerhalb des von der gesetzlichen Krankenversicherung geprägten Marktsegments – vertraulich zu halten. Es handelt sich um einen Eingriff in die Grundrechte der Unternehmen aus Art. 12 Abs. 1 und Art. 2 Abs. 1 GG.

  Auch der Vergleich mit den Regelungen zu Festbeträgen für Arzneimittel, die ebenfalls die Offenlegungspflicht in Bezug auf Rabatte kennt (insbesondere § 131 Abs. 4 Satz 3 Nr. 1 bis 3 SGB V), führt zu keinem anderen Ergebnis. Die Festbetragsregelungen für Hilfsmittel einerseits und Arzneimittel andererseits sind in diesem Punkt nicht vergleichbar, da anders als bei Fertigarzneimitteln, für die (vorbehaltlich des Bestehens von Rabattverträgen) aufgrund der Arzneimittelpreisverordnung bundesweit einheitliche Preise gelten, es bedingt durch die Vielzahl von Leistungserbringer und Krankenkassen auch im System der GKV zu ein- und demselben Hilfsmittel eines Herstellers eine Vielzahl von Vertragspreisen und damit Preismodelle gibt. Zudem spielt bei der Herstellung von Arzneimitteln die Wertschöpfungskette nicht die gleiche zentrale Rolle wie bei der Hilfsmittelherstellung und -leistungserbringung. Während die Dienstleistung durch Zurichtung, Anpassung und Beratung bei der Hilfsmittelleistungserbringung einen wichtigen Stellenwert hat, ist dies bei Fertigarzneimitteln, für die eine Festbetragsregelung gilt, nicht der Fall. Daher stellt der die Offenlegungspflicht in Bezug

auf Rabatte bei Arzneimitteln keinen so intensiven Eingriff in die genannten Grundrechte wie bei Hilfsmitteln dar.

Die Regelung zur Offenlegungspflicht in Bezug auf Rabatte und Umsatzzahlen ist zwingend aus dem Gesetzentwurf zu streichen, um den Eingriff in die Wirtschaftsfreiheit der betroffenen Unternehmen zu wahren.

- In diesem Zusammenhang ist weiterhin der durch den GKV-Spitzenverband an Auskünften einzuholende **Katalog der Angaben seitens der Hersteller und Leistungserbringer abschließend** zu gestalten. Andernfalls hätte der GKV-Spitzenverband im Rahmen der Verfahrensordnung oder durch schlichtes Verwaltungshandeln die Möglichkeit, nicht nur die Rabatte und Umsatzzahlen abzufragen, sondern auch andere betriebswirtschaftliche Kennzahlen. Dies würde den Eingriff in die Grundrechte der Unternehmen immer intensiver und weniger verhältnismäßig machen. Der gesetzliche Katalog der Offenlegungs- und Auskunftspflichten ist deshalb abschließend zu formulieren. Dazu ist in § 36 Abs. 2 Satz 4 SGB V-E das Wort „insbesondere" zu streichen.

- Auch aus diesem Grund lehnt die eurocom das neue Verfahren zur **Anpassung der Festbeträge** in § 36 Abs. 4 SGB V-E in der beabsichtigten Form ab. Kritikpunkte sind vor allem die erweiterten zu ermittelnden Angaben durch den GKV-Spitzenverband für die Neufestsetzung und die damit zu erwartenden langwierigen Verfahren. Es ist zu befürchten, dass allein dadurch der Überprüfungsrhythmus von drei Jahren überschritten wird. Die eurocom wiederholt daher ihre Forderung nach einem **einfachen und unbürokratischen Verfahren** anhand feststehender Indices wie der Inflationsrate oder dem Verbraucherpreisindex. Diese Überprüfung sollte jährlich stattfinden.

  Für dieses Verfahren besteht schon aus Zeitgründen ein dringender Bedarf. Am Beispiel der Hilfsmittel zur Kompressionstherapie: Die letzte Anpassung der Festbeträge stammt aus dem Jahr 2020, davor lag die Anpassung vom März 2012. Aufgrund des benannten Urteils des Bundessozialgerichts gab es keine Anpassung bis heute. Die Anpassung aus 2020 beruht wegen des langwierigen Verfahrens auf den tatsächlichen Preisen von 2017. Bei dem beabsichtigten Ablauf mit dem Verfassen einer Verfahrensordnung durch den GKV-Spitzenverband, der Genehmigung durch das BMG und dann überhaupt erst dem Verfahren zur Anpassung des Festbetrages mit Auskunftseinholung und Kalkulation kann ein neuer Festbetrag frühestens 2028 festgesetzt werden. Und dies ist dann erst die Grundlage für neue Versorgungsverträge. Das bedeutet elf und mehr Jahre ohne Anpassung für diese wichtige Produktgruppe. Dies würde die Herstellung dieser Hilfsmittel noch einmal mehr unwirtschaftlich gestalten. Dabei gibt es durch eine Orientierung am Verbraucherpreisindex eine gute andere Lösung.

  Dies ist auch kein Widerspruch zu der aufgezeigten Möglichkeit aus der Einleitung, die Festbetragsregelung in das Hilfsmittelgesetz zu schieben. Diese Verlagerung würde einen Verzug von drei oder vier Monaten bedeuten, dafür bestände die Chance auf ein gesetzliches gutes und schnelles Verfahren zur Anpassung der Festbeträge, das von den Beteiligten besser akzeptiert wird. Diese Chance sollte nach Ansicht der eurocom genutzt werden.

- Die eurocom erkennt den Willen des BMG an, mit dem **Antragsverfahren nach § 36 Abs. 4 Satz 8 SGB V-E** den Spitzenorganisationen von Herstellern oder Leistungserbringern eine Möglichkeit zur außerplanmäßigen Anpassung der Festbeträge zu geben. Allerdings besteht damit eine Doppelung der Verfahren, die beim GKV-Spitzenverband sich überholende Anpassungsverfahren zu Folge haben dürften. Da auch beim GKV-Spitzenverband begrenzte personelle Ressourcen bestehen, kann sich die gesamte Anpassung durch diese Doppelung herausschieben. Zudem ist die Vorgabe von sieben Prozent Steigerung des Verbraucherpreisindex in drei aufeinander folgenden Monaten nicht geeignet. Selbst im Jahr 2022 lag die durchschnittliche Steigerung des Verbraucherpreisindex im Vergleich zum Vorjahr aufgrund des russischen Angriffskrieges gegen die Ukraine bei 6,9 Prozent laut Statistischem Bundesamt[1]. Dabei handelte es sich um die höchste Steigerung seit 1951. Dieser Korrekturmechanismus hätte also in der Vergangenheit nur einmal in 70 Jahren gegriffen. Die Festsetzung des Schwellenwertes auf sieben Prozent ist als Vorgabe zu hoch angesetzt und damit als Korrekturfaktor für Preissteigerungen in Krisenzeiten untauglich.
  Da die durchschnittliche Steigerung des Verbraucherpreisindex seit 1951 bei 2,4 bis 2,5 Prozent liegt, [2] ist ein Prozentsatz erkennbar darüber, aber noch deutlich unter den im Gesetzentwurf enthaltenen sieben Prozent als Schwelle für die Anpassung auf Antrag angemessen. Die Vorgabe in § 36 Abs. 4 Satz 8 SGB V-E ist also auf vier Prozent abzusenken.

b) Hinweise zur im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelung des § 36 SGB V-E

Auch wenn die eurocom das im Gesetzentwurf angelegte Verfahren teilweise kritisiert, gibt sie folgende **konstruktive Hinweise** zu Verbesserung der Regelung:

- Bei dem Auskunftsrecht des GKV-Spitzenverbandes, Umsatz-, Absatzzahlen und Kalkulationszuschläge einzufordern, ist im Gesetz der gleiche Maßstab für die Ausübung gegenüber allen Herstellern und Leistungserbringern anzulegen. Weiterhin ist zu regeln, dass die Schätzung der Parameter nur ultima ratio ist und welche Verfahrensschritte der GKV-Spitzenverband zur Ausübung des Auskunftsrechts bis zur Schätzung zu ergreifen hat. Der Amtsermittlungsgrundsatz allein gibt hierbei zu viel Ermessensspielraum. Die Bestimmung der Festbetragsgruppen muss transparent für Hersteller und Leistungserbringer sein, hier muss es eine Begründungs- und Offenlegungspflicht des GKV-Spitzenverbandes geben. Die Festsetzung eines Festbetrages darf für diese Hilfsmittel kein Innovationshemmnis sein, der Festbetrag muss dafür genügend Spielraum lassen. Letztlich muss auch die Bildung der Festbetragsgruppe regelmäßig in geeigneten Abständen überprüft und bei Bedarf angepasst werden.

- **Minimum** einer im BStabG zu verabschiedenden Regelung zur Festsetzung und Anpassung von Festbeträgen für Hilfsmittel ist also:
  - Erstellung der Verfahrensordnung nicht durch den GKV-Spitzenverband, sondern zum Beispiel in Form einer Verordnung des BMG mit Zustimmung des Bundesrates
  - Ersatz der Auskunfts- und Offenlegungspflichten der einzelnen Hersteller und Leistungserbringer durch vergleichbare Pflichten der Verbände der Hersteller und Leistungserbringer

[1] Statistisches Bundesamt: Verbraucherpreisindex: Gesamtindex und 12 Abteilungen - Statistisches Bundesamt.
[2] Zitiert nach: Historische Entwicklung der Inflation in Deutschland.

- Begrenzung der Auskunfts- und Offenlegungspflichten durch Streichung der Rabatte und Umsatzzahlen aus dem Katalog der offenzulegenden Daten
- Abschließender Katalog der Auskunfts- und Offenlegungspflichten im Gesetz
- Absenkung der Voraussetzungen für die Anpassung der Festbeträge auf Antrag auf fünf Prozent.

2. Zu § 61 SGB V-E (Zuzahlungen zu Hilfsmittelversorgungen)

Die eurocom sieht eine **Anhebung der gesetzlichen Zuzahlung** durch die Patientinnen und Patienten für Hilfsmittel auf die Spanne von 7,50 Euro bis 15 Euro als Anpassung an das allgemeine Preisniveau für **zumutbar** an. Dabei ist aber zu bedenken, dass jede Eigenbeteiligung an Leistungen der solidarischen GKV insbesondere für Geringverdiener eine Hürde darstellt. Dies darf nicht zur Folge haben, dass medizinisch notwendige Versorgungen nicht vorgenommen werden. Der Patient kann als Laie die Folgen für seine Gesundheit i.d.R. nicht absehen, wenn er aus finanziellen Erwägungen auf die notwendige Hilfsmittelversorgung verzichtet. Von der späteren Rückkehr in den Job bis hin zur frühen Pflegebedürftigkeit nach einer sich fortsetzenden Immobilität können die Folgen für das Gesundheitssystem und die Volkswirtschaft hoch sein. Allein 25 Millionen sind auf Hilfsmittel wie Sehhilfen, Hörgeräte und Rollatoren aber auch Kompressionsstrümpfe, Bandagen, Orthesen oder Einlagen angewiesen, wie die Allensbach-Umfrage der eurocom aus dem Jahr 2023 gezeigt hat.[3] Entsprechend groß wäre die Tragweite von Unterversorgungen bei medizinisch notwendigen Hilfsmittelversorgungen aufgrund fehlender finanzieller Ressourcen der Patienten.

Aus diesem Grund kritisiert die eurocom den Mechanismus zur **Dynamisierung der Zuzahlung** um die Steigerung der Grundlohnrate. Dies ist bei einem jährlichen Wechsel und sich verändernden Centbeträgen erstens fehleranfällig beim Einzug durch die Leistungserbringer. Zweitens verändert sich der Charakter der Zuzahlung von einer Schwelle, um Versorgungen nicht beliebig in Anspruch zu nehmen, zu einer stets steigenden prozentualen Eigenbeteiligung. Dies baut genau die beschriebene Hürde für die Versicherten für eine Versorgung auf, die mit größeren, nachgelagerten finanziellen Folgen für das Gesundheitssystem verbunden ist. Die eurocom regt die Prüfung eines anderen Verfahrens für eine Erhöhung der gesetzlichen Zuzahlung an. In Frage kommt zum Beispiel eine Überprüfung in festen Zeitabständen von zum Beispiel fünf Jahren anhand der Preisentwicklung.

Außerdem hat die FinanzKommission selbst die **Befreiung von der Zuzahlungspflicht** thematisiert und festgestellt, dass das Verfahren dazu nicht allgemein bekannt ist und hat eine automatische Informationspflicht der Krankenkassen bei Erreichen der Grenze sowie eine administrative Vereinfachung empfohlen. Diese Punkte fehlen völlig im Gesetzentwurf und sollten in geeigneter Weise aufgenommen werden.

[3] Repräsentative Umfrage des Instituts für Demoskopie Allensbach im Auftrag der eurocom e. V., Umfrageergebnisse 2023: https://eurocom-info.de/allensbach-umfrage-2023-patienten-vertrauen-auf-medizinische-hilfsmittel-und-erwarten-persoenliche-beratung-vor-ort/.

3. Zu § 127 SGB V-E (Versorgungsverträge zur Hilfsmittelversorgung)

Zur **Bindung der Versorgungsverträge an die Grundlohnrate** in § 127 Abs. 1 Satz 1 SGB V-E wiederholt die eurocom ihre Forderung zur Einbeziehung der Vorjahre ohne Preissteigerungen. Dies muss zumindest für die drei Vorjahre vor dem Zeitpunkt nach § 71 Abs. 3 SGB V möglich sein.

Den **Abzug von drei Prozent** für die Hilfsmittelversorgungen nach Inkrafttreten der Regelung bis zum 31. Dezember 2028 gemäß § 127 Abs. 1b SGB V-E lehnt die eurocom ab. Dieser Preisnachlass greift in bestehende Versorgungen ein und über das als Vorgabe postulierte Prinzip der einnahmenorientierten Ausgabensteigerung hinaus. Denn es gibt laut dieser beabsichtigten pauschalen Vorschrift keine Prüfung, ob die vereinbarte Vergütung die Grundlohnrate übersteigt oder nicht. Weiterhin treffen hier die Bindung an die Grundlohnrate für neue Verträge und die Absenkung der Erstattungen bis Ende 2028 aufeinander. Die Hilfsmittelversorgung mit diesen Produkten wird hier zweimal für Einsparungen herangezogen.

Es ist zu beachten, dass nach Angabe von Leistungserbringerverbänden die Gewinnmarge in Bezug auf den Umsatz vieler Betriebe bei drei bis sieben Prozent liegt. Selbst bei sieben Prozent stellt ein 3-prozentiger Abschlag fast die Hälfte des Gewinns dar, was für jedes wirtschaftlich agierende Unternehmen nicht abzufedern ist. Zudem greift die Vorschrift in die Planungssicherheit der Leistungserbringer und in Folge der Hersteller ein, da keine Möglichkeit besteht, diese Vergütungsminderung zu kompensieren. Jedes Unternehmen muss bei einer anstehenden Preissenkung um drei Prozent Maßnahmen zur Effizienzsteigerung ergreifen. Dafür ist zum Beispiel bei den hochrelevanten Produktgruppen Einlagen und Hilfsmittel zur Kompressionstherapie, bei denen die Festbeträge seit Jahren nicht angepasst wurden, kein Spielraum.

Die eurocom fordert, diese Regelung zu streichen.

Den **Korridor einer möglichen Über- oder Unterschreitung** eines festgesetzten Festbetrages in § 127 Abs. 4 SGB V-E bewertet die eurocom positiv. Während nach bisheriger Rechtslage lediglich ein Unterschreiten des Festbetrages in den Versorgungsverträgen möglich war, ist nun auch in begründeten Fällen ein Überschreiten möglich. Die Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern sollten jedoch nicht in einen „Überbietungswettbewerb" für das jeweils günstigere Über- oder Unterschreiten des Festbetrages münden. Dies würde die Vertragsverhandlungen ggf. unnötig in die Länge ziehen. Um diesen Effekt zu überprüfen, regt die eurocom eine Evaluierung der Regelung nach einem geeigneten Zeitraum durch den GKV-Spitzenverband mit einem Stellungnahmerecht der Leistungserbringer- und Herstellerverbände an.

4. Zu § 134 SGB V-E (Vergütung für DiGAs)

Die eurocom sieht es zwar als positiv an, dass der Gesetzgeber nicht alle drei Empfehlungen der Finanz-Kommission zu DiGAs übernommen hat. Insbesondere die komplette Streichung der Erprobungsregel und der initialen Preisfreiheit wäre ein Innovationshemmnis für die immer noch neue Form der digitalen Versorgung gewesen. Damit blieben die Chancen einer neuen Versorgungsform ungenutzt, die in Zeiten von Fachkräftemangel und wachsenden Patientenzahlen dringend notwendig ist. Gleichzeitig wäre der Sparbeitrag angesichts des Anteils der Ausgaben für DiGA an den GKV-Gesamtausgaben unter ein Promille geblieben.

Für diesen Eingriff in die Vereinbarungshoheit der Vertragsparteien besteht schon kein Anlass: Mengenbezogene Abschläge wie mit der Ergänzung § 134 Absatz 1 SGB V-E wären vielmehr eine Doppelregelung, denn bereits heute können die Vertragsparteien entsprechende Mengenstaffeln im Rahmen der Vereinbarung von Vergütungsbeträgen vorsehen und auch in der Praxis umsetzen.

Weiterhin sind die in § 134 Abs. 1 Satz 3 SGB V-E vorgesehenen **Abstaffelungen bis zu 30 Prozent** viel zu hoch angesetzt und sind nicht sachgerecht. Allgemein kann das Vertrauen in die Verlässlichkeit von bestehenden Vertragswerken bei der Geltung für schon abgeschlossene Vereinbarungen unterwandert werden. Der Gesetzentwurf geht außerdem bei diesen Abstaffelungen davon aus, dass die Hauptinvestition für eine DiGA in der Entwicklung liegt. Dabei übersieht das BMG erstens den Nutzen den DiGAs als neue Versorgungsform ohne ständigen Personaleinsatz durch zum Beispiel einen Heilmittelerbringer oder andere medizinische Dienstleistungen angesichts des Fachkräftemangels und Einsparung von Folgekosten erbringen kann. Zweitens gilt dies für nahezu alle Produkte zur Gesundheitsversorgung. Außerdem unterliegen DiGAs ständigen regulatorischen Anpassungen wie Neu- oder Rezertifizierungen, und es müssen neue Vorgaben erfüllt oder an die Nutzung der Patienten angepasst werden. Hinzu kommen auch bei DiGAs laufende Kosten für Vertrieb und Marketing. Letztlich kommt zusätzlicher Aufwand auf die Hersteller durch die verpflichtende Anwendungsbegleitende Erfolgsmessung hinzu, die auch der GKV-Spitzenverband als hohen Aufwand ohne konkreten Nutzen ablehnt.

Jede Abstaffelung greift weiterhin in die Preishoheit der Verhandlungspartner ein und erhöht das Risiko für den Hersteller, was gerade bei neuen DiGAs in neuen Versorgungsbereichen eine Entwicklung von innovativen Anwendungen verhindern kann. Schafft es ein DiGA-Hersteller, mit seinem Produkt eine Versorgungslücke zu schließen, muss er gleichzeitig aufgrund des bislang nicht gedeckten Versorgungsbedarfes und damit höhere Nutzungsraten mit einem hohen Abschlag rechnen. Das beschränkt den Willen zur Herstellung eines viel benötigten Produkts und verfehlt das ursprünglich gesetzte Ziel, die Versorgung der Versicherten in unterversorgten Bereichen abzudecken. Eine Verringerung um 30 Prozent ist inakzeptabel, da dies jede wirtschaftliche Berechnungsgrundlage für die Hersteller zunichtemacht. Bei den DiGA-Herstellern handelt es sich oftmals um Start-ups und kleine und mittelständische Unternehmen. Diese benötigen Skalierungsmöglichkeiten und eine verlässliche Refinanzierung, um in Evidenz, IT-Sicherheit und Interoperabilität zu investieren.

---

eurocom e. V. – European Manufacturers Federation
for Compression Therapy and Orthopaedic Devices
Reinhardtstr. 15, D-10117 Berlin
Telefon: 030 – 25 76 35 060
Email: info@eurocom-info.de
www.eurocom-info.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(4)
gel. VB zur öffent. Anh. am
22.06.2026 - GKV
17.06.2026

Allianz Kommunaler Großkrankenhäuser e.V.
Geschäftsstelle Berlin
Hausvogteiplatz 1
10117 Berlin

Nils Dehne
Geschäftsführer
030 68051537
nils.dehne@akg-kliniken.de

Berlin, 29. Mai 2026

STELLUNGNAHME

ENTWURF EINES GESETZES ZUR STABILISIERUNG DER BEITRAGSSÄTZE IN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG

(GKV-BEITRAGSSATZSTABILISIERUNGSGESETZ)

GRUNDSÄTZLICHE EINORDNUNG: NACHHALTIGKEIT UND REFORMBEDARF IN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

Die AKG-Kliniken bekennen sich zu ihrer Verantwortung, eine nachhaltige und tragfähige Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung sicherzustellen. Das Fundament dieses Selbstverständnisses bildet eine stabile, zukunftsfähige und solidarische Krankenversicherung, die sich konsequent am Gemeinwohl orientiert und eine hochwertige Versorgung unter Einbindung modernster Technologien garantiert. Dieses Fundament gerät jedoch von zwei Seiten unter massiven Druck: Zum einen durch den **Demografischen Wandel,** in dessen Folge eine alternde Gesellschaft das bestehende System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vor strukturelle Herausforderungen stellt, die grundlegende Reformen unumgänglich machen. Gleichzeitig sind die Krankenhäuser und ihre Träger dazu gezwungen, die **unzureichenden finanziellen Rahmenbedingungen** der dualen Krankenhausfinanzierung aus eigenen Mitteln zu kompensieren.

Vor diesem Hintergrund erweisen sich die aktuellen Sparvorschläge als kontraproduktiv: Sie verschärfen die wirtschaftlichen Probleme der Kliniken ungesteuert, ohne eine zielgerichtete Weiterentwicklung der Strukturen zu ermöglichen.

Sollten Konsolidierungsmaßnahmen unumgänglich sein, fordern die AKG-Kliniken eine faire Verteilung der Sparanstrengungen zwischen den Leistungserbringern, die sich strikt an deren jeweiligen Kostenanteilen orientiert. Dabei muss zwingend berücksichtigt werden, dass Krankenhäuser schon heute als „letzte Instanz“ agieren und Versorgungsdefizite anderer Sektoren auffangen. Diese sicherstellungsrelevante Rolle ist insbesondere mit Blick auf zukünftige Krisen- und Pandemieszenarien unverzichtbar und muss bei der Lastenverteilung angemessen honoriert werden. In

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

diesem Sinne unterstützen wir ausdrücklich die konstruktiven Kompromissvorschläge der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG).

Eine glaubwürdige und nachhaltige Antwort auf die Finanzierungsprobleme der GKV kann nicht in pauschalen Kürzungen liegen, sondern ausschließlich in einer beschleunigten Umsetzung von Strukturreformen in allen Teilen des Gesundheitswesens. Nur eine konsequente Krankenhausreform ist geeignet, eine zukunftsfähige Versorgungslandschaft zu entwickeln.

Wir fordern Bund und Länder daher dringlich auf, alle Spielräume für eine beschleunigte Umsetzung der Krankenhaus- und Notfallreform zu nutzen und die umgehende Etablierung einer tatsächlich fallzahlunabhängigen Vorhaltefinanzierung sicherzustellen.

STRUKTURELLE MAßNAHMEN SIND ZU FOKUSSIEREN

Der vorliegende Gesetzentwurf enthält mit der notwendigen Weiterentwicklung des Pflegebudgets und den Kurzzeitfallpauschalen zwei relevante strukturelle Maßnahmen, die nach unserer Einschätzung einen Beitrag zur Weiterentwicklung der Versorgung leisten können. Darüber hinaus ist insbesondere die vorgesehene Koordinierungsfunktion im Sinne der Krisenvorsorge und Resilienz-Stärkung weiterzuentwickeln. Eine essenzielle Voraussetzung dafür ist eine ausreichende und nachhaltige Finanzierung, die aus unserer Sicht durch die Bereichsausnahme im Grundgesetz darstellbar wäre.

Darüber hinaus sollte eine kurzfristige Beseitigung bestehender Fehlversorgungen zur nachhaltigen Sicherung einer bedarfsgerechten und qualitätsorientierten Versorgung in den Fokus genommen werden. Insbesondere die konsequente Umsetzung und Weiterentwicklung der im Rahmen des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) gesetzlich verankerten Mindestfallzahlen (Mindestvorhaltezahlen und onkochirurgischer Leistungsausschluss) und eine beschleunigte Ausweitung des Zweitmeinungsverfahrens (mindestens 4 neue Indikationen pro Jahr) wären dafür angezeigt. Beide Maßnahmen tragen zu einer sachgerechten Konzentration und Qualitätsverbesserung in der Versorgung bei. Im Gegenzug ist auf die Anhebung der Prüfquoten für den Medizinischen Dienst (MD) zu verzichten und durch eine Stichprobenprüfung zu ersetzen. Zusätzliche Prüfaufwände sorgen bei allen Akteuren für zusätzlichen Bürokratieaufwand, der im Gesamtsystem unnötige Kosten verursacht und medizinische Ressourcen aus der Versorgung abzieht.

PFLEGEBUDGET

Eine Weiterentwicklung des Pflegebudgets ist aus finanziellen und strukturellen Aspekten dringend geboten. Leider fokussiert der aktuelle Entwurf einseitig das Einsparungsziel, ohne die Gestaltungsmöglichkeiten im Sinne einer zukunftsfähigen Krankenhausversorgung zu nutzen. Der notwendige Strukturwandel in der Krankenhauslandschaft führt zu erheblichen Verlagerungseffekten in der Versorgung. In der aktuellen Ausgestaltung konterkariert das Pflegebudget die notwendigen

Anpassungen, weil das Budget nicht der Versorgung folgt. Um diesem Fehlanreiz entgegenzuwirken, sollte das Budget im Falle einer Leistungsveränderung von mehr als 10% (gemessen an den Pflegebewertungsrelationen) auf das neue Leistungsniveau angepasst werden. Hierdurch wird eine Verlagerung der notwendigen Pflegekräfte für eine zukunftsfähige Versorgungslandschaft unterstützt.

Durch den ersatzlosen Wegfall der zusätzlichen Vergütung für pflegeentlastende Maßnahmen wird den Krankenhäusern jeder Anreiz für zukunftsfähige Prozess- und Technologieinnovationen genommen. Aus diesem Grund empfehlen wir bis zu 10 % des Pflegebudgets zukünftig ohne Berichts- und Nachweispflichten für die Etablierung innovativer Lösungen zur Entlastung des Pflegepersonals zuzulassen.

Langfristig sollte das Pflegebudget vollständig in die Vorhaltefinanzierung integriert werden. Nur so kann weiterhin das hohe Niveau der pflegerischen Versorgung in den Krankenhäusern erhalten werden. Die Zuordnung nach Bundesland, Leistungsgruppe und Standort ist über die Anteile der Pflegebewertungsrelationen zu ermitteln. Vor dem Hintergrund der geltenden Strukturanforderungen unter Einschluss der PPUGV erscheint die vollständige Zuordnung des Pflegebudgets zur Vorhaltung sachgerecht.

Auf dieser Basis wäre eine einnahmeorientierte Fortschreibung des Vorhaltebudgets entsprechend der Grundlohnrate ein erster wichtiger Schritt zu einer tatsächlich fallzahlunabhängigen Vorhaltefinanzierung mit größtmöglicher finanzieller Stabilität auf Seiten der GKV.

KURZZEITFALLPAUSCHALEN

Wir begrüßen ausdrücklich die Einführung sogenannter DRG-Kurzzeitfallpauschalen. Mit diesem Instrument wird das bestehende Vergütungssystem um einen sachgerechten Anreiz zu mehr ambulanter Versorgung am Krankenhaus ergänzt und der Übergang in das Modell der Vorhaltefinanzierung gestärkt. Durch eine kontinuierliche kalkulatorische Anpassung der Vergütung werden die Krankenhäuser zu einer schrittweisen Minimierung der stationären Aufenthalte motiviert und können gleichzeitig mit planbaren Erlösentwicklungen kalkulieren.

Die Begrenzung der Kurzzeitfallpauschalen zur Vermeidung unnötiger Hospitalisierung erscheint auf den ersten Blick sachgerecht. Im Bereich der Notfallversorgung wird auf diese Weise jedoch eine adäquate Versorgung konterkariert. Im Zusammenhang mit der geplanten Einführung der Integrierten Notfallzentren (INZ) sollte an diesen Standorten auf eine Begrenzung der Kurzzeitfallpauschalen verzichtet werden. Vielmehr erscheint genau in diesem Versorgungsbereich eine erweiterte Möglichkeit der kurzzeitigen Überwachung im Krankenhaus dringend geboten. Durch die kontinuierliche Abwertung des Vergütungsniveaus bleibt der Optimierungsanreiz zur Reduzierung des stationären Aufenthaltes bestehen.

Eine parallele Fortführung der Hybrid-DRG dürfte zu unnötigen Anreiz- und Abgrenzungsproblemen führen. Wir empfehlen daher eine vollständige Abschaffung

der Hybrid-DRG. Auf diese Weise können zusätzliche finanzielle Einsparungen zu Gunsten der GKV realisiert werden.

KRISENVORSORGE

In einer Zeit mit zunehmenden globalen Herausforderungen und Spannungen braucht es neben einer nachhaltig tragfähigen GKV auch eine resiliente und krisenfeste Krankenhauslandschaft. Die Bedeutung einer funktionierenden Gesundheitsversorgung für den Zusammenhalt der Gesellschaft darf nicht unterschätzt und den akuten finanziellen Engpässen der öffentlichen Haushalte untergeordnet werden. Vielmehr sind die Spielräume der Bereichsausnahme für Verteidigungsausgaben gezielt dafür zu nutzen, krisenfeste Strukturen zu schaffen. Dazu gehören insbesondere belastbare Steuerungs- und Koordinierungsstrukturen zwischen den Krankenhäusern einer Region. Deshalb ist die neu geschaffene Koordinierungsfunktion zu einer zentralen Aufgabe der Krisenvorsorge weiterzuentwickeln und durch die Bereichsausnahme im Grundgesetz zu finanzieren.

Bei allen vorliegenden Reform- und Sparmaßnahmen ist offen anzusprechen, dass diese mit einer Reduktion des bisherigen Versorgungsumfangs einhergehen können. Umso wichtiger sind eine klare Rollenverteilung im Gesundheitssystem sowie ausreichende Gestaltungsspielräume für innovative, sektorenübergreifende Versorgungsformen. Gemeinwohlorientierung bedeutet für die AKG-Kliniken eine Gesundheitsversorgung, die die begrenzten Ressourcen und eine hochwertige Versorgung über Generationen hinweg in Einklang bringt.

FORMULIERUNGSVORSCHLÄGE

PFLEGEBUDGET

Änderungsvorschlag:

§6a KHEntgG Absatz 1 wird wie folgt ergänzt: *„Bis zu 10 Prozent des Pflegebudgets können für innovative Maßnahmen zur Entlastung des Pflegepersonals sowie für technologiegestützte Prozessinnovationen in der Pflege verwendet werden. Die entsprechenden Maßnahmen sind durch die Krankenhäuser im Rahmen ihrer Berichtspflicht nach §136b Absatz 1 Nr. 3 SGB V zu veröffentlichen.“*

§6a KHEntgG nach Absatz 3 wird ein Absatz 3a eingefügt: *„Verändert sich das Leistungsvolumen eines Krankenhauses gegenüber dem der Pflegebudgetvereinbarung zugrunde gelegten Leistungsvolumen um mehr als 10 Prozent, gemessen an den Pflegebewertungsrelationen nach § 17b Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, ist das Pflegebudget für das laufende Vereinbarungsjahr entsprechend dem veränderten Leistungsniveau anzupassen.“*

Begründung: Durch die vorgeschlagenen Änderungen werden die Krankenhäuser dazu motiviert, trotz einer umfassenden Refinanzierung der Pflege kontinuierlich in technologische und prozessuale Verbesserungen zu investieren. Gleichzeitig wird eine sachgerechte Anpassung des Pflegebudgets bei relevanten Leistungsverlagerungen

sichergestellt. Dadurch wird die qualitäts- und bedarfsgerechte Anpassung der Krankenhausstrukturen befördert.

KURZZEITFALLPAUSCHALEN

Änderungsvorschlag:

§115f SGB V wird aufgehoben; §2a KHG neu wird folgender Satz gestrichen: *„Die Vertragsparteien überprüfen zudem, ob und inwieweit für Fälle, für die eine Kurzzeitfallpauschale kalkuliert und ausgewiesen ist, eine spezielle sektorengleiche Vergütung nach §115f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch abgerechnet werden kann.“*

§9 Absatz 1 Nr. 11 KHEntgG wird wie folgt ergänzt:

„c.) sowie Vorgaben für ein ergänzendes Notfallvolumen für Kurzzeitfallpauschalen an Krankenhausstandorten mit einer Notfallstufe nach §136c Absatz 4 SGB V.“

Begründung: Mit der Einführung der DRG-Kurzzeitfallpauschalen für Behandlungsfälle von bis zu drei Tagen (zwei Übernachtungen) in § 17b Absatz 2a KHG wird ein systematisches und kostenbasiertes Instrument zur Förderung der Ambulantisierung geschaffen. Eine parallele Beibehaltung der Hybrid-DRG konterkariert diesen Ansatz und fördert sachfremde Erwägungen an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Der aktuelle Hybrid-DRG-Katalog führt zu einer Übervergütung ambulant erbrachter Leistungen. Die vollständige Abschaffung verhindert eine unsachgemäße Leistungsausweitung und schützt die GKV vor unnötigen Mehrbelastungen. Die Kurzzeitfallpauschalen in der vorgeschlagenen Ausgestaltung motivieren Krankenhäuser in sachgerechter Art und Weise zur Verweildauerverkürzung, ohne die Risiken einer Fallmengenausweitung im Gesamtsystem.

Im Rahmen der Notfallversorgung kann eine kurzfristige Überwachung von Patienten jederzeit notwendig werden. Dieser Versorgungsbedarf soll nicht durch eine kalkulatorische Begrenzung der Kurzzeitfallpauschalen konterkariert werden.

DIE AKG-KLINIKEN

Die AKG-Kliniken sind ein Interessenverbund von 30 Großkrankenhäusern und Krankenhausverbünden aus dem gesamten Bundesgebiet mit einem Umsatz von rund 14 Milliarden Euro. Sie repräsentieren derzeit rund 50.000 Betten und vertreten damit nahezu 10 % der gesamtdeutschen Krankenhausversorgung. Etwa 1,6 Millionen Patientinnen und Patienten im Jahr werden in den Häusern der AKG-Kliniken von etwa 142.000 Mitarbeitenden vollstationär behandelt. Die Mitglieder sind Maximalversorger in kommunaler Trägerschaft und decken damit das gesamte medizinische Spektrum ab. Als kommunale Krankenhäuser erbringen die Mitglieder der AKG-Kliniken eine wichtige Leistung für die Versorgung der gesamten Bevölkerung, von der Grund- bis zur Maximalversorgung. Damit leisten sie einen

wichtigen gesundheitspolitischen Beitrag. Die Gewinne werden reinvestiert und nicht an Investoren abgeführt. So bleiben die Gelder den Regionen erhalten.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(5)
gel. VB zur öffent. Anh. am
22.06.2026 - GKV
17.06.2026

Stellungnahme der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der Bundeszahnärztekammer zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)

KZBV und BZÄK nehmen nachfolgend zu dem vorliegenden Gesetzentwurf Stellung.

Vor dem Hintergrund des bestehenden Finanzierungsdefizits in der GKV ist zwar nachvollziehbar, dass der Gesetzgeber die in den Reformempfehlungen der Finanzkommission Gesundheit angelegten, kurzfristig wirksamen Sparmaßnahmen möglichst zeitnah umsetzen möchte, gleichwohl wäre eine der Reichweite der Regelungswirkung angemessen Rechnung tragende Auseinandersetzung mit Inhalten des Gesetzes aus Sicht von KZBV und BZÄK wünschenswert.

Nicht verständlich ist in diesem Zusammenhang, dass mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz auch bereits strukturelle Reformen auf den Weg gebracht werden sollen, die nach dem ursprünglich vorgesehenen Zeitplan erst zum Jahresende initiiert werden sollten. Konkret angesprochen sind damit die für die kieferorthopädische Versorgung geplanten Änderungen, deren Herleitung durch die Finanzkommission Gesundheit bereits im methodischen Ansatz verfehlt, in ihren konkreten Auswirkungen von den Autoren offensichtlich nicht bedacht bzw. nicht überblickt wurden und die – jedenfalls in der aktuell angedachten Ausgestaltung – unmittelbar und nachhaltig Versorgung schädigen werden (zu den Details s. II.). KZBV und BZÄK raten vor diesem Hintergrund eindringlich dazu, die geplante Reform der kieferorthopädischen Versorgung im GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz zu streichen, hilfsweise diese zumindest zurückzustellen und diesbezüglich vor einer etwaigen Neuauflage in den Austausch mit der Selbstverwaltung zu treten.

Gleichfalls unverständlich ist, dass die Finanzierung der Beiträge für Beziehende von Leistungen der Grundsicherung auch auf absehbare Zeit ganz überwiegend über eine Quersubventionierung seitens der Gemeinschaft der Beitragszahlenden erfolgen soll, anstatt dass sich der Bund seiner Verantwortung stellt und diese, wie es für die Finanzierung allgemeiner Staatsaufgaben angezeigt wäre, aus Steuermitteln aufbringt. Allein das mit dem entsprechenden Reformvorschlag der Finanzkommission Gesundheit einhergehende Einsparpotential von 12,0 Mrd. € würde einen Großteil des für das Jahr 2027 im vorliegenden Gesetzesentwurf mit 15 Mrd. € bezifferten Finanzierungsdefizits decken und eine Vielzahl versorgungsschädigender Regelungen erübrigen. Die lediglich stufenweise angedachte Anhebung der Finanzierung der Beiträge für Empfänger von Leistungen der Grundsicherung um anfänglich 250 Mio. € in 2027 auf bis zu 2 Mrd. € ab 2031 mutet vor dem Hintergrund der Höhe der verbleibenden Unterdeckung und angesichts dessen, dass der Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

bereits ab 2027 um 2 Mrd. € gekürzt werden soll, mithin also der GKV bis 2031 faktisch zusätzlich Mittel entzogen werden, wie eine bloße und noch dazu im Hinblick auf ihre Finanzwirkung höchst fragwürdige Symbolpolitik an.

Schließlich erachten KZBV und BZÄK den für die Vergütung der vertragszahnärztlichen Leistungen vorgesehenen Regelungsansatz für verfehlt. Die Begrenzung der Entwicklung von Punktwerten (Preiskomponente) und Gesamtvergütungen (Mengenkomponente) lässt nicht nur außer Acht, dass die vertragszahnärztliche Vergütung trotz Aufgabe der strengen Grundlohnsummenanbindung durch das GKV-VStG im Jahr 2013 entgegen dem allgemeinen Trend in der GKV seither ausgabenstabil geblieben ist, sondern geht in der konkret angedachten Umsetzung sowohl hinsichtlich der Höhe des von der Finanzkommission Gesundheit für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung vorgegebenen Sparziels als auch hinsichtlich der Begrenzung der Mengenkomponente über die Empfehlung der Finanzkommission Gesundheit hinaus. Diese hatte zutreffend von einer Begrenzung der Mengenkomponente abgeraten, um Raum für die Berücksichtigung morbiditätsbedingter Mengenentwicklungen und medizinischer Innovationen zu belassen. Die im vorliegenden Entwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes vorgesehenen Regelungen lassen hingegen keinen Raum für solche Entwicklungen, sondern werden vielmehr absehbar zu Verwerfungen im Leistungsgeschehen führen (zu den Details s. I).

Dies in der Gesamtbewertung des vorliegenden Gesetzentwurfs vorausschickend, nehmen KZBV und BZÄK zu dessen einzelnen Regelungen im Übrigen wie folgt Stellung:

Übersicht: Positionen v. KZBV & BZÄK zum GKV-BeitragssatzstabilisierungsG

I. Vergütung der zahnärztlichen Leistungen, §§ 71, 85 Abs. 2d und 3 SGB V-E: Angemessene Berücksichtigung der Kostenentwicklung bei der Lastenverteilung

Kostenentwicklung im vertragszahnärztlichen Bereich aufgrund konsequent präventionsorientierter Ausrichtung der Versorgung und verantwortungsvollem Mitteleinsatz bei gleichzeitigem Ausbau des Leistungsangebotes für vulnerable Gruppen stabil bzw. rückläufig.

Zahnärzteschaft bereits durch GKV-FinStG überproportional belastet, da neben dem gesetzlich vorgesehenen Einsparpotential zugleich die Refinanzierung der neu eingeführten PAR-Behandlungsstrecke entfallen ist, was sich bis heute negativ im Leistungsgeschehen niederschlägt.

- **Problem I**: GLS-Anbindung hinsichtlich Preiskomponente (Punktwerte) nicht erforderlich, hinsichtlich Mengenkomponente (Gesamtvergütungen) versorgungsschädigend, da kein Raum für die Berücksichtigung von Morbidität und Innovation verbleibt.
  ► **Lösung**: Keine GLS-Anbindung im vertragszahnärztlichen Bereich.
- **Problem II**: Vorgesehenes Einsparvolumen durch 1-Prozentpunkt-Abschlag auf GLS nach GKV-BStabG geht über Empfehlung der FKG hinaus.
  ► **Lösung**: Soweit GLS-Anbindung erfolgt, 1-Prozentpunkt-Abschlag auf den ZE-Punktwert streichen, da historisch deutlich niedriger als der für den Versorgungsbereich maßgebliche KCH-Punktwert und Einsparpotential nach FKG trotzdem erreicht wird.
- **Problem III**: Die Leistungen der modernen, präventionsorientierten Parodontitistherapie (PAR) sowie die bisher schon mit extrabudgetären Präventionsleistungen und Leistungen für vulnerable Gruppen einhergehenden kurativen „Begleitleistungen“ unterliegen künftig der strikten Budgetierung, was absehbar zu Verwerfungen im Leistungsgeschehen führt.
  ► **Lösung**: Soweit GLS-Anbindung erfolgt, diese auf Preiskomponente begrenzen. Hilfsweise kurative Begleitleistungen, die im Rahmen abrechnungstechnisch privilegierter Leistungen erbracht werden, in gleicher Weise privilegieren. Zudem PAR-Leistungen in Gänze in die Ausnahmen in § 85 Abs. 3 Satz 2 SGB V-E einbeziehen und als gesetzliche Präventionsleistungen verankern.

II. Kieferorthopädische Versorgung

1. Fachzahnarztvorbehalt gem. § 28 Abs. 2, 2a SGB V-E

- Entgegen den zur Rechtfertigung aufgestellten Behauptungen von FKG und Gesetzgeber gibt es in der kieferorthopäd. Versorgung keine Tendenz zu Über- und Fehlversorgungen. Dies zeigen auch die Ergebnisse der 6. Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS 6), die in dem FKG-Bericht keine Erwähnung findet. Zudem besteht hohe Patientenzufriedenheit.
- Demgegenüber würde ein Fachzahnarztvorbehalt deutschlandweit zu einem Verlust von ca. einem Viertel der Leistungserbringer für Kieferorthopädie führen und damit massive Versorgungsengpässe herbeiführen.
- Losgelöst davon, wäre das mit einem Fachzahnarztvorbehalt faktisch einhergehende Berufsverbot für kieferorthopädisch tätige Zahnärzte, die über keine fachzahnärztliche Weiterbildung verfügen, verfassungsrechtlich nicht haltbar.

► **Lösung**: Verzicht auf Fachzahnarztvorbehalt.

Soweit der Gesetzgeber die Regelungen trotz der hier geäußerten Kritikpunkte nicht fallen lässt, halten es KZBV und BZÄK hilfsweise allenfalls für sachlich vertretbar, statt eines Fachzahnarztvorbehalts eine Regelung auf Grundlage der Fortbildungs(nachweis)pflicht nach § 95d SGB V zu treffen.

Zudem umfassende Bestandsschutzregelung für alle bereits vor Inkrafttreten von Neuregelungen kieferorthopädisch versorgenden Zahnärzte.

2. KFO-Leistungskomplexe und Pauschalvergütungen, § 87 Abs. 1d, 2h SGB V-E

- Die aktuelle KFO-Vergütungssystematik verfügt bereits über ein ausdifferenziertes Mischsystem aus Pauschalen und Einzelleistungen, das für die Solidargemeinschaft der GKV eine wirtschaftliche Behandlungsweise gewährleistet, indem es die KFO-Behandlung zum einen in zeitlicher Hinsicht befristet und die erbringbaren Einzelleistungen streng limitiert.
- Die stattdessen nunmehr vorgesehenen umfassenden Leistungskomplexe mit Pauschalvergütungen wären demgegenüber angesichts der Bandbreite bestehender Behandlungsbedarfe nicht in einer Weise umsetzbar, dass sie die medizinisch notwendige, bedarfsgerechte Versorgung des jeweiligen Einzelfalles abdecken können.
- Eine Veränderung der Vergütungssystematik kann - wenn überhaupt - erst sinnvoll erfolgen nach Abschluss der dem G-BA gem. § 92 Abs. 1a SGB V-E aufgegebenen Überprüfung der KFO-Richtlinien. Die dem G-BA hierfür eingeräumte Frist muss auf 2 Jahre erhöht werden.

► **Lösung**: Zumindest vorerst Verzicht auf die Regelungen und Neubewertung ihrer Erforderlichkeit nach Abschluss der Überprüfung der KFO-Richtlinien durch den G-BA, wobei die Frist hierfür auf 2 Jahre zu verlängern ist.

III. Vergütungsbeschränkungen von Vorständen und von Führungskräften

● Die Gehälter der Betroffenen generieren sich nicht aus GKV-Mitteln, sondern aus denen der Zahnärzte, sodass die Vergütungsbeschränkung überhaupt nicht zur Entlastung der GKV beiträgt. Die Mittel unterliegen zudem der binnenparlamentarischen Kontrolle. Die (verfassungs-)rechtliche Zulässigkeit der geplanten Regelungen ist sowohl im Hinblick auf individuelle Grundrechte als auch die Selbstverwaltungsautonomie zweifelhaft.

● KZBV und KZVen sind im Interesse einer funktionierenden Selbstverwaltung sowohl auf als auch unterhalb der Vorstandsebene auf spezialisiertes Spitzenpersonal angewiesen und stehen dabei in unmittelbarer Konkurrenz zum übrigen Arbeitsmarkt. Dabei kommt der Möglichkeit zur Gewährung konkurrenzfähiger Vergütungen eine essenzielle Bedeutung zu.

● Durch die vorgesehenen Beschränkungen der Gehälter von Vorständen und außertariflich vergüteten Führungskräften, die faktisch auf eine schleichende Entwertung durch permanenten Kaufkraftverlust hinauslaufen, werden die Möglichkeiten zur Gewinnung und zum Halten von Spitzenpersonal nachhaltig beeinträchtigt und zudem in unangemessener Weise in die Rechtspositionen und die Lebensplanung der Betroffenen eingegriffen.

● Für Vorstände auf Bundesebene kommt hinzu, dass deren Gehälter bereits seit einer Dekade durch das TSVG unter der (verfehlten) Annahme moderater Inflationsraten eingefroren wurden und diese seinerzeit nur befristete Regelung nunmehr unzumutbar verstetigt würde.

► **Lösung**: Die vorgesehenen Beschränkungen der Gehaltsentwicklung sowohl auf Vorstandsebene als auch der Führungskräfte darunter sind ersatzlos zu streichen.

IV. Gegenfinanzierung der Beiträge für Leistungsempfänger von Grundsicherung

● Obwohl allgemeine Staatsaufgabe und nicht Aufgabe der GKV-Versichertengemeinschaft, wird die Gegenfinanzierung der Beiträge für Beziehende von Grundsicherungsleistungen als finanzwirksamste Sparempfehlung der FKG nicht wirksam aufgegriffen.

► **Lösung**: Sofortige kostenadäquate Finanzierung der GKV-Aufwendungen für Beziehende von Grundsicherungsleistungen als allgemeine Staatsaufgabe aus Steuermitteln.

Stellungnahme im Einzelnen:

I. Begrenzung der Punktwerte und der Gesamtvergütungen, § 85 Abs. 2d, Abs. 3 Satz 2 SGB V-E, inkl. Abschlag auf die GLS für 2027-2029 gem. § 71 Abs. 3 Satz 4 SGB V-E

1. Kostenentwicklung im vertragszahnärztlichen Bereich rechtfertigt keinen erneuten Sparbeitrag

Deutschland nimmt bei der Mundgesundheit im internationalen Vergleich eine Spitzenposition ein. Gleichzeitig ist der vertragszahnärztliche Bereich trotz der Aufhebung der strikten Grundlohnsummenanbindung durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) im Jahr 2013 der ausgabenstabilste Bereich innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung. Tatsächlich ist der Zahnärzteschaft als einzigem Bereich gelungen, ihren Anteil an den GKV-Gesamtausgaben kontinuierlich (auf aktuell 5,7 Prozent) zu senken und das, obwohl der Leistungskatalog insbesondere auch für sog. vulnerable Gruppen stetig ausgebaut wurde. Würde man die Ausgaben im zahnärztlichen Bereich um diese neu eingeführten Versorgungskonzepte (PAR-Behandlungsstrecke, Früherkennungsleistungen für Kinder unter 3 Jahren, Alters- und Behindertenzahnheilkunde, Präventionsleistungen nach § 22a SGB V), auf die inzwischen ein Anteil von 14 Prozent des zahnärztlichen Leistungsgeschehens entfällt (s. Abb. 1), bereinigen, würde der Anteil der zahnärztlichen Versorgung an den GKV-Gesamtausgaben noch einmal deutlich niedriger ausfallen. Ermöglicht wurde diese Entwicklung durch eine erfolgreiche und konsequent präventionsorientierte Ausrichtung der Versorgung sowie einen verantwortungsbewussten Umgang der Selbstverwaltung mit den gesetzlich eingeräumten Gestaltungsspielräumen im vertragszahnärztlichen Bereich.

Abb. 1: Neu eingeführte Versorgungskonzepte:

Erweiterung des Leistungsspektrums durch neu eingeführte Versorgungskonzepte

Leistungen	Punktevolumen (in Mio.)		Veränderung, abs.	Anteil an Punktmenge	
	Jahr 2015	Jahr 2024	2015/2024	Jahr 2015	Jahr 2024
Einführung der neuen Par-Behandlungsstrecke	455	1.256	801	4,6%	11,7%
Aufsuchende Betreuung (Besuche/Zuschläge)	20	65	45	0,2%	0,6%
Präventionsleistungen (§ 22a SGB V)	0	35	35	0,0%	0,3%
FU-Leistungen (FU2, FU1a-c, FuPr, FLA)	31	71	40	0,3%	0,7%
Telemedizin-Leistungen / ePA 2 (Bonusheft)	0	80	80	0,0%	0,7%
UK-Protrusionsschiene	0	8	8	0,0%	0,1%
Versorgungskonzepte Gesamt	**506**	**1.515**	**1.009**	**5,1%**	**14,1%**
Punktmenge KCH+Par+KB+Kfo	9.948	10.719	771	100,0%	100,0%

Durch eine undifferenzierte Sparpolitik, die diesem verantwortungsvollen Umgang mit GKV-Mitteln im vertragszahnärztlichen Bereich nicht Rechnung trägt, wird es absehbar zu Verwerfungen im Versorgungsgeschehen kommen (s. insb. 2.) und werden darüber hinaus die eingangs skizzierten Erfolge einschließlich des Befunds in Sachen Mundgesundheit nachhaltig gefährdet.

Bereits durch die durch das GKV-FinStG eingezogenen Vergütungsbegrenzungen in § 85 Abs. 2d und 3a SGB V wurde der Vertragszahnärzteschaft ein sachlich nicht gerechtfertigter Sparbeitrag abverlangt, der aufgrund der Basiswirksamkeit dieser Regelungen mit weit über 300

Mio. € pro Jahr fortwirkt. Die verheerenden Auswirkungen auf die Versorgung durch die seinerzeitige strikte GLS-Anbindung auch der Leistungsmenge lassen sich bis heute anhand der massiven Beeinträchtigungen bei der neuen PAR-Behandlungsstrecke nachvollziehen.

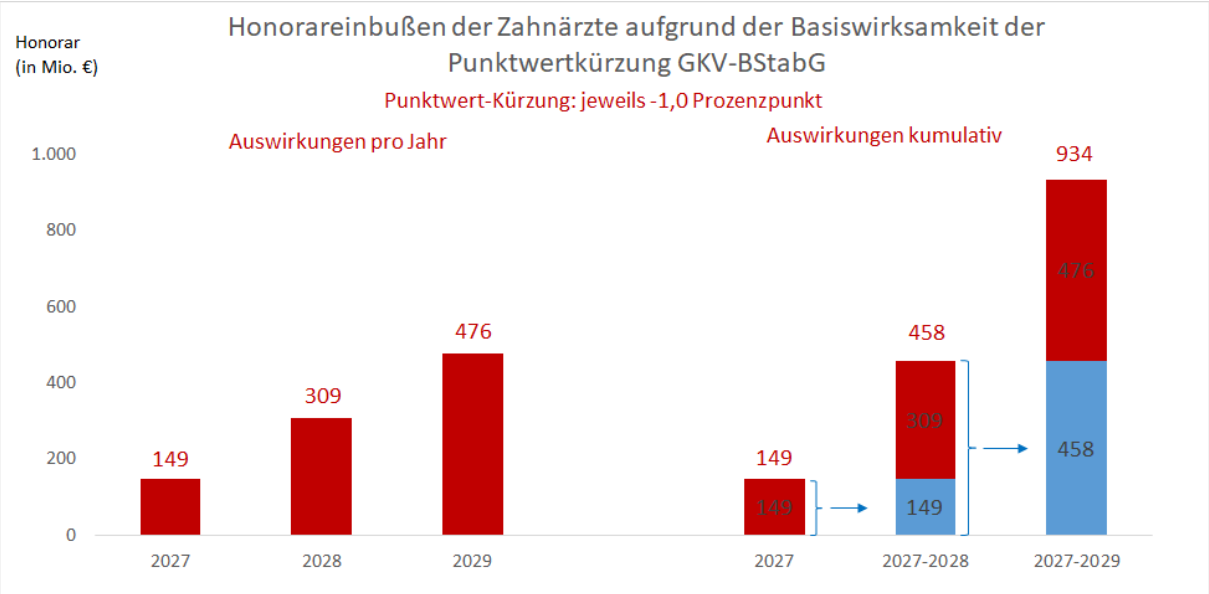
Mit der über den nunmehr vorgesehenen § 85 Abs. 2d SGB V-E stattfindenden Begrenzung der Punktwertsteigerungen auf die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V (GLS) und der über § 85 Abs. 3 Satz 2 SGB V-E vorgesehenen Begrenzung der Veränderungen der Gesamtvergütungen auf die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V inklusive eines Abschlags von einem Prozentpunkt auf die GLS für die Jahre 2027 bis 2029 gemäß dem neu vorgesehenen § 71 Abs. 3 Satz 4 SGB V-E wird der vertragszahnärztliche Bereich über Gebühr und sogar deutlich über das seitens der Finanzkommission Gesundheit (FKG) vorgeschlagene Maßnahmenbündel und die bis 2030 insgesamt für ihn veranschlagten Sparbeträge hinaus getroffen.

Dies insoweit, als die Reformempfehlung Nr. 1 der FKG betreffend eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik nach hiesigem Verständnis lediglich eine Begrenzung der Preiskomponente (Punktwerte) und nicht zugleich, insoweit abweichend von der Umsetzung im BStabG, der Mengenkomponente (Gesamtvergütungen) vorsah. Auch werden die Vertragszahnärzte gemessen an dem von der FKG prognostizierten Sparvolumen durch das im vorliegenden Gesetzentwurf angelegte Sparvolumen über Gebühr belastet, insoweit dieses das von der FKG vorgegebene Sparziel ohne sachliche Rechtfertigung übersteigt.

Eine solch undifferenzierte Miteinbeziehung des vertragszahnärztlichen Bereichs in die finanzielle Konsolidierung der GKV ist jedoch mit Blick auf die zurückliegende Ausgabenentwicklung und die kosteneffiziente Ausrichtung der Versorgung nicht angezeigt.

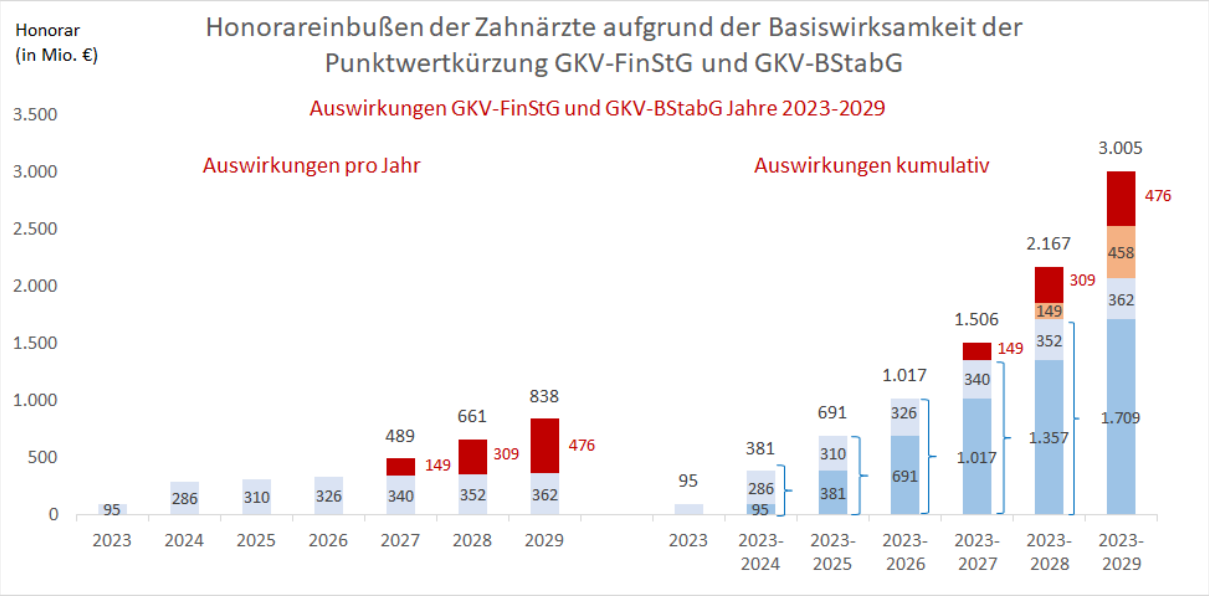
Zur Erzielung des in dem FKG-Bericht für den vertragszahnärztlichen Bereich veranschlagten Einsparvolumens durch die Etablierung von Vergütungsbegrenzungen (für 2027: ca. 155 Mio. €, die bis 2030 auf bis zu ca. 481 Mio. € anwachsen) würden weitaus geringere Maßnahmen ausreichen. So würde allein die dreijährige (2027-2029) Begrenzung der Punktwerte auf die GLS abzgl. 1 Prozentpunkt nach den Berechnungen der KZBV annähernd die von der FKG veranschlagten Sparbeiträge erreichen, nämlich insgesamt ca. 934 Mio. € für 2027 bis 2029 (siehe Abb. 2).

Abb. 2: Sparbeitrag der Vertragszahnärzteschaft allein aufgrund dreijährigen GLS-Abschlags von 1 Prozentpunkt auf die Punktwertsteigerungen



Zieht man den infolge des GKV-FinStG fortwirkenden Sparbeitrag der Zahnärzteschaft in die Betrachtung mit ein, wird seit Einführung der Regelungen in 2023 bis zum Jahr 2029 der Betrag auf insgesamt weitere 3,005 Mrd. € Honorareinbußen der Vertragszahnärzteschaft anwachsen (siehe Abb. 3). Dies darf nicht außer Betracht gelassen werden.

Abb. 3: Honorareinbußen infolge GKV-FinStG (blau), kumuliert mit Beschränkung auf dreijährigen Punktwertabschlag gemäß Abb. 2



Statt den nunmehr mit dem Entwurf des BStabG geplanten Sparbeitrag der Vertragszahnärzteschaft zumindest auf dem Niveau zu halten, das von der FKG veranschlagt worden ist, werden nun die Vertragszahnärzte aber darüber hinaus gehend nicht nur mit einer dauerhaften Anbindung der Punktwerte an die GLS auch über 2029 hinaus belastet (§ 85 Abs. 2d SGB V-E), sondern weitaus fataler noch mit einer gleichzeitigen Begrenzung der Gesamtvergütungen als solchen (§ 85 Abs. 3 Satz 2 SGB V-E), so dass neben der von der FKG allein in Bezug genommenen Preiskomponente auch die Leistungsmenge begrenzt wird - und dies sogar ebenfalls bei einem Abschlag von 1 Prozentpunkt auf die GLS für 2027 bis 2029, danach auf die GLS. Damit liegt im Ergebnis nichts anderes vor als eine Rückkehr zu einer strikten Budgetierung der Gesamtvergütungen bei zunächst einer für die Jahre 2027 bis 2029 darüber hinaus gehenden, modifizierten Reaktivierung des GKV-FinStG und dessen Regelungen in § 85 Abs. 2d und 3a SGB V.

Während die Reformempfehlung Nr. 1 des FKG-Bericht nach hiesigem Verständnis allein eine Begrenzung der Preiskomponente der Vergütungen, mithin eine Anbindung der Punktwertsteigerungen an die GLS, vorsah und gleichzeitig die Wichtigkeit betonte, dies gerade nicht auf die Mengenkomponente zu erstrecken, damit der nötige Freiraum für Innovationen und unvorhergesehene Mengenentwicklungen verbleibt, wird genau dieser Freiraum nun durch die strikte Bindung auch der Leistungsmenge an die GLS (und für drei Jahre sogar eine reduzierte GLS) komplett beseitigt. Die über die Veränderungsparameter des § 85 Abs. 3 Satz 1 SGB V an sich berücksichtigungsfähige Leistungsmenge (Morbidität, neue Leistungen) kann damit nun weitestgehend nicht mehr berücksichtigt werden, da in der Verhandlungsrealität die die Kostenstruktur abdeckenden Punktwerte bereits einen Großteil der GLS aufzehren, womit § 85 Abs. 3 Satz 1 SGB V hinsichtlich der die Menge betreffenden Veränderungsparameter faktisch leerläuft.

Forderung von KZBV und BZÄK:

KZBV und BZÄK halten angesichts der zurückliegenden Ausgabenentwicklung im vertragszahnärztlichen Bereich sowohl die Rückkehr zur strikten GLS-Anbindung als auch die Budgetierung der Gesamtvergütungen für verfehlt und fordern den Gesetzgeber auf, die diesbezüglichen im Regierungsentwurf des BStabG enthaltenen Regelungen ersatzlos zu streichen.

Lediglich hilfsweise wird insoweit gefordert, das Sparvolumen auf dem von der FKG veranschlagten Niveau zu halten. Hierzu würde es bereits reichen, den ZE-Punktwert von dem GLS-Abschlag i.H.v. 1 Prozentpunkt für die Jahre 2027 bis 2029 auszunehmen, wozu eine entsprechende Anpassung des § 57 SGB V erforderlich wäre. Dieser Schritt wäre auch insoweit sachgerecht, als der ZE-Punktwert um ca. 15 Prozent deutlich hinter dem für die vertragszahnärztliche Vergütung richtungsweisenden „Hauptpunktwert“ für konservierend-chirurgische Leistungen (KCH) zurückliegt und allein schon von daher eine zusätzliche Absenkung nicht angezeigt ist. Das von der FKG vorgegebene Sparziel würde ungeachtet dessen weiterhin erreicht.

2. Verwerfungen im Leistungsgeschehen zulasten insb. der Parodontitisversorgung sowie von vulnerablen Patientengruppen vermeiden

Die strikte Budgetierung konterkariert die fortwährenden Bemühungen der Zahnärzteschaft, eine moderne präventionsorientierte Versorgung zu gestalten.

Welche verheerenden Auswirkungen auf die Versorgung die nunmehr vorgesehene strikte GLS-Anbindung auch der Leistungsmenge nach sich zieht, hat sich zuletzt anhand der massiven Beeinträchtigungen bei der neuen PAR-Versorgungsstrecke gezeigt, die durch die seinerzeitige befristete Deckelung auch der Leistungsmengen mittels des mit dem GKV-FinStG eingeführten § 85 Abs. 3a SGB V bewirkt worden ist. Diese Entwicklung würde nun perpetuiert und nochmals verstärkt. Sie konterkariert jedwede Bemühungen von Zahnärzteschaft und G-BA, eine moderne, präventionsorientierte und dringend benötigte Versorgung für ca. 14 Mio. an einer schweren Parodontalerkrankung leidenden Versicherten zu gestalten.

Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auch auf die Folgekosten, die mit der präventionsorientierten Parodontitis-Therapie vermieden werden: Nach den Berechnungen der KZBV sind dies im zahnmedizinischen Bereich bei einer der Morbidität angemessenen PAR-Behandlung kurzfristig rd. 200 Mio. € p.a. und mittel- und langfristig rd. 300 Mio. € p.a. an Einsparungen bei den GKV-Ausgaben, zusätzlich besteht erhebliches Einsparpotential im ärztlichen Bereich.

Auch wird für die Einführung weiterer Leistungen, die in den vergangenen Jahren insbesondere für vulnerable Patienten stetig ausgebaut wurden, der nötige Freiraum unter der im vorliegenden Gesetzesentwurf angedachten Regelungssystematik nicht mehr vorhanden sein. Im Gegenteil sind bei Beibehaltung dieser Systematik Verwerfungen im Leistungsgeschehen vorgezeichnet. Zwar werden gerade die Leistungen für vulnerable Versichertengruppen wie Pflegebedürftige und Versicherten mit Behinderungen sowie die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder von den harten Regelungen zur Punktwertbegrenzung und zur Veränderung der Gesamtvergütung ausgenommen. Gerade diese Gruppen zeichnen sich jedoch durch besondere Versorgungsbedarfe aus, die unmittelbar von den harten fiskalischen Einschnitten betroffen sein werden.

Mit der Erbringung dieser im Hinblick auf eine strenge GLS-Anbindung privilegierten Leistungen geht naturgemäß im Bedarfsfall auch eine kurative Behandlung der Versicherten einher. Die in diesem Zusammenhang erbrachten „Behandlungs-/Begleitleistungen“ sind jedoch ihrerseits nicht privilegiert, sondern unterliegen vollumfänglich den Gesamtvergütungen und damit künftig der Budgetierung. Eine Auswertung der KZBV zeigt, dass jedem im vorgenannten Sinne „privilegierten“ bzw. nicht budgetierten Leistungspunkt entsprechend budgetierte Leistungspunkte aus kurativer Behandlung gegenüberstehen. Im Falle der Präventionsleistungen der Individualprophylaxe und Frühuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen sind dies durchschnittlich 1,36 Leistungspunkte KCH, im Falle der aufsuchenden zahnärztlichen Versorgung ca. 0,6 Punkte. Sollten eine vollständige Gegenfinanzierung dieser kurativen „Begleitleistungen“ künftig regelmäßig der Budgetierung zum Opfer fallen, werden allein die Vergütungen der im Hinblick auf die GLS-Anbindung privilegierten Leistungen nicht ausreichen, um den mit ihrer Erbringung einhergehenden Mehraufwand aufseiten der Praxis adäquat abzubilden.

Allein hieran lässt sich nachvollziehen, dass weitere Ausweitungen des Leistungskatalogs, wie sie derzeit etwa im Hinblick auf eine Erstreckung des § 119b SGB V auf Einrichtungen der Eingliederungshilfe bzw. Einrichtungen für behinderte Menschen angedacht sind, im Falle budgetierter Gesamtvergütungen zwangsläufig zu Verwerfungen im Leistungsgeschehen führen müssen, wenn die hierdurch ausgelösten kurativen „Behandlungs-/Begleitleistungen“ in den Gesamtvergütungen nicht länger berücksichtigt werden können.

Unter den angedachten Bedingungen wird es daher nicht mehr möglich sein, eine zielgruppen- und bedarfsgerechte Versorgung umzusetzen.

Forderung von KZBV und BZÄK:

KZBV und BZÄK fordern daher auch insoweit, von einer strikten Budgetierung der Gesamtvergütungen (§ 85 Abs. 3 Satz 2 SGB V-E) abzusehen. Hilfsweise wird gefordert, die im Rahmen der Erbringung von (im Hinblick auf die GLS-Anbindung) privilegierten Leistungen anfallenden „Begleitleistungen“ in gleicher Weise zu privilegieren bzw. von der strikten Budgetierung auszunehmen. Zudem müssen auch die Parodontitis-Leistungen - über die bisher in § 85 Abs. 3 Satz 2 Hs. 2 SGB V-E vorgesehene Ausnahme für PAR-Leistungen an Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen hinaus - in Gänze von der strikten Budgetierung ausgenommen werden. Hierzu muss - entsprechend der insoweit auch vom Bundesrat erhobenen Forderung - die Ausnahme in § 85 Abs. 3 Satz 2 SGB V entsprechend ausgeweitet und müssen flankierend die Parodontitis-Leistungen als gesetzliche Präventions- und Früherkennungsmaßnahmen innerhalb der §§ 20 ff. SGB V (zum Beispiel in Gestalt eines neuen § 22b SGB V) anerkannt werden.

II. Neustrukturierung der kieferorthopädischen Versorgung, § 28 Abs. 2 Sätze 6 und 7, Abs. 2a SGB V-E, § 87 Abs. 1d, 2h SGB V-E

KZBV und BZÄK lehnen den mit den vorgesehenen Regelungen in § 28 Abs. 2 Sätze 6 und 7, Abs. 2a, § 87 Abs. 1d und 2h SGB V-E jedenfalls in der vorgesehenen Form ab, da die hiermit verbundenen Eingriffe in die kieferorthopädische Versorgung absehbarerweise eine Gefährdung der Versorgung zur Folge haben werden. Im Einzelnen:

1. Fachzahnarztvorbehalt, § 28 Abs. 2 Sätze 6 und 7, Abs. 2a SGB V-E

Der Regierungsentwurf sieht vor, dass kieferorthopädische Behandlung nicht mehr zur zahnärztlichen Versorgung gem. § 28 Abs. 2 SGB V gehört, wenn sie durch Vertragszahnärzte, die keine Anerkennung als Fachzahnarzt für Kieferorthopädie besitzen, erbracht wird. Begründet wird die Regelung im Kern damit, dass nur so eine Behandlung auf dem notwendigen und einem möglichst einheitlichen Qualitätsniveau sichergestellt werden könne. Bereits begonnene Behandlungen dürfen ungeachtet dessen noch fortgeführt werden (§ 28 Abs. 2a SGB V-E).

Bewertung von KZBV und BZÄK:

Der Einführung eines Fachzahnarztvorbehalts für die vertragszahnärztliche kieferorthopädische Behandlung bedarf es zur Sicherung eines notwendigen und möglichst einheitlichen Qualitätsniveaus in der Versorgung nicht. Ein Fachzahnarztvorbehalt wird vielmehr allein zur Folge haben, dass die kieferorthopädische Versorgung nicht mehr flächendeckend stattfinden kann. Der Regelungsentwurf gefährdet damit massiv die bislang gemeinsam erreichten Erfolge in der Mundgesundheit bei Kindern und Jugendlichen der letzten Jahrzehnte. Diese Erfolge in der Prävention, aber auch speziell der Kieferorthopädie werden aktuell durch die Ergebnisse der 6. Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS 6) unterstrichen (https://www.deutsche-mundgesundheitsstudie.de/).

Insbesondere hat die DMS 6 gezeigt, dass eine Leistungsausweitung, die von der Finanzkommission Gesundheit ihrem Vorschlag, auf dem der Regelungsentwurf fußt, zugrunde gelegt wurde, nicht besteht: Die kieferorthopädische Behandlungsnotwendigkeit ist in Deutschland über Jahrzehnte weitgehend konstant geblieben. Dieses Ergebnis deckt sich mit der Auswertung der KZBV des vertragszahnärztlichen Abrechnungsgeschehens bez. der Neuplanungen im Bereich Kieferorthopädie. Die Konstanz der Behandlungsnotwendigkeit zeigt sich auch an den Langzeitauswertungen der Entwicklung des Ausgabengeschehens. Der Anteil der kieferorthopädischen Versorgung am Ausgabengeschehen der vertragszahnärztlichen Versorgung, die selbst nur einen Teil von 5,7 % an den GKV-Gesamtausgaben mit stetig sinkender Tendenz ausmacht, hat sich von knapp unter 10 % 2003 auf 7,8 % im Jahr 2024 verringert.

Der vorgesehenen Regelungen werden bei Umsetzung zur sozialen Spaltung der Gesellschaft auf Basis sozialer Hintergründe sowie zwischen ländlichem und städtischem Raum beitragen. Bei Umsetzung dieses sozialpolitisch verhängnisvollen Regelungsentwurfs wird man künftig soziale Unterschiede wieder an den Zähnen erkennen.

Begründung im Einzelnen

a) Drastische Verringerung der Anzahl der Leistungserbringenden

Bei einem Fachzahnarztvorbehalt würde sich der Anteil der Zahnärztinnen und Zahnärzte, die kieferorthopädische Leistungen erbringen, deutschlandweit drastisch verringern.

Zum 31.12.2024 waren 2.803 Fachzahnärztinnen und Fachzahnärzte für Kieferorthopädie bezogen auf Vollzeitäquivalente in Deutschland tätig. Kieferorthopädische Leistungen wurden auch von 1.050 angestellten Zahnärztinnen und Zahnärzten, teils mit teils ohne Fachzahnarztanerkennung erbracht. Hinzu kommen 891 sog. Anrechner (Vollzeitäquivalente),

also Zahnärztinnen und Zahnärzte ohne Fachzahnarztanerkennung, die kieferorthopädische Leistungen erbringen:

	kieferorthopädische Versorgung 31.12.2024 (Vollzeitäquivalente)			
	Kiefer-orthopäden	**Angestellte Kfo**	**Kfo-Anrechnung Zahnärzte**	**insgesamt**
Bayern	498	102	167	766
Baden-Württemberg	429	181	91	701
Hessen	262	61	41	364
Rheinland-Pfalz	146	77	35	258
Saarland	30	11	6	47
Nordrhein	333	175	121	629
Westfalen-Lippe	276	203	105	584
Niedersachsen	202	48	104	354
Bremen	23	12	0	35
Hamburg	76	22	11	109
Schleswig-Holstein	115	30	16	161
Berlin	98	56	75	229
Alte Bundesländer	2.487	977	771	4.235
Mecklenburg-Vorpommern	35	7	20	62
Brandenburg	64	18	33	115
Sachsen-Anhalt	46	11	13	69
Thüringen	53	14	26	92
Sachsen	120	23	28	171
Neue Bundesländer	316	73	120	509
Deutschland	**2.803**	**1.050**	**891**	**4.744**

	Verteilung der kieferorthopädischen Versorgung an Deutschland 31.12.2024			
	Kiefer-orthopäden	**Angestellte Kfo**	**Kfo-Anrechnung Zahnärzte**	**insgesamt**
Bayern	17,8%	9,7%	18,7%	16,1%
Baden-Württemberg	15,3%	17,3%	10,2%	14,8%
Hessen	9,3%	5,8%	4,6%	7,7%
Rheinland-Pfalz	5,2%	7,3%	3,9%	5,4%
Saarland	1,1%	1,0%	0,6%	1,0%
Nordrhein	11,9%	16,7%	13,6%	13,3%
Westfalen-Lippe	9,9%	19,3%	11,8%	12,3%
Niedersachsen	7,2%	4,6%	11,7%	7,5%
Bremen	0,8%	1,1%	0,0%	0,7%
Hamburg	2,7%	2,1%	1,2%	2,3%
Schleswig-Holstein	4,1%	2,9%	1,8%	3,4%
Berlin	3,5%	5,4%	8,4%	4,8%
Alte Bundesländer	88,7%	93,1%	86,5%	89,3%
Mecklenburg-Vorpommern	1,2%	0,7%	2,2%	1,3%
Brandenburg	2,3%	1,7%	3,7%	2,4%
Sachsen-Anhalt	1,6%	1,0%	1,5%	1,5%
Thüringen	1,9%	1,3%	2,9%	1,9%
Sachsen	4,3%	2,2%	3,1%	3,6%
Neue Bundesländer	11,3%	6,9%	13,5%	10,7%
Deutschland	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**

Insbesondere in den neuen Bundesländern wird die Versorgung zu einem hohen Anteil durch Zahnärztinnen und Zahnärzte erbracht, die nicht die Weiterbildung zum Fachzahnarzt für Kieferorthopädie absolviert haben.

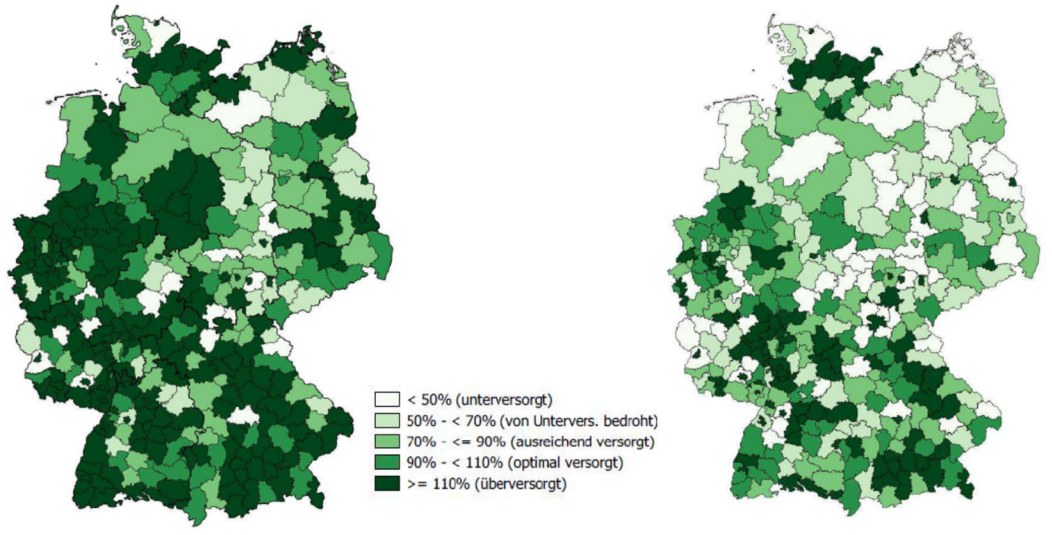
Bei Einführung eines Fachzahnarztvorbehalt würde sich der Anteil der Zahnärztinnen und Zahnärzte, die kieferorthopädische Leistungen erbringen, bei Herausfall der sog. Anrechner deutschlandweit bereits um mindestens 18,8 % verringern. In den neuen Bundesländern fällt dieser Anteil mit 23,6 % noch einmal deutlich höher aus, und dies bei einem generell signifikant niedrigeren Versorgungsgrad. Dieser Effekt verstärkt sich, da nur ein Teil der angestellten Zahnärztinnen und Zahnärzte eine Weiterbildung zum Fachzahnarzt für Kieferorthopädie vorweisen kann. Dies betrifft deutschlandweit ca. 30 % der angestellten Zahnärztinnen und Zahnärzte in kieferorthopädischen Praxen. Damit würde man deutschlandweit insgesamt mindestens 25 % der Leistungserbringer für Kieferorthopädie verlieren.

b) Flächendeckende Gefährdung der Versorgung

Ein Fachzahnarztvorbehalt würde damit zu massiven Versorgungsengpässen führen.

Bei Umsetzung der geplanten Regelung können (basierend auf den Abrechnungszahlen 2024) künftig mindestens 921 Tsd. Versicherte in Deutschland nicht mehr durch Zahnärzte, die kieferorthopädisch tätig sind, behandelt werden. Dies entspricht 27,1 % aller im Jahr 2024 behandelten Versicherten. Es ist ein versorgungspolitischer Trugschluss annehmen zu können, dass diese Versicherten dann alternativ durch Fachzahnärztinnen und Fachzahnärzte versorgt werden können. Denn die flächendeckende Versorgung würde sich insbesondere im kleinstädtischen und ländlichen Raum deutlich verschlechtern durch eine deutliche Verschiebung in Richtung Unterversorgung oder mindestens drohender Unterversorgung von bisher noch ausreichend versorgten Planungsbereichen:

Ist 2024 ggü. Herausnahme der Kfo-Anrechner und der angestellten Zahnärzte ohne Kfo-Weiterbildung:



Ist 2024 | **ohne Kfo-Anrechner und ohne ang. Zahnärzte ohne Kfo-Weiterbildung**

Ein Wegfall der von den KFO-Anrechnern und den angestellten Zahnärztinnen und Zahnärzten ohne Weiterbildung zum Fachzahnarzt für Kieferorthopädie erbrachten Vollzeitäquivalente würde einen deutlichen Rückgang der Versorgungsgrade in den kieferorthopädischen Planungsbereichen nach sich ziehen, der sich besonders in den neuen Bundesländern zeigen würde. Denn gerade hier wird die Versorgung zu einem hohen Anteil durch

Zahnärztinnen und Zahnärzte erbracht, die nicht die Weiterbildung zum Fachzahnarzt für Kieferorthopädie absolviert haben, die Versorgung gleichwohl seit vielen Jahren zuverlässig aufrechterhalten. Aktuelle Rückmeldungen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zeigen dazu, dass es regional sogar zu vollständigen Ausfällen der kieferorthopädischen Versorgung kommen würde, die nicht mehr kompensiert werden könnten.

c) Fachliche und rechtliche Bedenken gegen einen Fachzahnarztvorbehalt

Es gibt keinerlei valide Belege dafür, dass zusätzliche Kosten durch potenziell vermehrt nicht sach- und bedarfsgerecht erbrachte Behandlungen verursacht werden, weil derzeit alle approbierten Zahnärzte, auch ohne Weiterbildung zum Fachzahnarzt für Kieferorthopädie, berechtigt sind, kieferorthopädische Leistungen zu erbringen. Weder Wirtschaftlichkeitsprüfungen, Gutachterverfahren oder Erkenntnisse von Berufshaftpflichtversicherungen haben in den letzten Jahrzehnten auch nur Anhalte für etwaige Qualitätsdefizite in der Versorgung ergeben. KZBV und BZÄK lehnen die gesetzgeberische Intention ab, künftig eine Weiterbildung zur Fachzahnärztin oder zum Fachzahnarzt (für) Kieferorthopädie für das Erbringen kieferorthopädischer Behandlungen im Rahmen der GKV vorauszusetzen.

Für eine derartige gesetzliche Fachgebietsbeschränkung in der Zahnheilkunde besteht weder Notwendigkeit noch ist diese sachlich richtig. Alle Zahnärztinnen und Zahnärzte, die kieferorthopädische Leistungen erbringen, unterliegen heute bereits Fortbildungsverpflichtungen. § 6 MBO-Z beinhaltet die Verpflichtung, sich in dem Umfange beruflich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Entwicklung der zur Berufsausübung erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten notwendig ist. Eine korrespondierende Regelung enthält bereits seit 2004 § 95d Abs. 1 SGB V, wonach der Vertragsarzt verpflichtet ist, sich in dem Umfang fachlich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Fortentwicklung der zu seiner Berufsausübung in der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Fachkenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten notwendig ist. Die Fortbildungsinhalte müssen dabei dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse auf dem Gebiet der Zahnmedizin entsprechen und frei von wirtschaftlichen Interessen sein. Diese leistungserbringerrechtliche Vorgabe ist gem. § 95d Abs. 2, 3 SGB V mit entsprechenden Nachweis- und Dokumentationspflichten versehen, deren Nichteinhaltung dazu sanktionsbewehrt ist. Zahnärztinnen und Zahnärzte verfügen somit, auch soweit sie kieferorthopädische Leistungen erbringen, über eine fundierte und hochwertige Qualifikation, die auf einer strukturierten, kontinuierlichen Fortbildung sowie einer regelhaften umfangreichen praktischen Tätigkeit basiert.

Der fachliche Standard der kieferorthopädischen Behandlung wird durch evidenzbasierte wissenschaftliche Leitlinien gesetzt:

- „Ideale Behandlungszeitpunkte kieferorthopädischer Anomalien“ (S3 AWMF 083-038),
- „Ideale Zeitpunkte und Maßnahmen der kieferorthopädischen Diagnostik“ (S2k AWMF 083-050),
- „Diagnostik, idealer Behandlungszeitpunkt verlagerter und retinierter Eckzähne“ (S2k AWMF 083-036).

Anders als im Bereich der Humanmedizin sind die strukturellen Rahmenbedingungen der Zahnmedizin grundlegend verschieden. Die Übertragung des dort etablierten Modells einer formalen Vorbehaltsstruktur von „Fachärzten“ auf die Zahnmedizin verkennt diese Unterschiede und ist bereits aus systematischen Gründen nicht sachgerecht. Die kieferorthopädische Versorgung findet überwiegend im ambulanten Bereich statt, in dem qualifizierte Zahnärztinnen und Zahnärzte kontinuierlich und in hoher Frequenz Patientinnen und

Patienten betreuen. Für alle Zahnärztinnen und Zahnärzte, die kieferorthopädische Leistungen erbringen, gelten dieselben Vorgaben zur Leistungserbringung und zur regelhaften Fortbildung. Die Qualität ist insb. auch durch das umfänglich geregelte vertragszahnärztliche Gutachterverfahren gegeben. Auch die Bindung an die fachlichen Standards ist berufswie leistungsrechtlich für den gesamten Berufsstand einheitlich verbindlich. Für einen gesonderten Fachzahnarztvorbehalt besteht damit keinerlei Notwendigkeit. Er würde im Gegenteil die bestehende Versorgung massiv gefährden.

d) Zweifelhafter Einspareffekt

KZBV und BZÄK bezweifeln zudem, dass durch diese Maßnahme überhaupt finanzielle Einsparungen für die GKV erzielt werden könnten, zumal aufgrund der versorgungsschädigenden Wirkung vielmehr negative Folgekosten zu erwarten sind. Trotzdem beziffert der BStabG-RegE den vermeintlichen Einspareffekt auf 30 Millionen Euro für das Jahr 2027, ohne allerdings darzulegen, worauf diese Annahme fußt. Selbst diese vergleichsweise marginale Einsparsumme dieser Regelung würde jedoch in einem klaren Missverhältnis zu den damit verbundenen tiefgreifenden negativen Einschnitten in die kieferorthopädische Versorgung stehen.

e) Verfassungsrechtliche Bewertung

Zudem bestehen erhebliche verfassungsrechtliche Bedenken. Im Einzelnen:

aa) Einheitliches Berufsbild

Die Zahnmedizin ist in Deutschland als einheitlicher Heilberuf ausgestaltet. Zahnärzte und Zahnärztinnen sind Generalisten. Im Gegensatz zur Medizin ist in der Zahnmedizin eine Fachzahnarztweiterbildung keine Voraussetzung, um Patienten und Patientinnen auf bestimmten Gebieten der Zahnheilkunde behandeln zu können und zu dürfen. Dementsprechend sind die Möglichkeiten der Fachzahnarztweiterbildung auf bestimmten Gebieten der Zahnheilkunde in der Praxis auch begrenzt.

Alle Zahnärztinnen und Zahnärzte werden auf Grundlage einer bundeseinheitlich geregelten Ausbildung approbiert, die auch Kenntnisse in Diagnostik, Indikationsstellung sowie der Behandlung kieferorthopädischer Fehlstellungen umfassen. Diese Leistungen gehören damit grundsätzlich zum berufsrechtlich eröffneten Tätigkeitsspektrum.

Eine mit der Medizin vergleichbare Fachgebietsbeschränkung ist der Zahnheilkunde jedoch grundsätzlich fremd. Die Fachgebietsbeschränkung in der GKV verpflichtet Vertragsärzte in Deutschland, ihre Tätigkeit auf das in der Weiterbildungsordnung festgelegte Fachgebiet zu begrenzen.

Die Fachzahnarztweiterbildungen, wie z.B in der Kieferorthopädie sind zwar die höchste Qualifikationserweiterung stellen jedoch keine Neudefinition oder Exklusivzuweisung eines originären Tätigkeitsfeldes dar. Ein genereller Ausschluss approbierter Zahnärztinnen und Zahnärzte würde die Gleichwertigkeit der Approbation in Frage stellen und zu einer systematisch nicht vorgesehenen Zweiteilung und damit Spaltung des Berufsbildes führen.

bb) Qualifiziert fortgebildete Zahnärzte und Zahnärztinnen

Sofern der Gesetzgeber daran festhält, dass eine kieferorthopädische Behandlung nur durch Zahnärzte und Zahnärztinnen mit einem Fachzahnarzt in Kieferorthopädie auf dem notwendigen und einem möglichst einheitlichen Qualitätsniveau sichergestellt werden könne, ist anzuführen, dass Versorgungsqualität nicht durch formale Ausschlüsse, sondern durch Fort- und Weiterbildung, berufsrechtliche Sorgfaltspflichten, Haftungsverantwortung sowie rechtzeitige Überweisung bei Überschreitung der eigenen Kompetenzgrenzen sichergestellt wird. Diese vom Gesetzgeber beabsichtige Zielsetzung würde folglich bereits dann erreicht, wenn die kieferorthopädische Behandlung durch qualifiziert fortgebildete Zahnärztinnen und Zahnärzte erbracht wird. Konsequenterweise sollte der Gesetzgeber qualitätsgesicherte Fort- und Weiterbildungswege, ausdrücklich als geeignete Qualifikation anerkennen und in den gesetzlichen Regelungsrahmen einbeziehen.

cc) Verfassungsrechtliche Bedenken

Der gesetzgeberische Vorschlag trägt auch verfassungsrechtliche Bedenken im Hinblick auf eine zu rechtfertigende Einschränkung der Berufsausübungsfreiheit in sich.

Auf dem Fachgebiet der Kieferorthopädie qualifizierte und fortgebildete Zahnärztinnen und Zahnärzte, die ihre Praxis teils oder gänzlich kieferorthopädisch ausgerichtet haben, aber keinen entsprechenden Fachzahnarzttitel aufweisen, werden künftig von der Möglichkeit zur kieferorthopädischen Behandlung in der gesetzlichen Krankenversicherung abgeschnitten. Dies kann im Ernstfall einem Berufsverbot gleichkommen. Eine Rechtfertigung für diesen Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit liefert der Gesetzgeber nicht.

Auch fehlt es an einer geeigneten Übergangsregelung im Sinne einer Bestandsschutzregelung, wie sie der ständigen Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts entspräche: Hiernach können "Regelungen, die die Berufsfreiheit in statthafter Weise beschränken, insofern gegen Art. 12 Abs. 1 GG in Verbindung mit dem Gebot des Vertrauensschutzes verstoßen […], als sie keine Übergangsregelung für diejenigen vorsehen, welche eine künftig unzulässige Tätigkeit in der Vergangenheit in erlaubter Weise ausgeübt haben. […] Ihnen muß die Möglichkeit eingeräumt werden, den Nachweis der dafür erforderlichen Qualifikation durch bisherige umfangreiche und beanstandungsfreie Tätigkeit zu erbringen." (siehe etwa BVerfG, Az. 1 BvR 2306/96 vom 27.10.1998: Rn. 188 ff. m.w.N.). Dass die in § 28 Abs. 2a SGB V-E vorgesehene Regelung, die wohl vornehmlich dem Patienten einen Behandlerwechsel ersparen soll, dem nicht entspricht, bedarf keiner näheren Darlegung.

Forderung von KZBV und BZÄK:

KZBV und BZÄK lehnen aus den genannten Gründen die vorgesehenen Regelungen in § 28 Abs. 2 Sätze 6 und 7 SGB V-E und Abs. 2a SGB V-E ab, die insoweit - in Übereinstimmung mit der diesbezüglichen Forderung des Bundesrates - vollständig zu streichen sind.

Soweit der Gesetzgeber die Regelungen trotz der hier geäußerten Kritikpunkte nicht fallen lässt, halten es KZBV und BZÄK hilfsweise allenfalls für sachlich vertretbar, statt eines Fachzahnarztvorbehalts eine Regelung auf Grundlage der Fortbildungs(nachweis)pflicht nach § 95d SGB V zu treffen, die die kieferorthopädische Behandlung ab 1. Januar 2028 neben Fachzahnärzten für Kieferorthopädie auch Zahnärzten gestattet, die die für die Ausübung der kieferorthopädischen Behandlung notwendigen fachspezifischen Kenntnisse

gemäß § 95d SGB V nachweisen. Die Festlegung von Inhalt und Umfang der dafür notwendigen fachspezifischen Fortbildungen erfolgt dabei auf Grundlage von § 95d Abs. 2 SGB V. Zudem ist eine Übergangs- bzw. Bestandsschutzregelung dergestalt vorzusehen, dass Zahnärzte, die vor dem Inkrafttreten der Neuregelung kieferorthopädisch tätig waren und insoweit an der derzeitigen kieferorthopädischen Versorgung mitgewirkt und diese sichergestellt haben, die kieferorthopädische Tätigkeit auch weiterhin wie bisher ausüben können.

2. Bildung von kieferorthopädischen Leistungskomplexen und Pauschalvergütungen, § 87 Abs. 1d und Abs. 2h SGB V-E

In § 87 Abs. 1d SGB V-E wird - fußend auf der Reformempfehlung Nr. 23 der Finanzkommission Gesundheit (FKG), Einzelmaßnahme 1 - die Bildung von kieferorthopädischen Leistungskomplexen vorgesehen und in § 87 Abs. 2d SGB V von zugehörigen Pauschalvergütungen.

Bewertung von KZBV und BZÄK:

Die KZBV erachtet die unreflektierte Umsetzung der Reformempfehlung Nr. 23 / Einzelmaßnahme 1 der Finanzkommission Gesundheit (FKG) in Gestalt über § 87 Abs. 1d und 2h SGB V-E vorgesehenen KFO-Behandlungs- und Vergütungspauschalen für verfehlt, da sie in dieser Form praktisch nicht sinnvoll umsetzbar sind und nachhaltige Schäden für die Versorgung bewirken würden. Im Einzelnen:

a) Fehlende Evidenzgrundlage für die Annahme von Überversorgungen

Die in § 87 Abs. 1d und 2h SGB V-E vorgesehenen Regelungen zur Bildung von KFO-Leistungskomplexen und diesbezüglichen Pauschalvergütungen basieren auf der fälschlichen Unterstellung von derzeitigen Über- bzw. Fehlversorgungen. Die von der FKG herangezogenen Studien weisen methodische Schwächen auf und werden seitens der FKG teilweise fehlinterpretiert. Insbesondere das Fehlen von Langzeitstudien kann nicht als Beleg für mangelnde Versorgungsqualität gewertet werden. Auch das Bundesministerium für Gesundheit hat bereits 2018 klargestellt, dass kieferorthopädische Leistungen grundsätzlich notwendig sind. Das deutsche System führt weder zu einer Über- noch zu einer Fehlversorgung. Dies zeigen insbesondere die Daten der Sechsten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS 6), deren Ergebnisse von der FKG scheinbar nicht berücksichtigt wurden. Die Ergebnisse der DMS 6 zeigen, dass der kieferorthopädische Behandlungsbedarf in Deutschland seit langem stabil geblieben ist. Auch die Abrechnungsdaten bestätigen eine konstante Inanspruchnahme. Der Anteil der Kieferorthopädie an den Gesamtausgaben der vertragszahnärztlichen Versorgung ist sogar rückläufig. Besondere Bedeutung kommt der Validität des KIG-Systems zu. Die DMS 6 zeigt, dass die anhand der KIG-Kriterien ermittelte Behandlungsbedürftigkeit nahezu exakt mit der tatsächlichen Versorgung übereinstimmt. Darüber hinaus ergibt der Vergleich mit internationalen Indizes (ICON, mIOTN) nahezu deckungsgleiche Bedarfswerte. Ein internationaler Vergleich der Behandlungszahlen, wie er in der Reformempfehlung benannt ist, erlaubt dazu keine Rückschlüsse auf den tatsächlichen Bedarf, da die Gesundheitssysteme unterschiedlich ausgestaltet sind.

b) Hohe Zufriedenheit der KFO-Patienten / sehr geringes Beschwerdeaufkommen

In der Kieferorthopädie verzeichnen die auf Landesebene angesiedelten Patientenberatungsstellen ein sehr geringes Beschwerdeaufkommen: in 2024 rd. 0,003 %, in 2025 0,004 % der GKV-Versicherten in KFO-Behandlung. Dieses Bild spiegelt sich entsprechend in

einer aktuellen Abfrage bei den KZVen zu den anlassbezogenen Prüfungen gem. § 29 Abs. 8 SGB V wider. Gemessen am registrierten Beschwerdeaufkommen kann die Kieferorthopädie als ein GKV-Leistungsbereich bezeichnet werden, der gut funktioniert. Auch dieser Befund läuft den Behauptungen der FKG zuwider.

c) Aktuelles Misch-System aus Pauschalen und Einzelleistungsvergütungen bedingt keine Fehlversorgung, sondern ermöglicht zielgenaue Berücksichtigung der Patientenbedarfe

Die vorgesehene Einführung umfassender Leistungskomplexe und Pauschalvergütungen wird auch in der Sache als problematisch bewertet, da man sich hiermit von dem Grundsatz löst, dass medizinische Leistungen am individuell notwendigen Bedarf des Patienten auszurichten sind. Zudem besteht die von der FKG behauptetermaßen als Fehlanreiz für Überversorgungen wirkende "durchgängige Einzelleistungsvergütung" im KFO-Bereich überhaupt nicht. Vielmehr enthält das bestehende System, wo sinnvoll möglich, bereits pauschale Vergütungen für die zentralen Leistungen neben gedeckelten Einzelleistungen, die nur vergütet werden, wenn sie tatsächlich anfallen. Diese Mischform differenzierter Regelungen ermöglicht anders als die intendierten umfassenden Behandlungs-/Vergütungspauschalen eine bedarfsgerechte und (anders als im Falle von Leistungskomplexen, bei denen das enthaltene/abgedeckte Leistungsspektrum nicht in jedem Fall zwingend ausgeschöpft wird) wirtschaftliche Behandlung jedes Versicherten im Einzelfall. Die Ausgestaltung der aktuellen Pauschalpositionen der BEMA Nrn. 119, 120 vermeidet dabei ebenfalls Fehlanreize zur Ausdehnung der Behandlungsdauer, da sie unabhängig von dieser gewährt werden und bei vorzeitigem Behandlungsabschluss die restlichen Abschlagzahlungen abgerechnet werden können.

Dieses gegenwärtige Mischsystem aus Pauschalen und Einzelleistungen gewährleistet für die Solidargemeinschaft der GKV eine wirtschaftliche Behandlungsweise, indem es die KFO-Behandlung zum einen in zeitlicher Hinsicht befristet und die erbringbaren Einzelleistungen (z.B. Röntgen) anzahlmäßig streng limitiert.

d) Umfassende Behandlungs-/Vergütungspauschalen laufen der medizinisch notwendigen, bedarfsgerechten Versorgung des jeweiligen Einzelfalles zuwider

Demgegenüber könnten mit der intendierten Schaffung umfassender pauschaler Leistungskomplexe die Behandlungen nicht mehr am medizinisch individuell notwendigen Bedarf der Patienten ausgerichtet werden. Die Bandbreite an kieferorthopädischen Behandlungsbedarfen lässt eine sinnvolle Zusammenfassung zu pauschalen Leistungskomplexen nicht zu.

Dies zeigt sich bspw. an der Vielzahl an Ausnahmeindikationen nach Anlage 3 zu Abschnitt B. Nr. 4 der KFO-Richtlinien des G-BA für die KFO-Behandlung Erwachsener, gilt aber auch für die unterschiedlichen Behandlungserfordernisse an Versicherten vor Vollendung des 18. Lebensjahres sowie für solche Ausnahmeindikationen, die vor Vollendung des 18. Lebensjahres beginnen und in die Volljährigkeit hineinreichen. Um auch individuell sehr aufwendige Fälle adäquat in den Leistungskomplexen nach § 87 Abs. 1d Satz 1 SGB V-E erfassen zu können, müssten diese so gebildet werden und die Pauschalen im Schnitt so hoch ausfallen, dass auch besonders umfangreiche und schwierige Behandlungen noch ansatzweise wirtschaftlich angemessen erbracht werden könnten. Wäre eine auskömmliche Vergütung in hochgradig komplexen Fällen hingegen per se ausgeschlossen, wie dies im Falle einer Mischkalkulation zu erwarten sein dürfte, entsteht hingegen die Gefahr einer Ausrichtung des Behandlungsumfangs an der zur Verfügung stehenden Pauschale. Letzteres gölte insbesondere für Praxen, deren Patientenstruktur vermehrt schwere Fälle mit hohem Behandlungsaufwand aufweist. Gerade für die besonders behandlungsbedürftigen

Fälle droht insoweit, dass eine angemessene bedarfsgerechte Behandlung im Umfang des für sie individuell medizinisch Erforderlichen nicht erfolgen kann. Würden die Pauschalen hingegen so bemessen, dass auch die Behandlung hochgradig komplexer Fälle für die Praxen noch wirtschaftlich sinnvoll zu bewerkstelligen wäre, wären sie in den übrigen Fällen regelmäßig zu hoch, was dem Prinzip der Wirtschaftlichkeit zuwiderliefe.

Die pauschale Unterteilung der Leistungskomplexe in bis zu drei Schweregrade (§ 87 Abs. 1d Satz 3 SGB V-E), die es (4-stufig) bei den aktuellen Maßnahmenpauschalen der BEMA-Nrn. 119, 120 in sinnhafter Weise heute schon gibt, ist dabei kein zielführender Ersatz für den Wegfall einer dem Einzelfall gerecht werdenden Behandlung.

Die Einführung von umfassenden Leistungskomplexen bzw. Pauschalvergütungen i.S.d. § 87 Abs. 1d und 2h SGB V-E lässt sich somit nicht im Sinne der individuell medizinisch notwendigen, bedarfsgerechten Patientenversorgung realisieren bzw. müsste genau diese hierfür aufgegeben werden.

Und selbst wenn dies entgegen hiesiger Bewertung realisiert werden könnte, würde dies nicht die seitens der FKG ohne belastbare Begründung in den Raum gestellten Einsparungen bewirken, da es für die von der FKG behaupteten einzelleistungsbedingten Über-/Fehlversorgungen keine Evidenz oder sonstigen Belege gibt und sich eine Ausrichtung der zu schaffenden Leistungskomplexe an einem gewünschten Einsparerfordernis verbietet, da dies Leistungskürzungen gleichkäme.

e) Keine Datengrundlage zur sachgerechten Bewertung von Leistungskomplexen und Vergütungspauschalen

Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auch darauf, dass weder KZBV noch BZÄK über die für eine sachgerechte Bewertung der im BStabG-E angedachten Leistungskomplexe erforderlichen Daten verfügen.

f) Kollision mit dem gesetzlich eingeführten Mehrleistungs-System (§ 29 Abs. 5 bis 8 SGB V)

Zur nachhaltigen Akzeptanz der KFO-Versorgung durch die Patienten (siehe 2.) dürfte auch das vor wenigen Jahren vom Gesetzgeber über § 29 Abs. 5 bis 8 SGB V ergänzend zur BEMA-Systematik aus Pauschalen und Einzelleistungen eingeführte System der Mehr- und Zusatzleistungen beitragen, das den Versicherten eine zuzahlungsfreie KFO-Versorgung auf dem Stand der Wissenschaft gewährleistet, dem Patientenwillen Rechnung trägt und gleichzeitig einer Zwei-Klassen-Medizin entgegenwirkt. Der Patient muss sich nicht zwischen reiner Kassenleistung und reiner Privatleistung entscheiden. Mit der Einführung dieser Regelungen durch den Gesetzgeber ist den Versicherten ermöglicht worden, auf Grundlage einer vorgelagerten transparenten Kosteninformation frei über die Inanspruchnahme von Mehr- und Zusatzleistungen entscheiden zu können, ohne den Anspruch auf die GKV-Leistung zu verlieren. Hierdurch wird für die GKV eine wirtschaftliche Behandlungsweise gewährleistet, zugleich die Versichertenautonomie gewahrt und einer Zweiklassenmedizin vorgebeugt.

Wenn sich bspw. der Patient aus ästhetischen Gründen für sog. Lingualbrackets entscheidet, die an der Rückseite der Zähne befestigt werden und daher nicht sichtbar sind, wird ihm dies im GKV-System ermöglicht, ohne ihm den Anspruch gegen seine Krankenkasse zu nehmen. Er muss lediglich die entstehenden Mehrkosten selbst bezahlen. Im österreichischen System etwa müsste die gesamte KFO-Behandlung zunächst privat übernommen werden, was für viele aber nicht möglich ist.

Entscheidet sich ein Versicherter der GKV demgegenüber für eine solche zusätzliche Einzelleistung, wird er damit nicht automatisch zum Privatpatienten. Ihm werden vor der Behandlung alle Kostenanteile, die von seiner Krankenkasse übernommen werden, und diejenigen, die er selbst übernehmen müsste, aufgeschlüsselt nach Leistungen transparent in schriftlicher Form gegenübergestellt. Auf dieser Grundlage kann er sich dann für die für ihn passende Versorgung entscheiden.

Soweit neben gesetzlich vorgegebenen Leistungskomplexen mit Pauschalvergütung kein Raum für Mehr- und Zusatzleistungen verbliebe, würden diese vorgenannten Errungenschaften ohne Not aufgegeben. Die Aufrechterhaltbarkeit ist dabei bereits rein "technisch" zweifelhaft, denn ein ausschließlich Leistungskomplexe und Pauschalvergütungen umfassendes System von GKV-Leistungen kollidiert nach hiesiger Bewertung mit der in § 29 Abs. 5 SGB V derzeit vorgesehenen Mehrleistungssystematik schon insoweit, als gemäß § 29 Abs. 5 Satz 2 SGB V eine Ab- bzw. Anrechnung der mit der betr. Mehrleistung "vergleichbaren" BEMA-Leistung erfolgt, bei welcher es sich aber in aller Regel um eine Einzelleistung(svergütung) handelt, die es indes nach der durch das GKV-BStabG vorgesehenen Schaffung umfassender Leistungskomplexe nicht mehr geben wird. Soweit überhaupt möglich, müsste § 29 Abs. 5 bis 8 SGB V bei Beibehaltung von § 87 Abs. 1d und 2h SGB V(-E) jedenfalls umfassend mit angepasst werden.

g) Probleme bei Berücksichtigung der zahntechnischen Leistungen

Soweit die Pauschalvergütungen neben den Kosten für unmittelbare kieferorthopädische Behandlungsleistungen auch die Kosten für zahntechnische Leistungen und die Material- und Laborkosten umfassen sollen, ist zudem darauf hinzuweisen, dass dies aufgrund der regionalen Preisunterschiede (vgl. § 88 Abs. 2 SGB V) zu sachlich nicht zu rechtfertigen Unwuchten führt, weil eine bundeseinheitlich pauschale Vergütung die regionalen Unterschiede nicht berücksichtigen kann.

Für eine adäquate Vergütung müssten sich die Pauschalen daher hinsichtlich der Zahntechnik an den höchsten Landespreisen orientieren, wodurch sie in den übrigen Regionen, insb. denen mit einem deutlich geringeren Preisniveau, ggf. deutlich lukrativer und ggf. gegenüber der bisherigen Vergütungssystematik höher und damit im Ergebnis teurer für die GKV ausfallen würden.

h) Sonstige Umsetzungsprobleme

Darüber hinaus zöge die intendierte Bildung von umfassenden Leistungskomplexen und Pauschalvergütungen auch eine Vielzahl komplexer und äußerst schwierig zu lösender Umsetzungsfragen nach sich, mit denen ein gewachsener, funktionierender Versorgungsbereich ohne Not vor erhebliche Herausforderungen und Probleme gestellt wird.

Der Entwurf macht der Selbstverwaltung bereits konkrete Vorgaben für die Schaffung von Pauschalen. Soweit der Gesetzgeber damit eigene klare Vorstellungen manifestiert, bleibt er wesentliche Antworten wie etwa die Aufteilbarkeit der Pauschale bei Behandlungsabbrüchen, Krankenkassenwechsel, Zahnarztwechsel, Compliance-Abriss, quartalsweise Zuweisung des gesetzlichen Eigenanteils, Wiederaufnahme einer abgebrochenen Behandlung etc. schuldig. Diese Aspekte müssten von der umsetzenden Selbstverwaltung mitgedacht werden, was angesichts der ausformulierten Vorgaben nicht sinnvoll möglich ist.

i) Änderung der Vergütungsstruktur wenn überhaupt erst sinnvoll möglich nach Abschluss der Überprüfung der KFO-Richtlinien durch den G-BA (bei Fristverschiebung bis mind. Mitte 2028)

Im neu vorgesehenen § 92 Abs. 1a Sätze 3 f. SGB V-E wird dem G-BA die Überprüfung der inzwischen seit mehr als 20 Jahren unverändert geltenden KFO-Richtlinien inkl. Anlagen aufgegeben, wobei für die Leistungen der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit maßgebend sind. Zu überprüfen sind dabei insbesondere die "versorgungsöffnenden" befundbezogenen kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) einschließlich des der Versorgung zugrunde liegenden Behandlungsbedarfs. Begründet wird dieser Überprüfungsauftrag damit, dass es in den letzten zwei Jahrzehnten nicht unwesentliche Fortschritte in der zahnärztlichen Versorgung sowohl im medizinischen Bereich (z.B. bei Materialien und Therapien) als auch im technologischen Bereich (bspw. in der Diagnostik und Digitalisierung) gegeben hat.

Vor diesem Hintergrund ist es in keiner Weise sinnvoll, eine Änderung der Vergütungsstruktur vorzunehmen, ehe die Überprüfung der KFO-Richtlinien und die damit ggf. einhergehende Anpassung der KFO-Richtlinien inkl. Anlagen abgeschlossen ist. Losgelöst von den unter 1. bis 8. geäußerten Kritikpunkten muss daher allein schon aus diesem Grund auf die in § 87 Abs. 1d und 2h SGB V-E vorgesehenen Regelungen zumindest bis zum Abschluss der Richtlinienüberprüfung verzichtet werden.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die in § 92 Abs. 1a Sätze 3 f. SGB V-E vorgesehene Überprüfungsfrist (bis 31.12.2027) zu knapp bemessen ist: Der G-BA ist bei der Bewertung und Überprüfung medizinischer Leistungen an den Maßstab des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebots gem. § 2 Abs. 1 Satz 3 i.V.m. § 92 Abs. 1 Satz 1 Hs. 3 SGB V gebunden. Dies setzt zwingend eine strukturierte Aufbereitung und Auswertung der verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz voraus. Hierzu beauftragt der G-BA regelhaft seine Geschäftsstelle, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWIG) oder eine andere fachlich unabhängige wissenschaftliche Institution mit der Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes, insb. im Wege einer systematischen Literaturrecherche (vgl. 2. Kapitel § 9 Abs. 1a VerfO). Bereits hierfür wird erfahrungsgemäß mindestens ein Jahr benötigt. Das sich an die Beauftragung anschließende Beratungsverfahren über Änderungen der Richtlinien für die kieferorthopädische Behandlung ist an die vorgegebenen Verfahrensschritte wie insb. des Stellungnahme- und Anhörungsverfahrens gem. 1. Kapitel §§ 10-14 VerfO gebunden. Die zwingende Einhaltung der verfahrensrechtlichen Vorgaben bedingt eine Beratungsdauer von etwa einem weiteren Jahr. In der Gesamtschau ist damit von einer Verfahrensdauer von zwei Jahren auszugehen, was im Übrigen auch dem Zeitraum für Methodenbewertungsverfahren gem. § 135 Abs. 1 Satz 5 SGB V entspricht. Daher sollte dem G-BA für die Überprüfung ein Zeitraum von 2 Jahren ab Inkrafttreten des GKV-BStabG eingeräumt werden. - Siehe hierzu auch nachfolgend unter 3.

Fazit und Forderung von KZBV und BZÄK

Vor dem Hintergrund, dass gerade in der KFO aktuell eine sehr gute Versichertenversorgung mit hoher Akzeptanz stattfindet, würde ein undifferenzierter Eingriff in das bestehende System aus fiskalischen Gründen erwartungsgemäß erheblichen, ggf. später nicht rückgängig zu machenden Schaden anrichten, ohne die erhofften Einsparungen tatsächlich zu realisieren.

Deshalb ist es geboten, stattdessen die gemeinsame Selbstverwaltung mit der Erarbeitung eines eigenen Reformvorschlags zu beauftragen, ohne diesen bereits vorab durch konkrete formalgesetzliche Vorgaben zu präjudizieren und somit einzuschränken.

Zudem muss zwingend zunächst die dem G-BA auferlegte Überprüfung der bestehenden KFO-Richtlinien einschließlich der Überprüfung der den Behandlungszugang öffnenden

KIG-Gruppen (§ 92 Abs. 1 Sätze 3 ff. SGB V-E) abgewartet werden, ehe sinnvoll über Umstrukturierungen der KFO-Versorgung bzw. ihrer Vergütungsstruktur befunden werden kann. Dabei muss dem G-BA für die Richtlinienüberprüfung ein realistisches Zeitfenster bis mind. Mitte 2028 bzw. von 2 Jahren ab Inkrafttreten des GKV-BStabG gegeben werden.

3. Aufträge an den G-BA im Zusammenhang mit Kieferorthopädie, § 92 Abs. 1a Sätze 3 f., Abs. 3a Satz 1 SGB V-E)

Nach Absatz 1a Satz 2 sollen die folgenden Sätze eingefügt werden:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss überprüft seine Richtlinien für die kieferorthopädische Behandlung insbesondere hinsichtlich der befundbezogenen kieferorthopädischen Indikationsgruppen einschließlich des der vertragszahnärztlichen Versorgung zugrundeliegenden Behandlungsbedarfsgrades und beschließt bis zum 31. Dezember 2027 über eine Anpassung der Richtlinien. Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt außerdem bis zum 31. Dezember 2027 in seinen Richtlinien für die kieferorthopädische Behandlung eine evidenzbasierte Indikations- und Kontraindikationsliste für die Durchführung von Fernröntgen-Aufnahmen sowie Panorama-Aufnahmen zum Zwecke der Planung und Durchführung einer kieferorthopädischen Behandlung.“

Bewertung von KZBV und BZÄK:

Eines gesonderten gesetzlichen Auftrages zur Überprüfung der Richtlinien für die kieferorthopädische Behandlung bedarf es aus normativer Sicht nicht. Gem. § 135 Abs. 1 Satz 2 SGB V i.V.m. 1. Kapitel § 7 Abs. 4 VerfO ist der G-BA verpflichtet zu überprüfen, welche Auswirkungen seine Entscheidungen haben und begründeten Hinweisen nachgehen, dass sie nicht mehr mit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse übereinstimmen. Hiervon umfasst ist auch die Verpflichtung des G-BA, seine Richtlinien daraufhin zu überprüfen, ob sie dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen.

Die im Regelungsentwurf enthaltene Vorgabe, wonach der G-BA über eine Anpassung der Richtlinien bis 31. Dezember 2027 zu beschließen hat, begegnet (verfahrens)rechtlichen Bedenken. Denn auch der im Gesetzentwurf enthaltende gesonderte Überprüfungsauftrag hat sich an den allgemeinen Maßstäben zu orientieren, die der G-BA grundsätzlich bei der Überprüfung seiner Entscheidungen zu berücksichtigen hat:

Der G-BA ist bei der Bewertung und Überprüfung medizinischer Leistungen an den Maßstab des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebots gem. § 2 Abs. 1 Satz 3 i.V.m. § 92 Abs. 1 Satz 1 3. HS SGB V gebunden. Hierzu ermittelt der G-BA gem. 1. Kapitel § 5 Abs. 2 VerfO den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse auf der Grundlage der Evidenzbasierten Medizin. Dabei orientiert er sich am Primat der bestverfügbaren Evidenz (vgl. 2. Kapitel §§ 9 ff. VerfO). Dies setzt zwingend eine strukturierte Aufbereitung und Auswertung der verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz voraus. Hierzu beauftragt der G-BA regelhaft seine Geschäftsstelle, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen oder eine andere fachlich unabhängige wissenschaftliche Institution mit der Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes, insbesondere im Wege und aufgrund einer systematischen Literaturrecherche (vgl. 2. Kapitel § 9 Abs. 1a VerfO).

Eine strukturierte Erarbeitung der Beauftragung, die Beauftragung und Durchführung einer Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes benötigt erfahrungsgemäß mindestens ein Jahr. Ein verkürztes Verfahren, wie z.B. die Beauftragung eines sog. „Rapid Reports“ beim Institut für Wirtschaftlichkeit und Qualität im Gesundheitswesen gem. Ziff. 2.1.2 Allgemeine Methoden ist angesichts des Umfangs der Beauftragungsgegenstands nicht sachgerecht und angesichts der Bindung des G-BA an die Vorgaben des § 2 Abs. 1 Satz 3 i.V.m. § 92 Abs. 1 Satz 1 3. HS SGB V nicht geboten.

Das sich an die Beauftragung anschließende Beratungsverfahren über Änderungen der Richtlinien für die kieferorthopädische Behandlung ist an die vorgegebenen Verfahrensschritte wie insb. des Stellungnahme- und Anhörungsverfahrens gem. 1. Kapitel §§ 10-14 VerfO gebunden. Die zwingende Einhaltung der verfahrensrechtlichen Vorgaben bedingt eine Beratungsdauer von etwa einem Jahr.

In der Gesamtschau ist damit von einer Verfahrensdauer von zwei Jahren auszugehen, was im Übrigen auch dem Zeitraum für Methodenbewertungsverfahren gem. § 135 Abs. 1 Satz 5 SGB V entspricht.

Der Auftrag an den G-BA, bis zum 31. Dezember 2027 in seinen Richtlinien für die kieferorthopädische Behandlung eine evidenzbasierte Indikations- und Kontraindikationsliste für die Durchführung von Fernröntgen-Aufnahmen sowie Panorama-Aufnahmen zum Zwecke der Planung und Durchführung einer kieferorthopädischen Behandlung zu beschließen, ist weder fachlich herleitbar noch rechtlich zu begründen. Eine verbindliche evidenzbasierte Indikations- und Kontraindikationsliste für Röntgenleistungen durch den G-BA würde diese Materie dazu unnötigerweise auf die Ebene des Leistungsrechts verlagern und dazu die Gefahr kollidierender Vorgaben erhöhen. Denn eine starre Indikationsliste durch den G-BA würde die zahnärztliche Entscheidungsfreiheit in einer Weise einengen, die im Widerspruch zur notwendigen diagnostischen Absicherung und Sorgfaltspflicht steht.

Schon heute stehen röntgenologische Leistungen gemäß den Vorgaben der KFO-RL unter dem Vorbehalt der zahnmedizinischen Notwendigkeit. Nach Abschnitt B. Nr. 5 KFO-RL sind die eigenverantwortliche Befunderhebung, Diagnostik und Planung Grundlage der kieferorthopädischen Behandlung. Das Maß der jeweiligen Beeinträchtigung ist dabei durch objektivierbare Untersuchungsbefunde zu belegen. Der Zahnarzt soll Inhalt und Umfang der notwendigen diagnostischen Leistungen nach den individuellen Gegebenheiten des Einzelfalls festlegen. Gem. Abschnitt B. Nr. 5 Satz 6 lit. b) KFO-RL sind röntgenologische Darstellungen aller Zähne und Zahnkeime beider Kiefer nur nach entsprechender Indikation erforderlich. Bereits gem. dieser Regelung soll dabei soll einem strahlenreduzierten Aufnahmeverfahren, z. B. der Panoramaschichtaufnahme, der Vorzug gegeben werden.

Unberührt vom Leistungsrecht sind dazu in jedem Fall schon heute die strahlenschutzrechtlichen einzuhalten. Gem. § 83 Abs. 3 StrlSchG darf die Anwendung ionisierender Strahlung oder radioaktiver Stoffe erst dann durchgeführt werden, nachdem der Zahnarzt mit der erforderlichen Fachkunde im Strahlenschutz entschieden hat, dass und auf welche Weise die Anwendung durchzuführen ist (rechtfertigende Indikation). Die rechtfertigende Indikation erfordert bei Anwendungen im Rahmen einer medizinischen Exposition in jedem Einzelfall die Feststellung, dass der gesundheitliche Nutzen der einzelnen Anwendung gegenüber dem Strahlenrisiko überwiegt. In Ergänzung dazu hat der die rechtfertigende Indikation stellende Zahnarzt gem. § 119 Abs. 1 StrlSchV zu prüfen, ob es sich bei der vorgesehenen

Anwendung ionisierender Strahlung oder radioaktiver Stoffe um ein anerkanntes Verfahren nach den Erfordernissen der medizinischen Wissenschaften handelt.

Wissenschaftliche Erkenntnisse, dass diese Vorgaben gerade im Bereich der Kieferorthopädie nicht eingehalten würden, liegen nicht vor. Im Gegenteil: Die aktuell im Juni 2025 erstellte und bis Juni 2030 geltende S2k-Leitlinie „Ideale Zeitpunkte und Maßnahmen der kieferorthopädischen Diagnostik“ stellt derzeit den fachlichen Standard für die kieferorthopädische Diagnostik dar. Danach liefern Röntgenaufnahmen in der Kieferorthopädie bei gegebener Indikation einen relevanten Erkenntnisgewinn. Anhand einer radiologischen Bildgebung ist eine Differentialdiagnostik der Dentition und des Gesichtsschädels möglich. Diese dient als Grundlage für die kieferorthopädische Therapieplanung und Verlaufskontrolle sowie zur individuellen Risikoabschätzung. Die Leitlinie empfiehlt mit starkem Konsens (34/0/0), dass vor einer kieferorthopädischen Frühbehandlung ein Orthopantomogramm (Panoramaschichtaufnahme) befundet werden, wenn hieraus eine Konsequenz für die Therapieplanung zu erwarten ist. Vor einer kieferorthopädischen Regel- oder Spätbehandlung soll ein Orthopantomogramm (Panoramaschichtaufnahme) befundet werden. Bereits diese fachliche Empfehlung unterscheidet zwischen Früh- und Regel- oder Spätbehandlungen und ermöglicht eine differenzierte Entscheidung zur Diagnostik. Mit der Vorgabe der rechtfertigenden Indikation, die sich ihrerseits an einer rein fachlichen Bewertung anhand des aktuellen Stands der medizinischen Erkenntnisse auszurichten hat, ist bereits heute der Konnex zu den fachlichen Empfehlungen der Leitlinie hergestellt.

Forderung von KZBV und BZÄK:

Wie auch an anderer Stelle bereits dargelegt, wird angeregt, wenn am Regelungsentwurf als solchem festgehalten werden sollte, diesen dahingehend zu ändern, dass eine Überprüfung und Anpassung der Richtlinien durch den G-BA innerhalb von zwei Jahren nach Inkrafttreten der gesetzlichen Änderung (zumindest aber bis Mitte 2028) erfolgt.

III. Rückführung der Festzuschüsse für Zahnersatz auf das Niveau vor dem TSVG, § 55 SGB V-E

Die Rückführung der Festzuschüsse für Zahnersatz auf das vor dem TSVG bis Oktober 2020 herrschende Niveau stellt einen tauglichen Einsparbeitrag für die GKV-Mittel dar, der sich nach Einschätzung der KZBV nicht maßgeblich auf die Versorgung auswirken wird, da Festzuschüsse auf ein schon Oktober 2020 hinlängliches Niveau zurückgefahren werden, Härtefälle nach wie vor einen 100%-Festzuschuss erhalten und überdies ein Großteil der seinerzeit nur vor dem Hintergrund einer gänzlich anderen Finanzlage gewährten Erhöhung der Festzuschüsse aufgrund der weiten Verbreitung von Zahnzusatzversicherungen vornehmlich diesen und nicht den Versicherten selbst zugutekam.

IV. Zur Beschränkung der Vorstandsvergütungen der KZVen und KZBV, § 35a Abs. 6a Sätze 4-9 SGB IV-E i.V.m. § 79 Abs. 6 SGB V, § 410 SGB V-E

Über die neu vorgesehenen Sätze 4-9 des gemäß § 79 Abs. 6 Satz 1 SGB V auch für den Vorstand der KZVen sowie der KZBV geltenden § 35a Abs. 6a SGB IV sollen nunmehr auch die Vorstandsvergütungen der KZVen in einer prinzipiell vergleichbaren Weise beschränkt werden, wie es seit dem TSVG über den aktuellen § 79 Abs. 6 Sätze 5 ff. SGB V bereits für

die Vorstandsmitglieder der KZBV gilt. Hiernach sind Vergütungserhöhungen während der Dauer der Amtszeit unzulässig und nur noch zu Beginn einer neuen Amtsperiode in Gestalt eines Zuschlags auf die vorherige Grundvergütung des betr. Vorstandsmitglieds bzw. des/der Amtsvorgängers/-in nach Maßgabe der Grundlohnrate nach § 71 Abs. 3 SGB V nur des laufenden Kalenderjahres möglich. Anders als gemäß der bisher geltenden Regelung in § 79 Abs. 6 Satz 6 SGB V ist Maßstab für die Erhöhung nicht mehr die Entwicklung des Verbraucherpreisindexes, sondern die Grundlohnsummenveränderungsrate, wobei nur diejenige des laufenden Kalenderjahres berücksichtigt werden darf. Die für die Bundesebene geltende Übergangsregelung wird entsprechend angepasst (§ 410 SGB V-E).

Die Regelung soll dabei auch rückwirkend greifen, zum einen für ab dem 31. März 2026 geschlossene Verträge, und zum anderen sogar für Verträge, denen die Aufsichtsbehörde bis zum 30. März 2026 zugestimmt hat, sofern diesen nicht bereits eine Zusage über konkrete Vergütungserhöhungen zu entnehmen ist.

Zu guter Letzt wird eine für die Bundesebene schon seit dem TSVG bestehende Absenkungsbefugnis der Aufsichtsbehörde zu Beginn einer neuen Amtszeit vorgesehen.

Bewertung von KZBV und BZÄK:

KZBV und BZÄK lehnen die Regelungen aus folgenden Gründen umfassend ab:

1. Die Regelungen verfügen bereits nicht über die notwendige Eignung, das mit ihnen verfolgten Ziel der Stabilisierung der GKV-Beitragssätze erreichen oder auch nur fördern zu können, da die Vorstandsvergütungen ebenso wie alle anderen Finanzmittel von KZVen und KZBV nicht aus den GKV-Beiträgen der Versicherten stammen, sondern von den Zahnärzten als KZV-Mitgliedern im Wege von Mitgliedsbeiträgen bzw. Verwaltungskostenumlagen aufgebracht werden, wobei die Vorstandsvergütungen unmittelbar von den demokratisch legitimierten Vertreterversammlungsmitgliedern festgelegt werden, die auch über die Höhe der von den KZV-Mitgliedern zu tragenden Mitgliedsbeiträge entscheiden. Es handelt sich hierbei also nicht um GKV-Mittel. Das mit den intendierten Vergütungsbegrenzungen verfolgte Ziel der Einsparung von GKV-Mitteln können die Regelungen mithin nicht erreichen; sie würde mit ihrer Umsetzung keinen einzigen Cent an GKV-Mitteln einsparen. Dies dürfte naheliegenderweise auch der Grund dafür sein, dass die Finanzkommission Gesundheit (FKG) derlei Regelungen nicht in ihr umfangreiches Maßnahmenpaket an GKV-Einsparmaßnahmen mit aufgenommen hat.

   Die Regelungen sind insoweit schon allein in Ermangelung ihrer Eignung zur Erreichung des verfolgten Zieles der Sanierung der GKV-Finanzen unverhältnismäßig und mithin verfassungswidrig.

2. Neben dem bereits bestehenden Zustimmungserfordernis zu den Vorstandsdienstverträgen gemäß § 35a Abs. 6a SGB IV (i.V.m. § 79 Abs. 6 Satz 1 SGB V), welches bereits eine hinlängliche aufsichtsrechtliche Kontrolle der Vorstandsvergütungen ermöglicht, sind die neu vorgesehenen Vergütungsbeschränkungsregelungen zudem nicht erforderlich und auch insoweit unverhältnismäßig.

3. Zudem würde mit den vorgesehenen Vergütungsbeschränkungen in unverhältnismäßiger, da unangemessener Weise in die Grundrechtspositionen der betroffenen Vorstandsmitglieder eingegriffen. Dies gilt nicht nur, aber insbesondere soweit künftig Erhöhungen zu Beginn einer neuen Amtsperiode nur noch nach Maßgabe der Grundlohnrate (§ 71 Abs. 3 SGB V)

ausschließlich des laufenden Kalenderjahres erfolgen können. Damit werden die Vorstandsvergütungen weitgehend von der allgemeinen Lohnentwicklung abgekoppelt und die Gehälter faktisch über die Zeit "entwertet", da nicht einmal mehr ein Ausgleich für den Wert- und Kaufkraftverlust während des Laufs der 6-jährigen Amtsperiode möglich ist. Losgelöst von der fehlenden Zweckerreichungseignung (siehe 1.) ist dabei auch in keiner Weise nachvollziehbar, warum hier in willkürlicher und sachlich nicht vertretbarer Weise lediglich die Grundlohnrate des laufenden Jahres, in dem der Vertag geschlossen wird, aufgeschlagen werden können soll und nicht zumindest die Summe der Veränderungsraten - sei es GLS oder Verbraucherpreisindex - für die Zeitdauer der zurückliegenden Amtsperiode.

Umso manifester ist die Unverhältnismäßigkeit, als die Vorstandsvergütungen auf Bundesebene über den aktuellen § 410 Abs. 2 (seinerzeit § 323/326 Abs. 2) SGB V seit Inkrafttreten der Vergütungsbeschränkungen des TSVG (2019) bis Ende 2027 "eingefroren" sind, mithin schon derzeit abweichend von § 79 Abs. 6 Satz 6 SGB V jedwede Erhöhung ausgeschlossen ist, was nun angesichts der unzureichenden künftigen Erhöhungsmöglichkeit um lediglich die GLS eines Jahres alle sechs Jahre faktisch perpetuiert wird und zu einem weiteren, dauerhaften Abschmelzen der Vorstandsvergütungen auf Bundesebene führt. Schon diese damalige, bis Ende 2027 begrenzte Deckelung hat dabei angesichts der zwischenzeitlich stark angezogenen Inflation mit Inflationsraten von bis zu ca. 7% zu einem massiven Wertverfall und Kaufkraftverlust der Bundes-Vorstandsvergütungen geführt, der weit über das hinausgeht, was der Gesetzgeber bei Erlass des TSVG realistischerweise als Inflationsentwicklung in den Blick hatte nehmen können. Mit der nunmehr intendierten weiteren, zumindest faktischen Perpetuierung der Vergütungsdeckelung würde ein Wertverlust der Vorstandsvergütungen herbeigeführt, der sich endgültig nicht mehr als verhältnismäßig darstellt.

4. Die geplanten Regelungen stellen einen massiven Eingriff in die Selbstverwaltungsrechte der KZVen und KZBV dar. Die Personal(wirtschafts)hoheit und die Haushaltshoheit sind zentrale Kernelemente der verfassungsrechtlich abgesicherten Selbstverwaltungsautonomie. Mit den intendierten Vergütungsbegrenzungen werden die Kompetenzen und der Gestaltungsspielraum der Vertreterversammlung bei der Festlegung der Vorstandsvergütungen als zentralem Element der Vorstandsdienstverträge praktisch auf Null reduziert und die Vergütungen werden künftig staatsdirigistisch auf einem bestimmten, gemessen an der Kaufkraft stetig sinkenden Niveau festgeschrieben. Hiermit wird den Körperschaften jedweder Spielraum genommen, der unerlässlich ist, um auch künftig hochqualifiziertes Spitzenpersonal gewinnen zu können. Zugleich wird hiermit ein massiver Wettbewerbsnachteil gegenüber anderen Arbeitgebern und anderen (z.B. selbständigen) Verdienstmöglichkeiten herbeigeführt, der die Auswahl des zur Verfügung stehenden Spitzenpersonals zum Nachteil der Körperschaft und damit auch zum Nachteil des GKV-Systems, die in hohem Maße auf eine funktionierende Selbstverwaltung angewiesen ist, signifikant einengen wird.

   Selbst wenn hinsichtlich der aktuellen Vorstandsvergütungen, die nunmehr auch auf Landesebene faktisch "eingefroren" würden, aktuell noch von einem mit Blick auf die aufsichtsrechtliche Kontrolle gerade noch angemessenen Niveau ausgegangen werden könnte, wird sich dies angesichts der künftig ausgeschlossenen Möglichkeit, in adäquater Weise zumindest einen Kaufkraftverlustausgleich gewähren bzw. an der allgemeinen Lohnentwicklung partizipieren zu können, absehbarerweise bald anders darstellen. Dies gilt erst recht bei der krisenbedingt perspektivisch hoch bleibenden Inflationsentwicklung.

   In besonderer Weise gilt dieser Befund für die Bundesebene, für die - wie bereits unter 3. dargelegt - mit dem TSVG über § 410 Abs. 2 SGB V (seinerzeit § 323/326 Abs. 2) bereits

seit dessen Inkrafttreten (2019) jedwede Erhöhung der Vorstandsvergütungen ausgeschlossen worden ist. Diese seinerzeit nur als "vorübergehende Deckelung" eingeführte "Übergangsregelung" wurde damals damit gerechtfertigt, dass "das bestehende Vergütungsniveau auch unter Berücksichtigung der Entwicklung des Verbraucherpreisindexes noch bis 2027 ausreichen wird, um qualifiziertes Personal zu gewinnen und zu halten" (BT-Drucks. 19/6337 zu § 323 SGB V-E). Der Gesetzgeber ist also seinerzeit selbst davon ausgegangen, dass alle in den damals eingefrorenen Vorstandsvergütungen auf Bundesebene verfügbaren "Angemessenheitsreserven" bis 2028 aufgebraucht sein werden, wobei diese Entwicklung durch die bei Inkrafttreten des TSVG für den Gesetzgeber nicht absehbare hohe Inflationsentwicklung der Folgejahre noch deutlich verstärkt wurde. Umso schädlicher und weniger nachvollziehbar ist es daher, wenn der Gesetzgeber die damals nur für einen begrenzten Zeitraum auferlegte und für vertretbar erachtete Festschreibung der Vorstandsvergütungen nunmehr auch noch weiter für die Zukunft faktisch perpetuieren will. Dies ist zudem auch unter Vertrauensschutzgesichtspunkten problematisch.

Forderung von KZBV und BZÄK:

Die intendierten Änderungen des § 35a Abs. 6a SGB IV(-E) sowie § 410 SGB V(-E) sind ersatzlos zu streichen.

V. Zur Beschränkung der Vergütungen für Führungskräfte der Ebene unterhalb der Vorstandsebene, § 411 SGB V-E

Über den neu vorgesehenen § 411 SGB V-E sollen Vergütungserhöhungen für "außertariflich bezahlte Führungskräfte der Ebene unterhalb der Vorstandsebene" bei u.a. den KZVen und der KZBV nur noch "alle 6 Jahre" zulässig sein und eine "höhere Vergütung" nur durch einen Zuschlag auf die zuletzt vereinbarte Vergütung erfolgen können, und zwar nach Maßgabe der durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V nur des laufenden Kalenderjahres. Dabei soll die Regelung auch rückwirkend für Verträge gelten, und zwar zum einen für ab dem 31. März 2026 geschlossene Verträge und zum anderen für am 30. März 2026 bereits gültige Verträge, soweit diesen Verträgen nicht bereits eine Zusage über konkrete Vergütungserhöhungen zu entnehmen ist.

Ausweislich der Entwurfsbegründung gelten somit "gleichlautend" zu den Vergütungsbegrenzungen für Vorstandsmitglieder Vergütungsbegrenzungen auch für die "Führungsebene" unterhalb des Vorstands. Die damit verbundene Verhinderung des "weiteren Anstiegs der Vergütungen in den Spitzenpositionen" soll "zu einer dauerhaften Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung" beitragen.

Bewertung von KZBV und BZÄK:

KZBV und BZÄK lehnen die Regelung des § 411 SGB V-E aus folgenden Gründen in jedweder Hinsicht ab. Losgelöst davon, dass es sich hierbei um einen in der Wirtschafts- und Arbeitsmarktordnung Deutschlands wohl beispiellosen staatsdirigistischen Eingriff in die Vergütung und persönliche Lebensplanung/-führung von einzelnen Arbeitnehmergruppen handelt, sind die Regelungen zur Erreichung des mit ihnen verfolgten Zweckes der Sanierung der GKV-Finanzen in jeder Hinsicht ungeeignet und allein insoweit schon verfassungswidrig, zudem beeinträchtigen sie massiv die Selbstverwaltungsrechte, gefährden die Funktions- und Wettbewerbsfähigkeit sowie die personelle Stabilität der

Selbstverwaltungskörperschaften und verstoßen gegen die Grundrechte der betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, gegen den allgemeinen Gleichheitssatz, gegen das Willkürverbot und verletzen den Vertrauensschutz:

1. Die Regelungen verfügen ebenso wie die Regelungen zur Begrenzung der Vorstandsvergütungen der KZVen und KZBV (s.o.) bereits nicht über die notwendige Eignung, das mit ihnen verfolgten Ziel der Stabilisierung der GKV-Beitragssätze erreichen oder auch nur fördern zu können, da die Vergütungen auch der "Führungsebene unterhalb der Vorstandsebene" ebenso wie alle anderen Finanzmittel von KZVen und KZBV nicht aus den GKV-Beiträgen der Versicherten stammen, sondern von den Zahnärzten als KZV-Mitgliedern im Wege von Mitgliedsbeiträgen bzw. Verwaltungskostenumlagen aufgebracht werden, wobei die Vorstandsvergütungen unmittelbar von den demokratisch legitimierten Vertreterversammlungsmitgliedern festgelegt werden, die auch über die Höhe der von den KZV-Mitgliedern zu tragenden Mitgliedsbeiträge entscheiden. Es handelt sich hierbei also nicht um GKV-Mittel. Das mit den intendierten Vergütungsbegrenzungen verfolgte Ziel der Einsparung von GKV-Mittel können die Regelungen mithin nicht erreichen; mit ihrer Umsetzung würde kein einziger Cent an GKV-Mitteln eingespart. Auch dies dürfte naheliegenderweise ein Grund dafür sein, dass die Finanzkommission Gesundheit (FKG) derlei Regelungen nicht in ihr umfangreiches Maßnahmenpaket an GKV-Einsparmaßnahmen mit aufgenommen hat.

   Die Regelungen sind insoweit schon allein in Ermangelung ihrer Eignung zur Erreichung des verfolgten Zieles der Sanierung der GKV-Finanzen unverhältnismäßig und mithin verfassungswidrig.

2. Die vorgesehenen Vergütungsbeschränkungen greifen massiv in die Personal(wirtschafts)-, Haushalts- und Organisationshoheit der Selbstverwaltungskörperschaften ein und beeinträchtigen in erheblichem Maße deren Funktionsfähigkeit, Wettbewerbsfähigkeit und personelle Stabilität. Sie gefährden die Fähigkeit von KZBV und KZVen, hochqualifizierte Spitzenkräfte zu gewinnen und dauerhaft zu halten. Eine gesetzlich vorgegebene faktische Gehaltsstagnation über sechs Jahre hinweg, die zudem nicht einmal einen vollen werterhaltenden Inflationsausgleich ermöglicht (sondern lediglich alle 6 Jahre die Berücksichtigung der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V ausschließlich des laufenden Jahres), führt - erst recht mit Blick auf die absehbar krisenbedingt hoch bleibende Inflationsentwicklung - zu einem erheblichen Wert-/Kaufkraftverlust der Gehälter, macht hierdurch die Selbstverwaltungskörperschaften gegenüber anderen Arbeitgebern, gegenüber Verbänden, Kanzleien oder dem Arbeitsmarkt im Übrigen massiv unattraktiver und widerspricht modernen leistungsorientierten Führungs- und Managementstrukturen und dem Grundsatz einer leistungsorientierten und leistungsgerechten Vergütung.

3. Die Regelungen verletzen die betroffenen Arbeitnehmer nicht nur wegen der fehlenden Zweckerreichungseignung, die allein sie bereits unverhältnismäßig macht, in ihren Grundrechten (insb. der Berufsfreiheit aus Art. 12 GG), sondern auch wegen fehlender Angemessenheit, da der mit der Gehaltsstagnation verbundene individuelle dauerhafte Kaufkraftverlust in keinem Verhältnis zu den hierdurch ggf. nur erzielbaren Einsparungen für das Gesamtsystem stehen (soweit die Maßnahme zur Erzielung von GKV-Einsparungen - anders als hinsichtlich KZVen und KZBV, s.o. - überhaupt geeignet ist). Zudem würde den Betroffenen ein verfassungsrechtlich unzulässiges "Sonderopfer" auferlegt, da sie sogar von der im Übrigen bestehenden durchgängigen jährlichen Geltung der GLS als zulässigem Veränderungs-/Erhöhungsparameter abgekoppelt würden.

4. Neben dem Ausschluss von adäquaten Kaufkraftverlustausgleichen bzw. Teilhabe an der allgemeinen Lohnentwicklung würde zudem auch kein Raum belassen für Gehaltsanpassungen/-erhöhungen u.a. aufgrund von Aufgaben- oder Verantwortungsausweitungen, Abteilungs- oder sonstigen Aufgabenwechseln, Erfahrungszuwachs, Abwerbeversuchen, zur Incentivierung oder zur Honorierung einer guten Entwicklung bei Neuangestellten oder neu übernommenen Verantwortungsbereichen u.dgl.

5. Bei Neueinstellungen müssten wegen der später nicht mehr möglichen Gehaltserhöhungen diese von Anfang an in das Einstiegsgehalt mit eingerechnet werden, um die Vergütung für den betr. Mitarbeiter dauerhaft attraktiv zu machen. Damit führt sich der auf einen Sparbeitrag abzielende Gesetzentwurf selbst ad absurdum, weil er insoweit das Gegenteil bewirkt.

6. Verfassungsrechtlich mehr als bedenklich ist auch der mit den Regelungen verbundene Eingriff in bereits bestehende Arbeitsverhältnisse. Die vom Gesetzgeber offenbar angenommene These, nur der jeweils bestehende Vertrag in seinem status quo sowie ggf. bis 30. März 2026 konkret vereinbarte Erhöhungszusagen seien verfassungsrechtlich geschützt, geht fehl. Die geplante rückwirkende Beschränkung von Vergütungsanpassungen greift vielmehr in unverhältnismäßiger und vertrauensschutzverletzender Weise in bestehende arbeitsvertragliche Vertrauensschutzpositionen ein, indem sie z.B. vereinbarte Überprüfungs- und Anpassungsklauseln entwertet, die ggf. einer etablierten betrieblichen Praxis oder dem „Arbeitsmarktüblichen“ entsprechen, ohne dass bereits konkrete Vergütungserhöhungen vertraglich zugesagt sind. Auch ist zu berücksichtigen, dass mit dem Beschäftigungsverhältnis im Regelfall eine zumindest langjährige, ggf. das gesamte weitere Arbeitsleben umfassende wirtschaftliche Lebensplanung verbunden ist, die durch die dauerhaften Vergütungsbeschränkungen massiv verletzt wird.

   Forderung von KZBV und BZÄK:

   Die intendierte Regelung des § 411 SGB V-E muss ersatzlos gestrichen werden.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(6)
gel. VB zur öffent. Anh. am
22.06.2026 - GKV
17.06.2026

SHV
SPITZENVERBAND DER HEILMITTELVERBÄNDE E.V.

Stellungnahme des Spitzenverbandes der Heilmittelverbände e.V. (SHV) zum Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz)

Bundestags-Drucksache 21/6130 vom 26.05.2026

Bochum, den 28. Mai 2026

Der Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV) vertritt als maßgebliche Spitzenorganisation nach § 125 SGB V die berufspolitischen Interessen der Heilmittelerbringer auf Bundesebene und ist für die Belange der Heilmittelversorgung Ansprechpartner der Politik, der Ministerien, der Selbstverwaltungsorgane, der Gesundheitsorganisationen im Gesundheitswesen sowie der Medien. Insgesamt steht der SHV für rund 90 Prozent des Gesamtumsatzes im Heilmittelbereich und vertritt mehr als 75.000 Mitglieder.

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Der SHV erkennt den Handlungsbedarf an, den die prognostizierte Finanzierungslücke in der gesetzlichen Krankenversicherung mit sich bringt. Einige der im Gesetzentwurf enthaltenen Regelungen könnten auch aus Sicht des SHV ein wertvoller Schritt hin zu einer Stabilisierung der Finanzlage sein. Wir würden es begrüßen, wenn die zuständigen Ressorts den gelungenen Vorschlag aufgreifen, versicherungsfremde Leistungen zukünftig durch den Bund finanzieren zu lassen.

Nach einer langjährigen Unterfinanzierung bergen die im Gesetzentwurf vorgeschlagenen Maßnahmen im Heilmittelbereich allerdings die Gefahr, die positive und politisch gewünschte Entwicklung der letzten Jahre auszuhebeln – und stattdessen für geringe Einspareffekte die bereits heute eingeschränkte Patientenversorgung mit Heilmitteln zu gefährden sowie den eklatanten Fachkräftemangel weiter zu verstärken.

Für den Heilmittelbereich werden insbesondere die Rückkehr zur Grundlohnsummenbindung zusätzlich zu einem Abschlag von 1 % für die Jahre 2027 bis 2029 sowie die Abschaffung der versorgungsbezogenen Pauschale im Rahmen der Blankoverordnung durch den SHV kritisch bewertet. Die Analyse des dem Gesetzentwurf zugrundeliegenden Berichts der FinanzKommission Gesundheit zeigt, dass sowohl die Problembeschreibung als auch die abgeleiteten Maßnahmen in wesentlichen Punkten nicht tragfähig sind und bei einer Umsetzung zu einer strukturell unausgewogenen Belastung des Heilmittelbereichs führen würden. Die Politik sollte bei der Bewertung der Maßnahmen deshalb die Versorgungsrealität im Blick behalten und heute schon bestehende Ungleichgewichte nicht zusätzlich verstärken.

Besonders hervorzuheben ist, dass die vorgesehenen Regelungen zu einer Kumulation von Begrenzungswirkungen führen, die die wirtschaftliche Entwicklung des Heilmittelbereichs erheblich einschränken kann.

Zu den beabsichtigten Regelungen im Einzelnen:

Zu Artikel 1 Nr. 25:
§ 71 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 2 wird gestrichen.

b) Absatz 3 Satz 3 und 4 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die durchschnittliche Veränderungsrate nach Satz 1 wird für die Jahre 2028 und 2029 ohne die Wirkung der außerordentlichen Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in § 223 Absatz 4 Satz 1 ermittelt. Das Ergebnis der Ermittlung nach Satz 1 ist in den Jahren 2027, 2028 und 2029 jeweils um einen Prozentpunkt zu mindern. Die durchschnittliche Veränderungsrate nach den Sätzen 1 bis 4 wird durch Veröffentlichung im Bundesanzeiger bekannt gemacht."

sowie

Zu Artikel 1 Nr. 44:
§ 125 Absatz 3 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Es gilt § 71 Absatz 1 bis 3 entsprechend."

Forderung SHV:
Die beabsichtigten Änderungen sind zu streichen.

Begründung:
Nach jahrelanger Unterfinanzierung des Heilmittelbereichs konnten durch die politische Unterstützung erst ab 2017 wichtige Weichen für die Berufe im Heilmittelbereich gestellt werden. Aufgrund der Anhebung der Vergütung und mehr Therapieautonomie wurden durch den Gesetzgeber erste wichtige Schritte zur Attraktivitätssteigerung der Heilmittelberufe unternommen. Schritte, die notwendig waren, um langjährige Unterfinanzierungen auszugleichen und sich einer wirtschaftlichen Praxisführung anzunähern. Das Ausgangsniveau war so niedrig, dass beispielsweise in der Physiotherapie 2013 nur Bruttogehälter in Höhe von 2.054 € im Monat für eine Vollzeitstelle gezahlt werden konnten (Median). Ähnlich geringe Vergütungsniveaus waren auch in den Bereichen Ergotherapie, Logopädie/Sprachtherapie und Podologie zu verzeichnen. Seit 2020 hat sich zudem ein praktisches Verfahren zum Ausgleich der Kostenentwicklung in den Heilmittelpraxen etabliert, das bereits eine wirksame Beschränkung der Ausgabensteigerungen in der GKV vorsieht, indem die Preisanpassungen an die Entwicklung der Personal-, Raum- und Sachkosten gekoppelt wird. Obwohl wesentliche Faktoren bei der Vergütung weiter unberücksichtigt bleiben, ist das Verfahren insgesamt geeignet, um die realen Kostensteigerungen in den Heilmittelpraxen abzubilden. Gerade die Grundlohnsummenbindung verhinderte jahrzehntelang effektiv eine Niveauanhebung im Heilmittelbereich – ein Zustand, der vor dem Hintergrund des weiterhin hohen Fachkräftemangels bei demografisch bedingten steigenden Bedarfen nicht wiedereingeführt werden darf. Die Regelung, zukünftig den jeweils niedrigsten Wert aus Grundlohnsumme oder realer Kostenentwicklung anzusetzen, konterkariert zudem die

Bemühungen der Politik, mit verschiedenen Gesetzen (TSVG und HHVG) die reale Kostenentwicklung in den Heilmittelpraxen auszugleichen.

Der SHV sieht die vorgesehenen Regelungen für den Heilmittelbereich auch deshalb kritisch, weil sie künftig einer dreifachen Begrenzung ihrer wirtschaftlichen Entwicklung unterworfen werden: der erneuten Anbindung an die Grundlohnsummenentwicklung, dem zusätzlichen Abschlag in Höhe von 1 Prozent sowie den bestehenden Wirtschaftlichkeitsparametern. Diese Kumulation führt faktisch dazu, dass notwendige wirtschaftliche Entwicklungen im Heilmittelbereich kaum noch abgebildet werden können.

Die Angleichung der Vergütung auf ein angemessenes Niveau ist angesichts zunehmend stark steigender Energiekosten und damit auch der Inflation wichtiger denn je für die Heilmittelbringer. Denn noch immer sind die Heilmittelpraxen nicht in der Lage, Gehälter wie im öffentlichen Dienst zu zahlen. Trotz erheblicher Gehaltssteigerungen in den vergangenen Jahren um rund 72,4 % von 2017 bis 2024 liegen die Tarife für Therapeuten in Krankenhäusern gemäß TVöD im Durchschnitt noch immer um rund 30 % über den Gehältern in ambulanten Praxen. Insbesondere würden die geplanten Maßnahmen den Unterschied in der Vergütung zwischen Angestellten in ambulanten Praxen und denen im öffentlichen Dienst vergrößern. Dadurch ist zu erwarten, dass Fachkräfte eher in Einrichtungen wechseln, die nach dem TVöD bezahlen. Dies würde den bereits bestehenden Fachkräftemangel im ambulanten Bereich noch weiter verstärken. Eine ähnliche Situation gab es bereits vor Einführung des TSVG, wobei diese noch weniger restriktiv war, weil damals ausschließlich die Begrenzung gemäß § 71 SGB V galt. Die beabsichtigte doppelte Begrenzung auf den niedrigeren Wert von Grundlohnsumme und Kostenentwicklung wird einen negativen Effekt auf die Vergütungsentwicklung entfalten.

Ergänzende Bewertung und Einordnung zur Grundlohnsummenbindung (§ 71 SGB V) im Kontext neuer Steuerungsinstrumente (Zweitmeinungsverfahren), vgl. Artikel 1 Nr. 8:

Die vorgesehene verpflichtende Ausweitung des Zweitmeinungsverfahrens mit Abrechnungsverbot bei bestimmten mengenanfälligen Eingriffen unterstreicht einen zentralen Widerspruch in der aktuellen Gesetzgebungssystematik. Mit der Einführung eines Abrechnungsverbots ohne Zweitmeinung setzt der Gesetzgeber ausdrücklich an der Mengensteuerung und Versorgungsqualität an. Ziel ist es, medizinisch nicht notwendige Eingriffe zu vermeiden und die Versorgung stärker am tatsächlichen Bedarf der Patientinnen und Patienten auszurichten. Dieses Instrument adressiert damit unmittelbar eine der wesentlichen Ursachen von Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen: Fehlanreize auf der Leistungs- und Mengenseite.

Demgegenüber setzt die Grundlohnsummenbindung ausschließlich an der Preisseite an – und zwar pauschal, unabhängig von Versorgungsqualität, Bedarf oder strukturellen Besonderheiten einzelner Leistungsbereiche. Aus Sicht des SHV ist dies nicht konsistent.

Heilmittelleistungen wirken in vielen Fällen substituierend und präventiv: Sie können Operationen vermeiden, Krankenhausaufenthalte reduzieren und Chronifizierungen verhindern. Gerade an dem Beispiel der neuen Zweitmeinungsregelung wird deutlich, dass

eine effiziente Steuerung des Systems nicht über pauschale Preisdeckel, sondern über bedarfsgerechte Versorgung und kluge Anreizstrukturen erfolgen sollte.

Eine starre Grundlohnsummenbindung verkennt diesen Zusammenhang. Sie setzt nicht an den tatsächlichen Kostentreibern an, sondern begrenzt ausgerechnet jene Leistungsbereiche, die zur Stabilisierung des Systems beitragen können.

Zu Artikel 1 Nr. 45:
Nach § 125a Absatz 2 Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt: „Eine Pauschale, die mit der Abgeltung einer besonderen Versorgungsverantwortung, die über die Analyse des therapeutischen Bedarfs oder die therapeutische Diagnostik hinausgeht, begründet wird, kann nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbart werden. Sofern Verträge nach Absatz 1 eine Pauschale im Sinne des Satzes 3 enthalten und eine Heilmittelversorgung, auf die sich die Pauschale bezieht, vor dem ....[einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 7 Absatz 1] bereits begonnen hat, wird die Vergütung der Pauschale durch die gesetzliche Krankenversicherung getragen."

Forderung SHV:
Diese beabsichtigte Änderung ist zu streichen.

Begründung:
Die geplante Abschaffung der versorgungsbezogenen Pauschale im Rahmen der Blankoverordnung basiert auf der nicht zutreffenden Annahme, dass keine Unterschiede zwischen der Versorgung nach § 125 SGB V und der Blankoverordnung gemäß § 125a SGB V bestehen. Der zugrundeliegende Bericht der FinanzKommission Gesundheit selbst nennt den erhöhten Aufwand in Diagnostik, Behandlungskoordination und Dokumentation. Allerdings erkennt er diesen lediglich unter Verweis auf eine Stichprobe vollständig ab, dabei sind gleich mehrere Annahmen der FinanzKommission Gesundheit als nicht sachgerecht zurückzuweisen.

Die mit der erweiterten Versorgungsverantwortung einhergehenden zusätzlichen diagnostischen und steuernden Aufgaben sind keinesfalls durch die in der Regelversorgung vereinbarten Leistungen gedeckt. Die versorgungsbezogene Pauschale wurde durch die Vertragspartner vereinbart, um den erhöhten Aufwand zur Steuerung des Ablaufs und der Versorgung sowie die Sicherung der Versorgungsqualität, den erhöhten Aufwand für die Dokumentation des Versorgungsablaufs und den erhöhten Aufwand für intra- und interprofessionelle Beratungen abzubilden. Dies wurde durch die Schiedsstelle Ergotherapie ebenfalls anerkannt.

Die seitens der FinanzKommission Gesundheit postulierte Doppelvergütung entbehrt jeder sachlichen Grundlage. Die versorgungsbezogene Pauschale deckt den erhöhten Aufwand gegenüber der Versorgung nach § 125 SGB V ab. Die Streichung dieser Vergütungskomponente entwertet die erweiterte Versorgungsverantwortung im Rahmen der Blankoverordnung, ignoriert die Effizienzgewinne durch flexiblere Therapiegestaltung und erzielt zudem lediglich einen geringen fiskalischen Effekt.

Notwendigkeit der versorgungsbezogenen Pauschale in der Blankoverordnung:
Grundsätzlich besteht durch das TSVG gemäß § 125 SGB V der gesetzliche Auftrag, verwaltungsbezogene Ausgaben einzeln auszuweisen und zu vergüten. Zudem grenzen sich die Anforderungen an den Therapeuten bei der Blankoverordnung in erheblicher Weise von denen ab, die er bei der konventionellen Versorgung nach § 125 SGB V zu erfüllen hat. Folgende Punkte fallen vielmehr zusätzlich bzw. in weit stärkerem Maße an und

rechtfertigen somit eine separate Vergütung in Form einer versorgungsbezogenen Pauschale:

Verordnungsbezogener Verwaltungsaufwand:

- Aufklärung des Patienten über Inhalt und Ablauf Blankoverordnung
- Aufklärung über die prospektive und sich jeweils im Therapieverlauf verändernde Zuzahlung
- Häufige Änderungen der Terminierung (Frequenz)
- Vorhaltung für flexible Terminierung
- Terminierung von Diagnostik und Bedarfsdiagnostik (Vorhaltung Zeitslots)
- Erhöhter Abrechnungsaufwand für Vergütung und Zuzahlung, Quittungserstellung und -änderung

Versorgungsbezogene Verantwortung:

- Therapieentscheidungen, die unter ständiger Abwägung medizinischer und wirtschaftlicher Gesichtspunkte getroffen werden
- Notwendigkeit der Reflexion nach jeder Therapie: erweiterte versorgungsbezogene Verantwortung
- Ständige Anpassung der Therapie: Heilmittelart (vorrangiges und/oder ergänzendes Heilmittel), Bedarfsdiagnostik, Setting Einzel/Gruppe, Frequenz, Dauer etc.
- Ggf. Therapeutenkoordination
- Durch die selbstständige Auswahl des geeigneten Heilmittels steigt das Haftungsrisiko für die Praxis nach §§ 630 ff. BGB, wenn auch nur im überschaubaren Bereich (evtl. erhöhter Beitrag Berufshaftpflichtversicherung, erwartbar erhöhte Rechtskosten etc.)
- Fortlaufender inter- und intradisziplinärer Fachaustausch (dient dem Leistungserbringenden zur Überprüfung seiner Zielsetzung, Therapieplanung und Maßnahmenwahl sowie Abstimmung mit anderen Disziplinen zur Erreichung eines optimierten Ergebnisses)

Erhöhter Dokumentationsaufwand bei der Versorgung:

Ergänzend zu § 14 des Vertrags nach § 125 Absatz 1 SGB V hat die oder der zugelassene Leistungserbringende zur Sicherung der Qualität folgende Entscheidungen auf Grundlage ihrer medizinisch-therapeutischen Notwendigkeit zu dokumentieren:

- Therapieplan,
- Auswahl der vorrangigen und ggf. ergänzenden Heilmittel,
- Frequenz,
- Dauer,
- Anzahl der Behandlungseinheiten.

Erhöhte Anforderungen an die Qualitätssicherung in der Blankoverordnung
Um den Unterschied zwischen den beiden Versorgungsbereichen und damit den vorhandenen Mehrbedarf zu unterstreichen, seien im Folgenden die vertraglich vorgesehenen Maßnahmen zur Qualitätssicherung in den Verträgen nach § 125 und § 125a

SGB V gegenübergestellt. Ein möglicher fachlicher sowie organisatorischer Mehraufwand ist dort vertraglich geregelt. Es zeigt sich, dass die Versorgung nach § 125a SGB V deutlich höheren Qualitätsanforderungen entspricht. Vor diesem Hintergrund ist die Abrechnung der Mehraufwandspauschale ausdrücklich gerechtfertigt.

- Zur Sicherung der Qualität hat der zugelassene Leistungserbringer insbesondere Folgendes zu gewährleisten:
- Bemühung um Kooperation und enge fachliche Zusammenarbeit zwischen dem zugelassenen Leistungserbringer und der Ärztin oder dem Arzt nach Maßgabe der Heilmittel-Richtlinien,
- Dokumentation der therapeutischen Diagnostik bzw. der Bedarfsdiagnostik und der Therapieplanung,
- Dokumentation der Auswahl des Heilmittels sowie der Anzahl der Behandlungseinheiten auf Grundlage ihrer medizinisch-therapeutischen Notwendigkeit und hinsichtlich der Änderung der Therapieplanung hinsichtlich Dauer und Frequenz,
- Orientierung der Therapie an der Indikation (bestehend aus Diagnose und funktioneller/struktureller Schädigung), dem vom Leistungserbringer angestrebten Therapieziel und der Belastbarkeit der oder des Versicherten,
- Durchführung der Therapie gemäß der jeweiligen indikationsspezifischen Leistungsbeschreibung,
- kontinuierliche Bewertung und Anpassung des Therapieverlaufs,
- Führen einer Verlaufsdokumentation gemäß § 3 Absatz 13 des Vertrags nach § 125 Absatz 1 SGB V,
- Dokumentationen, die sich aus § 5 des Vertrags nach § 125 Absatz 1 SGB V ergeben.

Der Evaluation der Blankoverordnung nicht vorweggreifen
Zudem wurde die Blankoverordnung als weitere Versorgungsform etabliert, eine Bewertung ohne umfängliche Evaluation aufgrund einer Stichprobe verbietet sich aufgrund der Komplexität der Wirkung der Blankoverordnung. Die Auswirkungen der Einführung dieser neuen Versorgungsform – sowohl auf die Versorgungsqualität als auch auf die entstehenden Kosten – sind zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht seriös abschätzbar. Laut gesetzlicher Vorgabe ist dem Bundesgesundheitsministerium vier Jahre nach Abschluss der Verträge – und somit erst im Jahr 2028 – ein Bericht zu den Auswirkungen vorzulegen. Dieser mit Bedacht gewählte Zeitplan zur Evaluierung der neuen Versorgungsform sollte eingehalten werden. Zu diesem Zeitpunkt die in der Selbstverwaltung vereinbarten Regelungen seitens der Gesetzgebung zu revidieren, ist nicht gerechtfertigt.

Fazit:

Restriktive Instrumente wie Vergütungsbeschränkungen und Streichung von Pauschalen korrigieren keine unnötigen, sondern verhindern dringend notwendige Vergütungssteigerungen. Wer in einem immer noch unterfinanzierten Heilmittelbereich spart, riskiert steigende Versorgungseinbrüche – und produziert Mehrkosten an anderer Stelle, die in keiner Finanzwirkungsrechnung der Kommission auftauchen: in der stationären Notaufnahme, in der Facharztpraxis, in der Frühberentung und in der Pflege.

Die geplanten gesetzlichen Regelungen ignorieren die Wirkungskette von Vergütungsstagnation über einen weiter verschärften Fachkräftemangel zu reduzierten Behandlungskapazitäten und der eingeschränkten Versorgung mit Heilmitteln. Eine nachhaltige Stabilisierung der GKV darf nicht durch eine unausgewogene Belastung des Heilmittelbereichs erfolgen.

Kontakt:

SHV - Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V.

Gesundheitscampus-Süd 33

44801 Bochum

Tel.: 0234 - 9774568

E-Mail: info@shv-heilmittelverbaende.de

www.shv-heilmittelverbaende.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(7)
gel. VB zur öffent. Anh. am
22.06.2026 - GKV
17.06.2026

STELLUNGNAHME ZUM GKV-BEITRAGSSATZSTABILISIERUNGSGESETZ (BStabG)

STAND: 11.06.2026

Stabile GKV-Finanzen sind nur dann zu erreichen, wenn solide gewirtschaftet wird und sachfremde staatliche Eingriffe unterbleiben und korrigiert werden.

Kernpunkte

- Das Prinzip der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik ist der Schlüssel für stabile GKV-Finanzen. Es muss zukünftig über alle Leistungsbereiche hinweg wieder eingehalten werden und für eine angemessene Steigerung von Vergütungen und Preisen sorgen. Wichtig ist, auch bei der Entwicklung der Leistungsmenge zu wirksamen Steuerungsinstrumenten zurückzukehren.
- Es darf keine Haushaltssanierung des Bundes über die GKV und damit zulasten von Versicherten und Arbeitgebern geben. Kosten versicherungsfremder Leistungen, die die GKV im Auftrag des Staates übernimmt, müssen vollumfänglich aus Steuermitteln beglichen und die Beträge entsprechend der Ausgabenentwicklung dynamisiert werden. Kürzungen sind vollkommen unangemessen.
- Die Gesundheitskosten von Bürgergeldempfangenden müssen vollumfänglich aus Steuermitteln ausgeglichen werden. Laut Berechnungen der Finanzkommission Gesundheit (FKG) sind dafür monatlich über 400 Euro pro Versicherten nötig (insgesamt: zwölf Milliarden Euro jährlich). Mit den im Gesetzentwurf geplanten 250 Millionen Euro lassen sich die Betroffenen rechnerisch nur eine Woche lang kostendeckend versorgen.
- Angesichts der finanziellen Lage verbieten sich neue Belastungen der GKV. Schutzzäune für die pharmazeutische Industrie, die erheblich vom einzigartig schnellen und umfassenden Marktzugang neuer Arzneimittel in Deutschland profitiert, sind für die Standortattraktivität weder erforderlich noch sachgerecht. Wirtschaftsförderung ist keine Aufgabe der Beitragszahlenden.
- Abgaben auf gesundheitsrelevante Verbrauchsgüter wie zuckergesüßte Getränke oder Tabak können gesundheitsförderliches Verhalten unterstützen. Die Mittel müssen vollständig in das Gesundheitssystem fließen, um zur Verbesserung der Prävention eingesetzt zu werden.

Der vdek begrüßt das Ziel der Koalition, die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und die Beitragssätze zu stabilisieren. Mit Blick auf das dynamische Ausgabenwachstum in den letzten Jahren und die stark gestiegenen Zusatzbeitragssätze ist dies dringend geboten. Die Ersatzkassen sind jedoch besorgt, dass dieses Ziel im BStabG und weiteren aktuellen Gesetzgebungsverfahren aus dem Blick gerät. Von den Vorschlägen der FKG mit einem Finanzvolumen von 42,3 Milliarden Euro für 2027 wurden in den Referentenentwurf noch Maßnahmen in Höhe von 19,6

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Milliarden Euro aufgenommen. Im aktuellen Gesetzentwurf sind davon noch 16,3 Milliarden Euro übriggeblieben. Die Finanzierungslücke der GKV wird bestenfalls noch bis 2028 geschlossen. Die Vorschläge der FKG würden demgegenüber bis 2030 für ausgeglichene GKV-Finanzen sorgen. Damit würde Zeit gewonnen, bis die von der FKG avisierten Strukturreformen politisch bewertet, umgesetzt und ausgabendämpfend wirken können.

Gegenwärtig drängt sich der Verdacht auf, dass die Brisanz der Situation vielerorts verdrängt wird. Das Ziel der Beitragsstabilität gerät gegenüber industriepolitischen Erwägungen in den Hintergrund. Mit der Abschaffung der Leitplanken für Erstattungsbeträge sowie des kostendämpfenden Kombinationsabschlags (Mehrausgaben: 210 Millionen Euro p. a.) oder dem im Zuge des Apothekenversorgung-Weiterentwicklungsgesetzes (ApoVWG) umgesetzten Verbot exklusiver Rabattverträge für Biosimilars (entgangene Einsparung: 2,7 Milliarden Euro) wird die pharmazeutische Industrie netto entlastet, statt einen Konsolidierungsbeitrag zu leisten. Auch Apotheken wird eine flächendeckende Anhebung des Packungsfixums ohne Rücksicht auf die Finanzlage zugesagt (Mehrausgaben: eine Milliarde Euro). Damit wird ihr Sparbeitrag im BStabG sogar überkompensiert. Mit dem gießkannenartigen Zuschlag geht noch nicht einmal eine gezielte Förderung der Apotheken in strukturschwachen Regionen einher. Und die Länder scheinen ausweislich ihrer Beratungen im Bundesrat das Ziel der Begrenzung der Ausgabendynamik generell nicht mitzutragen. Auch der Bund stiehlt sich aus der Verantwortung und priorisiert das Ziel der Konsolidierung des Bundeshaushalts zulasten der Beitragszahlenden. Die geplante Kürzung des Bundeszuschusses um 1,75 Milliarden Euro widerspricht zudem diametral den Vorschlägen FKG. Sie hatte eine Anhebung und regelhafte Dynamisierung entsprechend der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen empfohlen, um die Kosten für versicherungsfremde Leistungen gerecht auf alle Schultern zu verteilen.

Wird diesem Trend nicht entschlossen entgegengewirkt, droht ein düsteres Szenario. Wie die FKG geht auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung von dynamisch steigenden GKV-Beiträgen aus. In seinem jüngsten Frühjahrsgutachten stellt er bis 2040 einen Anstieg des GKV-Beitragssatzes um 2,3 Prozentpunkte auf 19,8 Prozent in Aussicht. Dies würde die Wettbewerbsfähigkeit der Wirtschaft schwer belasten und die Gefahr einer Überforderung der Beitragszahlenden bergen.

Änderungsbedarf im Gesetzgebungsverfahren

Der Staat muss seine Rechnung für bestellte Leistungen begleichen

Im weiteren Gesetzgebungsverfahren muss an mehreren Stellen nachgesteuert werden. Neben allen Leistungsbereichen, den Krankenkassen, Versicherten und Arbeitgebern muss auch der Staat seinen Beitrag zur Konsolidierung leisten und von ihm bestellte Leistungen etwa für Familien oder Mutterschaft ausgleichen. Der Grundsatz, „wer bestellt, bezahlt“, muss auch für den Bund gelten. Der Bundeszuschuss für versicherungsfremde Leistungen ist kein flexibler Haushaltsposten, der je nach Kassenlage beliebig angepasst werden kann, um Löcher zu stopfen.

Der sogenannte „Einstieg“ in die Finanzierung der Gesundheitskosten von Grundsicherungsempfangenden deckt gerade einmal zwei Prozent der tatsächlichen Deckungslücke von aktuell zwölf Milliarden Euro. Auch zukünftig ist kein Ausgleich abzusehen. Die systemwidrige und gegen die Verfassung verstoßende Belastung der Beitragszahlenden mit der Finanzierung der Kosten einer Gemeinschaftsaufgabe bleibt damit bestehen.

Einnahmeorientierte Ausgabenpolitik muss ohne Ausnahmen umgesetzt werden

Die FKG hat mit ihrem Ende März vorgelegten Bericht eindrucksvoll gezeigt, wie eine nachhaltige Stabilisierung der GKV-Finanzen durch die konsequente Begrenzung des Ausgabenanstiegs möglich ist. Die Ersatzkassen sprechen sich deshalb dafür aus, mit dem BStabG zahlreiche Vorschläge der FKG zügig umzusetzen. Insbesondere der Grundsatz zur einnahmeorientierten Ausgabenpolitik – umgesetzt durch die Grundlohnsummenbindung der Ausgaben in allen Versorgungsbereichen – ist ein zwingender Meilenstein für die nachhaltige Finanzierung. Ergänzend zu diesem Preisinstrument müssen Maßnahmen zur Begrenzung von Mengensteigerungen umgesetzt werden.

In der Vergangenheit hat die stetige Ausweitung von Sondertatbeständen das Wirtschaftlichkeitsprinzip der GKV derart untergraben, dass die Ausgaben unkontrolliert gewachsen sind. Unverständlicherweise wiederholt die Bundesregierung diesen Fehler nun mit den geplanten Ausnahmen vom dynamischen Herstellerabschlag für Arzneimittel. Prinzipiell ist der Abschlag ein richtiges Instrument, um Ausgabensteigerungen bei patentgeschützten Arzneimitteln zu begrenzen. Die geplante weitreichende Befreiung für Unternehmen, die teilweise in Deutschland forschen und produzieren, hebelt ihn jedoch aus, bevor er überhaupt greifen kann. Statt den von der Finanzkommission erwarteten 2,3 Milliarden Euro, hält der vdek unter den im Gesetzentwurf enthaltenen Bedingungen nur noch ein Einsparvolumen von 800 Millionen Euro für realistisch. Ähnliches gilt für die im Gesetzentwurf wieder eingeführte Tarifrefinanzierung im Krankenhaus oberhalb der Grundlohnrate. Obwohl die Bundesregierung in ihrer eigenen Bestandsaufnahme richtigerweise die Ausgabendynamik als Kern des Finanzierungsproblems erkannt hat, schwächt sie das Prinzip der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik und privilegiert einzelne Versorgungsbereiche.

Schieflage bei der Lastenverteilung begradigen

Damit wird zugleich die zur Akzeptanz des Gesetzes entscheidende Regelung, dass alle Beteiligten gleichermaßen einen fairen Konsolidierungsbeitrag leisten müssen, ohne Not infrage gestellt. Während in der vertragsärztlichen und stationären Versorgung Einsparungen von 4-5 Prozent der dortigen Leistungsausgaben geplant sind, soll die Arzneimittelversorgung nur 3,2 Prozent ihres Ausgabenvolumens senken. Auch die Heilmittelerbringer werden mit 2,4 Prozent Kostendämpfung vergleichsweise geschont, obwohl die Ausgaben in diesem Bereich binnen fünf Jahren um fast zwei Drittel gestiegen sind. Dagegen sollen die Beitragszahlenden mehr als ein Viertel des gesamten Einsparvolumens schultern, obwohl ihre Zusatzbeiträge seit 2019

bereits kontinuierlich gestiegen sind. Durch die geplante Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze 2027 müssen sie in der Spitze fast neun Prozent höhere Beiträge bzw. 1.090 Euro mehr pro Jahr zahlen. Hier muss im parlamentarischen Verfahren im Sinne einer fairen Lastenverteilung nachgesteuert werden. So sollten z. B. Biosimilars, bei denen unsere europäischen Nachbarn Einsparungen in Milliardenhöhe erzielen, ohne Ausnahme in das System dynamischer Herstellerabschläge einbezogen werden, zumal wettbewerbliche Instrumente wie Rabattverträge im Zuge des ApoVWG erheblich beschränkt werden.

Keine Wirtschaftsförderung mit Beitragsmitteln

Auch sachlich sind die geplanten Sonderregeln für pharmazeutische Unternehmen, die hierzulande forschen und produzieren, unbegründet. Zwischen der Preisgestaltung für Arzneimittel und der Standortentscheidung von global tätigen Unternehmen besteht kein Zusammenhang. Nicht umsonst erwartet die Finanzkommission durch die Einführung dynamischer Herstellerabschläge keine negativen Auswirkungen auf die Arzneimittelversorgung. Die Förderung klinischer Arzneimittelstudien und von Industriestandorten in Deutschland mag wirtschaftspolitisch wünschenswert sein. Dies über eine Befreiung vom dynamischen Herstellerabschlag zu finanzieren, zweckentfremdet jedoch Beitragsmittel für Standortförderung. Das ist ordnungspolitisch falsch und mit Blick auf die bereits hohe Belastung der Beitragszahlenden, die man zu entlasten vorgibt, fatal.

Für eine dauerhafte Stabilisierung muss nachgebessert werden

Insgesamt ist das Gesetz durch die im Kabinettsentwurf entstandene Verwässerung finanziell auf Kante genäht. 2027 kann die erwartete Deckungslücke mit dem aktuellen Paket nur dann geschlossen werden, wenn sich die konjunkturelle Entwicklung nicht weiter eintrübt, die Ausgabendynamik in der GKV nicht weiter beschleunigt und die Einsparwirkungen auch tatsächlich im kalkulierten Umfang eintreten. Auch dürfen keine weiteren Abstriche im parlamentarischen Verfahren erfolgen.

Dass der Gesetzentwurf trotz der gegenüber dem Referentenentwurf zurückgenommenen Maßnahmen von einem weitestgehend unveränderten Einsparvolumen bei Leistungserbringern und Herstellern ausgeht, lässt erhebliche Zweifel an der Verlässlichkeit der Finanzschätzungen aufkommen. Der vdek fordert die Koalition auf, im parlamentarischen Verfahren eine angemessene Beteiligung aller Leistungsbereiche und des Staates an der Konsolidierung der GKV sicherzustellen und weitere Vorschläge der Finanzkommission zu ergänzen. Dazu gehören zum Beispiel

- die vollständige Wiedereingliederung der Pflegepersonalkosten in das DRG-System (Maßnahme Nr. 27 der FKG)
- die Streichung zusätzlicher Fördertöpfe in den Bereichen Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Units, spezielle Traumatologie und Intensivmedizin sowie für Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und Hochschulkliniken (Nr. 36)
- die Erhöhung des Herstellerrabatts für patentgeschützte Arzneimittel von sieben auf 14 Prozent (Nr. 37)
- die Wiedereinführung von Ausschreibungen für Hilfsmittel (Nr. 47)
- die Einführung eines einjährigen Preismoratoriums für Heilmittel (Nr. 24).

Kommentierung im Detail

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung

(GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz - BStabG)

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		Artikel 1 | Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
3	§ 4 Abs. 5	**Beabsichtigte Neuregelung** Die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen sollen sich künftig analog der Ausgabensteigerung anderer Leistungserbringer an der Grundlohnrate orientieren. Ausgenommen davon sind Ausgaben zum Schutz der kritischen Infrastruktur im Bereich Sicherheit und Informationstechnik und Aufwendungen für die Durchführung der Sozialversicherungswahlen als Online-Wahlen. **Bewertung** Ausnahmen für Sondertatbestände wie die kritische Infrastruktur und die Sozialversicherungswahlen als Online-Wahlen sind richtig, sie sollten aber auf die gesamten Ausgaben für die Sozialwahlen als Wahlen mit Wahlhandlung ausgeweitet werden. Nur wenige Verwaltungsräte der gesetzlichen Krankenversicherung können sich bei ihrer Amtsausführung direkt auf das Votum der Wahlberechtigten berufen. Für die Ersatzkassen ist diese urdemokratische Legitimation seit Jahrzehnten ein wichtiger Bestandteil ihrer Arbeit für die Versicherten und ihres Selbstverständnisses. Die Durchführung der Sozialwahlen mit Wahlhandlung verursacht nicht unerhebliche Verwaltungskosten, wie zum Beispiel entstehende Portokosten. Diese sind häufig kaum durch Steuerungsmaßnahem gestaltbar. Bei den vorangegangenen Sozialwahlen wurden daher mit gutem Grund die Kosten der Sozialwahlen mit Wahlhandlung jeweils

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		aus den damals bestehenden Verwaltungskostendeckelungen herausgenommen. Die Ausnahmeregelung sollte daher für die gesamten Kosten der Sozialversicherungswahlen als Wahl mit Wahlhandlung gelten. **Änderungsvorschlag** Absatz 5 wird durch den folgenden Absatz 5 ersetzt: „(5) Die Verwaltungsausgaben einer Krankenkasse dürfen sich ab dem Haushaltsjahr 2027 gegenüber dem vorausgegangenen Haushaltsjahr jeweils nur nach Maßgabe der Entwicklung der Durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 je Versicherten erhöhen. Die Begrenzung nach Satz 1 gilt nicht für Aufwendungen zum Schutz der kritischen Infrastruktur im Bereich Sicherheit der Informationstechnik sowie für Aufwendungen, die für die Durchführung der Sozialversicherungswahlen als ~~Online~~-Wahl mit Wahlhandlung entstehen.“
4b)	§ 4a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2	**Beabsichtigte Neuregelung** In der Gesetzesbegründung wird konkretisiert, welche weiteren Konten der Halbierung der Werbeausgaben von Krankenkassen inbegriffen sind und damit sowohl die Basis als auch der einzusparende Betrag deutlich erhöht. Insbesondere wird die Aufwandsentschädigung für externe gewerblich vermittelnd tätige Dritte (Finanzdienstleister) einbezogen. **Bewertung** Eine Zuordnung der sachlichen Beratungs- und Aufklärungsleistungen externer Finanzdienstleister darf nicht pauschal den Aufwendungen zu Werbeaufwendungen zugeordnet werden. Sie sind vielmehr differenziert danach zu beurteilen, ob sie werblichen Charakter haben oder der qualifizierten Information, Beratung und Aufklärung von Versicherten und Arbeitgebern dienen. In vielen Fällen erfüllen sie eine wichtige Informations- und Orientierungsfunktion für Versicherte, potenzielle Neukundinnen und Neukunden sowie Arbeitgeber. Insbesondere im Entscheidungsprozess zur Krankenkassenwahl haben sie die wichtige Funktion, Leistungsunterschiede, Beitragsfragen und individuelle Versorgungssituationen verständlich einzuordnen. Hervorzuheben sind Gruppen mit erhöhtem Beratungsbedarf: Beispielsweise Selbstständige, Berufseinsteiger:innen, Familien, Arbeitgeber oder Personen mit komplexeren Versicherungs- und Versorgungssituationen. Gerade bei diesen Zielgruppen ist eine qualifizierte persönliche Beratung häufig entscheidend, um die Unterschiede zwischen der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung verständlich und wirksam vermitteln zu können.

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		Um eine systemische Schieflage mit einem selektiv kalkulierenden Versicherungssystem gegenüber einem solidarisch finanzierten System zu verhindern, darf dieses in seiner vertrieblichen Handlungsfähigkeit, Sichtbarkeit und Wettbewerbsposition nicht weiter begrenzt werden. Während die private Krankenversicherung durch Prämiengestaltung, Vertragsfreiheit und Risikoselektion strukturelle Wettbewerbsvorteile besitzt und durch zusätzliche Belastungen rund um Familienkonstellationen weiter an relativer Attraktivität gewinnen kann, würde die GKV in ihren Möglichkeiten zur aktiven Beratung, Ansprache und Mitgliedergewinnung weiter eingeschränkt. Dies würde nicht nur einzelne Krankenkassen, sondern den fairen Wettbewerb innerhalb der gesetzlichen und gegenüber der privaten Krankenversicherung insgesamt schwächen. Unabhängig davon müsste die qualifizierte persönliche Beratung ansonsten zu deutlich höheren Kosten von hauptamtlichen Kassenmitarbeitenden erbracht werden und würde damit die GKV-Verwaltungskosten erhöhen. **Änderungsvorschlag** In der Begründung zur Änderung von Absatz 4a Satz 1 Nr. 2 sind die Aufzählung des Kontos 7004 sowie die weitere Ausführung zu Konto 7004 (abschließender Satz) zu streichen. Eine Hinzurechnung der unter dem Konto 7004 gebuchten Ausgaben, die in den Wettbewerbsgrenzen Rdz. 17 und 35a als Aufwandsentschädigung für externe vermittelnd tätige Dritte (Finanzdienstleister) bezeichnet werden, zu den in Summe begrenzten Werbeausgaben ist weiterhin nicht sachgerecht.
8	§ 11 Abs. 6 Satz 4	**Beabsichtigte Neuregelung** Die Möglichkeit der Krankenkassen, homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sowie homöopathische und anthroposophische Leistungen als zusätzliche Satzungsleistungen anzubieten, wird mit § 11 Absatz 6 Satz 4 (neu) gestrichen. **Bewertung** Die Änderung wird begrüßt. Die Satzungsleistungen werden zum 1.1.2027 ausgeschlossen, der reguläre Leistungsanspruch gem. § 31 SGB V erlischt mit Inkrafttreten des Gesetzes. Dies sollte zeitgleich erfolgen.

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		Änderungsvorschlag Keiner
9	§ 25 Abs. 4	**Beabsichtigte Neuregelung** Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird aufgefordert, Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten auf der Grundlage aktueller medizinischer Erkenntnisse zu überprüfen und ggf. anzupassen und inhaltlich weiterzuentwickeln. Dabei sollen insbesondere auch spezifische Bedarfe unterschiedlicher Zielgruppen und geschlechtsbezogene Unterschiede im Hinblick auf das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und damit zusammenhängender Erkrankungen berücksichtigt werden. Ferner wird der G-BA aufgefordert, das Hautkrebsscreening anhand des aktuellen medizinischen Wissenstands sowie der möglichen Screeningintervalle zu überprüfen und ggf. in ein risikobasiertes Hautkrebs-Screening zu überführen. **Bewertung** Die Neuregelung wird begrüßt. Alle Früherkennungsuntersuchungen sollten nur auf Basis verlässlicher Evidenz eingeführt und regelmäßig auf Aktualität geprüft werden. **Änderungsvorschlag** Keiner.
10	§ 27b	**Beabsichtigte Neuregelung** Es wird ein zwingendes Zweitmeinungsverfahren für vom G-BA festgelegte planbare Eingriffe definiert. Absatz 3 regelt den Vergütungswegfall bei fehlendem Nachweis der eingeholten Zweitmeinung. **Bewertung** Wenn gemäß Abs. 3 die Vergütung der Leistung ohne eingeholte Zweitmeinung entfallen soll, dann muss der Kostenträger davon Kenntnis haben. Unberechtigte Abrechnungen können sonst nicht beanstandet werden. In der Gesetzesbegründung ist festgehalten, dass der G-BA das Nähere zum Nachweis gegenüber dem Kostenträger regeln darf. Mindestens dieser Passus gehört in den konkreten Gesetzestext und nicht nur in die Begründung.

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		Änderungsvorschlag Abs. 3 Satz 1 wird wie folgt geändert und neue Sätze 2 und 3 eingefügt: ...wenn dem Arzt oder der Einrichtung sowie dem Kostenträger vor dem Eingriff kein Nachweis über eine eingeholte Zweitmeinung vorliegt. Der G-BA regelt das Nähere zum Nachweis gegenüber dem Kostenträger. Die Übermittlung des Nachweises im Rahmen der Abrechnung regeln die Vertragspartner nach § 301 Abs. 3 SGB V.
11a)	§ 28 Abs. 2 Satz 6&7	**Beabsichtigte Neuregelung** Mit der vorgeschlagenen Anpassung dürfen kieferorthopädische Leistungen ab Inkrafttreten des Gesetzes nur noch von Fachzahnärzt:innen für Kieferorthopädie durchgeführt werden. **Bewertung** Der Reformvorschlag der FinanzKommission Gesundheit wird aufgegriffen. Mit dem Vorschlag wird unterstellt, dass vermeintliche Qualitätsdefizite mit der Behandlung durch Zahnärzte einhergehen. Derartig ausgeprägte Feststellungen haben die Fachebene in den zurückliegenden Jahren nicht erreicht. Inwieweit dieser Eingriff in die Berufsfreiheit als verhältnismäßig gilt, bleibt daher ggf. rechtlich zu prüfen. Ein direktes Einsparpotenzial ist nicht zu erkennen, da der Bedarf in den verbleibenden Praxen für Fachkieferorthopädie – ggf. sogar mit kostenintensiveren Apparaturen – durchzuführen ist. In bereits jetzt als "strukturschwach eingeordneten Regionen" wird zudem das existierende Risiko einer künftigen Unterversorgung erhöht. **Änderungsvorschlag** Die Regelung sollte als struktureller Prüfauftrag in ein nachgelagertes Gesetzgebungsverfahren überführt werden.
12b)	§ 31 Abs. 1a)	**Beabsichtigte Neuregelung** Die neue Legaldefinition des Begriffes "Verbandmittel" sieht vor, dass künftig auch Produkte mit proteasemodulierender und antimikrobieller Wirkung als Verbandmittel eingestuft werden und damit grundsätzlich zulasten der GKV erstattungsfähig werden. Gleichzeitig entfällt die bislang bestehende Abgrenzung zu Verbandmitteln, die auf pharmakologischen, immunologischen und metabolischen Wirkungsweisen beruhte. Darüber hinaus wird die Übergangsfrist zur Verordnungs- und Erstattungsfähigkeit der sonstigen Produkte zur Wundbehandlung (sPW)

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		ersatzlos gestrichen. Im Vergleich zum RefE wird dem G-BA wieder der gesetzliche Auftrag übertragen das Nähere zur Abgrenzung von Verbandmitteln und sPW zu regeln. **Bewertung** Die vorgesehene Erweiterung der Verbandmitteldefinition wird abgelehnt. Durch die Ausweitung des Verbandmittelbegriffes auf Produkte mit proteasemodulierender und antimikrobieller Wirkung werden Produkte in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen, die ihren Nutzen – anders als bisher – künftig nicht mehr gesondert nachweisen müssen. Dies widerspricht dem Grundsatz einer evidenzbasierten Versorgung. Die nähere Abgrenzung zwischen Verbandmitteln und sPW soll mit dem KabE weiterhin durch den G-BA erfolgen. Durch den gleichzeitigen Wegfall der bisherigen Differenzierung gegenüber Produkten mit pharmakologischer, immunologischer und metabolischer Wirkweise fehlen im Gesetz jedoch klare Vorgaben dazu, welche Produkte unter die Verbandmitteldefinition fallen und wo deren Grenzen liegen. Somit führt die vorgesehene Erweiterung zu erheblichen Abgrenzungs- und Auslegungsunsicherheiten. Mangels verbindlicher gesetzlicher Kriterien drohen rechtliche Unsicherheiten sowie eine uneinheitliche Selbstkategorisierung der Produkte durch die Hersteller. In der Folge besteht die Gefahr, dass Produkte, die ihrem Charakter nach als sPW einzuordnen wären, von Herstellern als Verbandmittel deklariert werden, obwohl für sie kein ausreichender wissenschaftlich nachgewiesener Nutzen vorliegt. **Änderungsvorschlag** Streichung der Regelung. § 31 Absatz 1a Satz 5 wird gestrichen, die Sätze 6 bis 9 werden die Sätze 5 bis 8.
Nr. 14a) bb)	§ 35a Abs. 1 Satz 3 Nr. 7	**Beabsichtigte Neuregelung** Die Verpflichtung pharmazeutischer Unternehmer zur Angabe der Anzahl der Prüfungsteilnehmenden in Deutschland im Dossier zur Nutzenbewertung soll gestrichen werden.

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		Bewertung Die Angabe der Prüfungsteilnehmenden aus Deutschland dient aktuell der Umsetzung der Ausnahme von den Leitplanken nach § 130b Absatz 3 SGB V, und sollte sich förderlich auf die Attraktivität Deutschlands als Industriestandort auswirken. Der Sachverständigenrat für Gesundheit und Pflege hat in seinem Gutachten 2025 darauf hingewiesen, dass kein Zusammenhang zwischen Standortpolitik und einer Preisregulierung im Rahmen des AMNOG Verfahrens zeigen lässt und empfahl, die Ausnahmeregelung von den Leitplanken wieder aufzuheben. Vor diesem Hintergrund wird eine Streichung begrüßt. Allerdings erfolgt sie hier lediglich, da sie sich durch die Aufhebung der Leitplankenregelung erübrigt. Die Streichung der Leitplankenregelung in § 130b SGB V wird abgelehnt. **Änderungsvorschlag** Beibehaltung der Leitplankenregelung § 130b Abs. 3 Sätze 2-6 SGB V.
Nr. 14b)	§ 35a Abs. 1d)	**Beabsichtigte Neuregelung** Die Regelung soll gestrichen werden, dass der G-BA auf Antrag eines/ mehrerer pharmazeutischer Unternehmer (pU) feststellt, dass bei der Kombination von Arzneimitteln ein mindestens beträchtlicher Zusatznutzen zu erwarten ist. In diesem Fall würde der Kombinationsabschlag gem. § 130e SGB V [aktuelle Fassung] entfallen. Die Antragstellung kann nur nachgelagert zur bereits bestehenden Nutzenbewertung des G-BA für das Einzelpräparat erfolgen, wenn klar ist, dass es eine Kombinationsmöglichkeit mit einem/mehreren weiteren Arzneimitteln gibt. **Bewertung** Die Änderung steht im Zusammenhang mit der Streichung des Kombinationsabschlags und ist daher nachvollziehbar. Die Prüfung muss immer nachgelagert zur eigentlichen Nutzenbewertung des jeweiligen Arzneimittels erfolgen, da der Kombinationseinsatz ggf. zu einer neuen Bewertung des Zusatznutzens führen würde. In diesem Falle wäre es angebrachter, die Prüfung des Zusatznutzens bei einem Kombinationseinsatz in Gänze nach dem regulären Nutzenbewertungsverfahren durchzuführen als über das derzeitige “Kurzverfahren”. Da aber der Entfall des Kombinationsabschlags abgelehnt wird, wird auch diese Änderung abgelehnt, auch wenn die Regelung in der jetzt noch gültigen Ausgestaltung ungeeignet erscheint.

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		Änderungsvorschlag Streichung.
Nr. 14c)	§ 35a Abs. 3 Satz 4-6	**Beabsichtigte Neuregelung** Die Streichung von Satz 4 ist eine Folgeänderung durch die geplante Streichung von § 130e SGB V (vgl. Nr. 50). Mit der Streichung der Sätze 5 und 6 entfällt die Kennzeichnung von Studien, die mindestens 5 % Studienpopulation in Deutschland nachweisen. Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Abschaffung der Leitplankenregelung. **Bewertung** Die Streichung von Satz 4 wird abgelehnt, da auch der ersatzlose Entfall von § 130e SGB V abgelehnt wird. Zu Satz 5 und 6 siehe Kommentierung unter Nr. 49 cc) **Änderungsvorschlag** Beibehaltung von Satz 4
15	§ 36	**Beabsichtigte Neuregelung** Das Festbetragssystem für Hilfsmittel wird grundlegend neu geregelt und soll künftig verbindlicher, transparenter und stärker gesteuert werden. Hersteller und Leistungserbringer sind verpflichtet, umfangreiche Preis- und Kostendaten bereitzustellen; andernfalls kann der GKV-Spitzenverband fehlende Angaben schätzen. Dieser legt zudem ein verbindliches Verfahren zur Berechnung, Überprüfung und Umsetzung der Festbeträge fest. Die Festbeträge werden regelmäßig, mindestens alle drei Jahre und bei hoher Inflation auch früher, überprüft. Künftig dienen sie als Leitplanken für Preisverhandlungen mit begrenzten Spielräumen und klaren Begründungspflichten. Ziel der Reform ist eine bessere Kostenkontrolle und höhere Transparenz im System. **Bewertung** Die Neuregelung wird grundsätzlich begrüßt.

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		Es bleibt abzuwarten, ob die vorgesehenen neuen Informations- und Berechnungswege bei Festbeträgen tatsächlich langfristig zu Einsparungen führen, da der Abschluss von Vertragspreisen unterhalb der Festbeträge erfahrungsgemäß kaum möglich ist. Vor dem Hintergrund, dass die letzte Neuberechnung im Jahr 2020 erfolgte, ist zunächst eher von einem deutlichen Kostenanstieg im Sinne eines Nachholeffekts auszugehen. Positiv ist jedoch zu bewerten, dass die Ausgestaltung als „Soll"-Regelung dem GKV-Spitzenverband einen gewissen Handlungsspielraum einräumt. Kritisch ist, dass Festbeträge – anders als Vertragspreise, die eine aufzahlungsfreie Versorgung sicherstellen – in der Praxis häufig zu privaten Aufzahlungen durch die Versicherten führen und damit das Ziel einer sozial ausgewogenen Versorgung beeinträchtigen können. Zur Ausgestaltung der Festbetragsregelung im Einzelnen und um unbestimmte Rechtsbegriffe zu vermeiden, wird nachfolgender Änderungsvorschlag unterbreitet: **Änderungsvorschlag** Abs. 1 Satz 1: Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt geeignete Hilfsmittel, für die Festbeträge festgesetzt werden können. Abs. 2 Satz 4: Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann von den Herstellern und Leistungserbringern oder deren Verbänden zur Festsetzung nach Satz 1 insbesondere Nachweise über die Bezugsquellen, die tatsächlich vereinbarten Einkaufspreise, die produktspezifischen Umsatz- und Absatzzahlen, Kalkulationszuschläge sowie die Stundenverrechnungssätze oder Gemeinkostenzuschlagssätze einschließlich der zugrunde gelegten Kosten und Arbeitszeiten verlangen. Abs. 2 Satz 7: Soweit einzelne Berechnungsparameter im Rahmen der Informationen und Auskünfte nach Satz 3 bis 5 nicht gemäß den Vorgaben der Verfahrensordnung nach Absatz 3 übermittelt werden, kann der Spitzenverband Bund der Krankenkassen diese Parameter auf der vorliegenden Datengrundlage durch Schätzung festlegen; Einzelheiten sind in der Verfahrensordnung nach Absatz 3 zu regeln. Abs. 4 Satz 6: Grundlage für die Kalkulation sind weiter die nach Absatz 2 zu erbringenden Auskünfte.

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
16a)	§ 44 Abs. 2 Satz 4 ff.	**Beabsichtigte Neuregelung** Wahlerklärungen nach § 44 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V, mit denen hauptberuflich Selbstständige bestimmen können, dass ihre Mitgliedschaft einen Anspruch auf Krankengeld umfassen soll, sollen grundsätzlich erst nach einer Wartezeit von drei Monaten wirksam werden. Hierdurch sollen Missbrauchspotenziale aufgrund der Möglichkeit einer strategischen Abgabe der Wahlerklärung bei bereits absehbarer Arbeitsunfähigkeit beseitigt werden. Ausgenommen von der Wartezeitregelung sind Personen, die erstmals eine freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenkasse begründen sowie GKV-versicherte Personen, deren bisheriger Anspruch auf Krankengeld aufgrund eines Statuswechsels ohne die Abgabe einer Wahlerklärung nicht mehr bestehen würde (Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit nach abhängiger Beschäftigung mit Krankengeldanspruch). Eine weitere Ausnahme besteht, wenn bereits vor Ablauf der Wartezeit Arbeitsunfähigkeit aufgrund eines Unfalls eintritt. In diesem Fall soll ein Anspruch auf Krankengeld ab dem ersten Tag der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit bestehen. Durch die Ausnahmeregelungen soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass in diesen Fällen typischerweise kein gesteigertes Risiko für eine selektive Inanspruchnahme besteht und nicht gerechtfertigte Belastungen vermieden werden. **Bewertung** Die angestrebte Vermeidung von „Zweckabschlüssen“, mit denen individuelle Kostenrisiken aufgrund einer absehbaren Arbeitsunfähigkeit durch die Abgabe einer Wahlerklärung gezielt auf die Versichertengemeinschaft verlagert werden, wird aus Gründen der Beitragsgerechtigkeit ausdrücklich befürwortet. Die hierzu vorgesehene Einführung einer dreimonatigen Wartezeit für die Inanspruchnahme von Optionskrankengeld ist sinnvoll. Für eine rechtssichere Umsetzung und zur Sicherstellung eines konsistenten Verfahrens sollten jedoch einige Anpassungen der vorgesehenen Formulierung erfolgen. So scheinen an mehreren Stellen sprachliche Präzisierungen zur sachgerechten Differenzierung zwischen dem Wirksamwerden einer Wahlerklärung (ab diesem Zeitpunkt umfasst die Mitgliedschaft einen Anspruch auf Krankengeld) und dem Entstehen eines Anspruchs auf Krankengeld (hierzu muss zusätzlich Arbeitsunfähigkeit vorliegen) erforderlich.

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		Darüber hinaus erscheint es sachgemäß, die Regelung in Satz 4, nach der bei erstmaliger Begründung einer freiwilligen Mitgliedschaft sowie bei Verlust des bisherigen Krankengeldanspruchs aufgrund eines Wechsels des Versicherungsstatus keine Wartezeit bestehen soll, zu ergänzen, sodass dies auch für Krankenkassenwechsel gilt, wenn bei der alten Krankenkasse eine Mitgliedschaft mit Anspruch auf Krankengeld bestand. Zudem sollte die bislang bestehende Möglichkeit, dass das Mitglied einen späteren Zeitpunkt für das Wirksamwerden der Wahlerklärung bestimmen kann, erhalten bleiben. In Satz 5 sollte eine Ergänzung erfolgen, sodass die nicht von der Ausnahmeregelung des Satz 4 umfassten Wahlerklärungen nach Ablauf der dreimonatigen Wartefrist zum Beginn des jeweils nächsten Kalendermonats wirksam werden, da ein einheitliches Verfahren im Einklang mit den bestehenden Krankengeldwahltarifen nach § 53 Abs. 6 SGB V zusätzliche Verwaltungsaufwände vermeiden würde. In Satz 6 wäre es zur Verdeutlichung des Gemeinten sinnvoll, ergänzend klarzustellen, dass die vorgesehene Regelung auch bei Vorliegen einer stationären Behandlung gilt. Schließlich sind eine stationäre Behandlung auf Kosten der Krankenkasse und eine (vertragsärztlich festgestellte) Arbeitsunfähigkeit, entsprechend der in § 44 Abs. 1 SGB V festgelegten Rechtsfolgen, auch hinsichtlich des Wirksamwerdens der Wahlerklärung gleichzustellen. Zur Vermeidung von Fehlinterpretationen sollte zudem eine Präzisierung der Formulierung erfolgen, um klarzustellen, dass nicht von der Regelung des Satz 4 umfasste Wahlerklärungen grds. zu dem in Satz 5 festgelegten Zeitpunkt, aber frühestens nach dem Ende einer zwischenzeitlich ggf. eingetretenen Arbeitsunfähigkeit oder stationären Behandlung, wirken. Das Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit oder einer stationären Behandlung kann also ggf. zu einem späteren Wirksamwerden der Wahlerklärung führen, aber nicht zu einem früheren. Die weitergehende Ausnahmeregelung in Satz 7 ist zu streichen, da diese nicht sachgerecht ist. Schließlich ist es sachlich nicht begründbar, Versicherte, die während der Wartezeit aufgrund eines Unfalls arbeitsunfähig werden, gegenüber Versicherten, die während der Wartezeit aufgrund einer sonstigen Erkrankung arbeitsunfähig werden, besser zu stellen. Denn eine unfallunabhängige Erkrankung kann ebenso unvorhersehbar eintreten wie ein Unfall. Sowohl im Fall einer unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit als auch im Fall einer durch eine sonstige Erkrankung begründeten Arbeitsunfähigkeit würde aufgrund von Satz 4 eine finanzielle Absicherung in Form eines

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		Krankengeldanspruchs bestehen, wenn zum Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft bzw. der Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis eine Wahlerklärung abgegeben wird. **Änderungsvorschlag** Absatz 2 Satz 4 wird durch die folgenden Sätze ersetzt: “Wenn Versicherte erstmals eine freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung begründen oder unmittelbar vor Abgabe der Wahlerklärung mit Anspruch auf Krankengeld versichert waren und der Anspruch auf Krankengeld aufgrund eines Wechsels der Krankenkasse oder des Versichertenstatus, insbesondere durch Aufnahme einer selbstständigen Erwerbstätigkeit, entfällt, wirkt die Wahlerklärung nach Satz 1 Nummer 2 oder 3 mit Beginn der Mitgliedschaft oder der Zugehörigkeit zum wahlberechtigten Personenkreis, sofern die Wahlerklärung der Krankenkasse innerhalb von 14 Tagen nach Begründung der Mitgliedschaft oder nach Eintritt des Statuswechsels zugeht; es sei denn das Mitglied bestimmt einen späteren Zeitpunkt. Für andere Versicherte, die eine Wahlerklärung nach Satz 1 Nummer 2 oder 3 abgeben, wird die Wahlerklärung nach Ablauf einer Wartezeit von drei Monaten nach Zugang der Wahlerklärung bei der Krankenkasse zum Beginn des folgenden Kalendermonats wirksam. Geht der Krankenkasse die Wahlerklärung nach Satz 1 Nummer 2 oder 3 zum Zeitpunkt einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit oder einer stationären Behandlung auf Kosten der Krankenkasse zu oder tritt eine Arbeitsunfähigkeit oder eine stationäre Behandlung auf Kosten der Krankenkasse während der in Satz 5 genannten Wartezeit ein, wirkt die Wahlerklärung jedoch nicht vor dem Tag, der auf das Ende dieser Arbeitsunfähigkeit oder stationären Behandlung folgt.“
16b)	§ 44 Abs. 4	**Beabsichtigte Neuregelung** Mit der Neufassung des § 44 Absatz 4 SGB V wird das für die Durchführung einer individuellen Beratung zu Leistungen und Unterstützungsangeboten zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit derzeit bestehende Erfordernis einer schriftlichen bzw. elektronischen Einwilligung durch ein Widerspruchsrecht („Opt-out“) ersetzt. Dabei werden die Krankenkassen verpflichtet, die Versicherten bei der ersten Kontaktaufnahme in geeigneter Weise über ihr Widerspruchsrecht zu informieren. Zudem werden der Zweck und die möglichen Inhalte der Beratung konkretisiert, die zulässigen Kommunikationswege festgelegt und die Rechtsfolgen einer Ausübung des Widerspruchs geregelt.

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		Bewertung Die vorgesehene Anpassung ist sinnvoll, damit arbeitsunfähige Versicherte ohne zusätzliche bürokratische Aufwände eine individuelle Beratung zu Leistungen und Unterstützungsangeboten zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erhalten können. Durch den Abbau der bisherigen bürokratischen Hürde werden voraussichtlich mehr Versicherte und frühzeitiger von ihrem Anspruch auf Unterstützung durch die Krankenkasse Gebrauch machen und von am individuellen Bedarf ausgerichteten Hilfestellungen zur Überwindung ihrer Erkrankung profitieren, z. B. bei der Suche nach geeigneten Leistungen und/oder passenden Leistungserbringern. Gleichzeitig wird durch die ergänzenden Vorgaben für die Kontaktaufnahme der Krankenkasse den sozialdatenschutzrechtlichen Anforderungen umfassend Rechnung getragen und eine hohe Transparenz gegenüber den Versicherten gewährleistet. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die vorgesehene Erleichterung des Zugangs zu einer individuellen Beratung nach § 44 Abs. 4 SGB V nichts daran ändert, dass die Durchführung einer Beratung nach § 44 Abs. 4 SGB V auch weiterhin von einer möglichen Prüfung, ob eine Einschaltung des Medizinischen Dienstes nach § 275 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V erforderlich ist, zu trennen ist. D. h., dass die Datenerhebungsbefugnisse nach § 275 Abs. 1b SGB V für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben nach § 275 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V von einer Ausübung des Widerspruchsrechts nach § 44 Abs. 4 Satz 4 SGB V (neu) auch nicht berührt werden können. Die vorgesehene Formulierung der Rechtsfolgen einer Ausübung des Widerspruchsrechts in § 44 Abs. 4 Satz 5 SGB V könnte von Versicherten jedoch ggf. abweichend interpretiert werden und sollte daher präzisiert werden. **Änderungsvorschlag** Absatz 4 wird durch den folgenden Absatz 4 ersetzt: „(4) Versicherte haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse, welche Leistungen und unterstützende Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind. Die Krankenkasse darf Versicherte bei bevorstehendem Bezug oder Bezug von Krankengeld zur Beratung, zur Prüfung von Leistungsansprüchen sowie zur Einleitung oder Durchführung von Maßnahmen zur Sicherung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit kontaktieren. Die Kontaktaufnahme kann schriftlich, elektronisch oder telefonisch erfolgen. Die Versicherten sind bei der ersten Kontaktaufnahme in geeigneter Weise über ihr Recht zu informieren, der weiteren Kontaktaufnahme zu widersprechen. Im Falle eines Widerspruchs ist eine weitere Kontaktaufnahme nach

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		Satz 2 und 3 unzulässig. Der Widerspruch kann jederzeit schriftlich oder elektronisch widerrufen werden. Die Krankenkassen dürfen ihre Aufgaben nach Satz 1 an die in § 35 des Ersten Buches genannten Stellen übertragen.“
17	§ 44 c/d	**Beabsichtigte Neuregelung** Mit der Einführung der Möglichkeit zur ärztlichen Feststellung einer teilweisen Arbeitsunfähigkeit in Höhe von 25, 50 oder 75 % der wöchentlichen Arbeitszeit sowie eines neuen Anspruchs auf ein entsprechendes Teilkrankengeld sollen arbeitsunfähig erkrankte Versicherte die Möglichkeit einer frühzeitigen und flexiblen Teilhabe am Arbeitsleben erhalten, indem sie ihre berufliche Tätigkeit während der Teilarbeitsunfähigkeit in begrenztem Umfang fortführen. Hierdurch soll der Wiedereinstieg ins Berufsleben erleichtert und längere vollständige Erwerbsausfälle vermieden werden und der Kontakt zum Arbeitsplatz erhalten bleiben. Für den tatsächlich geleisteten Arbeitsumfang erfolgt eine Entgeltzahlung durch den Arbeitgeber, ergänzend soll anteiliges Krankengeld gewährt werden. **Bewertung** Das Ziel, die schrittweise Rückkehr von arbeitsunfähig erkrankten Versicherten an ihren Arbeitsplatz zu fördern und attraktiver zu machen, um die Chancen einer vollständigen Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu erhöhen, ist insbesondere mit Blick auf die zunehmende Bedeutung chronischer Erkrankungen ausdrücklich zu begrüßen. Um dieses Ziel zu erreichen, empfiehlt der vdek jedoch, auf die Einführung einer eigenständigen Teilarbeitsunfähigkeit zu verzichten und stattdessen das bereits etablierte Verfahren der Stufenweisen Wiedereingliederung (SWE) nach § 74 SGB V zielgerichtet weiterzuentwickeln. Dies wäre ressourcenschonender, praxisnäher und ohne Einbußen bei den finanziellen Wirkungen zur Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung realisierbar. Konkret sollen die im Rahmen einer SWE geleisteten Arbeitsstunden künftig vergütet werden, wobei das erzielte Teilarbeitsentgelt gemäß § 49 Abs. 1 Nr. 1 SGB V auf das Krankengeld anzurechnen wäre. Damit entfielen die Notwendigkeit einer neuen Entgeltersatzleistungsart (Teilkrankengeld) sowie der damit verbundene erhebliche Implementierungsaufwand. Zusätzlich sollte die ärztliche SWE-Bescheinigung künftig über das eAU-Verfahren nach § 295 Abs. 1 SGB V übermittelt und vom Arbeitgeber nach § 109 SGB IV abgerufen werden können – analog zu den im Gesetzentwurf vorgesehenen Verfahrensvereinfachungen.

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen zur Teilarbeitsunfähigkeit überzeugen demgegenüber nicht. Erstens fehlt eine sinnvolle Abgrenzung der Teilarbeitsunfähigkeit zum bestehenden Verfahren der SWE: In beiden Fällen ist medizinisch zu beurteilen, ob während einer vorliegenden Arbeitsunfähigkeit eine teilweise Arbeitsaufnahme möglich ist. Der einzige wesentliche Unterschied – die Vergütungspflicht im Rahmen der Teilarbeitsunfähigkeit gegenüber der Unentgeltlichkeit der SWE – wäre mit der vorgeschlagenen SWE-Weiterentwicklung obsolet. Zweitens wirft das Verfahren erhebliche praktische Probleme auf: Widerspricht der Arbeitgeber der Teilarbeitsunfähigkeit, wird die ärztliche Bescheinigung rückwirkend in eine volle Arbeitsunfähigkeit umgewandelt – eine systemfremde Konstruktion, die zudem voraussetzt, dass Krankenkassen zwingend zeitnah Kenntnis über die Ablehnung des Arbeitgebers benötigen würden, ohne dass hierfür ein praktikables Verfahren vorgesehen ist. Drittens wäre eine Umsetzung vor dem 01.01.2028 ausgeschlossen, sodass im Jahr 2027 erhebliche Aufwendungen anfielen, ohne dass Einsparungen bereits erzielt würden. Eine gezielte Weiterentwicklung der SWE erreicht gleichermaßen die gesetzgeberischen Ziele, löst die Abgrenzungsfrage, vermeidet parallele Strukturen und technische Sonderkonstruktionen und ermöglicht eine frühzeitigere Umsetzung – bei gleichen oder verbesserten Akzeptanzchancen bei Ärzt:innen, Versicherten und Arbeitgebern. **Änderungsvorschlag** siehe obenstehende Bewertung
18	§ 47 Abs. 2a	**Beabsichtigte Neuregelung** In Fällen, in denen das Beschäftigungsverhältnis während Arbeitsunfähigkeit endet, soll die Höhe des Krankengeldes ab diesem Zeitpunkt auf das Niveau des darauffolgenden Arbeitslosengeldes angeglichen werden. Hierdurch soll die sachlich nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung von Versicherten im Krankengeldbezug ohne Beschäftigung beseitigt werden: Während Versicherte, deren Beschäftigungsverhältnis bereits vor der Arbeitsunfähigkeit geendet hat, gemäß § 47b SGB V Krankengeld in Höhe des zuletzt bezogenen Arbeitslosengeldes erhalten, wird das Krankengeld für Versicherte, deren Beschäftigungsverhältnis während des Arbeitsunfähigkeit endet, bislang auch nach dem Ende des Beschäftigungsverhältnisses aus dem zuletzt erzielten Arbeitsentgelt berechnet.

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		Bewertung Die Begrenzung der Höhe des Krankengeldes nach dem Ende des Beschäftigungsverhältnisses auf die Höhe des Arbeitslosengeldes ist grundsätzlich sachgerecht und sinnvoll, um Versicherte ohne Beschäftigung hinsichtlich der Höhe ihres Anspruchs auf Krankengeld gleichzustellen – unabhängig davon, ob das Beschäftigungsende vor oder während der Arbeitsunfähigkeit eingetreten ist. Hierdurch werden Fehlanreize bei absehbarer Arbeitslosigkeit verringert und eine sachgerechte Abgrenzung zwischen den Sozialversicherungssystemen gestärkt. Dabei ist es zweckmäßig, dass die Berechnung des entsprechend angepassten Krankengeldes nach dem Ende des Beschäftigungsverhältnisses durch die Krankenkasse anhand der im neuen § 47 Abs. 2a SGB V vorgesehenen vereinfachten Berechnungsvorschrift erfolgt, da eine Festlegung des Krankengeldes exakt in Höhe des sich voraussichtlich anschließenden Arbeitslosengeldes nicht möglich ist, bevor die Bundesagentur für Arbeit den Anspruch auf Arbeitslosengeld feststellt und die Höhe des Arbeitslosengeldes berechnet. In dem Regelungstext zu § 47 Abs. 2a SGB V ist jedoch eine Präzisierung der Formulierung erforderlich, da die Regelung nicht nur anzuwenden ist, wenn zum Zeitpunkt des Beschäftigungsendes ein Anspruch auf Krankengeld wegen Arbeitsunfähigkeit besteht, sondern ebenso, wenn zu diesem Zeitpunkt ein Anspruch auf Krankengeld wegen einer stationären Behandlung zulasten der Krankenkasse besteht. Zudem erscheint es sinnvoll, analog zu § 47 Abs. 1 Satz 2 SGB V, die Berechnung des Nettoarbeitsentgelts durch einen Verweis auf Absatz 2 zu konkretisieren. Für die Umsetzung der geänderten Krankengeldberechnung ab dem Zeitpunkt des Endes des Beschäftigungsverhältnisses ist es zudem zwingend erforderlich, dass die Krankenkasse regelhaft rechtzeitig Kenntnis über das Ende des Beschäftigungsverhältnisses erhält. Eine entsprechende Mitteilungspflicht der Arbeitgeber besteht bislang nicht; die Übermittlung der DEÜV-Meldung über das Ende einer versicherungspflichtigen Beschäftigung kann bis zu sechs Wochen nach dem Beschäftigungsende erfolgen. Zur Umsetzung der vorgesehenen Regelung wäre es daher zwingend erforderlich, die Arbeitgeber gesetzlich zu verpflichten, der Krankenkasse (z. B. im Rahmen des Datenaustauschs Entgeltersatzleistungen) kurzfristig mitzuteilen, wenn das Beschäftigungsverhältnis endet. **Änderungsvorschlag** Nach § 47 Absatz 2 wird der folgende Absatz 2a eingefügt: „(2a) Endet ein Beschäftigungsverhältnis, während ein Anspruch auf Krankengeld besteht, beträgt das Krankengeld vom Tage nach der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses an abweichend von Absatz 1 60 Prozent des

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		bei entsprechender Anwendung des Absatzes 2 berechneten Nettoarbeitsentgeltes. Der Betrag erhöht sich auf 67 Prozent des Nettoarbeitsentgeltes, sofern der Versicherte oder der Ehe- oder Lebenspartner mindestens ein Kind im Sinne des § 32 des Einkommensteuergesetzes hat.“
20	§ 50	**Beabsichtigte Neuregelung** Die Regelung zum Ausschluss des Krankengeldes beim Bezug einer Altersrente wird ergänzt, sodass der Anspruch auf Krankengeld auch dann endet, wenn anstelle der Vollrente wegen Alters eine Teilrente wegen Alters in Höhe von mehr als 2/3 der Vollrente gewählt wird. Hierdurch sollen unerwünschte Mitnahmeeffekte, die infolge des Flexirentengesetzes zusammen mit der Aufhebung der Hinzuverdienstgrenzen für Altersrenten im Rahmen des 8. SGB IV-Änderungsgesetzes entstanden sind, ausgeschlossen werden. **Bewertung** Die Umsetzung der vom vdek mehrfach formulierten Forderung ist sachgerecht und ausdrücklich zu befürworten. Mit der Ergänzung des § 50 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V wird eine infolge des Flexirentengesetzes entstandene Regelungslücke, die es ermöglicht, die Regelungen zum Ausschluss des Krankengeldes durch die Wahl einer Teilrente in Wunschhöhe, die nur marginal niedriger ist als die Vollrente wegen Alters, zu umgehen, geschlossen und systemwidrige Mitnahmeeffekte vermieden. Dabei erscheint es aus Gründen der Konsistenz sinnvoll, den Wortlaut der vorgesehenen Regelung geringfügig zu modifizieren und an die Formulierung des § 12 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI anzugleichen. Andernfalls würde eine Teilrente in Höhe von (exakt) 2/3 der Vollrente im Rahmen des § 12 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI anders beurteilt als im Rahmen des § 50 Abs. 1 SGB V. Dies erscheint nicht sachgerecht, da mit beiden Regelungen ein Ausschluss derjenigen Teilrentner:innen erfolgen soll, bei denen aufgrund der Höhe der Teilrente davon ausgegangen werden kann, dass sie sich überwiegend aus dem Erwerbsleben zurückgezogen haben. **Änderungsvorschlag** Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 wird durch die folgende Nummer 1 ersetzt:

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		„1. Rente wegen voller Erwerbsminderung, Teilrente wegen Alters von wenigstens zwei Dritteln der Vollrente oder Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung,“
21	§ 51	**Beabsichtigte Neuregelung** Die Frist für Krankengeldbezieher:innen, deren Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder gemindert ist, zur Beantragung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben wird von zehn auf vier Wochen verkürzt, da die bisherige Frist häufig zu erheblichen Verzögerungen bei der Einleitung rehabilitativer Maßnahmen zur Wiederherstellung oder dem Erhalt der Erwerbsfähigkeit führt. Mit der Angleichung der Frist an die entsprechende Regelung im SGB III soll insbesondere eine frühere Wiedereingliederung in das Erwerbsleben gefördert werden. **Bewertung** Die Fristverkürzung ist sachgerecht und ausdrücklich zu befürworten, um Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder gemindert ist, zügiger in eine Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation bzw. Versicherte, die die Voraussetzungen für den Bezug einer Regelaltersrente erfüllen, früher in den Rentenbezug zu überführen. Durch eine beschleunigte Einleitung von Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation können Arbeitsunfähigkeitszeiten verkürzt und die Krankengeldausgaben entsprechend gesenkt werden, da eine frühzeitige Versorgung den Rehabilitationserfolg erhöht und eine frühere Wiedereingliederung in die Erwerbstätigkeit ermöglicht. In der Praxis kann aufgrund von Wartezeiten aber auch durch eine zügige Beantragung und Bewilligung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation häufig nicht sichergestellt werden, dass die bewilligte Rehabilitationsmaßnahme zeitnah angetreten werden kann. Zusätzlich zu der vorgesehenen Fristverkürzung für die Antragstellung sind daher weitere Maßnahmen erforderlich, um tatsächlich eine beschleunigte Versorgung der Krankengeldbezieher:innen, deren Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder gemindert ist, mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu erreichen. Hierzu sollten verbindliche Vorgaben für die priorisierte bzw. zeitnahe Versorgung von Krankengeldbezieher:innen, deren Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder gemindert ist, mit Leistungen zur medizinischen

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		Rehabilitation im SGB VI verankert werden. Dabei sollte auch geprüft werden, wie bei einer vorliegenden Einschränkung des Dispositionsrechts nach § 51 Abs. 1 SGB V das Wunsch- und Wahlrecht nach § 15 SGB VI bei der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geeignet modifiziert werden kann, um zu vermeiden, dass der Regelungszweck des § 51 Abs. 1 SGB V durch die Wahl einer Rehabilitationseinrichtung mit langer Wartezeit verfehlt wird. **Änderungsvorschlag** ergänzender Regelungsbedarf siehe obenstehende Bewertung
23	§ 61	**Beabsichtigte Neuregelung** Die Zuzahlungsbeträge werden erhöht. Es wird eine Dynamisierung eingeführt. **Bewertung** Die Erhöhung der Zuzahlung anhand des Kaufkraftverlustes seit 2004 ist nachvollziehbar und in der vorgeschlagenen Höhe maßvoll. Bei der vorgesehenen Dynamisierung zum 01. Januar eines Kalenderjahres sollte eine Rundung auf feste Stufen (z.B. 50 Cent) erfolgen, um den Bargeldeinzug in Praxen und Krankenhäusern nicht zu erschweren. **Änderungsvorschlag** § 61 S. 7 (neu) wird wie folgt gefasst: Zum 1. Januar eines jeden Kalenderjahres erhöhen oder vermindern sich die in den Sätzen 1 bis 3 genannten Zuzahlungen, kaufmännisch auf halbe Euro gerundet, entsprechend der durchschnittlichen Veränderungsrate gemäß § 71 Absatz 3.
25b)	§ 71 Abs. 3 Satz 3/4	**Beabsichtigte Neuregelung** Für die Jahre 2027, 2028 und 2029 wird die für den Grundsatz der Beitragssatzstabilität gem. § 71 die verwendete Grundlohnrate um einen Prozentpunkt gemindert. Zusätzlich wird für die Jahre 2028 und 2029 bei der Ermittlung der Grundlohnrate nach § 71 SGB V die außerordentliche Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze um monatlich 300 Euro im Jahr 2027 nicht berücksichtigt.

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		Bewertung Die Regelung wird begrüßt. Nach Schätzung des BMG wird erwartet, dass die Grundlohnrate 2027 bis 2029 deutlich höher liegen wird als die Einnahmen. Dadurch würden die Ausgaben mit Begrenzung durch die Grundlohnrate stärker steigen als die Einnahmen. Um dies zu verhindern und die Beitragssatzstabilität in den nächsten Jahren zu gewährleisten, wird die Grundlohnrate in den Jahren 2027 bis 2029 um einen Prozentpunkt gemindert. Zusätzlich wird festgelegt, dass die außerordentliche Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in 2027 bei der Grundlohnrate nach § 71 SGB V für die Jahre 2027 bis 2029 nicht berücksichtigt wird, um die außerordentliche Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze und die Wiedereinführung der Grundlohnrate als Obergrenze der Ausgaben nicht gegenseitig zu konterkarieren. **Änderungsvorschlag** Ergänzender Hinweis zu den Änderungen am § 71 SGB V: In § 71 **Abs. 1** Satz 2 bleiben aktuell die Ausnahmen von dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität für gesetzlich vorgeschriebenen Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen oder für Leistungen der DMPs bestehen. Zur konsequenten Umsetzung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität sowie ergänzend zu nachfolgenden Änderungen sollte auch die Streichung der verbleibenden Ausnahmen nach Abs. 1 Satz 2 vorgenommen werden und für die genannten Leistungen ebenfalls eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik gelten.
27a)	§ 73b Abs. 5	**Beabsichtigte Neuregelung** Es wird geregelt, dass für die Vergütungsentwicklung der HZV-Verträge der Grundsatz der Beitragssatzstabilität Anwendung findet. Für den Zeitraum 2027-2029 wird die Veränderungsrate als Verhandlungsobergrenze um einen Prozentpunkt abgesenkt. Vergütungsanpassungen sind damit an die Veränderungsrate gebunden und nach oben begrenzt. Zudem werden bei steigenden Teilnehmerzahlen Abschläge auf die Vergütung vorgesehen, um Ausgabensteigerungen zu begrenzen. Die Höhe der jeweiligen Abschläge und das Verfahren sind zwischen den Vertragspartnern bis März 2027 zu vereinbaren.

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		Bewertung Die Zielsetzung, Ausgaben in der HZV zu begrenzen und den Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu wahren, ist grundsätzlich zu begrüßen. Die Ersatzkassen weisen seit Jahren darauf hin, dass HZV-Verträge mit zusätzlichen Ausgaben einhergehen. Gleichzeitig ist ein deutlicher Zuwachs der Teilnehmendenzahlen festzustellen. Vor diesem Hintergrund stellen Abschlagsregelungen zwar einen Schritt in die richtige Richtung dar, allerdings fehlt es an verbindlichen Vorgaben zur konkreten Höhe und Ausgestaltung dieser Abschläge. Zudem ist wenig nachvollziehbar, weshalb in einem künftigen Primärversorgungssystem am Kontrahierungszwang festgehalten werden soll. Konsequenterweise ist dieser abzuschaffen. Auswertungen der Ersatzkassen zeigen, dass die bestehenden HZV-Verträge weder Kosteneinsparungen bewirken noch die erwarteten positiven Versorgungseffekte für die Versichertengemeinschaft erzielen. Sollte dennoch am Kontrahierungszwang festgehalten werden, ist zwingend eine Vergütungsbegrenzung in der HZV erforderlich. Zur Einhaltung der Beitragssatzstabilität, sollten daher die Ausgaben der HZV nicht die der hausärztlichen Regelversorgung überschreiten. Mehrausgaben sollten nur dann zulässig sein, sofern sie durch nachgewiesene Einsparungen an anderer Stelle vollständig refinanziert werden. **Änderungsvorschlag** **Abschaffung des Kontrahierungszwangs:** § 73b Abs. 1 SGB V wird wie folgt gefasst: “Die Krankenkassen können ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung (hausarztzentrierte Versorgung) anbieten.” § 73b Abs. 4 SGB V wird wie folgt gefasst: a) Satz 1 wird wie folgt gefasst: „Krankenkassen können allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen Verträge schließen mit 1. vertragsärztlichen Leistungserbringern, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a teilnehmen, 2. Gemeinschaften dieser Leistungserbringer, 3. Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a teilnehmen, anbieten, 4. Kassenärztlichen Vereinigungen, soweit Gemeinschaften nach Nummer 2 sie hierzu

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		ermächtigt haben.“ b) Die Sätze 2 bis 5 werden gestrichen. c) In Satz 7 werden die Angabe „Satz 6“ durch die Angabe „Satz 2“ ersetzt. § 73b Abs. 4a und 5a SGB V werden gestrichen. **alternativ Begrenzung des Vergütungsniveaus:** Nach Satz 1 werden die Folgenden Sätze eingefügt: „§ 71 Absatz 1 bis 3 gilt. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität wird insbesondere erfüllt, wenn die Vertragsparteien vereinbaren, dass der rechnerische durchschnittliche Fallwert nicht den sich in der Kassenärztlichen Vereinigung ergebenden rechnerischen durchschnittlichen Fallwert aller an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte überschreitet; der sich in der Kassenärztlichen Vereinigung ergebende Fallwert ist dabei um Vergütungsanteile für Leistungen zu bereinigen, die nicht Gegenstand des Vertrages nach Absatz 4 sind. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität wird auch erfüllt, wenn die Vergütung je Versicherten nicht den Bereinigungsbetrag je Versicherten, der auf Grund des Verfahrens Absatz 7 Satz 2 ermittelt wird, überschreitet. Die in den Sätzen 3 und 4 genannten Werte können überschritten werden, wenn vertraglich sichergestellt wird, dass diese Mehraufwendungen durch Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die aus den Maßnahmen von Verträgen nach Absatz 4 erzielt werden, finanziert werden.”
30a)	§ 85 Abs. 2d	**Beabsichtigte Neuregelung** Die verschärfte Ausrichtung an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität gem. § 71 Abs. 1 bis 3 SGB V wird für die Veränderung der Punktwerte für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz in die Normregelung überführt. Die von dieser Verschärfung ausgenommenen Leistungsbereiche bleiben wie unter den Bedingungen des GKV-FinStG unverändert. **Bewertung** Die stärkere Orientierung an realen Beitragsmehreinnahmen bei der Veränderung der zahnärztlichen Vergütungen entspricht einer klassischen Ersatzkassenforderung für den zahnärztlichen Vergütungsbereich und wird begrüßt.

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		Änderungsvorschlag Keiner.
30b)	§ 85 Abs. 3 Satz 2	**Beabsichtigte Neuregelung** Die begrenzende Regelung unter 30a) für die Punktwerte wird konsequenterweise in b) auf die Gesamtvergütungsobergrenze übertragen. Auch hier bleiben die bislang von Begrenzungen ausgenommenen Leistungsbereiche für besondere Personenkreise ausgenommen. **Bewertung** Die Übertragung der verschärften Ausrichtung an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität auch auf die Gesamtvergütungen ist konsequent und hat zur Folge, dass bei stärkerem prozentualen Leistungsmengenanstieg – als die Grundlohnrate – neben den Einsparungen aus 30a) weitere Einsparungen regional durch Überschreitungssituationen erzielt werden können. Die von der Begrenzung ausgenommenen Regelungsbereiche dienen im wesentlichen präventiven Zielen. Die Ausnahme hat wie bislang zur Folge, dass Leistungen für die definierten Bereiche und Personengruppen unbegrenzt erbracht und abgerechnet werden können. **Änderungsvorschlag** Keiner.
31a) und c)	§ 87 Abs. 1 Satz 13/14 sowie § 87 Abs. 2a	**Beabsichtigte Neuregelung** Die gesetzliche Regelung, wonach für Vertrags(zahn-)ärzte eine gesonderte Vergütung für die erstmalige sowie für weitere Befüllungen der ePA vorzusehen ist, wird gestrichen. **Bewertung** Die Nutzung der ePA ist Bestandteil der ärztlichen Dokumentation. Sie hilft, die Therapieentscheidungen des (Zahn-)Arztes abzusichern und erleichtert Prozesse in der Praxisorganisation. Mehraufwände waren bereits seit dem Inkrafttreten in die Praxisabläufe nicht erkennbar. Darüber hinaus können diese Aufgaben auch delegiert und

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
	Satz 25/26	zukünftig auch verstärkt automatisiert werden. Die Neuregelung ist somit vor dem Hintergrund der Angemessenheit und Wirtschaftlichkeit folgerichtig und wird begrüßt. **Änderungsvorschlag** Keiner.
31b)	§ 87 Abs. 1d	**Beabsichtigte Neuregelung** Durch die in § 87 Abs. 1d und Absatz 2h SGB V aufgenommenen Regelungen werden KZBV und GKV-SV verpflichtet, den Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) im Bereich der kieferorthopädischen Behandlung grundlegend bis zum 31.12.2027 zu überarbeiten und Leistungskomplexe einzuführen, die eine Bewertung unabhängig von der Behandlungsdauer vorsehen. Darüber hinaus werden die Vertragsparteien aufgefordert, Vorgaben zur Sicherung der Ergebnisqualität kieferorthopädischer Behandlungen zu regeln. **Bewertung** Der Umsetzungsauftrag ist als umfassender struktureller Schritt für eine Reformierung des KFO-Bereichs und damit auch des Leistungsanspruchs des Versicherten im Zusammenhang mit dem Prüfauftrag in Nr. 36 zur Überprüfung der KFO-Richtlinie im G-BA zu sehen. Der Vorschlag aus der FinanzKommission unterstellt in der heutigen Systematik Anteile an Unwirtschaftlichkeiten und kann durchaus geordnet aufgenommen werden. Soweit allerdings real durch die Komplexbildung Einsparungen erzielt werden sollen, muss zwingend zunächst der Auftrag nach Nr. 36 abgeschlossen sein mit dem Ergebnis eines neuen angepassten Leistungsumfangs, der im Vergleich zum heutigen Leistungsumfang geringer ausfällt und wissenschaftlich geteilt wird. Die zu bildenden Leistungskomplexe entfalten ansonsten keine Finanzwirksamkeit und können im Ergebnis aufgrund des abweichenden Leistungsspiegels und Punktwertniveaus für die Krankenkassen finanziell unterschiedlich ausfallen. Eine angepasste Richtliniengrundlage nach Nr. 36 gewährleistet erst eine zukunftsfähige Umsetzbarkeit des in Nr. 31b) beschriebenen Auftrags unter Einhaltung des § 12 Abs. 1 SGB V (Wirtschaftlichkeitsgebot). Die Frist für die vertraglichen Umsetzungsaufträge muss wegen eines nicht auszuschließenden Instanzenweges über den zahnärztlichen Bewertungsausschuss auf mind. 1 Jahr später als für den G-BA-Auftrag nach Nr. 36 gelegt werden.

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		Änderungsvorschlag Insgesamt wird die Überführung dieses Umsetzungsauftrages in ein nachgelagertes Gesetzgebungsverfahren mit strukturellen Reformabsichten empfohlen.
31d) aa) und e) aa)	§ 87 Abs. 2b Satz 3 sowie Abs. 2c Satz 3/4	**Beabsichtigte Neuregelung** Streichung der mit dem TSVG und dem FinStG eingeführten bzw. angepassten Terminvermittlungszuschläge für Haus- und Fachärzte. **Bewertung** Die Abschaffung der Zuschläge für die Terminvermittlung entspricht einer langjährigen Forderung der GKV. Der Evaluationsbericht belegt, dass diese Zuschläge keinerlei positiven Effekt auf Wartezeiten oder Versorgungsqualität haben. Ihre Streichung verschlechtert die Versorgung daher nicht, sondern beendet eine fehlgeleitete Vergütungssystematik. Denn die zusätzlichen Vergütungen sind nicht von erbrachten ärztlichen Leistungen abhängig, sondern allein von Begleitumständen wie Zeitpunkt oder Art der Terminvergabe und setzen damit falsche finanzielle Anreize. **Änderungsvorschlag** Keiner.
31e) bb)	§ 87 Abs. 2c Satz 8	**Beabsichtigte Neuregelung** Streichung des Zuschlags zur Kurzzeittherapie für psychotherapeutische Leistungen **Bewertung** Die Regelung entspricht den Forderungen der GKV und dem Vorschlag der Finanzkommission. Negative Auswirkungen auf die Versorgung sind nicht zu erwarten. So haben die Zuschläge bisher Anreize gesetzt, Versicherte mit eher leichten Erkrankungen zu behandeln, da hier die Therapie erwartungsgemäß auch schneller beendet werden konnte. Diese Schlechterstellung von Versicherten wird mit schwereren Erkrankungen wird nun beendet.

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		Änderungsvorschlag Keiner.
31f) und 32a)	§ 87 Abs. 2g Satz 2 sowie § 87a Abs. 2 Satz 1	**Beabsichtigte Neuregelung** Klarstellung, dass die Anpassung des (vertragsärztlichen) Orientierungswertes an den Grundsatz der Beitragssatz-stabilität gekoppelt ist. Gleiches gilt auch für regionale Anpassungen des Orientierungswertes (regionale Punkt-werte sowie Zuschläge für förderungswürdige Leistungen oder Leistungserbringer). **Bewertung** Die Regelung entspricht den Forderungen der GKV und dem Vorschlag der Finanzkommission. Negative Auswir-kungen auf die Versorgung sind nicht zu erwarten. **Änderungsvorschlag** Keiner.
32b)	§ 87a Abs. 3 Satz 3 ff.	**Beabsichtigte Neuregelung** Überführung aller TSVG-Leistungsfälle in die MGV unter Beibehaltung der Verpflichtungen zur Durchführung von Terminvermittlungen sowie von offenen Sprechstunden. Zudem werden die Inhalte der Sätze 5 und 6 (EGV-Rege-lungen) in den neuen § 87d überführt. **Bewertung** Die Abschaffung der Förderung entspricht einer langjährigen Forderung der GKV, da diese nachweislich nicht zu den im TSVG genannten Versorgungsverbesserungen führt. Die Überführung (und Anpassung) der bisherigen EGV-Regelungen in den neuen § 87d ist eine logische Konsequenz der Einführung des § 87d, bedingt aber noch eine Folgeanpassung (s.u.). **Änderungsvorschlag** Als Folgeänderung der Streichung von § 87a Abs. 3 Satz 5 und 6 muss § 87a Abs. 5 Satz 7 angepasst werden, indem im letzten Satzteil die Worte "sowie ein Verfahren zur Bereinigung der Relativgewichte des

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		Klassifikationsverfahrens im Falle von Vergütungen nach Absatz 3 Satz 5 und 6" ersetzt werden durch: "sowie ein Verfahren zur Bereinigung der Relativgewichte des Klassifikationsverfahrens im Falle von Vergütungen nach § 87d". (vgl. den gleichlautenden Änderungsvorschlag zu § 87d)
32c)	§ 87a Abs. 3b/c	**Beabsichtigte Neuregelung** Korrektur des technischen Fehlers in den gesetzlichen Regelungen zur Entbudgetierung der Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin (Kinderarzt-MGV), indem die Systematik an diejenige bei der Hausarzt-MGV angeglichen wird. Zudem entfällt die bisherige Einschränkung der Kinderarzt-MGV auf Unter-18-Jährige. Für den Bereich sowohl der Kinderarzt- als auch der Hausarzt-MGV wird die Regelung zu den Ausgleichszahlungen erweitert: Sofern Ausgleichszahlungen der Krankenkassen im Rahmen von Kinderarzt- sowie Hausarzt-MGV zu tätigen sind, wird auf den Preis nach der Euro-Gebührenordnung ein Abschlag wegen allgemeiner Kostendregression bei Fallzahlsteigerungen vorgenommen. Die Höhe des prozentualen Abschlages ist durch den Bewertungsausschuss festzulegen. Der Abschlag ist von den regionalen Gesamtvertragspartnern auf Mengenausweitungen anzuwenden. **Bewertung** Die Behebung des Methodenfehlers ist zwingend erforderlich, um die Überzahlung der Krankenkassen zu beenden. Die rund 140 Mio. Euro jährlich sind nicht erforderlich, um die erbrachten Leistungen vollständig zu vergüten. Die Aufhebung der Altersgrenze hat kaum finanzielle Auswirkungen und kann sachgerecht sein. Der Regelung kann daher zugestimmt werden. Die Regelung zur Fixkostendegression ist ebenfalls sachgerecht und entspricht der Forderung der GKV. Ab einer bestimmten Leistungsmengensteigerung sind die Fixkosten gedeckt. Eine Überkompensation der Kosten führt zu unsachgerechten Mehrausgaben für die Krankenkassen. Aufgrund der Komplexität und Verzahnung mit anderen Beschlüssen des Bewertungsausschusses zur Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, sollte der Bewertungsausschuss beauftragt werden, einheitliche Vorgaben zur Umsetzung beschließen.

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		Änderungsvorschlag Der Satz “Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragsparteien haben sich auf ein Verfahren zu verständigen, nach dem die Kassenärztlichen Vereinigungen die Entwicklung der in Satz 1 genannten Leistungen und von deren Vergütungen gegenüber den Krankenkassen nachweisen.” wird ersetzt durch: „Der Bewertungsausschuss beschließt Vorgaben, wie die Kassenärztlichen Vereinigungen die vorgenommenen Berechnungen sowie die Entwicklung der in Satz 1 genannten Leistungen und von deren Vergütungen gegenüber den Krankenkassen sowie dem Bewertungsausschuss transparent nachzuweisen haben.“
34	§ 87d	**Beabsichtigte Neuregelung** Mit der Einführung des § 87d wird ein Verfahren zur Begrenzung von Ausgabenzuwächsen für Leistungen etabliert, die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und Krankenkassen vereinbaren jährlich (erstmalig bis zum 15. Februar 2027 für das Jahr 2027) jeweils Gesamtvergütungen für Vorsorge- und Präventionsmaßnahmen, die auf Beschlüssen des G-BA beruhen, sowie für weitere vom Bewertungsausschuss beschlossene Leistungen. **Bewertung** Das Vorhaben, eine verbindliche Systematik zur Ausgabenbegrenzung für Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu etablieren, wird ausdrücklich befürwortet. Die Neuregelung stellt eine essenzielle Maßnahme dar, um eine ungesteuerte und nicht bedarfsgerechte Ausweitung des Ausgabenvolumens entgegenzuwirken. Durch die Einführung einer Mengensteuerung für den Großteil der extrabudgetären Leistungen wird ein maßgeblicher Beitrag zur Sicherung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung geleistet. Durch die gesetzliche Neuregelung werden darüber hinaus bisherige, von den Empfehlungen des Bewertungsausschusses abweichende Ausdeckelungen auf regionaler Ebene ausgeschlossen. Ungedeckelte regionale Einzelleistungsvergütungen sind künftig ausschließlich durch die Anwendung verbindlicher, vom Bewertungsausschuss festzulegender Kriterien möglich. Dadurch kann weiterhin gezielt auf regionale Versorgungsbedarfe reagiert

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		werden. Gleichzeitig wird die bisherige, hochgradig intransparente Vielfalt an regionalen, ungesteuerten Sonderregelungen beendet. Diese Komplexität hat in der Vergangenheit nicht nur zu einem erheblichen bürokratischen Aufwand geführt, sondern auch die Beschlüsse des Bewertungsausschusses auf Bundesebene erschwert. Die verpflichtende jährliche Evaluation ist dabei ein notwendiges Instrument, um bloße Mitnahmeeffekte ohne Versorgungsverbesserungen – analog zu den Erfahrungen mit § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V – zu verhindern und wird daher ausdrücklich begrüßt. Ebenfalls befürwortet wird die Einführung eines Evaluationsverfahrens zu den Wirkungsweisen der Vereinbarungen nach Absatz 1 Satz 1. Allerdings bedarf es einer Optimierung der Zuständigkeiten. Statt einer dezentralen Durchführung auf Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen sollte die Evaluation zentral beim Institut des Bewertungsausschusses angesiedelt werden. Eine zentrale Durchführung ist zwingende Voraussetzung für die methodische Vergleichbarkeit der Ergebnisse auf Bundesebene. Zudem bündelt eine Verlagerung zum Institut die notwendige wissenschaftliche Expertise effizient an einer Stelle. Dies entlastet die regionalen Strukturen von den methodischen Anforderungen und stellt eine wirtschaftliche sowie qualitativ konsistente Umsetzung der Analysen sicher. Darüber hinaus besteht Konkretisierungsbedarf bei der operativen Ausgestaltung der Vereinbarungen nach Absatz 1 Satz 1. Spezifische Vorgaben zur kalkulatorischen Herleitung der Beträge sowie deren Aufteilung auf die Krankenkassen sind notwendig, um rechtssichere und bundeseinheitliche Umsetzungen zu gewährleisten. In diesem Zusammenhang ist zudem eine Präzisierung der Fortschreibungsmechanismen geboten, wobei die im Gesetzentwurf genannten Veränderungen der Leistungen ausdrücklich als Abgrenzungsänderungen zu konkretisieren sind. Zudem sind weitergehende Transparenzpflichten notwendig, um die Wirkung der Maßnahmen beurteilen zu können. **Änderungsvorschlag** In § 87d Absatz 1 wird folgender Satz angefügt: „Der Bewertungsausschuss beschließt jährlich bis zum 31. August, welche Leistungen gemäß Satz 1 außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87a Absatz 3 Satz 1 vergütet werden und welche Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87a Absatz 3 Satz 1 vergütet werden.“

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		Dem Absatz 2 werden folgende Sätze angefügt: „Der Bewertungsausschuss beschließt konkrete Berechnungsvorgaben zur Festlegung sowie zur Fortschreibung der Gesamtvergütungen nach Absatz 1 Satz 1. Er beschließt zudem Vorgaben, wie die Kassenärztlichen Vereinigungen die vorgenommenen Berechnungen gegenüber den Krankenkassen sowie dem Bewertungsausschuss transparent nachzuweisen haben." In Absatz 3 wird Satz 2 durch den folgenden Satz ersetzt: „Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren bis zum 31.12.2026 Vorgaben für eine auf der regionalen Euro-Gebührenordnung basierenden Mindestvergütung dieser Leistungen, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen verbindlich umzusetzen sind. Diese Vorgaben werden zudem regelmäßig überprüft und bei Bedarf angepasst." Im Zusammenhang mit der Regelung zur Aufteilung der Gesamtvergütungsvolumina nach Absatz 1 Satz 1 auf die einzelnen Krankenkassen (Verweis auf § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V) ist ggf. auch eine Erweiterung der bisherigen Regelung zu Datenübermittlungen (§ 87a Abs. 6) erforderlich. Absatz 5 wird ersetzt durch: "Das Institut des Bewertungsausschusses analysiert nach allgemeinen wissenschaftlichen Standards die Auswirkungen der Vereinbarungen nach Absatz 1 Satz 1 auf die Versorgung der Versicherten mit den davon betroffenen vertragsärztlichen Leistungen bundesweit sowie differenziert nach den Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen jährlich bis zum 31. Dezember, erstmals bis zum 31. Dezember 2028. Die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1 übermitteln dem Institut die für die Analyse erforderlichen Daten. Das Institut veröffentlicht die Analyseergebnisse jährlich bis zum 31. Januar in geeigneter Form, erstmals bis zum 31. Januar 2029, und legt dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich, erstmals zum 30. Juni 2029, einen zusammenfassenden Bericht vor." Als Folgeänderung der Streichung von § 87a Abs. 3 Satz 5 und 6 und der Neuaufnahme von § 87d muss § 87a Abs. 5 Satz 7 angepasst werden indem im letzten Satzteil die Worte "sowie ein Verfahren zur Bereinigung der Relativgewichte des Klassifikationsverfahrens im Falle von Vergütungen nach Absatz 3 Satz 5 und 6" ersetzt werden

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		durch: "sowie ein Verfahren zur Bereinigung der Relativgewichte des Klassifikationsverfahrens im Falle von Vergütungen nach § 87d".
37a)	§ 92a Abs. 1	**Beabsichtigte Neuregelung** Die aktuell bestehenden verschiedenen Förderverfahren des Innovationsfonds im Bereich der Neuen Versorgungsformen (kurze und lange Laufzeit sowie ein- und zweistufiges Verfahren) werden reduziert auf regelhaft ein Förderverfahren (einstufig lang). **Bewertung** Diese Verschlankung wird ausdrücklich begrüßt. Die aktuell bestehenden unterschiedlichen Förderverfahren sind wenig effizient, da sie Kapazitäten sowohl bei den Antragstellern als auch beim Förderer binden. Gleichzeitig gab es keine Steigerung der Antragsqualität. Das nunmehr vorgesehene einstufige Verfahren als Regelfall wurde bereits in den Jahren 2016 bis 2019 erfolgreich angewendet und hatte sich damals schon bewährt. **Änderungsvorschlag** Keiner.
37c)	§ 92a Abs. 3/4	**Beabsichtigte Neuregelung** Die Fördersumme des Innovationsfonds wird dauerhaft von aktuell 200 Mio. auf nun 100 Mio. Euro jährlich abgesenkt. Die Finanzierung erfolgt zukünftig vollständig aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und nicht mehr hälftig aus der Liquiditätsreserve und durch die Krankenkassen. Die Rücklagen des Fonds, d.h. nicht bewilligte sowie bewilligte, aber von den Projekten nicht vollständig verausgabte Mittel, werden in 2027 einmalig an den Gesundheitsfonds zurückgeführt. Bislang wurden diese Mittel übertragen. Zukünftig sollen die jährlich in einem Haushaltsjahr nicht verwendeten Mittel im jeweiligen Folgejahr an den Gesundheitsfonds zurückfließen. **Bewertung** Die Regelung wird ausdrücklich begrüßt. Allein die aktuell bestehenden Rücklagen des Innovationfonds i.H.v. knapp 300 Mio. Euro zeigen, dass hier finanzieller Spielraum besteht. Seit Bestehen des Fonds sind zahlreiche Projekte gefördert worden, so dass mittlerweile auch eine gewisse Sättigung erreicht ist. Gleichzeitig wird durch

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		die Beibehaltung des Förderinstruments und einer jährlichen Fördersumme von 100 Mio. Euro sichergestellt, dass weiterhin innovative Versorgungsprojekte finanziell unterstützt werden können. Die Finanzierung des Innovationsfonds zu 100% aus der Liquiditätsreserve wird ebenfalls begrüßt. **Änderungsvorschlag** Keiner
40 und 41	§ 111 Abs. 5 sowie § 111c Abs. 3	**Beabsichtigte Neuregelung** Für die Verhandlungen der Vergütung für ambulante und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie Mütter/Väter-Einrichtung wird die Veränderungsrate nach § 71 SGB V als Obergrenze für die Vergütungssteigerungen festgelegt. **Bewertung** Die Regelung wird begrüßt. Aufgrund der Streichung sind weitere redaktionelle Änderungen in §§ 111 sowie 111c SGB V vorzunehmen (s. u.). **Änderungsvorschlag** § 111 Abs. 7 wird wie folgt geändert: a) In Satz 1 2. Aufzählungspunkt wird die Angabe “Satz 5” durch “Satz 4” ergänzt. b) Satz 1 3. Aufzählungspunkt wird gestrichen § 111c Abs. 5 wird wie folgt geändert: a) In Satz 1 2. Aufzählungspunkt wird die Angabe “Satz 5” durch “Satz 4” ergänzt. b) Satz 1 3. Aufzählungspunkt wird gestrichen
42	§ 115f	**Beabsichtigte Neuregelung** Die vorgesehene Anpassung der Regelungen zur speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG) ist eine Folgeänderung zur Neueinführung der Kurzzeitfallpauschalen gemäß § 17b Absatz 2a (neu) KHG. Sie sieht vor, dass Fälle, die mit den Kurzzeitfallpauschalen vergütet werden, auf die Fallzahlvorgaben zu Erweiterung des Volumens des Hybrid-DRG anzurechnen sind.

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		Bewertung Die Einführung der Kurzzeitfallpauschalen wird negativ bewertet. Das Modell der Kurzzeitfallpauschalen beschreibt eine weitere Möglichkeit ambulant erbringbarer Leistungen im stationären Kontext Krankenhaus zu erbringen und auch abzurechnen. Es fehlt dieser Leistungsart eine klare Abgrenzungsmöglichkeit zum ambulanten Operieren, zu den Hybrid-DRG als auch der Anwendung der unteren Grenzverweildauer im DRG-System. Im Grundsatz wird die Zielsetzung der Öffnung der Sektorengrenze ambulant/stationär unterlaufen und zugunsten des stationären Sektors werden Leistungen mit ambulantem Erbringungspotential im stationären Sektor manifestiert. Es ist daher auch nicht sachgerecht die Kurzeitfallpauschalen auf das Volumen der Hybrid-DRG anzurechnen **Änderungsvorschlag** Streichung der Regelung
43b)	§ 120 Abs. 2 Satz 2	**Beabsichtigte Neuregelung** Mit der Regelung wird klargestellt, dass der Grundsatz der Beitragssatzstabilität auch für die Leistungen der Hochschulambulanzen, der Weiterbildungsambulanzen, der psychiatrischen Institutsambulanzen, der sozialpädiatrischen Zentren und der medizinischen Behandlungszentren gilt. **Bewertung** Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt gemäß § 71 Abs. 1 S. 1 SGB V für Vereinbarungen über die Vergütungen nach dem SGB V. Darunter fallen auch Vergütungsvereinbarungen nach § 120 Abs. 2 SGB V, wie das Bundessozialgericht bereits mit Urteil vom 13.05.2015 (Az: B 6 KA 20/14 R in der Rz. 35) festgestellt hat. Davon unbenommen ist die Konkretisierung grundsätzlich zu begrüßen. Für eine wirksame Gewährleistung der Beitragssatzstabilität muss jedoch eine Regelung etabliert werden, die analog für den stationären Bereich eingeführt werden soll (vgl. Lfd. Nr. 6b zum KHEntgG). So sind die Ausgaben gemäß KV45-Statistik im Bereich der Hochschulambulanz nach § 117 SGB V von 2019 von 974 Millionen Euro auf über 1,4 Milliarden Euro in 2024 (ca. +48 Prozent) gestiegen. Im gleichen Zeitraum stiegen die Ausgaben für die Krankenhausbehandlung insgesamt um über 26 Prozent. Neben dem Wegfall der ehemals gesetzlich vorgesehenen Fallzahlbegrenzungen ist auch der zunehmend zu beobachtende Ausgleich von Versorgungsdefiziten aus dem niedergelassenen Bereich ein

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		entscheidender Faktor für die massiven Ausgabensteigerungen im Bereich der Hochschulambulanz. Die Inanspruchnahme einer Hochschulambulanz erfolgt derzeit unterschiedlich durch haus- oder fachärztliche Überweisung oder Selbsteinweisung. Für den Bereich nach § 117 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V (Art, Schwere und Komplexität der Erkrankung) bedarf es daher einer stärkeren Steuerung des Zugangs, sodass nur diejenigen Patienten in einer Hochschulambulanz versorgt werden, die deren Expertise auch bedürfen. Eine fachärztliche Überweisungspflicht verhindert Selbstzuweisungen und Routinefälle in Hochschulambulanzen. **Änderungsvorschlag** Absatz 2 Satz 2 wird der Punkt am Ende durch ein Semikolon ersetzt und die Angabe „§ 71 Absatz 1 bis 3 gilt entsprechend.“ eingefügt. Die folgenden Sätze werden nachfolgend ergänzt: “Abweichend von § 71 Absatz 2 darf die vereinbarte Veränderung der jeweiligen Vergütung die sich bei Anwendung des Veränderungswerts nach § 9 Absatz 1b Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes ergebende Veränderung der Vergütung nicht überschreiten.” § 117 Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt: “(1) Ambulanzen, Institute und Abteilungen der Hochschulkliniken (Hochschulambulanzen) sind zur ambulanten ärztlichen Behandlung der Versicherten und der in § 75 Absatz 3 genannten Personen 1. in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang sowie 2. für solche Personen, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch die Hochschulambulanz bedürfen, ermächtigt. In den Fällen von Satz 1 Nummer 2 kann die ambulante ärztliche Behandlung nur auf fachärztliche Überweisung eines Facharztes der jeweiligen Indikation entsprechend in Anspruch genommen werden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren die Gruppe derjenigen Patienten, die wegen Art, Schwere oder Komplexität der Erkrankung einer Versorgung durch die Hochschulambulanzen bedürfen. Sie können zudem Ausnahmen von dem fachärztlichen Überweisungsgebot in den Fällen von Satz 1 Nummer 2 vereinbaren. Wird eine Vereinbarung ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a. Ist ein Vertrag nach Satz 3 zustande gekommen, können Hochschulen oder Hochschulkliniken zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten mit den Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich durch Vertrag Abweichendes von dem Vertrag nach Satz 3 regeln."
44	§ 125	**Beabsichtigte Neuregelung** Mit der Regelung wird der Grundsatz der Beitragssatzstabilität wieder eingeführt. **Bewertung** Die Wiedereinführung des Grundsatzes der Beitragsstabilität wird begrüßt. Problematisch ist jedoch, dass keine explizite Regelung getroffen wird, die das entstehende Spannungsverhältnis zwischen § 71 SGB V und den diversen Preisbildungsfaktoren, -parametern und -indizes des § 125 Abs. 3 SGB V auflöst. Um Auslegungsschwierigkeiten zu vermeiden, sollte eine Klarstellung erfolgen. In diesem Zusammenhang ist zusätzlich daraufhin zu weisen, dass auf das einjährige Preismoratorium für das Jahr 2027, welches die FinanzKommission als kurzfristige Maßnahme vorgeschlagen hat, verzichtet wird. Dieser Vorschlag sollte aber dringend aufgenommen werden. **Änderungsvorschlag** § 125 Absatz 3 Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt: „Bei den auszuhandelnden Preisen nach Satz 1 stellt die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 die Obergrenze für Vergütungs-steigerungen dar. § 71 Absatz 1 bis 3 gilt." Für das Kalenderjahr 2027 gelten die zum 31.12.2026 vereinbarten Preise fort. Dies gilt auch für die Verträge nach § 125a SGB V." Die Begründung zu Nummer 44 (§ 125) wird wie folgt geändert: „Als Beitrag zur finanziellen Konsolidierung der GKV gilt § 71 künftig auch im Heilmittelbereich, so für die Verträge nach §§ 125, 125a. Bei ihren Vergütungs-vereinbarungen haben die Vertragspartner vorrangig die in § 125

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		Absatz 3 Satz 2 genannten Parametern zu beachten. Die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 stellt die Obergrenze für Vergütungssteigerungen dar. Preisanhebungen oberhalb der nach § 71 Absatz 3 festgestellten Veränderungsrate sind damit ausgeschlossen. Zudem erfolgt für das Kalenderjahr 2027 keine Vergütungserhöhung. Es gelten die zum 31.12.2026 vereinbarten Vergütungssätze.“
45	§ 125a	**Beabsichtigte Neuregelung** Mit der Regelung sollen die Pauschalen, die mit der Abgeltung einer besonderen Versorgungsverantwortung, die über die Analyse des therapeutischen Bedarfs oder dietherapeutische Diagnostik hinausgehen in Verträgen nach § 125a SGB V ausgeschlossen werden. **Bewertung** Die vorgeschlagene Regelung ist grundsätzlich zu begrüßen, da sie Fehlanreize im bestehenden Vergütungssystem adressiert. Pauschalen können – wie von der FinanzKommission dargelegt – zu Doppelvergütungen führen und die Wirtschaftlichkeit beeinträchtigen. Zudem können sie die Attraktivität bestimmter Verordnungsarten für Heilmittelerbringer verringern und so der aktuellen Mengenausweitung entgegenwirken. Auch stärkt die kritische Einordnung der Kosten der Blankoverordnung die Verhandlungsposition der Krankenkassen. Kritisch ist jedoch, dass die Regelung schwer verständlich und zu stark an bestehende Vertragsstrukturen angelehnt ist. Dadurch besteht die Gefahr, dass sie durch geringfügige Anpassungen umgangen wird. Daher sollte statt eines engen Verbots einzelner Pauschalen ein generelles Verbot versorgungs- oder bedarfsbezogener Pauschalen vorgesehen werden, um Umgehungsmöglichkeiten zu vermeiden und die Rechtssicherheit zu erhöhen. Aus systematischen Gründen empfiehlt es sich zudem, dieses Verbot in einem eigenständigen neuen Absatz 2a zu regeln, da Absatz 2 ausschließlich Vorgaben für Vertragsinhalte enthält. Der Gesetzentwurf enthält keine Anpassungen zur wirksamen Begrenzung von Mengenausweitungen in der Blankoversorgung. Zwar wurden vertraglich entsprechende Mechanismen vereinbart, diese haben sich jedoch als nicht zielführend erwiesen. Ursächlich hierfür sind insbesondere die zu eng gefassten Vorgaben des § 125a Abs. 2 Nr. 6 SGB V. Die Beschränkung auf eine einzelfallbezogene Wirtschaftlichkeitsprüfung verhindert eine

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		gesamtbezogene Betrachtung sowie die Bildung morbiditätsorientierter Durchschnittswerte. Dadurch bleibt eine systematische Steuerung der Leistungsmengen ausgeschlossen. **Änderungsvorschlag** „In den Verträgen nach Absatz 1 dürfen keine über die in den nach § 125 SGB V geschlossenen Verträge hinausgehenden Vergütungsbestandteile vereinbart werden. Insbesondere dürfen keine versorgungsbezogenen oder bedarfsbezogenen Pauschalen vereinbart werden. Entsprechende Regelungen sind unzulässig und unwirksam. Sofern Verträge nach Absatz 1 eine Pauschale im Sinne des Satzes 2 enthalten und eine Heilmittelversorgung, auf die sich die Pauschale bezieht, zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Gesetzes bereits begonnen hat, wird die Vergütung der Pauschale durch die gesetzliche Krankenversicherung getragen." Änderung des § 125a Abs. 2 Nr. 6: „Maßnahmen zur Vermeidung einer unverhältnismäßigen Mengenausweitung der Behandlungseinheiten je Versicherten, insbesondere für solche Ausweitungen, die weder morbiditätsbedingt sind noch auf therapeutischem Fortschritt oder Änderungen des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs beruhen; diese Maßnahmen können auch Vergütungsabschläge vorsehen, sofern eine durchschnittliche Anzahl an Behandlungseinheiten deutlich überschritten wird."
46a)	§ 127 Abs. 1	**Beabsichtigte Neuregelung** Mit der Regelung wird der Grundsatz der Beitragssatzstabilität eingeführt. **Bewertung** Die Regelung für den Hilfsmittelbereich wird auch begrüßt. Die vorgesehene Verankerung der Beitragssatzstabilität führt faktisch zu einer Begrenzung von Vergütungssteigerungen auf die Höhe der Grundlohnsumme (GLS) bzw. auf GLS minus 1 % in den Jahren 2027 bis 2029. Aus Sicht der Stellungnahme ist zu erwarten, dass Leistungserbringer hierauf mit verstärkten Forderungen nach jährlichen Preisanpassungen bzw. Dynamisierungsklauseln reagieren werden, da bislang vielfach langfristig stabile Vergütungsvereinbarungen üblich waren. Ob die Anbindung an die GLS tatsächlich zu einer nachhaltigen Stabilisierung der Ausgabenentwicklung führt, bleibt dabei offen.

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		Für bestehende Verträge ist zudem davon auszugehen, dass Leistungserbringer Nachforderungen auf Basis der kumulierten Grundlohnsummensteigerungen seit Vertragsbeginn geltend machen könnten. Dies würde dem Ziel der Kostendämpfung entgegenstehen und sollte durch eine gesetzliche Klarstellung ausgeschlossen werden, wonach Preissteigerungen ausschließlich auf Grundlage der jeweiligen Vorjahres-GLS zulässig sind. Zudem ist mit Vorzieheffekten zu rechnen, da Leistungserbringer noch vor Inkrafttreten der Neuregelung bestehende Verträge kündigen oder neu verhandeln könnten, um Vergütungsanpassungen vorzuziehen. Zur Vermeidung dieser Effekte wird die Einführung eines Preismoratoriums bis mindestens zum 31.12.2026 bzw. bis zum Inkrafttreten der Neuregelung als erforderlich angesehen. **Änderungsvorschlag** (1b) Für Hilfsmittelversorgungen nach § 33, die auf der Grundlage von Verträgen nach Absatz 1 erfolgen und im Zeitraum … [einzusetzen: 1. Januar 2027, es sei denn, das Gesetz tritt erst danach in Kraft, dann einzusetzen: Datum des auf – 31 – die Verkündung folgenden Tages] bis zum 31. Dezember 2028 begonnen haben, vermindert sich die vertraglich vereinbarte Vergütung um drei Prozent je Versorgung. Bis zum Inkrafttreten gelten die Vertragspreise unverändert weiter. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gibt Empfehlungen zur Umsetzung der Regelungen nach Satz 1 ab.“
46b)	§ 127 Abs. 1b	**Beabsichtigte Neuregelung** Mit der Neuregelung wird für einen Übergangszeitraum vom 1. Januar 2027 bis zum 31. Dezember 2028 ein pauschaler Vergütungsabschlag von drei Prozent je Hilfsmittelversorgung eingeführt. Bereits begonnene Versorgungen vor dem Stichtag sind vom Abschlag nicht erfasst. **Bewertung** Die Vorschläge werden begrüßt. Insbesondere die Regelung zum Abschlag wurde auf Fachebene wiederholt gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit eingebracht und entspricht daher einem zentralen Anliegen der Kassen.

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		Änderungsvorschlag: Keiner
47a)	§ 130 Abs. 1	**Beabsichtigte Neuregelung** Der gesetzliche Abschlag, den Apotheken den Krankenkassen im Gegenzug für eine zügige Bezahlung der Rechnung gewähren müssen, soll um 0,30 € erhöht werden. **Bewertung** Die Regelung wird als Beitrag der Apotheken zur Konsolidierung begrüßt. **Änderungsvorschlag** Keiner
48a)	§ 130a Abs. 1b/c	**Beabsichtigte Neuregelung** Absatz 1b: Mit der Regelung erhalten die Krankenkassen neben dem bisherigen Herstellerabschlag von 7 Prozent auf den ApU einen zusätzlichen Abschlag, der sich aus dem Abgleich von Soll- und Ist-Ausgaben errechnet. Bei der Berechnung der Sollausgaben wird die Einnahmeentwicklung als maßgebliches Kriterium einbezogen und damit folgt die Regelung dem grundsätzlichen Ziel der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik. Bis der Mechanismus greift, gilt ab 01.01.2027 bis zum 30.06.2027 ein fester zusätzlicher Abschlag von 3,5%, der danach durch den errechneten dynamischen Herstellerabschlag abgelöst wird. Bei dessen Berechnung fließt von Beginn an auch die durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller GKV-Mitglieder ein. Je nach Entwicklung der Ausgaben und Einnahmen kann der zusätzliche Abschlag auch bei 0% liegen. Allerdings sind zahlreiche Arzneimittelgruppen von der Regelung ausgenommen, wie z.B. Biosimilars, Arzneimittel mit Festbetrag, versorgungskritische Wirkstoffe, Kinder-Arzneimittel und Reserveantibiotika Absatz 1c: Die Regelung soll es ermöglichen, dass pharmazeutische Hersteller für solche Arzneimittel eine Befreiung vom dynamischen Herstellerabschlag beantragen können, deren klinische Prüfungen oder deren Wirkstoffproduktion in

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		einem erheblichen Maße in Deutschland stattfindet. Die Befreiung muss beim BfArM beantrag werden. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte erteilt dem GKV-SV auf Antrag Auskunft zu erteilten Befreiungen und deren Geltungszeiträumen. **Bewertung** Absatz 1b) Grundsätzlich begrüßt der vdek die Maßnahme. Mit dem Entwurf wird dem Vorschlag der Finanzkommission gefolgt, allerdings mit einem halbierten Prozentsatz (statt 7 Prozent nur 3,5 Prozent). Um die angemessene Beteiligung der Pharmaindustrie an der Konsolidierung der GKV sicherzustellen, wäre der von der FKG vorgeschlagene Prozentsatz erforderlich. Die Ausnahmen für die genannten Arzneimittelgruppen werden abgelehnt. Es gibt bereits Ausnahmeregeln für versorgungskritische AM, Kinder-AM sowie Reserveantibiotika, die deren besonderer Rolle in der Versorgung Rechnung tragen sollen, wie Ausnahmen von der Festbetragsregelung, von Rabattverträgen oder eine Sonderstellung im AMNOG-Verfahren. Absatz 1c) Die Regelung wird abgelehnt. Sie unterhöhlt zusätzlich zu den in Abs. 1b geplanten Ausnahmen das Instrument eines dynamischen Abschlags. In der Gesetzesbegründung wird darauf verwiesen, dass es sich um eine Anschlussregelung zu dem nun entfallenden § 35a Abs. 3 Satz 5 und 6 handelt. Wie bereits der Sachverständigenrat für Gesundheit und Pflege in seinem Gutachten zu Arzneimittelpreisen 2025 analysiert hat, lässt sich kein Zusammenhang zwischen Arzneimittelpreisen und Standortentscheidungen pharmazeutischer Unternehmen nachweisen. Grundsätzlich wird das BfArM als geeignet angesehen, um eine Befreiung nach den geforderten Kriterien erteilen zu können, allerdings erscheint der Verwaltungsaufwand sehr hoch, wenn der GKV-SV erst nach Antragstellung beim BfArM erfährt, welche Befreiungen erteilt wurden. **Änderungsvorschlag** Absatz 1b): Streichung in Abs. 1 b Satz 2 Nr. 2,4,5,6,7,8 Satz 4: „7%“ statt „3,5%“

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		Absatz 1c): Streichung von Absatz 1c
48b)	§ 130a Abs. 2	**Beabsichtigte Neuregelung** Die Krankenkassen erhalten bei Impfstoffen mit Patent- oder Unterlagenschutz einen zusätzlichen Abschlag von 7 Prozent des Abgabepreises zum bereits bestehenden Grundabschlag. Dieser gilt auch dann, wenn durch den Referenzpreis kein Grundabschlag anfällt. **Bewertung** Die Neuregelung wird grundsätzlich begrüßt, muss aber deutlich nachgeschärft werden. Damit sie Wirkung entfalten kann, braucht es ein Preismoratorium für Impfstoffe. Andernfalls kann der erhöhte Abschlag durch eine schlichte Preiserhöhung unterlaufen werden. Die Vorschläge der FKG (u. a. Erstattungsbetragsverhandlungen, Preis-Mengen-Vereinbarungen, Wiedereinführung von Rabattverträgen) finden keinerlei Berücksichtigung im KabE, werden aber als zwingend notwendig erachtet, um die ungebremste Ausgabenentwicklung zu begrenzen. **Änderungsvorschlag** Umsetzung der FKG-Vorschläge: - Preismoratorium - Herstellerabschlag analog zu allen anderen Arzneimitteln; unabhängig davon, ob es sich um Impfstoffe mit Patent- / Unterlagenschutz handelt, der Abschlag muss für alle Impfstoffe gelten - Ausschreibungsmöglichkeiten Preisverhandlungen gem. § 130b auch für Impfstoffe
48c)	§ 130a Abs. 3a	**Beabsichtigte Neuregelung** Verlängerung des Preismoratoriums auf 2030 (statt ansonsten Auslaufen Ende 2026). Mit der Regelung wird zudem das erweiterte Preismoratorium konkretisiert und so gestaltet, dass Umgehungsstrategien der pU verhindert werden.

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		Bewertung Die Fortsetzung des Preismoratoriums wird begrüßt und schon deshalb erforderlich, weil nur damit sichergestellt ist, dass Erhöhungen von Abschlägen nicht durch reine Preiserhöhungen kompensiert werden. **Änderungsvorschlag** Keiner
48d)	§ 130a Abs. 3e	**Beabsichtigte Neuregelung** Ab dem 01.01.2027 wird ein Preismoratorium für Verbandmittel und sPW eingeführt. Demnach erhalten Krankenkassen für diese Produkte einen Preisabschlag in Höhe von etwaigen Preiserhöhungen des Herstellers gegenüber dem Preisstand vom 01.01.2026. Dieser Abschlag wird bis zum 31.12.2030 gewährt. Der als Referenz herangezogene Preisstand vom 01.01.2026 wird dabei ab 01.07.2028 jährlich an die Inflation bzw. Verbraucherpreisindex angepasst. Für Produkte, die nach dem 1. Januar 2026 erstmals auf den Markt kommen, gilt der Preis bei Markteinführung als Referenz. Mit dem KabE wird zudem ein erweitertes Preismoratorium eingeführt. Bringt ein Hersteller ein neues Verbandmittel oder sPW auf den Markt, für das es bereits ein vergleichbares Produkt gibt, greift das Preismoratorium auf Basis des Preises je Wundflächeneinheit für das Vergleichsprodukt. **Bewertung** Die Einführung eines Preismoratoriums für Verbandmittel und sPW wird ausdrücklich begrüßt. Insbesondere vor dem Hintergrund der Erweiterung des Begriffes Verbandmittel ist die Einführung ein wichtiger Schritt zur Regulierung der Preise und Begrenzung der Ausgabendynamik. Kritisch bewertet wird, dass die Regelung erst mit zeitlichem Verzug greift. Hier wäre eine unmittelbare Wirksamkeit des Preismoratoriums ab dem 01.01.2026, spätestens mit In-Kraft-Treten des Gesetzes zu begrüßen. Auch die Einführung des erweiterten Preismoratoriums wird ausdrücklich begrüßt, da sie grundsätzlich geeignet ist, mögliche Umgehungsstrategien des Preismoratoriums durch Hersteller wirksam entgegenzutreten. Entscheidend wird jedoch sein, wie die Regelung in der Praxis ausgestaltet und umgesetzt wird, insbesondere im Hinblick auf die Kriterien zur Bestimmung der Vergleichbarkeit der herangezogenen Produkte.

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		Änderungsvorschlag Unmittelbare Wirksamkeit des Preismoratoriums ab dem 01.01.2026 oder mit Inkrafttreten des Gesetzes, ohne zeitlichen Aufschub bis 2027. Streichung der Befristung.
49a)	§ 130b Abs. 1a	**Beabsichtigte Neuregelung** Die Regelung sieht eine gesetzliche Auffanglösung für eine Preis-Mengen-Regelung vor, die zur Anwendung kommt, wenn die Vertragspartner, der GKV-Spitzenverband und ein pharmazeutischer Unternehmer, auf dem Verhandlungsweg nicht zu einer Lösung kommen. Die Regelung beinhaltet eine Rechenformel, Rabattsätze, die anzuwendende Datengrundlage sowie relevante Zeiträume. **Bewertung** Die gesetzliche Auffanglösung stärkt die Verhandlungsmacht der GKV und wird begrüßt. Zudem entspricht eine Stärkung der Preis-Mengen-Regelung den Empfehlungen des Sachverständigenrates für Gesundheit sowie den Vorschlägen der Finanzkommission und wird vom vdek sehr positiv gesehen. Die Methode hat einen milden preis-regulierenden Effekt auf Arzneimittel mit geringen bis moderaten Umsätzen und ist geeignet, vor allem die Preise von sehr umsatzstarken Arzneimitteln zu regulieren. Als Datengrundlage sollen “die von Apotheken zu Lasten der Krankenkassen abgerechneten Bezugsgrößen” ermittelt werden. Damit bleiben relevante Mengen von Arzneimitteln unberücksichtigt, die im stationären Bereich angewendet werden. Weiterhin ist der Begriff “Apotheke” zu unscharf. Es ist nicht klar, ob damit auch Krankenhausapotheken und damit die Arzneimittelabgaben im Rahmen von Verträgen nach § 129a SGB V gemeint sind. Diese relevanten Mengen sollten durch eine Klarstellung mit einbezogen werden. **Änderungsvorschlag** Klarstellung, dass auch die Abrechnungsdaten von Krankenhausapotheken mit einfließen sollen. Zudem sollten in das Mengen-Monitoring ebenfalls die Arzneimittelversorgungsdaten aus dem stationären Bereich mit einfließen.

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
49c)	§ 130b Abs. 3	**Beabsichtigte Neuregelung** Die mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz eingeführten „Leitplanken“ für die Verhandlung von Erstattungsbeträgen sollen abgeschafft werden. **Bewertung** Die Abschaffung wird abgelehnt. Mit der Leitplankenregelung werden klare Vorgaben zur Höhe eines angemessenen Erstattungsbetrags in Abhängigkeit vom Ergebnis der frühen Nutzenbewertung festgelegt. So wird ein direkter und transparenter Bezug zum Ergebnis der Nutzenbewertung hergestellt, der bei fehlendem Nutzen eine Steigerung des Preisniveaus verhindern soll. Ohne diese Reglementierung besteht das Risiko, dass Arzneimittel auch bei fehlendem therapeutischen Zusatznutzen auf die hohen Preise der Vergleichstherapien referenzieren und damit eine weitere Ausgabensteigerung hervorrufen. Zudem schwächt die Abschaffung der Leitplanken das Instrument der Nutzenbewertung, da dadurch der Anreiz zur Erlangung eines Zusatznutzens reduziert werden könnte. **Änderungsvorschlag** Streichung der Ersetzung
50	§ 130e	**Beabsichtigte Neuregelung** Der bisherige § 130e zum Kombinationsabschlag soll aufgehoben werden. Stattdessen soll künftig geregelt werden, dass Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, für bestimmte Gruppen mit patentgeschützten Wirkstoffen Rabattverträge auszuschreiben (sog. Vertragskatalog). Die rabattierten Wirkstoffe sollen in der Wirtschaftlichkeitsprüfung durch Verordnungsquoten und die Möglichkeit von Praxisbesonderheiten bessergestellt werden. **Bewertung** <u>Streichung Kombinationsabschlag</u> Die ersatzlose Streichung des Kombinationsabschlags in der aktuell gültigen Fassung des § 130e wird abgelehnt. Die Therapiemöglichkeit, zwei Arzneimittel zu kombinieren, die zusammen keinen oder nur einen geringen Zusatznutzen haben, stellt eine Belastung der GKV dar, ohne dass diese ansonsten in irgendeiner Art kompensiert werden könnte. Trotz des administrativen Aufwandes ist der Kombinationsabschlag i. H. v. 20 Prozent auf den Abgabepreis ein Mittel, um steigenden Kosten von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen vorzubeugen.

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		<u>Einführung eines "Vertragskataloges"</u> Die Regelung wird vom vdek befürwortet, denn ein Wettbewerb zwischen therapeutisch vergleichbaren Arzneimitteln, auch auf der Ebene mehrerer für ein Krankheitsbild zugelassener Arzneimittel, kann zu weiteren Einsparungen führen. Nicht nachvollziehbar ist allerdings die Beschränkung auf patentgeschützte Arzneimittel, denn gerade der Wettbewerb mit den deutlich günstigeren generischen Arzneimitteln bietet ein hohes Potential für Einsparungen. Auch die Einschränkung auf bestimmte Wirkstoffgruppen sowie deren Auswahl wird abgelehnt. **Änderungsvorschlag** Die Beschränkung auf patentgeschützte Wirkstoffe sowie auf bestimmte Wirkstoffgruppen sollte entfallen.
52a) und 53a)	§ 132a Abs. 4 sowie § 132l Abs. 5	**Beabsichtigte Neuregelung** Die Vergütungssteigerungen in der häuslichen Krankenpflege sowie der außerklinischen Intensivpflege werden künftig auf die Höhe der Grundlohnrate begrenzt. **Bewertung** Die vorgesehenen Änderungen in §§ 132a und 132l SGB V sind im Grundsatz zu begrüßen, da sie einen wichtigen Beitrag zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) leisten und die Ausgabenentwicklung wieder stärker an die gesamtwirtschaftliche Lohnentwicklung rückbinden. Die Begrenzung der Vergütungssteigerungen auf die Grundlohnrate nach § 71 Abs. 3 SGB V stellt eine konsequente Rückkehr zu einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik dar. In den vergangenen Jahren hat die vollständige Tarifrefinanzierung dazu geführt, dass Vergütungssteigerungen in einzelnen Leistungsbereichen – insbesondere der häuslichen Krankenpflege und der außerklinischen Intensivpflege – deutlich über der allgemeinen Lohnentwicklung lagen. Diese Dynamik hat die Finanzierungsbasis der GKV zunehmend belastet. Durch die Koppelung an die Grundlohnrate wird sichergestellt, dass die Ausgabenentwicklung wieder stärker mit den beitragspflichtigen Einnahmen korrespondiert. Dies ist mit Blick auf die langfristige Sicherung der Beitragssatzstabilität und die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der GKV sachgerecht. In diesem

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		Zusammenhang ist auch der Wegfall der verpflichtenden vollständigen Tarifrefinanzierung folgerichtig, da andernfalls die intendierte Ausgabenbegrenzung unterlaufen würde. Die vollständige Refinanzierung tariflicher Vergütungen unabhängig von der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung führt langfristig zu einer strukturellen Überforderung des Systems. Insofern ist es legitim, eine Balance zwischen Vergütungssteigerungen, die weiterhin möglich sind, und Finanzierbarkeit herzustellen. Gleichwohl besteht ein Konflikt mit der im SGB XI verankerten Tariftreueregelung, welche die Pflegeeinrichtungen zur Zahlung tariflicher bzw. tarifähnlicher Entlohnungen oder zur Einhaltung „regional üblichen Entlohnungsniveau nach § 82c SGB XI“ verpflichtet. Die Leistungserbringer der Häuslichen Krankenpflege (HKP) und/oder der Außerklinischen Intensivpflege (AKI) erbringen in der Regel auch Leistungen der Pflegeversicherung nach SGB XI. Dies führt zu Herausforderungen in der Kalkulation. Es muss jedoch sichergestellt sein, dass Vergütungsanteile, die im Rahmen des SGB V nicht (mehr) refinanziert werden, nicht über Umwege den Pflegebedürftigen auferlegt werden. Diese Inkonsistenz verweist auf einen weitergehenden gesetzgeberischen Abstimmungsbedarf zwischen SGB V und SGB XI. Insbesondere die Tariftreueregelung in Verbindung mit der durchschnittlichen Lohnermittlung bedarf einer systematischen Weiterentwicklung, um Zielkonflikte zu vermeiden und eine tragfähige Gesamtarchitektur der Pflegefinanzierung sicherzustellen. **Änderungsvorschlag:** Keiner.
55a)	§ 134 Abs. 1	**Beabsichtigte Neuregelung** Die geplante Regelung sieht vor, dass Vereinbarungen über Vergütungsbeträge ab dem 1. Januar 2027 mengenbezogene Abschläge enthalten. Diese sollen bei einer jährlichen Abgabemenge von mindestens 3.000 DiGA mindestens 2 % und bei mindestens 100.000 DiGA mindestens 30 % betragen.

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		Bewertung Die Einführung einer verpflichtenden degressiven Vergütung wird begrüßt. Dies ist aufgrund der hohen Skalierbarkeit von DiGA erforderlich. Die vorgeschlagenen Mengenabschläge greifen jedoch zu kurz. Angesichts der deutlich sinkenden Grenzkosten für DiGA-Hersteller sollten die Abschläge zum einen höher angesetzt werden. Zum anderen sollten sie nicht jahresbezogen, sondern kumulativ ausgestaltet sein, sodass sie mit fortschreitender Abgabemenge kontinuierlich wirksam werden. **Änderungsvorschlag** „In der Vereinbarung ist ab dem 1. Januar 2027 ein an der Abgabemenge der jeweiligen digitalen Gesundheitsanwendung orientierter mengenbezogener Abschlag der Vergütungsbeträge festzulegen. Der Abschlag der Vergütungsbeträge beträgt mindestens zehn Prozent bei mehr als dreitausend Abgaben und mindestens fünfzig Prozent bei mehr als hunderttausend Abgaben.“
55b)	§ 134 Abs. 5	**Beabsichtigte Neuregelung** Die bisherige Kann-Vorgabe für die Regelung von Höchstbeträgen und Schwellenwerten in der Rahmenvereinbarung soll in eine Muss-Vorgabe geändert werden. **Bewertung:** Die Schwellenwerte und Höchstbeträge sind in der DiGA-Rahmenvereinbarung bereits festgelegt. Allerdings werden die Höchstbeträge derzeit auf Basis der im Rahmen der Preisfreiheit teilweise deutlich überhöhten Herstellerpreise berechnet. Dadurch entfalten sie keine wirksame Begrenzung der Ausgaben der GKV. So wurde beispielsweise auch ein Herstellerpreis von 2.077,40 Euro durch die bestehenden Höchstbetragsregelungen nicht reduziert. Bereits die FinanzKommission kam in ihrem Bericht zu dem Ergebnis, dass die im Jahr 2022 eingeführten Höchstbeträge keinen nennenswerten Effekt erzielt haben und deshalb verhandelte Preise von Beginn an maßgeblich sein sollten. Diese liegen mit durchschnittlich 227 Euro rund 60 Prozent unter den durchschnittlichen Herstellerpreisen von 544 Euro.

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		Höchstbeträge sollten ausnahmslos auf Basis der verhandelten Preise beziehungsweise Vergütungsbeträge und nicht mehr auf Grundlage der Herstellerpreise ermittelt werden. **Änderungsvorschlag** In § 134 wird Absatz 5 wie folgt geändert: „In der Rahmenvereinbarung nach Absatz 4 muss auch Folgendes festgelegt werden: 1. Schwellenwerte für Vergütungsbeträge, unterhalb derer eine dauerhafte Vergütung ohne Vereinbarung nach Absatz 1 erfolgt, und 2. Höchstbeträge für die vorübergehende Vergütung nach Satz 1 für Gruppen vergleichbarer digitaler Gesundheitsanwendungen, auch in Abhängigkeit vom Umfang der Leistungsinanspruchnahme durch Versicherte. Die Ermittlung der Höchstbeträge für alle digitalen Gesundheitsanwendungen erfolgt ausschließlich auf der Grundlage der Vergütungsbeträge der dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis aufgenommenen digitalen Gesundheitsanwendungen nach Absatz 1.“
60	§ 221	**Beabsichtigte Neuregelung** a) Der Bundeszuschuss für versicherungsfremde Leistungen in Höhe von 14,5 Mrd. Euro soll ab 2027 dauerhaft um 2 Mrd. auf 12,5 Mrd. Euro gekürzt werden. b) Die ursprünglich vorgesehenen Rückzahlungstermine der Darlehen aus den Jahren 2023, 2026 und 2026 werden um sechs Jahre auf die Jahre 2035 bis 2039 verschoben. **Bewertung** a) Die Reduzierung des Bundeszuschusses zur Konsolidierung des Bundeshaushaltes ist nicht akzeptabel und wird strikt abgelehnt. Der Bundeszuschuss für versicherungsfremde Leistungen ist seit fast 20 Jahren nicht mehr angehoben worden und gleicht die Kosten für die versicherungsfremden Leistungen längst nicht mehr aus. Statt einer Reduzierung müsste der Bundeszuschuss in Abhängigkeit der Entwicklung der Leistungsausgaben dynamisiert werden.

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		b) Die vorgesehene Änderung bringt lediglich mehr Zeit, trägt aber nicht zur gewünschten Beitragssatzstabilität der GKV bei, da die Darlehen noch immer zurückgezahlt werden müssen. **Änderungsvorschlag** a) Die Regelung wird gestrichen. Stattdessen soll der Bundeszuschuss jährlich entsprechend der Veränderungsrate der Leistungsausgaben dynamisiert werden. b) Die Darlehen sollten der GKV erlassen werden.
62	§ 232a	**Beabsichtigte Neuregelung** Der für die Beziehenden von Grundsicherungsgeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 SGB II als Beitragsbemessungs-grundlage heranzuziehende fiktive Wert der beitragspflichtigen Einnahmen wird erhöht. Als beitragspflichtige Einnahmen dieses Personenkreises soll für das Jahr 2027 das 0,2234-fache der monatlichen Bezugsgröße gelten. Dieser Faktor soll bis zum Jahr 2031 in fünf Schritten erhöht werden. Ab dem Jahr 2031 soll als beitragspflichtige Einnahme das 0,2766-fache der monatlichen Bezugsgröße gelten. Das vom Bund getragene Beitragsaufkommen für die Beziehenden von Grundsicherung soll in den Jahren 2027 und 2028 jeweils um rund 250 Millionen und in den Jahren 2029, 2030 und 2031 um jeweils 500 Millionen steigen; ab dem Jahr 2031 sollen jährlich zwei Milliarden Euro mehr gegenüber dem Jahr 2026 durch den Bund gezahlt werden. Ein weiterer Anstieg ist nicht vorgesehen. **Bewertung** Der Einstieg in die kostendeckende Finanzierung der Gesundheitskosten von Beziehenden von Grundsicherungsgeld deckt 2027 gerade einmal zwei Prozent der tatsächlichen Deckungslücke von ca. 12 Mrd. Euro. Maximal sollen ab 2030 zusätzliche zwei Milliarden Euro pro Jahr fließen, die aber nur 16 Prozent der Deckungslücke ausmachen. Somit wird der Hauptteil der Finanzierung der Gesundheitsausgaben für Empfänger:innen von Grundsicherungsgeld weiterhin den Mitgliedern der GKV und ihren Arbeitgebern angelastet. Diese systemwidrige und gegen die Verfassung verstoßende Belastung der Beitragszahlenden mit der Finanzierung der Kosten von gesamtgesellschaftlichen Leistungen ist eindeutig abzulehnen.

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		Änderungsvorschlag Es ist eine kostendeckende Finanzierung der Gesundheitskosten von Grundsicherungsgeldbeziehenden nach § 19 Absatz 1 Satz 1 SGB II durch den Bund als gesamtgesellschaftliche Aufgabe sicherzustellen.
63	§ 242b	**Beabsichtigte Neuregelung** Es wird ein Beitragszuschlag für Mitglieder eingeführt, wenn sie einen bislang beitragsfrei über § 10 versicherten Ehegatten oder Lebenspartner haben. Der Beitragszuschlag beträgt 2,5 % und wird auf den bereits zu entrichtenden Beitragssatz zur Krankenversicherung anhand der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds erhoben. Der Beitragszuschlag ist nicht zu erheben, wenn nach Absatz 1 Nummer 1 und 2 mindestens ein Ausnahmetatbestand vorliegt. **Bewertung** Allgemein kann die Begrenzung der beitragsfreien Familienversicherung auf Personen mit Sorgeaufgaben mitgetragen werden, da sie einem veränderten Familien- und Gesellschaftsbild folgt und zu positiven Anreizen für eine Arbeitsaufnahme führen kann. Die geplante Erhebung eines Beitragszuschlags in Höhe von 2,5 Prozent auf die beitragspflichtigen Einnahmen führt dazu, dass der zu zahlende Beitrag als weiterer zukünftiger Bestandteil des Gesamtsozialversicherungsbeitrags nach § 28d Satz 1 SGB IV bei Arbeitgebern zu werten ist. In der Folge hätte der Arbeitgeber als Beitragsschuldner im Sinne von § 28e Absatz 1 Satz 1 SGB IV diesen vom geschuldeten Arbeitsentgelt einzubehalten und an die Krankenkasse zu zahlen. Für sogenannte Firmenzahler (Arbeitnehmer, die ein Arbeitsentgelt über der Jahresarbeitsentgeltgrenze erhalten) ist die Zahlung des Beitragszuschlags nicht ausdrücklich gesetzlich geregelt. Der weit überwiegende Teil der Arbeitgeber meldet diese Arbeitnehmergruppe als Firmenzahler mit dem DEÜV-Verfahren an und dokumentiert damit, dass sie die Beiträge zur KV und PV zahlen und übernehmen wollen. Eine gesetzliche Grundlage existiert dafür bislang nicht. Daher ist es fraglich, ob die Arbeitgeber auch die Zahlung des Beitragszuschlags nach § 242b Absatz 1 Satz 1 SGB V – neu – übernehmen. Es bedarf es dringend einer gesetzlichen Klarstellung, wonach freiwillig in der GKV versicherte Arbeitnehmer hinsichtlich ihres Beitrags nach § 28d SGB IV den pflichtversicherten Arbeitnehmern gleichgestellt werden. Anderenfalls könnte von den Krankenkassen verlangt werden, den Beitragszuschlag nach § 242b Abs. 1 Satz 1 SGB V direkt vom Versicherten zu erheben.

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		Mit der gesetzlichen Klarstellung in § 28d SGB IV würde zudem auch sichergestellt werden, dass die DRV in Betriebsprüfungen für freiwillig versicherte Arbeitnehmer prüfen dürfte, ob der Beitragszuschlag vom Arbeitgeber korrekt erhoben und gezahlt wurde. Die Prüfung läge andernfalls bei den Krankenkassen, könnte aber faktisch nicht erfolgen, weil sie über keine Anlagen zum Beitragsnachweis verfügt. Die Prüfung durch die Krankenkassen vornehmen zu lassen, ist nicht verwaltungsökomisch, so dass eine Einbindung in die Prüfung der DRV nach § 28p SGB IV sinnvoll ist. Diese Beitragsabführung besteht auch für die Rentenversicherung, Bundesagentur für Arbeit und Zahlstellen. Ungünstig ist, dass in § 242b Abs. 2 Satz 3 von "kann" gesprochen wird. Damit obliegt es den beitragsabführenden Stellen, ob sie den Beitragsabschlag zusammen mit dem GSV-Beitrag bzw. KV-Beiträgen tatsächlich zahlen. Rechtsicher wäre das Wort "kann" durch das Wort "ist" zu ersetzen. Ob ein Beitragszuschlag zu zahlen ist, hängt davon ab, ob ein Ausnahmetatbestand nach § 242b Abs. 1 SGB V vorliegt. Dieser ist im Rahmen der Feststellung bzw. Bestandspflege zur Familienversicherung von der Krankenkasse zu ermitteln. Das Ergebnis ist den beitragsabführenden Stellen mitzuteilen. Ein entsprechend notwendiger Meldedialog wäre erst in den bestehenden Meldeverfahren zu etablieren. Die Möglichkeit von bilateralen Absprachen zwischen Mitglied und beitragsabführender Stelle erschwert es der Krankenkasse festzustellen, ob der Beitragszuschlag für Zeiten der Familienversicherung korrekt gezahlt wurde. Bei Beziehern von Grundsicherungsgeld ist zu beachten, dass der Bund Pauschalbeiträge zur KV zahlt. Daher ist es fraglich, ob tatsächlich ein Beitragszuschlag beim Mitglied zu erheben ist, wenn dieser selbst keine Beiträge zahlt. **Änderungsvorschlag** In § 242b Absatz 2 Satz 3 SGB V ist das Wort „kann" durch „ist" zu ersetzen: „Dieser Anspruch ist von dem Dritten durch Abzug von der an das Mitglied zu erbringenden Geldleistung geltend [zu machen]."

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
66a)	§ 275c Abs. 2	**Beabsichtigte Neuregelung** Die Anzahl der durch die Krankenkassen prüfbaren Schlussrechnungen der Krankenhäuser soll erhöht werden. **Bewertung** Die Regelung wird in ihrer Zielsetzung ausdrücklich begrüßt. Durch die Einführung der gestuften Prüfquote im Jahr 2022 ist das Rückerstattungsvolumen der Einzelfallprüfung um ca. 50% gesunken. Zugleich zeigen die statistischen Auswertungen des GKV-Spitzenverbands, dass sich die Abrechnungsqualität der Krankenhäuser im Sinne einer beanstandungsfreien Rechnungsstellung in den letzten Jahren in keiner Weise verbessert hat. Eine zahlenmäßige Ausweitung der Abrechnungsprüfung sollte also zu einer deutlichen wirtschaftlichen Entlastung der beitragszahlenden Solidargemeinschaft beitragen. Die vorgesehene gesetzliche Änderung ist aber insoweit zu beanstanden, als sie unnötigen Bürokratieaufwand verstetigt. Die Beibehaltung eines dreistufigen Prüfquotensystems bewirkt nach den Erkenntnissen der letzten Jahre keinen Effekt der Verbesserung der Abrechnungsqualität. Zugleich ist der Arbeitsaufwand für die Erstellung und Beachtung der Prüfquotengrenzen bei allen Beteiligten, also Krankenhäuser, Krankenkassen, GKV-Spitzenverband und Medizinischen Diensten, immens. Es sollte daher das gestufte Prüfquotensystem aufgegeben werden. **Änderungsvorschlag** Streichung von § 275c Abs. 2, 4 SGB V (Prüfquote) Weitergehender Änderungsvorschlag: Streichung von § 275c Abs. 6 Nr. 3 SGB V und Klarstellung, dass die Ergebnisse der Einzelfallabrechnung auch bei der Berechnung des Vorhalteanteils Beachtung finden.
69	§ 346	**Beabsichtigte Neuregelung** Sowohl die verpflichtende Unterstützungsleistung bei der Erstbefüllung als auch die gesetzliche Vorgabe einer gesonderten Vergütung für die Befüllung der ePA im vertragsärztlichen, vertragszahnärztlichen und stationären Bereich sowie in Apotheken entfallen.

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		Bewertung Die Streichung der genannten Regelungen ist zu begrüßen. § 346 Absätze 3 und 5 dienten als Anreiz zur Nutzung der ePA, die seinerzeit als Opt-in-Lösung ausgestaltet war, sowie zur Unterstützung der Versicherten bei der Kontenaktivierung. Mit der Einführung der „ePA für alle“ im Opt-out-Modell ist eine Unterstützung bei der Kontenaktivierung jedoch entbehrlich geworden. Zudem ist die ePA inzwischen seit einem Jahr im Versorgungsalltag etabliert, sodass auch ein zusätzlicher Anreiz zur Erstbefüllung nicht mehr erforderlich erscheint. Darüber hinaus eröffnet eine breite Nutzung der ePA auch für die Leistungserbringenden selbst erhebliche Vorteile, insbesondere durch Effizienzgewinne in den Versorgungsprozessen. Die Streichung der speziellen Vergütungsregelung für Apotheken ist in der Konsequenz folgerichtig. In dem Zusammenhang ist jedoch auch § 129 Absatz 5h Nummer 4 SGB V ersatzlos aufzuheben. **Änderungsvorschlag** In § 129 Absatz 5h wird Nummer 4 gestrichen.
		Artikel 3 | Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes
3a) und 3b)	§ 6a Abs. 2 sowie Abs. 2a	**Beabsichtigte Neuregelung** Das unbegrenzte Selbstkostendeckungsprinzip des Pflegebudgets wird ab 2027 abgeschafft. Daher sollen die Vereinbarung des Pflegebudgets auf Basis der Ist-Kosten des Vorjahres, der Ausgleich von abweichenden Kosten im Folgejahr sowie die Erhöhung des Pflegebudgets um 2,5 Prozent für pflegeentlastende Maßnahmen letztmalig 2026 angewendet werden. Ab 2027 darf das Pflegebudget maximal um den Veränderungswert ansteigen. Ausgangsgrundlage ist das vereinbarte Pflegebudget des Vorjahres ohne pflegeentlastende Maßnahmen. Überschreiten die tatsächlichen Kosten das Pflegebudget, werden die Mehrkosten nicht mehr ausgeglichen. Unterschreiten die tatsächlichen Kosten das Pflegebudget, so werden die Minderkosten ausgeglichen. Es gilt jedoch eine Ausnahme von der Begrenzung, wenn dies zur Einhaltung von Personalvorgaben aus Gesetzen und G-BA-Richtlinien erforderlich ist.

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		Bewertung Die Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips ist aufgrund der damit verbundenen hohen Kostensteigerungen zu begrüßen. Jedoch bleibt die Maßnahme hinter der Empfehlung der FinanzKommission zurück. Die FinanzKommission hat die Wiedereingliederung der Pflegepersonalkosten in die DRG empfohlen. Dieser Empfehlung sollte unbedingt gefolgt werden, da die Fehlanreize bei einer bloßen Deckelung des Pflegebudgets erhalten bleiben. Das Pflegebudget verhindert eine bedarfsgerechte Verteilung des Personals zwischen den Krankenhäusern, insbesondere bei einer Leistungskonzentration im Rahmen der Krankenhausreform. Auch wurde Personal aus der Altenpflege an die Krankenhäuser verlagert, was den Personalmangel in der Altenpflege verschärft. Bei der Wiedereingliederung ist zu beachten, dass in den Pflegebudgets Kosten enthalten sind, die die Krankenhäuser aus dem DRG-Bereich umgebucht haben. Daher ist es wichtig, dass vor der Wiedereingliederung eine Bereinigung der Pflegebudgets vorgenommen wird, um eine Doppelfinanzierung zu vermeiden. Der von der FinanzKommission darüber hinaus empfohlene Nachweis der zweckentsprechenden Mittelverwendung des Pflegeanteils in den DRG muss diese Bereinigung dauerhaft ergänzen, damit es nicht zu einer finanziell bedingten Entlassung des Pflegepersonals kommt. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Begrenzung des Pflegebudgets ist ein erster Schritt in die richtige Richtung. Jedoch verhindert die Ausnahmeregelung eine effektive Begrenzung, da sie zu weit gefasst ist und im Prinzip von jedem Krankenhaus geltend gemacht werden kann. Die Ausnahmeregelung sollte daher gestrichen werden. Darüber hinaus sollte die Begrenzung des Pflegebudgets anhand des tatsächlichen Bedarfs festgelegt werden. Nach der vorgesehenen Regelung können Krankenhäuser über das Pflegebudget mehr Personal finanzieren als notwendig, was zur o. g. Fehlverteilung des Personals beiträgt. Ein weiteres großes Problem besteht dahingehend, dass das vereinbarte Pflegebudget des Vorjahres als Ausgangsgrundlage für die Begrenzung auf den Veränderungswert vorgesehen ist. Diese Regelung führt in den aktuellen Budgetverhandlungen zu enormen Forderungen der Krankenhäuser nach einer Erhöhung der Pflegebudgets 2026. Die Krankenhäuser versuchen somit, die Ausgangsgrundlage für 2027 strategisch zu erhöhen, um die angestrebte Deckelung der Pflegebudget langfristig auszuhebeln. Falls die Pflegepersonalkosten nicht wieder in die

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		DRG eingegliedert werden, sollte die Ausgangsgrundlage für 2027 daher zumindest nur auf die tatsächlich angefallenen Kosten 2026 beschränkt werden. Da das Selbstkostendeckungsprinzip abgeschafft wird, entfällt folgerichtig der Ausgleich von Mehrkosten. Zu begrüßen ist, dass der Ausgleich von Minderkosten erhalten bleibt, da ansonsten nicht besetzte Stellen finanziert werden würden. **Änderungsvorschlag** Falls die Pflegepersonalkosten nicht wieder in die DRG eingegliedert werden, sollte zumindest in Absatz 2a nach Satz 2 folgender Satz eingefügt werden: „Sofern die tatsächlichen Kosten die vereinbarten Kosten unterschreiten, ist abweichend von den Sätzen 1 und 2 die Ausgangsgrundlage für das Pflegebudget ab 2027 entsprechend abzusenken.
3c	§ 6a Abs. 4	**Beabsichtigte Neuregelung** Regelung zur frühzeitigen unterjährigen Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen beim Pflegepersonal durch eine unterjährige Erhöhung des krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwertes **Bewertung** Die zusätzliche Finanzierung einer Tarifrate wird abgelehnt. Eine Streichung ist notwendig, um die Ausgabensteigerungen adäquat zu begrenzen. **Änderungsvorschlag** Streichung des § 6a Absatz 4 Satz 5 und 6.
5	§ 8	**Beabsichtigte Neuregelung** Kurzzeitfallpauschalen gemäß § 17b Absatz 2a Satz 1 KHG werden in Ergänzung zum Ambulanten Operieren (AOP) und zu den Hybrid-DRG neu eingefügt. Eine Berechnung dieser Kurzzeitfallpauschalen ist ausgeschlossen, wenn die Leistung im AOP-Katalog enthalten ist. Näheres dazu haben die Vertragsparteien nach § 17b Absatz s Satz 1 KHG zu regeln.

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		Bewertung Mit der Einführung der Kurzzeitfallpauschalen wird eine weitere Abrechnungsmöglichkeit geschaffen, durch die Abgrenzungsprobleme zum ambulanten Operieren, zu den Hybrid-DRG als auch zu der Anwendung der unteren Grenzverweildauer im DRG-System verschärft werden. Der Nutzen der Kurzzeitfallpauschalen für die Ambulantisierung ist hingegen fraglich. **Änderungsvorschlag** Die Regelung ist zu streichen. Sollte der § 17b Abs. 2a SGB V beibehalten werden, wird hilfsweise die nachfolgende Änderung vorgeschlagen: „(5a) Die Berechnung der Kurzzeitpauschalen im Sinne des § 17b Absatz 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ist ausgeschlossen, wenn die Leistung in dem Katalog nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch enthalten ist oder nach § 115f Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Abrechnung gebracht werden kann. Näheres regeln die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.“
6a)	§ 9 Abs. 1	**Beabsichtigte Neuregelung** Die Selbstverwaltung prüft bis 30.06.2027 eine Ausweitung der bisherigen Regelungen zur Fallzusammenführung. **Bewertung** Der Vorschlag der Finanzkommission war zu weitreichend (30 Tage pauschal, unabhängig von Krankenhaus und MDC). Anstelle der nun formulierten Prüfung durch die Selbstverwaltung nach “wirtschaftlichem und medizinischem Gebot” sollten die Selbstverwaltungspartner zur gemeinsamen Vereinbarung “verpflichtet” werden. **Änderungsvorschlag** “... sowie bis zum 30. Juni 2027 wirtschaftlich und medizinisch vertretbare Erweiterungen der Regelungen zur Fallzusammenführung.

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
6b)	§ 9 Abs. 1b	**Beabsichtigte Neuregelung** Die Meistbegünstigungsklausel wird gestrichen. Zukünftig stellt die Grundlohnrate die Obergrenze für Preissteigerungen im Krankenhausbereich dar. Sofern der Orientierungswert die Grundlohnrate unterschreitet, entspricht die Obergrenze dem Orientierungswert. **Bewertung** Mit der Änderung wird die einnahmenorientierte Ausgabenpolitik im Krankenhausbereich umgesetzt. Dies entspricht einer langjährigen Forderung der Ersatzkassen. **Änderungsvorschlag** Keiner.
7d)	§ 10 Abs. 5	**Beabsichtigte Neuregelung** Die vollständige Tarifrefinanzierung oberhalb des Veränderungswerts wird auf eine hälftige Tarifrefinanzierung für alle Berufsgruppen gekürzt. Die Änderung soll bereits ab 2026 greifen. **Bewertung** Die Streichung der vollständigen Tarifrefinanzierung ist unbedingt notwendig, da ansonsten die konsequente Umsetzung der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik im Krankenhausbereich verhindert wird. Mit der Kürzung auf die hälftige Tarifrefinanzierung wird diese Problematik zwar reduziert, bleibt aber weiterhin bestehen. Derzeit erhalten die Krankenhäuser zusätzliche Mittel, wenn die Tarifsteigerungen den Veränderungswert überschreiten. Dies stellt aus Sicht des vdek eine Doppelfinanzierung dar. Die Tarifsteigerungen sind bereits im Orientierungswert enthalten, da dieser sämtliche Personalkostensteigerungen abbildet. Zudem hebelt die volle Tarifrefinanzierung die ökonomische Verantwortung für Tarifabschlüsse komplett aus und ermöglicht, dass Tarifsteigerungen einfach an die Krankenkassen durchgereicht werden. **Änderungsvorschlag** Die Regelung ist zu streichen.

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		Artikel 4 | Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
2b)	§ 17b Abs. 2a	**Beabsichtigte Neuregelung** Mit der Einführung von Kurzzeitfallpauschalen sollen die Regelungen nach § 115f SGB V (Hybrid-DRG) und § 115b SGB V (Ambulantes Operieren) ergänzt werden. Es wird als Instrument zur Förderung von Verweildauerverkürzung und Ambulantisierung bei stationären Krankenhausbehandlungen im Kurzliegerbereich eingeführt. Vorgesehen ist, dass Kurzzeitfallpauschalen stationäre Behandlungsfälle mit einer Behandlungsdauer von bis zu drei Kalendertagen und maximal zwei Übernachtungen umfassen. Unabhängig von der tatsächlichen Behandlungsdauer, werden die Fälle innerhalb dieses Rahmens einheitlich vergütet. Die Vertragsparteien prüfen jährlich, wie viele und welche Fälle der Kurzzeitfallpauschalen ambulant erbracht werden und ob sie sachgerecht in den AOP-Katalog verschoben werden können. Sie vereinbaren ferner, ob und inwieweit für Kurzzeitfallpauschalen-Fälle wahlweise Hybrid-DRG abgerechnet werden können. **Bewertung** Grundsätzlich wird das Bestreben nach Ambulantisierung unterstützt. Die Einführung von Kurzzeitfallpauschalen resultiert jedoch in einer weiteren Verkomplizierung der Leistungsmöglichkeiten und verschärft bestehende Abgrenzungsprobleme zwischen den Leistungsbereichen. Fraglich ist, ob die mit den Kurzzeitfallpauschalen verbundenen Wirtschaftlichkeitspotenziale kurzfristig realisiert werden können. Einsparungen erscheinen perspektivisch zwar möglich, hängen aber ganz maßgeblich von der konkreten Ausgestaltung der Kalkulation ab. Dabei ist insbesondere zu berücksichtigen, dass die zugrunde gelegten initialen Fallkosten der Kalkulationshäuser, um die Effekte nachträglicher Rechnungskorrekturen und -kürzungen zu bereinigen sind. Diese Korrekturmöglichkeiten bestehen bedingt durch die Prüfquoten nicht in allen Fällen und sollten daher sachgerecht in der Kostenermittlung hochgerechnet und abgebildet werden. Darüber hinaus wird mit den Kurzzeitfallpauschalen ein zusätzliches Vergütungs- und Abrechnungsregime geschaffen, für das eigenständige Regelungen zu Abrechnung, Abgrenzung und Prüfung vereinbart werden müssen. Dies birgt das Risiko eines erhöhten administrativen Aufwands seitens der Vertragsparteien und zusätzlicher

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		Schnittstellenprobleme. Unabhängig davon sollte sichergestellt werden, dass die Einführung von Kurzzeitfallpauschalen nicht dazu führt, ambulantisierbare Leistungen vorübergehend im stationären Vergütungssystem zu verankern. Die Einzelfallprüfung der mit Kurzzeitfallpauschalen vergüteten Fälle auf ihr ambulantes Potenzial sowie die Überführung geeigneter Fallkonstellationen in bestehende ambulante Vergütungsstrukturen müssen daher weiterhin gewährleistet bleiben. Anstelle der Einführung der Kurzzeitfallpauschalen sollten die Weiterentwicklung der Hybrid-DRG nach § 115f SGB V und die Ausweitung des ambulanten Operierens nach § 115b SGB V stehen. Die Evaluation der Hybrid-DRG in Hinblick auf die Auswahl der Leistungen, der Konzeption der Vergütung – inklusive der Konvergenz der Preise in Richtung des ambulanten Operierens – und der Entwicklung des Ambulantisierungsgrades sollte abgewartet werden. Aufbauend auf den Ergebnissen der Evaluation ist eine zielgerichtete Weiterentwicklung vorzusehen, um Fehlentwicklungen entgegenzuwirken. **Änderungsvorschlag** Die Regelung ist zu streichen.
3b)	§ 17c Abs. 2	**Beabsichtigte Neuregelung** Der am Beginn des Prüfverfahrens liegende Falldialog zwischen Krankenhaus und prüfender Krankenkasse soll gestärkt werden. **Bewertung** Die Stärkung des Falldialogs liegt im ausdrücklichen Interesse der Ersatzkassen. Der Prüfauftrag an die Vertragsparteien wird daher begrüßt. Allerdings lässt sich bereits jetzt ein deutliches Potenzial zur frühen und bürokratiearmen Beilegung von Prüffällen realisieren, indem die Übermittlung medizinischer Fallunterlagen im partnerschaftlichen Austausch des Falldialogs datenschutzkonform ermöglicht wird.

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		Änderungsvorschlag § 17c Abs. 2 sollte wie folgt ergänzt werden: “Die Krankenhäuser und Krankenkassen sind befugt, personen- und einrichtungsbezogene Daten für das Verfahren gemäß Satz 2 Nummer 3 im erforderlichen Umfang zu verarbeiten.”
		Artikel 5 | Änderung der Bundespflegesatzverordnung
1a) aa)	§ 3 Abs. 3 Satz 5	**Beabsichtigte Neuregelung** Folgeänderung aus der Aufhebung von § 9 Absatz 1 Nr. 5 KHEntgG. Künftig vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene nur noch einen einzigen Veränderungswert gemäß § 9 Absatz 1b Satz 2 und 3 KHEntgG. **Bewertung** Die Änderung wird ausdrücklich begrüßt. Sie kann dazu beitragen, die dynamische Ausgabenentwicklung im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik zu dämpfen. Zur effektiven Begrenzung von Budgetsteigerungen, die im Endergebnis die Beitragszahler belasten, ist zusätzlich den Empfehlungen der Finanzkommission Gesundheit zu folgen: Einer Vergütung von Personalstellen über das Maß der PPP-Richtlinie hinaus, sollte nur noch bei nachgewiesenem Mehrbedarf möglich sein. **Änderungsvorschlag** In § 3 Absatz 3 BPflV sind nach Satz 5 folgende zwei Sätze zu ergänzen: „Ein Überschreiten aufgrund des Tatbestandes nach Satz 4 Nummer 5 ist auf die Umsetzung der festgelegten Anforderungen zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal begrenzt. Das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist hierbei zu beachten.“
1a) bb)	§ 3 Abs. 3 Satz 8 ff.	**Beabsichtigte Neuregelung** Mit der Neuregelung wird eine Rückzahlungsverpflichtung für zweckwidrig verwendete Mittel, die zur Finanzierung des therapeutischen Personals vereinbart wurden, ab 2027 eingeführt.

Lfd. Nr. im Entw.	Vor-schrift	Bewertung / Stellungnahme
		Bewertung Die Änderung wird ausdrücklich begrüßt. Sie ist notwendig, um Ausgabensteigerungen im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik zukünftig wirksam zu begrenzen. **Änderungsvorschlag** Die Neuregelung sollte bereits 2026 eingeführt werden.
2a)	§ 4 Abs. 1	**Beabsichtigte Neuregelung** Der leistungsbezogene Krankenhausvergleich wird mit der Neuregelung um Kostendaten ergänzt. **Bewertung** Die Regelung wird ausdrücklich begrüßt. Sie kann dazu beitragen, den Krankenhausvergleich zu einem wirksamen Instrument fortzuentwickeln. Die Änderung sorgt für Transparenz in dem Verhältnis zwischen Leistungen und Kosten innerhalb der Vergleichsgruppen. Ergänzend sollte den Empfehlungen der Finanzkommission Gesundheit gefolgt werden. Demnach sollten pauschale Entgelterhöhungen durch den Krankenhausvergleich ausgeschlossen werden. **Änderungsvorschlag** Anpassung des § 3 Absatz 3 Satz 5 BPflV: Streichung des Nebensatzes “oder im Rahmen einer Anpassungsvereinbarung nach Satz 6 eine entsprechende Überschreitung als notwendig vereinbart wurde“.

Ergänzender Änderungsbedarf

Beitragssatzstabilität konsequent durchsetzen – weitere Leistungsbereiche integrieren

Beabsichtigte Neuregelung
Das Prinzip der Beitragssatzstabilität sollte systematisch und kohärent auf weitere Versorgungsbereiche ausgeweitet werden. Neben den im Gesetz benannten Versorgungsbereichen sollte die Begrenzung der Ausgabenentwicklung auch auf die Soziotherapie (§ 132b SGB V), die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (§ 132d SGB V), die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (§ 132g SGB V), die Versorgungsverträge mit Kurzzeitpflegeeinrichtungen (§ 132h SGB V) sowie auf die Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus (§ 132m SGB V) Anwendung finden. Dies trägt dazu bei, Vergütungssystematiken zu harmonisieren, sektorale Ungleichgewichte und Fehlanreize abzubauen und die finanzielle Nachhaltigkeit der GKV dauerhaft zu sichern, ohne die bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten zu beeinträchtigen.

Änderungsvorschlag
Die §§ 132b, 132d, 132g, 132h und 132m SGB V sind, um folgenden Passus zu ergänzen:

„Bei der Vertrags- und Vergütungsvereinbarung stellt die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 die Obergrenze für Vergütungssteigerungen dar. § 71 Absatz 1 bis 3 gilt."

Prüfung der Medizinischen Erforderlichkeit einer Rehabilitation ermöglichen

Beabsichtigte Neuregelung

Im Rahmen des GKV-IPREG 2020 wurde geregelt, dass die Krankenkassen die medizinische Erforderlichkeit von Maßnahmen der geriatrischen Rehabilitation und einem Großteil der Anschlussrehabilitationen nicht mehr überprüfen dürfen. Dies führt dazu, dass Leistungen in Fällen erbracht werden, in denen kein hinreichender Rehabilitationsbedarf oder kein hinreichendes Rehabilitationspotential vorliegt. Die geltende Rechtslage führt zu einer unwirtschaftlichen Mittelverwendung und blockiert Rehabilitationsplätze, die für medizinisch notwendige und erfolgversprechende Fälle benötigt werden. Dadurch erhöhen sich die Wartezeiten auf einen Rehabilitationsplatz, für Versicherte, die dringend eine Rehabilitation benötigen.

Um die bestehenden Rehabilitationsressourcen bedarfsgerecht zu steuern, Fehlallokationen zu reduzieren und vorhandene Beitragsmittel wirtschaftlicher einzusetzen, sollte den Krankenkassen die Möglichkeit zur Prüfung der medizinischen Erforderlichkeit wieder eingeräumt werden. Dies stärkt das Wirtschaftlichkeitsgebot und leistet einen Beitrag zur finanziellen Stabilisierung der GKV, ohne das Leistungsniveau einzuschränken.

Änderungsvorschlag

§ 40 wird wie folgt geändert:

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

b) aa) Die Sätze 2 bis 10 und 18 werden gestrichen.
bb) In Satz 12 wird die Angabe „11“ durch „2“ ersetzt.
cc) In Satz 13 wird die Angabe „11“ durch „2“ ersetzt.

§ 134 SGB V: Vergütungsbeträge ab dem ersten Tag der DiGA-Listung

Beabsichtigte Neuregelung

DiGA-Hersteller können die Preise im ersten Jahr nach Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis bislang frei festlegen; erst ab dem 13. Monat gilt ein zwischen Herstellern und GKV-Spitzenverband verhandelter Vergütungsbetrag. Die im ersten Jahr aufgerufenen Preise stehen jedoch häufig nicht in einem angemessenen Verhältnis zum tatsächlichen Patientennutzen. Die derzeitige Regelung führt zudem auf Seiten der Krankenkassen wie auch der Hersteller zu erheblichen finanziellen Unsicherheiten. Ursache sind hohe Rückzahlungsansprüche der Krankenkassen, wenn Vergütungsbeträge erst verspätet vereinbart werden. Dies hat in einzelnen Fällen zu Liquiditätsproblemen und Insolvenzen von Herstellern geführt, wodurch den Krankenkassen millionenschwere Ausfälle entstanden sind.

Um insolvenzbedingte Risiken für die gesetzliche Krankenversicherung zu vermeiden, sollten Vergütungsbeträge daher frühzeitig verhandelt werden und bereits ab dem ersten Tag der Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis gelten.

Änderungsvorschlag

§ 134 SGB V Abs. 1 Satz 2 wird wie folgt formuliert:
Die Vergütungsbeträge gelten rückwirkend zum Zeitpunkt ab der Aufnahme der jeweiligen digitalen Gesundheitsanwendung in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e unabhängig davon, ob die Aufnahme in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e Absatz 3 dauerhaft oder nach § 139e Absatz 4 zur Erprobung erfolgt.

§ 134 SGB V Abs. 5 S. 1 und 2 werden wie folgt formuliert:
(5) [1]Bis zur Festlegung der Vergütungsbeträge nach Absatz 1 gilt ein Durchschnittspreis aller Vergütungsbeträge nach § 134 Absatz I SGB V der dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis aufgenommenen digitalen Gesundheitsanwendungen. [2]Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen teilt dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte den Durchschnittspreis nach Satz 1 unverzüglich, spätestens aber fünf Tage nach Aufnahme der jeweiligen digitalen Gesundheitsanwendung mit.

Streichung der Erprobungsregelung von DiGA

Beabsichtigte Neuregelung
Die Finanzkommission Gesundheit hat sich mit ihrem Bericht am 30.03.2026 explizit dafür ausgesprochen, dass die gesetzlichen Krankenkassen ausschließlich digitale Gesundheitsanwendungen mit einem nachgewiesenen Nutzen vergüten. Dies entspricht dem in der GKV bestehenden Wirtschaftlichkeitsgebot und führt zu einer Gleichbehandlung gegenüber anderen Leistungsbereichen. Vor diesem Hintergrund wird vorgeschlagen, die Erprobungsregelung für DiGA aus dem Gesetz zu streichen.

Änderungsvorschlag
In § 139e SGB V wird Absatz 4 gestrichen.

§ 134 wird Absatz 1 Satz 2 wie folgt angepasst:
„Die Vergütungsbeträge gelten nach dem ersten Jahr nach Aufnahme der jeweiligen digitalen Gesundheitsanwendung in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen."

Absatz 2a wird gestrichen.

In Absatz 5 wird die Abschlagsregelung für DiGA in Erprobung gestrichen.

In der DiGAV wird § 17 gestrichen.

Sicherung von Ausbildungszuschlägen im Rahmen von Krankenhausinsolvenzen

Beabsichtigte Neuregelung

In vielen Bundesländern werden die Ausbildungskosten nach § 17a Absatz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) über ein Umlageverfahren finanziert. Dabei werden bei allen Krankenhäusern im Land Ausbildungszuschläge erhoben, die an einen Ausgleichsfonds abgeführt und an die ausbildenden Krankenhäuser im Land ausgezahlt werden. Die Mittel sind zweckgebunden für die Ausbildung zu verwenden.

Im Fall einer Krankenhausinsolvenz besteht die Gefahr, dass die in Rechnung gestellten Ausbildungszuschläge nicht an den Ausgleichsfonds abgeführt werden, sondern in der Insolvenzmasse aufgehen und somit zweckentfremdet werden. Um die zweckentsprechende Mittelverwendung auch im Rahmen einer Insolvenz sicherzustellen, sollten die Beteiligten auf Landesebene in den Verfahrensregelungen im Zusammenhang mit dem Ausgleichsfonds sicherstellen, dass während des Insolvenzverfahrens die vom Krankenhaus in Rechnung zu stellende Zuschläge, die an den Ausgleichsfonds abzuführenden Zahlungen, sowie die bei einem ausbildenden Krankenhaus aus dem Ausgleichsfonds auszuzahlenden Raten ausgesetzt werden.

Das gleiche Problematik besteht beim Umlageverfahren nach dem Pflegeberufegesetz (PflBG). Auch hier sollten deshalb in den Verfahrensregelungen auf Landesebene Regelungen für den Insolvenzfall aufgenommen werden.

Die Wiederaufnahme aller Zahlungsströme nach Beendigung des Insolvenzverfahrens sowie ein Ausgleich etwaiger Differenzen aufgrund der Aussetzung der Zahlungen, können ebenfalls in den Verfahrensregelungen bestimmt werden. Hierzu bedarf es keiner Erweiterung der Rechtsgrundlage, da bspw. der Ausgleich der Differenz zwischen den abgerechneten Zuschlägen eines Krankenhauses und den an den Fonds abgeführten Mitteln bereits heute in den Verfahrensregelungen vieler Länder enthalten ist.

Änderungsvorschlag

In § 17a Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 KHG wird vor dem Punkt am Ende folgender Satzteil eingefügt:
„sowie Vorgaben zur Aussetzung der in Rechnung zu stellenden Zuschläge, der nach Absatz 6 Satz 4 an den Ausgleichsfonds abzuführenden Zahlungen und der aus dem Ausgleichsfonds nach Satz 5 zu zahlenden monatlichen Raten, wenn ein Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens über das Vermögen des Trägers eines Krankenhauses gestellt wurde“

In § 33 Absatz 6 Satz 2 PflBG wird vor dem Punkt am Ende ein Komma und der folgende Satzteil eingefügt:
„sowie Vorgaben zur Aussetzung der in Rechnung zu stellenden Zuschläge, wenn ein Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens über das Vermögen des Trägers einer Einrichtung nach § 7 Absatz 1 gestellt wurde“

Die Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung (PflAFinV) wird wie folgt geändert:

- In § 19 Absatz 1 werden vor dem Komma die Wörter „oder als Träger einer Einrichtung nach § 7 Absatz 1 PflBG einen Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens über sein Vermögen stellt“ eingefügt.

- In § 15 wird folgender neuer Absatz 3 eingefügt: „Wurde durch einen Träger der praktischen Ausbildung ein Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens über sein Vermögen gestellt, setzt die zuständige Stelle die Zahlung der Ausgleichszuweisungen ab Antragstellung aus.“

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(8)
gel. VB zur öffent. Anh. am
22.06.2026 - GKV
17.06.2026

Verbraucherzentrale
Bundesverband

Beitragssatzstabilisierung – noch nicht ausgewogen

Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverbands zum Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesetzentwurf vom 29.04.2026)

16. Juni 2026

Vorbemerkung

Der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) hat in seiner Stellungnahme vom 23. April einige wichtige, ausgesuchte Aspekte des Referentenentwurfs des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes (BStabG) vom 16. April bewertet.[1] Der nun vorliegende Gesetzentwurf enthält demgegenüber einzelne Veränderungen, etwa die begrüßenswerte Rücknahme der Kürzung des Krankengeldes und des Kinderkrankengeldes. Die folgenden Ausführungen beschränken sich angesichts des unangemessen kurzen parlamentarischen Verfahrens und unter Berücksichtigung der drohenden Defizitentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf ausgewählte und noch umsetzbare Vorschläge. Zu den weiteren Aspekten verweist der vzbv auf seine Stellungnahme zum Referentenentwurf.

[1] Verbraucherzentrale Bundesverband (2026). GKV stabilisieren – Versicherte fair entlasten. Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverbands zum Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (Beitragssatzstabilisierungsgesetz) (Referentenentwurf). https://www.vzbv.de/sites/default/files/2026-04/26-04-23_vzbv_STN%20RefE_BStabG.pdf (abgerufen am 15.06.2026)

Gesamtbewertung

Der vorliegende Entwurf zum BStabG verfolgt das Ziel, die Beitragssätze in der GKV kurzfristig zu stabilisieren. Gleichfalls betont die Bundesregierung, der Entwurf sei ausgewogen. Beide Ziele jedoch werden mit dem vorliegenden Gesetzentwurf verfehlt.

So reichen *erstens* die mit dem bisher geplanten Maßnahmenpaket zu erzielenden Einsparungen und Beitragserhöhungen nicht mehr aus, das für das Jahr 2027 prognostizierte Defizit in der GKV auszugleichen. Aktuell kalkuliert fehlt ein Betrag zwischen drei und vier Milliarden Euro. Die Finanzkommission Gesundheit (FKG) hatte ein Maßnahmenpaket mit Finanzeffekten von zusammengenommen 42 Milliarden Euro entwickelt. Es liegen also hinreichend Vorschläge auf dem Tisch, um ein sogar erheblich höheres GKV-Defizit zu kompensieren und vor allem Zeit zu gewinnen für Strukturreformen, die sich naturgemäß erst mittelfristig auswirken werden.

Zweitens haben Ministerium und Bundesregierung bei ihrer Maßnahmenauswahl vernachlässigt, dass ein Teil der 66 von der FKG diskutierten Maßnahmen mit einer schlechteren Verteilungsgerechtigkeit und einem verschlechterten Zugang der Menschen zur gesundheitlichen Versorgung einhergehen könnten. Darunter befinden sich eine deutlich höhere Eigenbeteiligung der Patient:innen an den Ausgaben der medizinischen Versorgung, wie sie der Gesetzentwurf vorsieht. In der Folge sollen die Patient:innen nicht mehr 10 Prozent (FKG), sondern 15 Prozent (Gesetzentwurf) schultern. Das kommt anderen Akteuren zugute, allen voran dem Bundeshaushalt, den Leistungserbringern und der pharmazeutischen Industrie. Die Verbraucher:innen müssen eine solche Auswahl zwangsläufig als unausgewogen und ungerecht empfinden. So halten 80 Prozent der Bevölkerung die Belastungen für ungerecht verteilt und die finanziellen Probleme für ungelöst.[2] Die Verbraucher:innen zweifeln nicht an den Sparnotwendigkeiten. Und wenn sie erkennen, dass die Belastungen tatsächlich ausgewogen verteilt werden und die Politik das Gesundheitssystem schrittweise modernisiert und leistungsfähiger macht, dann fällt es ihnen wesentlich leichter, Veränderungen und auch Belastungen mitzutragen.

Drittens verpasst die Bundesregierung mit dem Gesetzentwurf – trotz erfreulicher Ansätze – die Chance, den Patient:innen neben erhöhten Eigenanteilen und Krankenversicherungsbeiträgen positive Aussichten zu vermitteln, etwa sinkende Beitragssätze oder eine verbesserte gesundheitliche Versorgung. Das könnte ein konsequent an patientenrelevanten Ergebnissen (Outcome) ausgerichteter Leistungskatalog sein. Sehr positiv konnotieren würden die Menschen Maßnahmen im Gesetz, die die Hersteller gesundheitsschädlicher Produkte mit in die Pflicht nehmen, etwa Abgaben auf übersüßte Getränke, die zweckgebunden in die Förderung von Gesundheit im Lebensalltag der Menschen eingesetzt werden und/oder weitere Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Knapp 80 Prozent der Befragten sprechen sich für eine Softdrink-Steuer aus.[3] Bei diesen Themen bleibt die Bundesregierung bislang bei

---

[2] ZDF (2026, 05.08.). ZDF-Politbarometer: Hohe Unzufriedenheit mit Bundesregierung und Bundeskanzler. https://www.zdfheute.de/politik/deutschland/politbarometer-afd-gesundheitsreform-unzufriedenheit-100.html (abgerufen am 15.06.2026)

[3] Preißner M, Schäfer S (2025): Ernährungspolitische Einstellungen und Verhaltensweisen. Ergebnisse und gutachterliche Einordnung einer internetrepräsentativen Verbraucherbefragung (S. 57). https://www.vzbv.de/sites/default/files/2025-06/25-06-10_IFH_KOELN_Bericht_Ern%C3%A4hrungspolitische-Einstellungen-und-Verhaltensweisen_1.pdf (abgerufen am 15.06.2026)

Ankündigungen (Süßgetränkeabgabe) oder setzt Maßnahmen nicht konsequent genug um (Nutzenorientierung). Das ist wenig akzeptanzfördernd, ein Gesetz mit derart einschneidenden Maßnahmen sollte bei den Verbraucher:innen auch Zuversicht auslösen.

Vorschläge zur Nachjustierung

Den Bund angemessen beteiligen

Die Koalition appelliert an alle Akteure, die geplanten Einsparungen und Mehrbelastungen mitzutragen. Sie erwartet Solidarität, doch ausgerechnet der Bund selbst spielt nicht mit. Die Bundesregierung hebt zwar hervor, dass sie in die Gegenfinanzierung der ungedeckten Gesundheitsausgaben für Grundsicherungsempfänger einsteigt, allerdings mit sehr kleinen Schritten und einem Ausgleichsziel erst im Jahr 2051. Und er relativiert die Maßnahme direkt wieder: So will er den Bundeszuschuss zur GKV pauschal einmalig um zwei Milliarden Euro sinken. Das sendet fatale Signale aus: Der Bund entzieht sich der gesamtgesellschaftlichen Verantwortung, er entsolidarisiert sich. Weil der Bundeszuschuss jederzeit wieder gekürzt werden kann, je nach Haushaltslage, sind Nachahmereffekte in den kommenden Jahren und Legislaturperioden zu befürchten. Nicht nachvollziehbar ist außerdem, warum nur gesetzlich Krankenversicherte den Bundeshaushalt stützen sollen (was sie mit den fortlaufend hohen, nicht ausgeglichenen Milliardenbeträgen bis Mitte des Jahrhunderts weiter tun werden müssen). Privatversicherte müssen die versicherungsfremden Leistungen hingegen nicht mitfinanzieren. Mit dieser Kürzungsmaßnahme stellt der Bund selbst das Einsparziel des Gesetzes in Frage und wird ein Stück weit unglaubwürdig. Dabei darf nicht vergessen werden, dass es die Bundespolitik war, die in den vergangenen Jahren die Ausgabendynamik der GKV maßgeblich befeuert hat.

> Der vzbv fordert deshalb die Rücknahme der Kürzung des Bundeszuschusses. Das würde zugleich den Großteil der zusätzlich aufgekommenen GKV-Defizite im kommenden Jahr kompensieren.

Auswirkungen von Zuzahlungen beachten

Das Solidarsystem dient dazu, Einkommensschwache und Kranke zu stützen. Erhöhte Zuzahlungen und Eigenanteile (hier: Zahnersatz) aber sanktionieren Krankheit. Sie beeinträchtigen die Gesundheitschancen vulnerabler Gruppen, denn sie halten Patient:innen mit geringen Einkommen davon ab, notwendige Leistungen in Anspruch zu nehmen. Auch die FKG hat erhöhte Zuzahlungen

mit einem Warnhinweis versehen: „Damit könnte sich der Zugang für Versicherte mit hohen Zuzahlungen im Verhältnis zu ihrem Einkommen erschweren.“[4]

Daher wäre es konsequent, wenn die Koalition nicht alleine einem finanzmathematischen Argument (Zuzahlungen seit 2004 nicht erhöht) folgt, sondern dafür Sorge trägt, dass es nicht zu unerwünschten Ausweichreaktionen in Haushalten mit geringeren Einkommen kommt. Zumal die bürokratische Härtefallregelung die Situation zusätzlich verschärft, weil sie in aktueller Ausprägung selbst eine Inanspruchnahmehürde ist.

Um das Maßnahmenpaket ausgewogener zu gestalten und die Zugangschancen nicht weiter zu verschlechtern, fordert der vzbv

- den Verzicht auf eine Dynamisierung der Zuzahlungsregelungen, solange nicht auch der pauschale Bundeszuschuss für versicherungsfremde Leistungen dynamisiert wird und es beim dynamischen Herstellerabschlag für patentgeschützte Pharmazeutika bleibt
- den Verzicht auf die geplante Erhöhung der kalendertäglichen Zuzahlungen für Heilmittel, häusliche Krankenpflege und außerklinische Intensivpflege von 10 auf 15 Euro je Verordnung, weil die Patient:innen bereits mit der erhöhten prozentualen Zuzahlung mehrbelastet werden und eine doppelte Belastung unverhältnismäßig wäre
- die Inanspruchnahme der Härtefallregelung für Versicherte wirksam zu entbürokratisieren und zu vereinfachen

Familien fair verbeitragen

Mit dem vorgesehenen neuen Zusatzbeitrag von 2,5 Prozent für nicht erwerbstätige Lebenspartner:innen will die Koalition mehr Beitragsgerechtigkeit schaffen. Das Modell ist jedoch kompliziert (Ausnahmen), bricht mit der paritätischen Finanzierung und insbesondere belastet es auch Familien mit geringen Einkommen. Die unfair niedrige Beitragsbemessung hoher Einverdienerhaushalte und die relative Bevorzugung unterschiedlich verteilter Familieneinkommen kann sie aber nicht beseitigen. Unbürokratischer und gerechter ließe sich dieses Ziel mit einem Partnersplitting erreichen.

Ein solches Partnersplitting sollte das Familieneinkommen bis zur doppelten Beitragsbemessungsgrenze (BBG) verbeitragen. Das jeweilige Einkommen sollte nach wie vor bei dem Mitglied verbeitragt werden, wo es anfällt. Damit wird ein zentrales Gerechtigkeitsproblem im heutigen System behoben: Aktuell zahlen Paare deutlich weniger Beiträge, wenn die Einkommen stark ungleich verteilt sind. Verdient nur eine Person sehr viel, fällt (wegen der BBG) trotz insgesamt hoher finanzieller Leistungsfähigkeit nur ein begrenzter Beitrag an. Davon profitieren insbesondere sehr hohe Einkommen. Eine feste Pauschale oder ein begrenzter prozentualer Aufschlag – wie im Entwurf vorgesehen – würde hingegen auch niedrige Familieneinkommen treffen und sehr hohe Einkommen weiterhin schonen. Ein Partnersplitting würde diese Schieflage korrigieren, die

[4] Finanzkommission Gesundheit (2026). Erster Bericht der Finanzkommission Gesundheit. Empfehlungen zur Stabilisierung des Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung ab 2027. S. 46. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/F/FinanzKommission_Gesundheit/FinanzKommissionGesundheit_Erster_Bericht_20260330.pdf (abgerufen am 15.06.2026)

Finanzierungslasten wesentlich fairer als heute verteilen und niedrige Haushaltseinkommen schonen.

> Aus den genannten Gründen fordert der vzbv, auf die Teilabschaffung der Partnermitversicherung zu verzichten und stattdessen ein Partnersplitting einzuführen.

Abgabe auf Süßgetränke jetzt einführen

80 Prozent der Herz-Kreislauf-Erkrankungen und ein beeindruckender Anteil der weiteren nichtübertragbaren Krankheiten (insbesondere Krebserkrankungen, Diabetes mellitus und chronische Atemwegserkrankungen) werden maßgeblich von fünf großen Risikofaktoren bestimmt. Dies sind der Alkoholkonsum, der Tabakkonsum, eine unausgewogene Ernährungsweise, Übergewicht in Verbindung mit zu wenig Bewegung sowie Luftverschmutzung.[5] Gelingt es, auf diesen Gebieten Fortschritte zu erzielen, lassen sich bereits in kurzer Zeit starke Gesundheitseffekte erzielen. Das würde auch die Ausgabendynamik spürbar dämpfen.

Die angekündigten (erhöhten) Abgaben auf gezuckerte Getränke wären ein erster, aber wichtiger Einstieg in die gesundheitsförderliche Gestaltung der Lebenswelten. Gleichwohl kann eine Abgabe allein nur begrenzt wirken. Deshalb sollte der Gesetzgeber im weiteren Verlauf (im angekündigten GKV-Strukturgesetz oder in einem neuen Präventionsgesetz) auch die Verfügbarkeit, Kennzeichnung und Werbung für potenziell schädliche Produkte und Substanzen in den Blick nehmen. Denn den Menschen muss ein gesundheitsförderlicher Lebensstil leicht gemacht werden.

Mit einer gestaffelten Herstellerabgabe für gesüßte Getränke setzt der Gesetzgeber Anreize: Hersteller verbessern ihre Rezepturen, wodurch die durchschnittliche Zuckeraufnahme sinkt. Der Gesetzgeber bevormundet nicht, sondern setzt lediglich Anreize: Der Gesundheit zuträgliche Produkte werden preisgünstiger als schädliche Produkte, eine ausgewogene Ernährung wird erschwinglicher – damit kommt der Gesetzgeber der öffentlichen Daseinsvorsorge nach. Hauptziel dabei ist der Gesundheitsschutz, insbesondere der Schutz von Kindern und Jugendlichen. Hersteller, die ihre Rezepturen nicht ändern möchten, müssten die Abgabe zahlen. Einnahmen, die daraus resultieren, sollten ausschließlich für gesundheitsförderliche Maßnahmen eingesetzt werden und weder in den Haushalt des Bundes noch in den allgemeinen Haushalt der Krankenkassen fließen. Lenkungssteuern können wie Abgaben zweckgebunden ausgestaltet werden, das ist verfassungsrechtlich gestützt.[6]

Die Abgabe sollte schnellstmöglich beschlossen werden, um kein Präventionspotenzial zu verschenken und Akteuren etwa aus der Industrie und Agrarwirtschaft nicht die Chance zu geben, sie hinauszuzögern oder gar gänzlich zu verhindern. Der Beschluss wäre ein starkes Signal, dass die Politik in den Erhalt von Gesundheit investiert, statt immer mehr Milliarden in einen sehr begrenzt wirksamen medizinischen Reparaturbetrieb zu stecken.

---

[5] WHO (2011). Global status report on noncommunicable diseases 2010. https://digitallibrary.un.org/record/706319?v=pdf (abgerufen am 16.06.2026)

[6] Huster S, Unger S (2025). Kurzgutachten: Handlungsmöglichkeiten zur Einführung einer Zuckersteuer mit Zweckbindung der Einnahmen https://gesundheitsrecht.blog/kurzgutachten-zuckersteuer/ (abgerufen am 15.06.2026)

Der vzbv fordert, eine gestaffelte Herstellerabgabe für gesüßte Getränke bereits mit dem BStabG zu beschließen. Einnahmen sollten zweckgebunden in gesundheitsfördernde Maßnahmen in den Lebenswelten (Settings) fließen.

Leistungen konsequent am Nutzen orientieren

Die im Gesetzentwurf vorgenommenen Anpassungen bei den Früherkennungsuntersuchungen (zielgerichteter und risikoadaptierter), bei den Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen (Aus für Homöopathie und Anthroposophie) und bei mengenanfälligen Eingriffen (obligatorische Zweitmeinung) sind der richtige Ansatz. Denn was keinen Nutzen hat oder nicht bedarfsorientiert erbracht wird, gehört nicht in den Leistungskatalog der GKV und sollte nicht vergütet werden. Der vzbv möchte den Gesetzgeber ermutigen, diesen Weg konsequent weiterzugehen und konsequent den gesamten Leistungskatalog daraufhin zu überprüfen.

Auf den Prüfstand gehören auch die Satzungsleistungen der Krankenkassen, zumal die Versicherten eher nicht zwischen Pflichtleistungen und freiwilligen Leistungen unterscheiden und nicht erkennen können, ob die Satzungsleistungen medizinisch notwendig, überflüssig oder gar riskant sind. Der Genehmigungsvorbehalt der Aufsichtsbehörden umfasst derzeit nicht die fachlich-inhaltliche Prüfung der Leistungen und schützt Patient:innen und Beitragszahlende nicht hinreichend. Das zeigt ein Blick in die bunte Vielfalt der Satzungsleistungen.

Der vzbv fordert,

- über das Hautkrebsscreening hinaus für alle Früherkennungsprogramme zu prüfen, inwieweit anlasslose Screenings (Niedrigrisikoprävention) hin zu stärker risikoadjustierten Programmen weiterentwickelt werden können, um das Nutzen-Risiko-Verhältnis zu verbessern,
- wie von der FKG vorgeschlagen einen Nutzennachweis im Sinne patientenrelevanter Endpunkte (Mortalität oder Morbidität) explizit zur Voraussetzung für die Erstattung von Früherkennungsuntersuchungen zu machen (Anpassung § 25 Absatz 3 SGB V),
- Satzungsleistungen der Krankenkassen auf Nutzen und Risiken zu überprüfen und neue Satzungsleistungen ausschließlich nach Nutzennachweis zu genehmigen,
- im Gesetz klarzustellen, dass Krankenkassen ausschließlich für solche Leistungen private Zusatzversicherungen vermitteln dürfen, für die sie einen Nutzennachweis im Sinne patientenrelevanter Endpunkte (Mortalität oder Morbidität) vorlegen können; die Formulierung in der Begründung zu Nummer 8 (§ 11)[7] bezüglich Arzneimitteln und Leistungen der Homöopathie und Anthroposophie ist konsequenterweise zu streichen,
- den Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 65a SGB V Abs. 1 zu streichen, weil er im Widerspruch zur informierten Entscheidungsfindung der Verbraucher:innen steht,
- zusätzlich zur obligatorischen Zweitmeinung neutrale, indikationsspezifische Patienteninformationen in Textform zu erstellen und den Patient:innen zu übermitteln; diese Informationen sollten vom G-BA in Auftrag gegeben werden und verbindlicher Bestandteil der vertragsärztlichen Aufklärung werden,

[7] „Den Krankenkassen bleibt es jedoch unbenommen, nach § 194 Absatz 1a in der Satzung die Möglichkeit zur Vermittlung privater Zusatzversicherungsverträge über diese Leistungen vorzusehen.“ (Gesetzentwurf, Begründung zu Nummer 8 (§ 11), S. 103)

- den Evaluationsauftrag im Gesetz zu konkretisieren und vorzuziehen, um Auswirkungen der Maßnahmen insbesondere auf den Zugang und die Inanspruchnahme von gesundheitlicher Versorgung zeitnah erfassen und korrigieren zu können; ein Evaluationsbericht, der erst am 31.12.2030 vorgelegt wird, kommt in solchen Fällen zu spät.

Impressum

Herausgegeben von:
Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.
Rudi-Dutschke-Straße 17, 10969 Berlin

T +49 30 25800-0
gesundheit@vzbv.de
vzbv.de

Der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. ist im Deutschen Lobbyregister und im europäischen Transparenzregister registriert. Sie erreichen die entsprechenden Einträge hier und hier.

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(9)
zur öffentl. Anh. am 22.06.2026
18.06.2026

Bundes Psychotherapeuten Kammer

Stellungnahme

Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz; BT-Drs. 21/6130)

Gesetzentwurf

11.06.2026

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

BPtK
Klosterstraße 64, 10179 Berlin
Tel.: 030. 278 785 - 0
info@bptk.de
www.bptk.de

Inhaltsverzeichnis

1. Kernanliegen der BPtK 3

2. Allgemeine Bewertung 5

3. Zu den Regelungsvorschlägen im Einzelnen 7

3.1. Extrabudgetäre Vergütung (§ 87a und § 87d SGB V) 7
3.2. Zuschläge zur Kurzzeittherapie (§ 87 Absatz 2c SGB V) 10
3.3. Abschaffung der Vergütungsregelungen für die TSVG-Konstellationen (§ 87 Absatz 2b und 2c sowie § 87a Absatz 3 SGB V) 11
3.4. Psychiatrische und psychosomatische Krankenhausversorgung (§ 3 BPflV) .. 11
3.5. Krankengeldmanagement der Krankenkassen (§ 44 Absatz 4 SGB V) 12
3.6. Teilarbeitsunfähigkeit (§ 44c und § 44d SGB V) und Feststellung der Arbeitsunfähigkeit durch Psychotherapeut*innen (§ 73 SGB V)..... 13
3.7. Digitale Gesundheitsanwendungen: Erstattungsfähigkeit und Preisfindung bei Digitalen Gesundheitsanwendungen ändern 14
3.8. Entfall des Konsiliarberichts vor einer psychotherapeutischen Behandlung bei bestehender Voruntersuchung (§ 28 Absatz 3 Satz 3 SGB V)..... 14

1. Kernanliegen der BPtK

Im Folgenden fokussieren wir auf die aus Sicht der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) wichtigsten Punkte und Auswirkungen der im GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz geplanten Änderungen auf die Situation und Versorgung psychisch erkrankter Menschen:

- Die geplante **Rückführung der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen in die Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)** lehnt die BPtK entschieden ab. Eine Umsetzung dieser Regelung würde zu tiefen Einschnitten in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen führen. Die Budgetierung hätte unausweichlich einen erheblichen Abbau an Versorgungsangeboten und eine Verlängerung von Wartezeiten zur Folge. Das Versorgungssystem würde sich massiv verschlechtern und zugleich verteuern, da die Folgekosten unbehandelter psychischer Erkrankungen weiter ansteigen werden. Diese Regelung wird das von der Bundesregierung im Koalitionsvertrag selbst gesteckte Ziel einer Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung konterkarieren. Die BPtK fordert daher nachdrücklich, die antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen aus Kapitel 35.2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM), die Leistungen der Psychotherapeutischen Sprechstunde, der Psychotherapeutischen Akutbehandlung, probatorischen Sitzungen, neuropsychologischen Therapie als Einzel- und Gruppenbehandlung sowie die Leistungen nach den Richtlinien gemäß § 92 Absatz 6b SGB V vollständig nach § 87d Absatz 4 Satz 1 SGB V extrabudgetär zu vergüten (§ 87a und § 87d SGB V).
- Die bestehenden **Zuschläge zur Kurzzeittherapie** bilden den erhöhten zeitlichen Aufwand zu Beginn einer Therapie insbesondere bei Behandlungen mit kurzer Behandlungsdauer ab. Die BPtK lehnt daher die im Entwurf vorgesehene Abschaffung der Zuschläge zur Kurzzeittherapie ab.
- Die geplante **Abschaffung der Vergütungsregelungen für Terminvermittlungsfälle** würde in der fachärztlichen Versorgung insgesamt zu einer substanziellen Reduktion der Terminangebote und zu erhöhten Wartezeiten führen. Die BPtK lehnt den Regelungsvorschlag daher ab (§ 87 Absatz 2b und 2c sowie § 87a Absatz 3 SGB V).
- Die BPtK lehnt die **Änderungen beim Krankengeldfallmanagement** und eine vereinfachte Kontaktierung Versicherter durch die Krankenkasse bei bevorstehendem oder bestehendem Bezug von Krankengeld ab (§ 44 Absatz 4 SGB V).
- Die Einführung der **Teilarbeitsunfähigkeit** sowie des **Teilkrankengeldes** wird grundsätzlich begrüßt. Dabei ist allerdings sicherzustellen, dass die teilweise Ausübung der Tätigkeit freiwillig ist und ausschließlich auf ausdrücklichen Wunsch der Versicherten erfolgt. Es ist außerdem notwendig, dass auch Psychotherapeut*innen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ausstellen dürfen (§ 73 SGB V).

- Im Hinblick auf **Digitale Gesundheitsanwendungen** (DiGA) regt die BPtK an, der Empfehlung der FinanzKommission Gesundheit zu folgen und die bestehenden Erprobungsregelungen zu streichen (§ 139e Absatz 4 SGB V und § 134 Absatz 5 SGB V).
- Der Empfehlung der FinanzKommission folgend, sollte nach Einschätzung der BPtK der obligatorische **Konsiliarbericht** vor Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung bei bestehenden Voruntersuchungen entfallen.

2. Allgemeine Bewertung

Die BPtK sieht sich in der Verantwortung, für eine verlässliche, hochwertige und langfristig tragfähige Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen einzutreten und sich als Partnerin der Politik für eine wissenschaftlich fundierte Weiterentwicklung und Optimierung des Versorgungssystems zum Wohl der Patient*innen einzusetzen. Aus Sicht der BPtK besteht unstrittig die Notwendigkeit, die Beitragssätze der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu stabilisieren, um auch langfristig eine gute, finanzierbare und sozial faire gesundheitliche Versorgung sicherzustellen.

Aber: Einsparungen im Gesundheitswesen und Belastungen für GKV-Beitragszahler*innen müssen fair und mit dem notwendigen Augenmaß erfolgen. Wenngleich unbestritten ist, dass in der aktuellen Lage alle Bereiche ihren Beitrag zur Konsolidierung der GKV-Finanzen leisten müssen, muss mit Blick auf die Sicherung effizienter, patientennaher Versorgungsstrukturen eine überproportionale Belastung des ambulanten Sektors unbedingt vermieden werden. Auch muss vermieden werden, durch Einsparungen die dringend notwendige Einrichtung ambulanter und stationärer Weiterbildungsstellen für Psychotherapeut*innen noch weiter zu behindern. Die finanzielle Basis für Weiterbildung in der ambulanten und stationären Versorgung darf nicht noch weiter geschwächt werden.

Die FinanzKommission Gesundheit hat in ihrem ersten Bericht zutreffend festgestellt: Die Ausgaben der vertragsärztlichen Versorgung sind im Zeitraum seit 2015 moderater gestiegen als die Ausgaben insgesamt. Zugleich ist die vertragsärztliche Versorgung das Rückgrat der Gesundheitsversorgung in Deutschland, in der 97 Prozent der Behandlungsfälle für lediglich 16 Prozent der Kosten versorgt werden. Gerade unter Effizienzgesichtspunkten ist es daher erforderlich, dass angesichts der strukturellen Defizite in der GKV-Finanzierung die Strukturen der ambulanten Versorgung gestärkt und nicht geschwächt werden. Ziel muss es sein, das Ambulantisierungspotenzial im deutschen Gesundheitssystem endlich konsequent zu heben.

Die deutlich steigenden Kosten für Praxen durch Erhöhung der Mieten, der Energiepreise, der tariflichen Gehaltssteigerungen etc. müssen bei allen Sparbemühungen ausreichend beachtet werden.

Die BPtK unterstützt die in dem Entwurf vorgesehenen Reformen, die auf eine konsequente evidenzbasierte Ausrichtung der Gesundheitsversorgung in Deutschland abzielen. Auch die geplante Einführung einer Teilzeitarbeitsunfähigkeit und damit verbunden des Teilzeitkrankengeldes wird ausdrücklich unterstützt.

Im Lichte dieser Überlegungen fordert die BPtK die Bundesregierung auf,

1. psychotherapeutische Leistungen, einschließlich der neuropsychologischen Therapie sowie Leistungen der ambulanten Komplexbehandlung gemäß den Richtlinien nach § 92 Absatz 6b SGB V weiterhin außerhalb der MGV und künftig gemäß § 87d Absatz 4 SGB V vollständig zu vergüten,
2. strukturell wirksame Maßnahmen (Kurzzeittherapiezuschläge nach § 87 Absatz 2c Sätze 9 und 10 SGB V, Vergütungsregelungen zu den TSVG-Terminkonstellationen) zu erhalten und die ambulante Versorgung GKV-Versicherter zu stärken und damit
3. die finanzielle Basis für die Einrichtung von ambulanten und stationären Weiterbildungsstellen durch pauschale Sparmaßnahmen nicht noch weiter auszuhöhlen.
4. die versicherungsfremden Leistungen für Bezieher*innen der Grundsicherung vollständig aus Steuermitteln zu finanzieren und so die GKV-Beitragszahler*innen schon 2027 um rund 12 Milliarden Euro zu entlasten.

Wenn die ambulante vertragsärztliche Versorgung in der vorgesehen Form durch Sparmaßnahmen belastet wird, droht ein spürbarer Rückgang der ambulanten Behandlungskapazitäten in der hausärztlichen, fachärztlichen sowie psychotherapeutischen Versorgung. Die drohende Ausdünnung und Schwächung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung würde enorme Folgekosten durch eine Zunahme von AU-Zeiten, Krankengeldzahlungen und Erwerbsminderungsrenten sowie vermeidbare stationäre Aufenthalte verursachen, die die Einsparungen bei Weitem überschreiten werden. Eine solche Entwicklung untergräbt die grundlegenden Strukturen eines effizienten und bedarfsgerechten Gesundheitssystems, das nach medizinischen Kriterien, insbesondere der Dringlichkeit der Versorgung, priorisiert, nicht nach Versicherungsstatus, und das die soziale Kohäsion in der Gesellschaft stärkt.

3. Zu den Regelungsvorschlägen im Einzelnen

3.1. Extrabudgetäre Vergütung (§ 87a und § 87d SGB V)

Aus der vorgesehenen Änderung des § 87a Absatz 3 SGB V in Verbindung mit dem neuen § 87d SGB V würde zunächst eine Rückführung psychotherapeutischer Leistungen in die MGV resultieren, da die bisherige Rechtsgrundlage in § 87a Absatz 3 Satz 6 SGB V für den Bewertungsausschusses, unter anderem die extrabudgetäre Vergütung psychotherapeutischer Leistungen zu empfehlen, ersatzlos gestrichen würde. Die neuen Regelungen in § 87d SGB V für die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen außerhalb der MGV sind zugleich sehr eng gefasst. Damit eine Leistung zusätzlich extrabudgetär vergütet wird, muss der Bewertungsausschuss zunächst verbindliche Kriterien für extrabudgetär zu vergütende Leistungen beschließen. Diese Kriterien müssen sicherstellen, dass die Leistungen „nachweisbar die Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit signifikant erhöhen“ und dass dieser Effekt mit einer Vergütung innerhalb der MGV nicht erreicht werden kann.

Darüber hinaus sehen die vorgeschlagenen Regelungen zur Vergütung von extrabudgetär zu vergütenden Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung ebenfalls eine Deckelung und die Vereinbarung einer Gesamtvergütung vor, die von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung entrichtet wird.

Diese Regelungen stehen Sinn und Zweck einer extrabudgetären Vergütung vertragsärztlicher Leistungen fundamental entgegen und verhindern, dass wachsenden Versorgungsbedarfen in der vertragsärztlichen Versorgung mit bedarfsgerechten Behandlungsangeboten begegnet werden kann.

Mit der vorgesehenen Rückführung der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen in die MGV würden künftig Begrenzungen der Vergütung greifen, deren konkrete Ausgestaltung den Kassenärztlichen Vereinigungen im jeweiligen Honorarverteilungsmaßstab obliegen würde. Insbesondere für die rund 72 Prozent der Vertragspsychotherapeut*innen mit reduziertem Versorgungsauftrag steht zu befürchten, dass viele von ihnen aufgrund der Mengenbegrenzungen ihre bisherigen Therapieangebote für GKV-Versicherte in erheblichen Umfang einschränken müssen. In der Folge wäre für die psychotherapeutische Versorgung eine signifikante Reduktion der Versorgungsangebote und eine deutliche Verlängerung der Wartezeiten zu erwarten, während zugleich sogar ein weiteres Wachstum des psychotherapeutischen Versorgungsbedarfs bis 2030 um 23 Prozent prognostiziert wird. Erforderliche und im Koalitionsvertrag geplante Verbesserungen der psychotherapeutischen Versorgung würden so nicht nur verhindert, sondern in ihr Gegenteil verkehrt.

Den stetig wachsenden Kosten für Krankenhausbehandlungen, AU-Zeiten, Krankengeldzahlungen oder Erwerbsminderungsrenten wegen psychischer Erkrankungen würde ausgerechnet mit tiefen Einschnitten in die ambulante Psychotherapie begegnet. Dabei ist die ambulante Psychotherapie besonders geeignet, eine wirksame und kosteneffektive Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sicherzustellen, klinisches Leiden zu lindern und insbesondere mittel- und langfristig volkswirtschaftliche Folgekosten psychischer Erkrankungen zu reduzieren.

Die BPtK fordert daher, dass insgesamt die antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen aus Kapitel 35.2 des EBM sowie die Leistungen Psychotherapeutische Sprechstunde, Psychotherapeutische Akutbehandlung und probatorische Sitzungen, die neuropsychologische Therapie als Einzel- und Gruppenbehandlung sowie die Leistungen der ambulanten Komplexbehandlung für schwer psychisch erkrankte Patient*innen nach den Richtlinien gemäß § 92 Absatz 6b SGB V vollständig extrabudgetär vergütet und entsprechend in § 87d Absatz 4 Satz 1 SGB V aufgeführt werden.

Wohnortnahe psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen stärken

Der Behandlungsbedarf von Kindern und Jugendlichen aufgrund psychischer Erkrankungen ist im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie, den multiplen Krisen sowie der Zunahme der damit verbundenen psychosozialen Belastungen in den vergangenen Jahren erheblich gewachsen. Studien zeigen, dass fast ein Viertel der Kinder und Jugendlichen von einer geringen Lebensqualität berichtet.[1] Die Zahl der Depressionen bei 5- bis 24-Jährigen stieg zwischen 2018 und 2023 um 30 Prozent an.[2] Bei jedem fünften Heranwachsenden zwischen 11 und 17 Jahren besteht der Verdacht auf eine Essstörung.[3] Schwere Krankheitsverläufe nehmen zu. Die erforderliche zügige, wohnortnahe psychotherapeutische Versorgung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher kann heute in vielen Regionen nicht ansatzweise sichergestellt werden. Kinder und Jugendliche müssen oft monatelange auf einen Therapieplatz warten – im Durchschnitt 28 Wochen. Besonders drastisch ist die Situation im ländlichen Raum. Bleiben psychische Erkrankungen unbehandelt, drohen langfristig gravierende Folgen. Psychische Erkrankungen verschlimmern und chronifizieren sich, Teilhabe und Bildungschancen geraten in Gefahr, Familien

[1] Kaman, A., Devine, J., Erhart, M., Napp, A.-K., Reiß, F., Freitag, C. M. & Ravens-Sieberer, U. (2025). *Current Global Crises and Youth Mental Health in Germany: The Role of Media Use, Coping and Resources.*
[2] BARMER. (2024, 23. Oktober). Diagnose Depression bei immer mehr jungen Menschen. Presseinformation. https://www.barmer.de/presse/presseinformationen/pressearchiv/diagnose-depression-bei-immer-mehr-jungen-menschen-1288264.
[3] Robert Koch-Institut (RKI). (2019). *KiGGS Welle 2 – Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Essstörungssymptome.* Journal of Health Monitoring, RKI.

an ihre Grenzen. Langfristig drohen weniger Teilhabe am Arbeitsleben und ein höheres Risiko für Frühverrentung.

Daher ist die Umsetzung der im Koalitionsvertrag angekündigten Reform der Bedarfsplanung mit Schaffung einer eigenen Bedarfsplanungsgruppe für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie für eine zielgenaue Verbesserung der wohnortnahen psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen und zur Sicherstellung eines schnellen Zugangs dringend geboten. Insbesondere in ländlichen Regionen und sozial benachteiligten Quartieren ist die gezielte Schaffung zusätzlicher Kassensitze für die kinder- und jugendlichenpsychotherapeutische Versorgung zwingend erforderlich.

Die vorgesehene Rückführung der extrabudgetär vergüteten psychotherapeutischen Leistungen in die MGV würde jedoch verhindern, dass die für die gezielte Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen erforderlichen Mittel im Zuge der Reform der Bedarfsplanung auch bereitgestellt gestellt werden können. Zudem drohten erhebliche Einschnitte in die bestehende Versorgung, insbesondere hinsichtlich des Behandlungsangebots kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischer Praxen mit reduziertem Versorgungsauftrag. Dies muss verhindert werden, indem in § 87d Absatz 4 Satz 1 SGB V neben der kinder- und jugendpsychiatrischen Grundversorgung auch die vollständige extrabudgetäre Vergütung psychotherapeutischer Leistungen bei allen Altersgruppen als vollständig extrabudgetär zu vergütende Leistungen ergänzt werden.

Ausbau der ambulanten, multiprofessionellen und sektorübergreifenden Versorgung schwer psychisch erkrankter Patient*innen sichern

Schwer psychisch erkrankte Patient*innen haben in vielen Regionen in Deutschland noch keinen ausreichenden Zugang zu einer multiprofessionellen ambulanten Versorgung. Die Versorgungsangebote nach der KSVPsych-Richtlinie für schwer psychisch erkrankte Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche konnten noch nicht hinreichend aufgebaut werden. Relevante Hürden in den normativen Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses in der KSVPsych-Richtlinie, welche die Entwicklung der vorgesehenen Netzverbünde behindert haben, wurden jüngst erst durch eine Anpassung der Richtlinie abgebaut. Auch die im Februar 2025 beschlossene Ermächtigungsregelung für die psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung vulnerabler Patientengruppen nach § 31 Absatz 1 Satz 3 Ärzte-ZV beginnt erst langsam, in der ambulanten Versorgung schwer psychisch erkrankter Patient*innen zu greifen. Eine Vergütung der bei diesen Patientengruppen erbrachten Leistungen im Rahmen der MGV würde die gewünschte Entwicklung dieser patientenorientierten und kosteneffizienten Versorgungsangebote verhindern. Das

vorhandene Ambulantisierungspotenzial bliebe ungenutzt. Es ist daher auch für die Patientenbehandlungen, die nach der KJ-KSVPsych-Richtlinie, der KSVPsych-Richtlinie oder aufgrund einer Ermächtigung nach § 31 Absatz 1 Satz 3 Ärzte-ZV erbracht werden, sicherzustellen, dass die jeweiligen Leistungen gemäß § 87d Absatz 4 Satz 1 SGB V extrabudgetär zu vergüten sind.

Förderung spezifischer psychotherapeutischer Leistungen fortsetzen

Um dem wachsenden psychotherapeutischen Versorgungsbedarf besser gerecht werden und die hierfür erforderlichen Behandlungskapazitäten stärker skalieren zu können, ist die Fortsetzung der Förderung der Gruppenpsychotherapie dringend geboten. Die Versorgungsdaten zeigen deutlich, dass es aufgrund der in der Psychotherapie-Richtlinie und im EBM getroffenen Regelungen gelungen ist, nach dem zwischenzeitlichen Stillstand während der COVID-19-Pandemie die gruppenpsychotherapeutischen Behandlungsangebote deutlich auszubauen. Nach den Daten des ZI-Trendreports[4] konnten seit 2021 innerhalb von vier Jahren die Fallzahlen für gruppenpsychotherapeutische Behandlungen verdreifacht werden. Gruppenpsychotherapeutische Behandlungen haben inzwischen einen Anteil von circa zehn Prozent an den antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapien. Diese für eine differenzierte und effiziente psychotherapeutische Versorgung gebotene Entwicklung drohte abzubrechen, wenn nach Rückführung der Vergütung dieser Leistungen in die MGV die zu erwartenden Begrenzungsinstrumente im Honorarverteilungsmaßstab greifen.

Ferner ist es für eine weitere Stärkung der Steuerung und Koordination der Versorgung psychisch erkrankter Patient*innen und eine im Koalitionsvertrag angekündigte Verbesserung der psychotherapeutischen Notfallversorgung erforderlich, dass auch für die Psychotherapeutische Sprechstunde und die Psychotherapeutische Akutbehandlung weiterhin eine extrabudgetäre Vergütung sichergestellt ist. Nur so wird sich das dafür erforderliche Leistungsangebot unter anderem im Rahmen eines Primärversorgungssystems ausreichend entwickeln können.

3.2. Zuschläge zur Kurzzeittherapie (§ 87 Absatz 2c SGB V)

Die Zuschläge zur Kurzzeittherapie sind ein Vergütungsinstrument, um die zeitnahe Bereitstellung von Behandlungsressourcen für eine kompakte, zielorientierte psychotherapeutische Behandlung zu stärken, den damit verbundenen Aufwand abzubilden und

[4] Zi-Trendreport zur vertragsärztlichen Versorgung (2026). Bundesweiter tabellarischer Report vom 1. Quartal 2021 bis zum 2. Quartal 2025. zi-trendreport-2025-q2.pdf.

dadurch mehr Patient*innen zu versorgen. Maßstab für die Evaluation dieses Vergütungsinstruments kann dabei nicht sein, ob es zu einer signifikanten Verschiebung zwischen der Anzahl der Sitzungen einer Kurzzeittherapie in Relation zur Anzahl der Sitzungen einer Langzeittherapie gekommen ist. Circa ein Drittel der Patient*innen, die in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung mit einer Richtlinienpsychotherapie behandelt werden, werden aufgrund der Schwere und Chronizität ihrer Erkrankung mit einer Langzeitpsychotherapie versorgt und beanspruchen dabei circa die Hälfte der Therapiestunden in den Praxen. Bedeutsam ist vielmehr, dass möglichst viele Patient*innen, die suffizient mit einer Kurzzeittherapie versorgt werden können, zeitnah eine solche kompakte Behandlung erhalten, ehe es zu Chronifizierungen kommt und länger dauernde Behandlungen erforderlich werden. Der erhöhte zeitliche Aufwand für Behandlungen mit kurzer Behandlungsdauer deutlich unterhalb der Kontingentgrenzen sollte über die Vergütungssystematik adäquat abgebildet werden. Genau dies leisten die bestehenden Zuschläge zur Kurzzeitpsychotherapie.

Die Streichung der Zuschläge zur Kurzzeittherapie würde zu einer weiteren Schwächung der ambulanten Versorgungsstrukturen führen, die gerade jetzt im Sinne einer effizienten und nachhaltigen Versorgung von Patient*innen mit psychischen Erkrankungen gestärkt werden müssen. Die BPtK fordert daher, auf die vorgesehene Streichung in § 87 Absatz 2c SGB V zu verzichten.

3.3. Abschaffung der Vergütungsregelungen für die TSVG-Konstellationen (§ 87 Absatz 2b und 2c sowie § 87a Absatz 3 SGB V)

Mit der Einführung der Vergütungsregelungen für die Terminvermittlungsfälle konnte das Terminangebot für gesetzlich Versicherte ausgebaut und der Zugang zur ambulanten Versorgung, orientiert an der Dringlichkeit des Behandlungsbedarfs, gestärkt werden. Mit der vorgesehenen Streichung dieser Vergütungsregelungen und der Rückführung der aufgrund einer Terminvermittlung erbrachten Leistungen in die MGV drohte eine substanzielle Reduktion der Terminangebote in der fachärztlichen Versorgung, verbunden mit einer Erhöhung der Wartezeiten. Die BPtK spricht sich daher für den Erhalt der Vergütungsregelungen für Terminvermittlungsfälle aus.

3.4. Psychiatrische und psychosomatische Krankenhausversorgung (§ 3 BPflV)

Die Streichung der Tarifrate, nach der die Personalkosten künftig nicht mehr vollumfänglich finanziert werden, wird die ohnehin schon angespannte Personalsituation der psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken weiter verschärfen.

Derzeit erfüllen nur etwas mehr als die Hälfte der Einrichtungen der Psychiatrie die Mindestvorgaben der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-Richtlinie). Die größten Umsetzungsprobleme gibt es in der Pflege. Hier erfüllen nur rund 64 Prozent der Erwachsenenpsychiatrien und 60 Prozent der Kinder- und Jugendpsychiatrien die Personalvorgaben. In der Konsequenz heißt das, dass in vielen Einrichtungen Patient*innen behandelt werden, obwohl zu wenig Personal dafür vorhanden ist.

Durch die Streichung der Tarifrate wird der Kostendruck in den Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik, deren Kosten zu 80 Prozent durch Personal verursacht werden, deutlich steigen. Dies wird sich negativ sowohl auf die Vorhaltung von Personal als auch auf die Versorgungsqualität in den Krankenhäusern auswirken. Insgesamt droht ein ungesteuerter Abbau von Behandlungskapazitäten und -strukturen in den Krankenhäusern, der der gebotenen Umwandlung stationärer in teilstationäre und ambulante Behandlungsangebote zuwiderläuft.

3.5. Krankengeldmanagement der Krankenkassen (§ 44 Absatz 4 SGB V)

Die BPtK lehnt die Neufassung von § 44 Absatz 4 SGB V entschieden ab. Zum Schutz der Versicherten muss die bestehende gesetzliche Regelung erhalten bleiben. Die Erfahrungen mit dem Krankengeldfallmanagement zeigen deutliche Fehlentwicklungen: Laut dem jährlichen Monitor Patientenberatung der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland berichten Versicherte von wiederholten Kontakten, belastenden Nachfragen und erheblichem Druck[5]. Häufig entsteht der Eindruck, dass dabei nicht die Genesung, sondern die schnelle Beendigung des Krankengeldbezugs im Vordergrund stehen könnte.

Vor dem Hintergrund der Interessenkonflikte sowie der negativen Erfahrungen der Versicherten bei der Beratung durch die Krankenkassen ist die geltende Schutzregelung zentral: Eine Beratung bei bevorstehendem oder bestehendem Krankengeldbezug darf ausschließlich nach vorheriger Information und mit ausdrücklicher schriftlicher oder elektronischer Einwilligung der Versicherten erfolgen. Eine Aufweichung dieser Vorgaben lehnt die BPtK ab.

[5] Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD). 2023. Monitor Patientenberatung der UPD. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/beratung/2023_UPD_Monitor_Patientenberatung.pdf.

3.6. Teilarbeitsunfähigkeit (§ 44c und § 44d SGB V) und Feststellung der Arbeitsunfähigkeit durch Psychotherapeut*innen (§ 73 SGB V)

Die BPtK begrüßt die Einführung der Teilarbeitsunfähigkeit sowie des Teilkrankengeldes nach § 44c und § 44d SGB V. Eine Teilarbeitsunfähigkeit kann insbesondere bei psychischen Erkrankungen zur Genesung beitragen, indem eine frühzeitige, individuell angepasste und genesungsförderliche Teilhabe am Arbeitsleben ermöglicht wird und der Übergang in den Arbeitsalltag strukturiert unterstützt wird.

Gleichzeitig ist sicherzustellen, dass die teilweise Ausübung der Tätigkeit freiwillig ist und ausschließlich auf ausdrücklichen Wunsch der Versicherten erfolgt. Eine bloße Zustimmung reicht hierfür nicht aus. Es muss ausgeschlossen werden, dass das Instrument der Teilarbeitsunfähigkeit zur Leistungsreduktion missbraucht wird oder sich Versicherte unter Druck gesetzt fühlen, gegen ihren Willen vorzeitig an den Arbeitsplatz zurückzukehren.

Wie in der Begründung des Gesetzentwurfs dargelegt, wird die avisierte Regelung insbesondere bei psychischen Erkrankungen relevant sein, die zu den häufigsten Ursachen für Arbeitsunfähigkeit zählen und oft mit langen Ausfallzeiten einhergehen. Die Nutzung der Teilarbeitsunfähigkeit setzt allerdings eine genaue Kenntnis der Anforderungen an dem individuellen Arbeitsplatz voraus und ist darüber hinaus für die erforderlichen Abstimmungs- und Kommunikationsprozesse mit erheblichen zeitlichen Anforderungen verbunden. Diese werden regelhaft nur erfüllbar sein, wenn – wie im Falle einer Psychotherapie – eine intensive ambulante Behandlung auch die spezifische Situation am Arbeitsplatz mit ihren Anforderungen und Belastungsfaktoren systematisch in den Blick nimmt und für den begleitenden Prozess einen geeigneten Rahmen liefert. Für eine umfassende Versorgung von Patient*innen mit (insbesondere schweren) psychischen Erkrankungen ist es notwendig, dass auch Psychotherapeut*innen die Befugnis erhalten, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auszustellen und eine stufenweise Wiederaufnahme beruflicher Tätigkeiten einzuleiten. Sie verfügen über die notwendige diagnostische Kompetenz sowie aufgrund der Behandlungsfrequenz häufig über die beste Informationsgrundlage zur Einschätzung des psychischen Gesundheitszustands, der Belastbarkeit sowie der arbeitsplatzbezogenen Anforderungen ihrer Patient*innen. Um diese Kompetenz auch im Sinne der Patientenversorgung und in Abstimmung mit der jeweiligen psychotherapeutischen Behandlung nutzen zu können, bedarf es einer Änderung in § 73 SGB V. Die BPtK schlägt daher vor, den 2. Halbsatz in § 73 Absatz 2 Satz 2 SGB V zu streichen.

3.7. Digitale Gesundheitsanwendungen: Erstattungsfähigkeit und Preisfindung bei Digitalen Gesundheitsanwendungen ändern

Aus Sicht der BPtK ist es nicht nachvollziehbar, dass relevante Vorschläge der FinanzKommission Gesundheit mit Blick auf DiGA nicht aufgenommen wurden. Die FinanzKommission Gesundheit hatte insbesondere die Streichung der bestehenden Erprobungsregelungen und den Ersatz durch eine Nutzenbewertung analog zum AMNOG-Verfahren bei Arzneimitteln empfohlen. Diese Empfehlung sollte nicht nur aus Kostengründen umgesetzt werden, sie dient auch der Patientensicherheit.

DiGA können grundsätzlich, sofern ihre Wirksamkeit nachgewiesen ist, eine Ergänzung in der Versorgung von Patient*innen mit psychotherapeutischem Versorgungsbedarf darstellen. Die BPtK lehnt es jedoch ab, dass Patient*innen in der Regelversorgung DiGA zur Verfügung gestellt werden, bevor durch klinische Studien nachgewiesen wurde, dass sie wirksam sind und dass sie die Patientensicherheit nicht gefährden. Die Erprobungsregelungen, die eine Aufnahme von DiGA in das Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte und damit eine Erstattung durch die GKV ohne bereits vorliegenden Nachweis positiver Versorgungseffekte ermöglichen, sollten zur Sicherung der Behandlungsqualität, wie von der FinanzKommission Gesundheit vorgeschlagen, gestrichen werden.

Hinzu kommt, dass zu erwarten ist, dass die Ausgaben der GKV durch den Einsatz von DiGA ansteigen werden, teilweise auch aufgrund eines unzureichenden Verfahrens für die Preisbildung. Aus Sicht der BPtK sollte sichergestellt werden, dass die ohnehin knappen Versichertengelder nicht für DiGA mit unklarem Nutzen aufgewendet werden und darauf aufbauend ein adäquates Verfahren für Preisverhandlungen ermöglicht wird.

Die BPtK schlägt daher vor, § 139e Absatz 4 SGB V und § 134 Absatz 5 SGB V ersatzlos zu streichen.

3.8. Entfall des Konsiliarberichts vor einer psychotherapeutischen Behandlung bei bestehender Voruntersuchung (§ 28 Absatz 3 Satz 3 SGB V)

Die FinanzKommission Gesundheit hat in ihrem ersten Bericht unter 6.3.11 den Wegfall des obligatorischen Konsiliarberichts vor Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung vorgeschlagen, soweit dessen Notwendigkeit aufgrund von bestehenden Voruntersuchungen nicht gegeben ist. Die mit dem Gesetzentwurf betrauten Ausschüsse des Bundesrats haben in ihren Empfehlungen (BR-Drs. 256/1/26) unter Punkt 4 den Vorschlag der FinanzKommission Gesundheit ebenfalls aufgegriffen.

Der Wegfall des obligatorischen Konsiliarberichts betrifft ärztlich überwiesene Patient*innen sowie Patient*innen in psychotherapeutischer Anschlussbehandlung nach einer vorangegangenen Krankenhausbehandlung. In diesen Fällen ist die erforderliche Abklärung möglicher somatischer Erkrankungen bereits erfolgt. Kosten, bürokratische Aufwendungen und Verzögerungen in der psychotherapeutischen Versorgung durch vermeidbare Doppeluntersuchungen können durch eine entsprechende Änderung des § 28 Absatz 3 Satz 3 SGB V reduziert werden. Das Einsparvolumen würde sich dabei nicht allein auf die unmittelbaren Kosten für den Konsiliarbericht beschränken, sondern auch auf die mögliche Auslösung von Quartals- und Konsultationspauschalen bei Patient*innen erstrecken, die in dem jeweiligen Quartal ausschließlich für die konsiliarische Untersuchung ihre Haus- bzw. Fachärzt*in aufsuchen. Darüber hinaus könnten wertvolle Behandlungskapazitäten insbesondere in der hausärztlichen Versorgung anderweitig genutzt werden.

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(10)
zur öffentl. Anh. am 22.06.2026
18.06.2026

BED e. V. Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland
Nohner Str. 10 - D-66693 Mettlach

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Wir sind für Sie da!
Bundesverband für Ergotherapeut:innen Deutschland e.V.

BED
Bundesverband für
Ergotherapeuten in
Deutschland e. V. Verwaltung

Nohner Str. 10
66693 Mettlach

Tel 06868 - 9109 0
Fax 06868 - 9109 15

Bürotelefon:
06438-9279000

E-Mail info@bed-ev.de
Web www.bed-ev.de

Geschäftsführender Vorstand
Diplom-Betriebswirt
Christine Donner

Verbandsregister
Reg.-Nr. VR 7505
Amtsgericht Wiesbaden

Datum: **17.06.2026**

Stellungnahme des Bundesverbandes für Ergotherapeut*innen in Deutschland e.V.
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz, BT-Drs. 21/6130

sowie zu den mitberatenen Anträgen
BT-Drs. 21/2036, BT-Drs. 21/2716, BT-Drs. 21/5332, BT-Drs. 21/5759, BT-Drs. 21/5753 und BT-Drs. 21/5487

A. Vorbemerkung

Der Bundesverband für Ergotherapeut*innen in Deutschland e.V. (BED) nimmt zum Gesetzentwurf der Bundesregierung eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung, BT-Drs. 21/6130, Stellung, soweit dieser die Heilmittelversorgung und insbesondere die Ergotherapie betrifft.

Der BED nimmt diese Beteiligung ausdrücklich zum Anlass, die heilmittel- und ergotherapierelevanten Auswirkungen des Gesetzentwurfs gesondert darzustellen. Die Stellungnahme knüpft an die bereits eingereichte gemeinsame Stellungnahme zum Referentenentwurf an, bewertet den nun vorliegenden Gesetzentwurf jedoch eigenständig unter Berücksichtigung der mitberatenen Anträge und der zwischenzeitlich vertieften fachlichen, methodischen und rechtlichen Prüfung.

Aus Sicht des BED bestehen im Gesetzentwurf weiterhin drei zentrale Kernprobleme:

1. die Wiedereinführung der Grundlohnsummenbindung im Heilmittelbereich durch Anwendung des § 71 SGB V auf Verträge nach §§ 125 und 125a SGB V,
2. die Erhöhung und Dynamisierung der Zuzahlungen im Heilmittelbereich,
3. das gesetzliche Verbot versorgungsbezogener Pauschalen in der Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung nach § 125a SGB V.

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Der BED erkennt ausdrücklich an, dass die Stabilisierung der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung eine zentrale politische Aufgabe ist. Diese Aufgabe darf jedoch nicht dadurch gelöst werden, dass die Heilmittelversorgung als kurzfristig nutzbarer fiskalischer Entlastungsraum behandelt wird.

Ergotherapie und andere Heilmittel sind keine nachrangigen Ergänzungsleistungen. Sie sichern Funktionsfähigkeit, Selbstständigkeit, Alltagsbewältigung, Kommunikation, Mobilität, soziale Teilhabe, Erwerbsfähigkeit, Rehabilitation und Pflegevermeidung.

Für die Parlamentarier ist aus Sicht des BED wichtig zu erkennen, dass ein gesetzlicher Leistungsanspruch auf Heilmittel nicht genügt, wenn seine tatsächliche Einlösbarkeit durch wirtschaftlich geschwächte Praxen, längere Wartezeiten, fehlende Fachkräfte, höhere Eigenbeteiligungen oder den Rückzug aus komplexen Versorgungen beeinträchtigt wird.

Versorgungssicherheit bemisst sich nicht allein daran, ob ein Anspruch im SGB V formal erhalten bleibt. Versorgungssicherheit entsteht erst dort, wo Patientinnen und Patienten tatsächlich Zugang zu erreichbarer, fachlich qualifizierter, wirtschaftlich tragfähiger und bedarfsgerechter Versorgung haben.

B. Zum Allgemeinen Teil des Gesetzentwurfs

B. I. Die Grundentscheidung des Gesetzentwurfs bleibt eine Ausgabenbegrenzung im System

Der Gesetzentwurf verfolgt weiterhin eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik. Die Ausgabenentwicklung in verschiedenen Leistungsbereichen soll wieder an die Einnahmenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung angebunden werden. Für den Heilmittelbereich bedeutet dies, dass die bisherige Systematik einer kostenbezogenen Vergütungsfindung durch eine feste Obergrenze auf Grundlage des § 71 SGB V überlagert werden soll.

Damit wird die Heilmittelversorgung nicht auf Grundlage ihrer tatsächlichen Versorgungsfunktion, ihrer realen Personal- und Betriebskosten, ihres Beitrags zur Teilhabe oder zumindest wegen ihrer Folgekostenvermeidung oder ihrer gesamtwirtschaftlichen Ausstrahleffekte bewertet, sondern wie alle anderen Bereiche, in eine allgemeine Konsolidierungslogik eingeordnet, trotz völlig anderer Ausgangslage und Wirkeffekten.

Diese Grundentscheidung ist politisch besonders relevant, weil der Gesetzentwurf die Stabilisierung der GKV-Finanzen wesentlich innerhalb des Systems selbst organisiert. Dies erfolgt über Begrenzungen bei Leistungserbringenden, Herstellern und Krankenkassen, über höhere Zuzahlungen und über weitere Belastungen von Versicherten. Eine ausreichende strukturelle Gegenfinanzierung der gesamtgesellschaftlichen Aufgaben über Steuermittel erfolgt dagegen nicht in dem Umfang, der erforderlich wäre, um den Druck auf die Versorgung wirksam zu reduzieren und auch nicht, um systematisch diese Lasten passend ihrer Funktion richtig zuzuordnen.

Für die Versorgung mit Heilmitteln hat dies unmittelbare Folgen. Steigender Bedarf, höhere Komplexität der Versorgung, Fachkräfteengpässe, Digitalisierungs- und Bürokratiekosten sowie wachsende therapeutische Verantwortung werden nicht sachgerecht refinanziert, sondern in die Praxen und zu Patientinnen und Patienten verlagert.

Was im Heilmittelbereich kurzfristig eingespart wird, verschwindet jedoch nicht aus dem Versorgungssystem. Es wird sich vielmehr in andere Bereiche verlagern und zeigt sich dann in verzögerter Behandlung, zusätzlicher ärztlicher Wiedervorstellungen, stationärer Versorgung, längerer Arbeitsunfähigkeit, verspäteter Rückkehr in Arbeit, früherer Pflegebedürftigkeit oder zusätzlicher Belastungen anderer Sozialversicherungssysteme.

Eine echte Einsparung liegt nur dann vor, wenn durch eine reduzierte Ausgabe keine höheren Kosten an anderer Stelle entstehen.
Genau diese sektorübergreifende Betrachtung fehlt im Gesetzentwurf für den Heilmittelbereich.

B. II. Die Tatsachen- und Methodengrundlage bleibt im Heilmittelbereich unzureichend

Der Gesetzentwurf übernimmt im Heilmittelbereich weiterhin eine zu pauschale Ausgabendiagnose. Der Heilmittelbereich wird als weitgehend einheitlicher Ausgabenblock behandelt. Das wird der tatsächlichen Struktur der Versorgung nicht gerecht.

Die Heilmittelversorgung umfasst unterschiedliche Versorgungsbereiche mit jeweils eigener Leistungs-, Kosten-, Personal-, Indikations- und Mengenlogik. Als eigenständige Bereiche unterscheiden sich Physiotherapie, Ergotherapie, Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie, Podologie, Diätassistenz und Ernährungstherapie erheblich hinsichtlich Praxisstruktur, Qualifikationsanforderungen, Behandlungsdauer, Anteil komplexer Fälle, Hausbesuche, Verordnungsdynamik, Dokumentationsaufwand sowie Kosten- und Mengenentwicklung.

Vor gesetzlichen Eingriffen in §§ 61, 71, 125 und 125a SGB V wäre daher eine heilmittelbereichsspezifische Analyse erforderlich. Insbesondere muss nachvollziehbar getrennt werden zwischen

- echten Preissteigerungen derselben Leistung,
- Mengenentwicklungen,
- demografisch oder epidemiologisch bedingtem Mehrbedarf,
- Strukturveränderungen,
- Verschiebungen zwischen Heilmittelbereichen,
- Verschiebungen innerhalb einzelner Heilmittelbereiche,
- veränderten Indikationsstrukturen,
- Hausbesuchen,
- neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse,
- längeren oder intensiveren Behandlungsformen,
- neuen Versorgungsformen wie der Blankoverordnung.

Dies gilt umso mehr, als auch die FinanzKommission Gesundheit selbst Hinweise darauf beschreibt, dass die Ausgabenentwicklung im Heilmittelbereich nicht ausschließlich preisgetrieben ist. Soweit in einzelnen Bereichen Mengenkomponenten, besondere Verordnungsentwicklungen oder heilmittelbereichsspezifische Besonderheiten sichtbar werden, dürfen diese nicht durch eine pauschale Preisdeckelungslogik überdeckt werden.

Gerade in der Ergotherapie können steigende Ausgaben auch Ausdruck von mehr abgerechneter Versorgung, komplexeren Verläufen, stärkerer Inanspruchnahme, veränderten Indikationsstrukturen oder steigendem psychischem, neurologischem, geriatrischem und teilhabebezogenem Bedarf sein. Solche

Entwicklungen dürfen nicht ohne nähere Prüfung als reine Vergütungsdynamik verkürzt interpretiert werden.

Erforderlich wäre mindestens eine standardisierte Analyse bei konstantem Leistungs-, Indikations-, Verordner-, Dauer-, Hausbesuchs- und Strukturmix. Andernfalls besteht das Risiko, dass notwendige Veränderungen in der Versorgungsstruktur fälschlich als bloßes Preisproblem bewertet werden.

B. III. Heilmittelversorgung ist folgekostenvermeidende Versorgungsinfrastruktur

Der BED fordert, Heilmittelversorgung nicht isoliert als Ausgabenposition der GKV zu betrachten. Heilmittelversorgung wirkt an Schnittstellen, an denen Folgekosten entstehen oder vermieden werden können: Mobilität, Selbstständigkeit, Kommunikation, Alltagsbewältigung, Teilhabe, Arbeitsfähigkeit, Pflegevermeidung, Rehabilitation und stationäre Entlastung.

Für mehrere therapeutische Versorgungsfelder bestehen Hinweise, dass rechtzeitig zugängliche Heilmittelversorgung Folgekosten vermeiden oder reduzieren kann, etwa durch Vermeidung oder Hinauszögern invasiver Versorgung, Unterstützung der Rückkehr in Arbeit, Erhalt von Selbstständigkeit, Pflegevermeidung und Entlastung stationärer Strukturen.

Für die Ergotherapie ist dieser Zusammenhang besonders naheliegend, weil sie unmittelbar an Alltagshandeln, Selbstversorgung, Rollen, Arbeitsfähigkeit, Teilhabe, psychischer Stabilisierung, kognitiver Leistungsfähigkeit, Hilfsmittelversorgung, Wohnraumanpassung und Angehörigenberatung ansetzt.

Gerade diese Wirkungen werden in einer kurzfristigen GKV-Ausgabenlogik nicht ausreichend sichtbar. Wenn Therapie verzögert, abgebrochen oder nicht begonnen wird, entstehen Kosten an anderer Stelle wie etwa bei Krankengeld, Erwerbsminderung, Pflege, stationärer Versorgung, Arbeitslosigkeit oder Teilhabesystemen.

Die Gesetzesfolgenabschätzung darf deshalb nicht allein fragen, welche kurzfristigen GKV-Minderausgaben entstehen. Sie muss auch prüfen, ob diese Minderausgaben zu höheren Folgekosten in anderen Bereichen führen würden.

B. IV. Die Maßnahmen dürfen nicht isoliert bewertet werden

Die heilmittelbezogenen Regelungen wirken nicht einzeln, sondern kumulativ:

1. Die Vergütungsentwicklung soll über § 71 SGB V begrenzt werden.
2. Die Zuzahlungen sollen erhöht und dynamisiert werden.
3. Versorgungsbezogene Pauschalen in der Blankoversorgung sollen gesetzlich ausgeschlossen werden.

Diese Kombination verschärft die Belastung im Heilmittelbereich erheblich. Praxen verlieren wirtschaftliche Spielräume, Patientinnen und Patienten werden stärker belastet, und ein neues Versorgungsmodell mit erweiterter therapeutischer Verantwortung wird vergütungsrechtlich entwertet und damit geschwächt.

Eine belastbare Gesetzesfolgenabschätzung müsste diese kumulative Wirkung ausdrücklich prüfen. Es reicht nicht aus, die Maßnahmen jeweils einzeln als technisch, fiskalisch oder vollzugspraktisch beherrschbar darzustellen. Maßgeblich ist, welche Gesamtwirkung auf Praxiswirtschaftlichkeit, Fachkräftebindung, Versorgungskapazität, Wartezeiten, Zugang, Inanspruchnahme und Versorgungsqualität entsteht.

B. V. Formale Leistungsansprüche ersetzen keine reale Versorgungskapazität

Der Gesetzentwurf geht erkennbar davon aus, dass Versorgungseffekte vor allem dann relevant sind, wenn der gesetzliche Leistungsanspruch unmittelbar eingeschränkt wird. Diese Betrachtung greift zu kurz.

Versorgung entsteht nicht allein dadurch, dass ein Anspruch im SGB V formal bestehen bleibt. Versorgung entsteht nur dann, wenn ausreichend Praxen wirtschaftlich tragfähig arbeiten können, wenn Fachkräfte gehalten und gewonnen werden können, wenn komplexe Versorgungen übernommen werden, wenn Behandlungen wohnortnah erreichbar sind und wenn Patientinnen und Patienten notwendige Leistungen tatsächlich in Anspruch nehmen können.

Eine Ausgabenbegrenzung kann daher auch ohne ausdrückliche Leistungskürzung zu verdeckter Rationierung führen: über längere Wartezeiten, fehlende Behandlungskapazitäten, Praxisschließungen, geringere Teilnahme an neuen Versorgungsformen, zurückhaltendere Annahme komplexer Fälle oder Therapieabbrüche der Patient*innen aus Kostengründen.

Der Gesetzgeber sollte solche Effekte nicht an Praxen, Therapierende, Verordnende oder Patientinnen und Patienten delegieren. Wenn politische Entscheidungen faktisch zu einer erschwerten Einlösbarkeit gesetzlicher Ansprüche führen können, müssen diese Folgen transparent benannt, geprüft und bewertet werden.

C. Zu Artikel 1 Nummer 25, § 71 SGB V, sowie Artikel 1 Nummer 44, § 125 Absatz 3 Satz 3 SGB V

C. I. Die Rückkehr zur Grundlohnsummenbindung ist im Heilmittelbereich ein gesetzgeberischer Rückschritt

Der Gesetzentwurf sieht vor, § 71 Absatz 1 bis 3 SGB V auf Verträge nach §§ 125 und 125a SGB V entsprechend anzuwenden. Damit soll die Grundlohnrate wieder als feste Obergrenze für die Vergütungsentwicklung im Heilmittelbereich wirken.

Der BED hält dies für nicht sachgerecht.

Die Grundlohnrate bildet nicht die tatsächliche Kostenentwicklung in Heilmittelpraxen ab. Heilmittelpraxen sind personalintensive Versorgungsbetriebe. Ihre wirtschaftliche Entwicklung wird insbesondere durch Personalkosten geprägt,

Zu den realen weiteren Betriebskosten gehören, neben Mieten, Energie, Versicherungen, Finanzierungskosten, Bürokratie, Fortbildung, Praxisverwaltung und steigende Anforderungen an Qualität und Dokumentation, inzwischen auch Kosten für digitale und hybride Versorgungsformen, telemedizinische Infrastruktur, Datenschutz, Software, Hardware und laufende Systemnutzung. Gerade wenn solche Versorgungsformen politisch als Effizienzpotenzial betrachtet werden, dürfen ihre Kosten nicht aus der Vergütungslogik ausgeblendet werden.

Hinzu kommt: Der Gesetzgeber hatte die Grundlohnsummenbindung im Heilmittelbereich bereits gelockert und später bewusst aufgehoben, denn mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz und dem Terminservice- und Versorgungsgesetz wurde anerkannt, dass die Grundlohnrate die realen Kostenentwicklungen im Heilmittelbereich nicht sachgerecht abbildet. Stattdessen sollten die realen Personalkosten, Sachkosten und laufende Praxiskosten berücksichtigt werden.

Die nun geplante Rückkehr ist daher kein neutraler Ordnungsschritt. Sie reaktiviert einen Maßstab, dessen mangelnde Realitätsnähe der Gesetzgeber für den Heilmittelbereich bereits erkannt und korrigiert hatte.

C. II. Der zusätzliche Abschlag von einem Prozentpunkt verschärft die Unterdeckung

Besonders problematisch ist, dass die Grundlohnrate für die Jahre 2027 bis 2029 zusätzlich um einen Prozentpunkt gemindert werden soll.

Schon die ungekürzte Grundlohnrate ist kein geeigneter Maßstab für die tatsächliche Kostenentwicklung therapeutischer Praxen. Der zusätzliche Abschlag verschärft diese Abkopplung nochmals. Die zulässige Vergütungsentwicklung würde nicht nur hinter der realen Kostenentwicklung zurückbleiben können, sondern zusätzlich politisch abgesenkt.

Dieser Abschlag ist im Heilmittelbereich unverhältnismäßig, da in der Ergotherapie weiterhin eine belegte Unterfinanzierung existiert und jene Lücke zwischen Ist- und Sollkosten seit dem Wegfall der Grundlohnsummenbildung lediglich kleiner geworden, aber nicht bewältigt worden ist.
Jedenfalls liegt ein milderes Mittel auf der Hand. Der Gesetzgeber könnte eine sektorspezifische Ausnahme vorsehen, die Regelung strikt befristen, auf den zusätzlichen Abschlag verzichten oder zumindest eine verbindliche Evaluation mit Nachsteuerungspflicht aufnehmen.

C. III. Besondere Benachteiligung der Ergotherapie durch retrospektive Preisbildung

Für die Ergotherapie ist die geplante Regelung besonders problematisch. Die Vergütungsbildung in der Ergotherapie bildet Kostenentwicklungen bislang mit zeitlichem Nachlauf ab. Tatsächliche Kostensteigerungen des laufenden Jahres kommen daher nicht vollständig und nicht zeitgleich in der Vergütung an.

Wird auf diese verzögerte Kostenabbildung zusätzlich eine Grundlohnobergrenze gelegt, entsteht eine doppelte Verzerrung. Die Ergotherapie wird auf einer ohnehin verspäteten Kostenbasis zudem gedeckelt.

Für laufende oder noch nicht abgeschlossene Vergütungs- und Schiedsverfahren muss daher ausdrücklich sichergestellt werden, dass diese nicht durch eine neue Grundlohnobergrenze präjudiziert werden. Eine gesetzgeberische Intervention darf nicht dazu führen, dass einzelne Heilmittelbereiche allein aufgrund des Zeitpunkts laufender Verfahren schlechter gestellt werden.

C. IV. Erforderlicher Änderungsbedarf

Der BED fordert vorrangig, die Anwendung des § 71 Absatz 1 bis 3 SGB V auf Verträge nach §§ 125 und 125a SGB V zu streichen.

Sollte der Gesetzgeber dennoch an einer Grundlohnlogik festhalten, sind als mildere Mittel mindestens vorzusehen:

1. strikte zeitliche Befristung der Regelung;
2. Verzicht auf den zusätzlichen Abschlag von einem Prozentpunkt;
3. ausdrücklicher Schutz laufender und noch nicht abgeschlossener Vergütungs- und Schiedsverfahren;
4. verbindliche Evaluation der Auswirkungen auf Vergütung, Praxiswirtschaftlichkeit, Fachkräftesicherung, Wartezeiten, regionale Versorgung und Patientinnen- und Patientenzugang;

5. Nachsteuerungspflicht, wenn sich Versorgungseinschränkungen, längere Wartezeiten, Praxisaufgaben oder Fachkräfteverluste zeigen.

Diese milderen Mittel liegen auf der Hand und würden den Eingriff in einen personalintensiven, versorgungsrelevanten Bereich zumindest begrenzen. Sie ersetzen nicht die vorrangige Forderung, den Heilmittelbereich aus der Grundlohnobergrenze herauszunehmen.

D. Zu Artikel 1 Nummer 23, § 61 SGB V, Zuzahlungen

D. I. Die Heilmittelzuzahlung unterliegt bereits heute einer besonderen Dynamisierung

Der Gesetzentwurf sieht vor, die allgemeinen Zuzahlungsgrenzen von mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro auf mindestens 7,50 Euro und höchstens 15 Euro anzuheben. Für Heilmittel soll der feste Zuzahlungsbetrag je Verordnung von 10 Euro auf 15 Euro erhöht werden; zusätzlich sollen die Beträge künftig dynamisiert werden.

Für Heilmittelpatientinnen und Heilmittelpatienten ist dies besonders problematisch, weil die Zuzahlungssystematik im Heilmittelbereich bereits heute eine strukturelle Sonderbelastung enthält. Versicherte zahlen nicht nur einen festen Betrag je Verordnung, sondern zusätzlich 10 Prozent der Kosten des Heilmittels.

Damit besteht im Heilmittelbereich bereits heute eine dynamische Komponente: Steigen die Preise der Heilmittelleistungen durch Kostensteigerungen, steigt automatisch auch der prozentuale Eigenanteil der Versicherten. Die Zuzahlung ist im Heilmittelbereich daher gerade nicht vollständig statisch geblieben. Zwar wurde der feste Zuzahlungsbetrag je Heilmittelverordnung seit 2004 nicht dynamisiert; der 10-Prozent-Anteil wächst jedoch mit jeder Vergütungsanpassung mit.

Der Gesetzentwurf würde deshalb im Heilmittelbereich nicht lediglich eine bislang vollständig unterbliebene Dynamisierung nachholen. Er würde eine zusätzliche, zweite Dynamisierung einführen. Neben dem ohnehin mitwachsenden prozentualen Eigenanteil soll künftig auch der feste Zuzahlungsbetrag je Heilmittelverordnung erhöht und fortgeschrieben werden.

Diese doppelte Dynamisierung unterscheidet den Heilmittelbereich von anderen Leistungsbereichen und verschärft eine bereits bestehende methodische Schieflage. Gerade Menschen mit regelmäßigem, längerfristigem oder chronischem Therapiebedarf werden dadurch besonders belastet.

D. II. Harmonisierung mit den anderen Leistungsbereichen ist zwingend erforderlich

Der BED wendet sich nicht pauschal gegen jede allgemeine Anpassung und Dynamisierung der Zuzahlungsbeträge. Eine solche Anpassung kann systematisch vertretbar sein, wenn sie einheitlich, nachvollziehbar und sozial abgefedert ausgestaltet wird.

Der zentrale Fehler liegt jedoch darin, dass der Heilmittelbereich weiterhin einer Sonderlogik unterworfen bleibt, der historisch aus einem Umfeld stammte, bei dem bei stabilen Preisen eine deutliche Mengendynamik zu verzeichnen war. Trotz der Tatsache, dass sich die Versorgung zwischenzeitlich genau entgegengesetzt entwickelt hat, wurde dieser historische Methodikfehler nie behoben. Während in

anderen Leistungsbereichen prozentuale Eigenanteile regelmäßig durch Mindest- und Höchstbeträge begrenzt werden, kombiniert die Heilmittelzuzahlung einen prozentualen Anteil mit einem zusätzlichen festen Zuzahlungsbetrag je Verordnung.

Der BED fordert deshalb eine Harmonisierung der Heilmittelzuzahlung mit den allgemeinen Zuzahlungsregelungen anderer Leistungsbereiche.

Diese Harmonisierung ist nicht lediglich ein milderes Mittel, sondern eine zwingend erforderliche Systemkorrektur. Wenn der Gesetzgeber die allgemeinen Zuzahlungsgrenzen auf 7,50 Euro beziehungsweise 15 Euro anhebt und künftig dynamisiert, muss diese Systematik auch für Heilmittel sachgerecht gelten. Das bedeutet Heilmittel dürfen nicht zusätzlich durch eine eigenständige Sonderlogik belastet werden, bei der ein prozentualer Eigenanteil und ein fester Zuzahlungsbetrag je Verordnung nebeneinander anfallen.

Eine sachgerechte Harmonisierung würde die historisch gewachsene Sonderbelastung im Heilmittelbereich beenden. Sie würde gleichzeitig den politischen Ansatz des Entwurfs, Zuzahlungen systematisch fortzuschreiben, nicht grundsätzlich infrage stellen. Sie würde aber verhindern, dass Heilmittelpatientinnen und Heilmittelpatienten durch eine doppelte Dynamisierung strukturell stärker belastet werden als Versicherte in anderen Leistungsbereichen.

D. III. Zuzahlungen können notwendige Versorgung verzögern oder verhindern

Zuzahlungen können insbesondere bei Menschen mit geringem Einkommen, chronischen Erkrankungen, psychischen Erkrankungen, Behinderung, kognitiven Einschränkungen oder längerfristigem Rehabilitationsbedarf eine reale Zugangshürde darstellen.

Belastungsgrenzen lösen dieses Problem nicht vollständig. Zuzahlungen müssen zunächst aufgebracht werden. Nachweise müssen gesammelt, Befreiungen beantragt und Verfahren verstanden werden. Gerade für vulnerable Patientengruppen kann bereits dieser Vorleistungs- und Antragsaufwand eine relevante Barriere sein.

Wenn notwendige Heilmittel aus Kostengründen später begonnen, abgebrochen oder gar nicht in Anspruch genommen werden, entstehen nicht nur individuelle Gesundheitsrisiken. Es können auch Folgekosten in anderen Systemen entstehen, etwa durch längere Arbeitsunfähigkeit, verzögerte Rehabilitation, Krankengeld, Pflegebedürftigkeit, Erwerbsminderung oder stationäre Behandlung.

D. IV. Belastungsgrenzen müssen im digitalen Zeitalter wirksam werden

Die gesetzlichen Belastungsgrenzen nach § 62 SGB V sollen sicherstellen, dass Versicherte durch Zuzahlungen nicht überfordert werden. Diese Schutzfunktion wirkt jedoch nur dann zuverlässig, wenn Versicherte ihre Belastungsgrenze kennen, die erforderlichen Nachweise erbringen können und das Befreiungsverfahren tatsächlich nutzen.

Die FinanzKommission Gesundheit hat selbst darauf hingewiesen, dass nicht sichergestellt ist, dass alle Versicherten, die oberhalb ihrer individuellen Belastungsgrenze liegen, tatsächlich befreit werden. Sie empfiehlt deshalb, Krankenkassen dazu zu verpflichten und in die Lage zu versetzen, Versicherte automatisch über das mögliche Erreichen der Belastungsgrenze zu informieren.

Diese Empfehlung muss aufgegriffen und verbindlich gesetzlich umgesetzt werden. Wenn Zuzahlungen erhöht und dynamisiert werden, muss der Schutzmechanismus der Belastungsgrenze zugleich digital, niedrigschwellig und aktiv ausgestaltet werden.

Im digitalen Zeitalter sollte darüber hinaus geprüft werden, ob bei Vorliegen der erforderlichen Daten nicht nur eine automatische Information, sondern auch eine automatisierte Befreiung oder zumindest ein stark vereinfachtes, digital vorausgefülltes Befreiungsverfahren möglich ist. Versicherte sollten nicht weiterhin selbst nachweisen müssen, dass sie vor Überforderung zu schützen sind, wenn Krankenkassen und Leistungserbringer die relevanten Zuzahlungsdaten ohnehin im System verarbeiten.

D. V. Zuzahlungen in der Blankoversorgung sind besonders erklärungs- und konfliktanfällig

In der Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung nach § 125a SGB V verschärft sich die Problematik zusätzlich.

Anders als bei einer klassischen Verordnung stehen Anzahl der Behandlungseinheiten, konkrete Frequenz und Dauer der Behandlung zu Beginn nicht in gleicher Weise fest. Die therapeutische Entscheidung über Auswahl, Frequenz und Dauer erfolgt innerhalb des vertraglichen Rahmens durch die Leistungserbringenden.

Damit muss den Versicherten zu Beginn der Behandlung erläutert werden, dass die Höhe der gesetzlichen Zuzahlung variieren kann. Wenn der feste Zuzahlungsbetrag erhöht und jährlich dynamisiert wird, steigt nicht nur die finanzielle Belastung der Patientinnen und Patienten. Es steigt auch der Informations-, Erklärungs-, Verwaltungs- und Konfliktaufwand in den Praxen.

Dies betrifft insbesondere kleine und mittlere therapeutische Praxen, die häufig keine eigene Verwaltungseinheit haben. Wiederkehrende Änderungen durch jährliche Dynamisierung bedeuten Anpassungen bei Praxissoftware, Abrechnung, Zahlungsprozessen, Quittungen, Patienteninformationen, Befreiungsnachweisen, Rückzahlungen und internen Abläufen.

Dieser Erfüllungsaufwand ist im Gesetzentwurf für den Heilmittelbereich nicht nachvollziehbar eigenständig ausgewiesen.

D. VI. Erforderlicher Änderungsbedarf

Der BED fordert eine Harmonisierung der Heilmittelzuzahlung mit den allgemeinen Zuzahlungsregelungen anderer Leistungsbereiche.

Diese Harmonisierung ist zwingend erforderlich, weil der Heilmittelbereich bereits heute einer besonderen Sonderlogik unterliegt: Versicherte zahlen 10 Prozent der Kosten des Heilmittels und zusätzlich einen festen Zuzahlungsbetrag je Verordnung. Der prozentuale Anteil steigt bereits heute mit jeder Vergütungsanpassung automatisch mit.

Der Gesetzentwurf würde diese bestehende Dynamik nicht nur fortführen, sondern durch Erhöhung und Dynamisierung des festen Zuzahlungsbetrags je Heilmittelverordnung eine zusätzliche, zweite Dynamisierung schaffen. Dadurch würden Heilmittelpatientinnen und Heilmittelpatienten strukturell stärker belastet als Versicherte in anderen Leistungsbereichen.

Erforderlich ist daher eine Angleichung an die allgemeine Zuzahlungssystematik. Wenn der Gesetzgeber die allgemeinen Zuzahlungsgrenzen auf 7,50 Euro beziehungsweise 15 Euro anhebt und künftig dynamisiert,

darf der Heilmittelbereich nicht zusätzlich durch die Kombination aus prozentualem Eigenanteil und festem Zuzahlungsbetrag je Verordnung belastet werden.

Zusätzlich sind zum Schutz der Versicherten verbindlich vorzusehen:

1. gesetzliche Verpflichtung der Krankenkassen, Versicherte automatisiert über das mögliche Erreichen ihrer individuellen Belastungsgrenze nach § 62 SGB V zu informieren;
2. Prüfung einer automatisierten Befreiung oder zumindest eines digital vorausgefüllten, stark vereinfachten Befreiungsverfahrens;
3. empirische Prüfung von Leistungsverzicht, verzögertem Therapiebeginn, Therapieabbrüchen und Belastung chronisch kranker Versicherter;
4. gesonderte Ausweisung des Umsetzungs- und Erfüllungsaufwands für Heilmittelpraxen, insbesondere in der Blankoversorgung.

E. Zu Artikel 1 Nummer 45, § 125a Absatz 2 SGB V

E. I. Das gesetzliche Verbot versorgungsbezogener Pauschalen verkennt die Funktion und Systematik der Blankoversorgung

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass Pauschalen, die mit der Abgeltung einer besonderen Versorgungsverantwortung begründet werden und über Analyse des therapeutischen Bedarfs oder therapeutische Diagnostik hinausgehen, nicht zulasten der GKV vereinbart werden können.

Der BED hält diese Regelung für fachlich, methodisch und rechtspolitisch verfehlt.

Die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung nach § 125a SGB V verändert die Rollenverteilung in der Versorgung. Die ärztliche Indikationsstellung bleibt Grundlage. Die konkrete Ausgestaltung des Behandlungsverlaufs wird jedoch in deutlich höherem Umfang therapeutisch verantwortet. Therapierende entscheiden innerhalb des vertraglichen Rahmens eigenständig über Auswahl, Frequenz, Dauer und Anpassung der Therapie.

Daraus entstehen Mehraufwendungen, die über eine punktuelle Analyse des therapeutischen Bedarfs hinausgehen.

Dazu gehören insbesondere:

- fortlaufende Steuerung des Behandlungsverlaufs,
- Anpassung von Frequenz, Dauer und Inhalt der Therapie bei verändertem Bedarf,
- Daraus resultierende Umorganisation von Terminen,
- wirtschaftlich nachvollziehbare Begründung therapeutischer Entscheidungen im Lichte von Wirtschaftlichkeitsprüfungen gemäß §2 SGB V,
- erweiterte Verlaufsdokumentation,
- Sicherung der Versorgungsqualität,
- intra- und interprofessionelle Abstimmung,
- Kommunikation mit Patientinnen und Patienten, Angehörigen und weiteren beteiligten Berufsgruppen.

Diese Tätigkeiten sind nicht bloß eine intensivere Form der Verlaufsdokumentation. Sie sind Ausdruck und sachlogische Folge der mit § 125a SGB V eingeführten erweiterten Versorgungsverantwortung.

Wenn der Gesetzgeber therapeutische Verantwortung erweitert, darf er die daraus entstehenden Folgeaufwände nicht vergütungsrechtlich ausblenden.

E. II. Die Pauschale ist keine Doppelvergütung

Die versorgungsbezogene Pauschale ist keine Doppelvergütung. Sie vergütet nicht noch einmal dieselbe Vor- und Nachbereitung oder dieselbe Dokumentation. Sie bildet vielmehr die besondere Verantwortung ab, die aus der eigenständigen Steuerung der Versorgung entsteht.

Hinzu kommt, dass die Vergütungssystematik der Blankoverordnung nicht isoliert anhand einzelner Zusatzpositionen bewertet werden darf. Vor- und Nachbereitung sowie Verlaufsdokumentation werden in der Blankoversorgung je Behandlungstermin und nicht je einzelner Behandlungseinheit abgebildet.

Werden mehrere Behandlungseinheiten fachlich sinnvoll in einem längeren Termin gebündelt, ist die Versorgung nach § 125a SGB V günstiger als die nach § 125. Die versorgungsbezogene Pauschale ist daher keine Doppelvergütung, sondern bildet den Ausgleich für die zusätzliche Steuerungs-, Qualitäts- und Verantwortungsfunktion der Blankoversorgung.

Wer Blankoverordnung will, muss die damit verbundene Verantwortung vergüten. Andernfalls bleibt formal ein modernes Versorgungsmodell bestehen, was in der Praxis die gesetzgeberische Wirkung nicht (mehr) entfalten kann, da seine fachliche Grundlage wirtschaftlich ausgehöhlt wird.

E. III. Die Datengrundlage trägt einen gesetzlichen Eingriff nicht

Die Begründung für die Streichung versorgungsbezogener Pauschalen stützt sich wesentlich auf die Annahme, der zusätzliche Aufwand unterscheide sich nicht substanziell von der Versorgung nach § 125 SGB V.

Diese Annahme ist nicht hinreichend belegt.

Abrechnungsdaten können zeigen, welche Leistungen in welchem Umfang abgerechnet wurden. Sie zeigen jedoch nicht vollständig, welcher fachliche, organisatorische, dokumentarische und koordinierende Aufwand durch eigenständige therapeutische Verlaufssteuerung entsteht.

Gerade die Tätigkeiten, die durch die Pauschale abgebildet werden sollen, sind in Routinedaten nur eingeschränkt sichtbar. Aus dem Umstand, dass Abrechnungsdaten bestimmte Mehraufwände nicht abbilden können, darf nicht geschlossen werden, dass diese Mehraufwände nicht bestehen.

Eine gesetzliche Streichung versorgungsbezogener Pauschalen darf daher nicht auf einer Datengrundlage beruhen, deren Methodik, Auswahl, Beobachtungszeitraum, Aussagekraft, Repräsentativität und fachliche Validität nicht vollständig offengelegt wurden.

Erforderlich ist eine unabhängige, methodisch transparente und heilmittelbereichsspezifische Evaluation vor einem gesetzlichen Eingriff.

E. IV. Eingriff in Selbstverwaltung und Schiedsstellenentscheidung

Die versorgungsbezogene Pauschale in der Ergotherapie ist nicht außerhalb der gesetzlichen Systematik entstanden. Sie wurde im Rahmen des gesetzlich vorgesehenen Vertrags- und Schiedsstellenverfahrens nach § 125a SGB V festgesetzt.

Damit greift der Gesetzentwurf nicht nur in eine einzelne Vergütungsposition ein. Er entwertet nach kurzer Laufzeit eine tragende Abwägungsentscheidung des gesetzlich vorgesehenen Selbstverwaltungs- und Schiedsstellenmechanismus.

Das ist rechtspolitisch problematisch. Neue Versorgungsformen benötigen verlässliche Rahmenbedingungen. Wenn erweiterte Verantwortung zunächst gesetzlich gewollt, vertraglich ausgestaltet, schiedsstellenfestgesetzt und kurz darauf durch Bundesgesetz vergütungsrechtlich entwertet wird, entsteht ein Vertrauensschaden.

Dieser betrifft nicht nur die Ergotherapie. Er konterkariert die Bereitschaft der Heilmittelerbringer insgesamt, neue Versorgungsformen mit erweiterter Verantwortung künftig mitzutragen und auszugestalten.

E. V. Gefahr einer Scheinverantwortung

Besonders kritisch ist die Gefahr einer Scheinverantwortung.

Die Blankoverordnung soll therapeutische Entscheidungsspielräume erweitern und Versorgung bedarfsgerechter machen. Wenn Therapierende aber fachlich entscheiden sollen, zugleich jedoch wirtschaftlich dafür belastet werden, dass sie komplexe oder höhere Bedarfe angemessen versorgen, entsteht eine strukturelle Spannung.

Therapeutische Verantwortung darf nicht zur verdeckten Rationierungsverantwortung werden. Es wäre fachlich und ethisch problematisch, Therapierenden mehr Verantwortung zu übertragen, ihnen aber die wirtschaftliche Abbildung der damit verbundenen Steuerungs-, Dokumentations- und Qualitätsaufgaben zu verwehren.

E. VI. Besondere Schutzbedarfe psychisch erkrankter Menschen

Die Blankoversorgung in der Ergotherapie umfasst auch psychische Erkrankungen. Zugleich bestimmt § 27 Absatz 1 Satz 4 SGB V ausdrücklich, dass bei der Krankenbehandlung den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen ist, insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und bei der medizinischen Rehabilitation. Ergänzend verlangt § 2a SGB V, den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung zu tragen. Diese gesetzlichen Wertungen sind bei der Ausgestaltung von § 125a SGB V zu berücksichtigen.

Psychisch erkrankte Menschen können auf niedrigschwellige, kontinuierliche, flexible und gut gesteuerte Versorgungsverläufe besonders angewiesen sein. Therapiebedarf kann schwanken und von Motivation, Alltagsstruktur, Krisenanfälligkeit, Beziehungsaufbau, sozialer Situation und Teilhabebeeinträchtigung abhängen.

Eine Steuerungslogik, die komplexe, schwankende oder längerfristige Bedarfe wirtschaftlich schlechter abbildet, kann gerade diese Patientengruppen benachteiligen. Der Gesetzentwurf lässt nicht erkennen, dass diese Schutzanforderungen gesondert geprüft wurden.

E. VII. Auswirkungen auf die Weiterentwicklung der Blankoversorgung

Die gesetzliche Entwertung versorgungsbezogener Pauschalen kann zudem unmittelbare Auswirkungen auf die Weiterentwicklung der Blankoversorgung haben.

Wenn zusätzliche therapeutische Verantwortung künftig nicht eigenständig vergütet werden darf, entsteht Verhandlungsunsicherheit für die Ausweitung auf weitere Diagnosegruppen und Versorgungsbereiche. Dies

betrifft insbesondere Versorgungsfelder, in denen flexible, alltagsnahe und therapeutisch gesteuerte Versorgung besonders relevant ist.

Gerade die Ergotherapie ist auf solche flexiblen Versorgungsmodelle angewiesen, weil Behandlungsverläufe häufig von Alltagsanforderungen, Kontextfaktoren, psychischer Stabilität, kognitiver Leistungsfähigkeit, Angehörigensituation, Wohnumfeld, Schule, Kita, Arbeit oder Pflegearrangements beeinflusst werden.

Die geplante Streichung versorgungsbezogener Pauschalen wirkt daher nicht erst nach Jahren. Sie verändert bereits jetzt die Grundlage für die Weiterentwicklung neuer Versorgungsformen.

E. VIII. Erforderlicher Änderungsbedarf

Der BED fordert, das gesetzliche Verbot versorgungsbezogener Pauschalen in § 125a SGB V zu streichen.

Die Pauschalen bilden keine beliebige Zusatzvergütung ab. Sie stehen im Zusammenhang mit der erweiterten therapeutischen Versorgungsverantwortung, insbesondere mit Steuerung des Behandlungsverlaufs, Sicherung der Versorgungsqualität, Dokumentation sowie intra- und interprofessioneller Abstimmung.

Ein gesetzlicher Eingriff vor Abschluss der gesetzlich vorgesehenen Evaluation ist fachlich und rechtspolitisch nicht tragfähig. Der Gesetzgeber hat mit § 125a Absatz 6 SGB V selbst eine Berichterstattung über die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung vorgesehen. Es liegt daher ein milderes und sachgerechteres Mittel auf der Hand: Der Ergebnisbericht nach vier Jahren ist zunächst abzuwarten.

Sollte der Gesetzgeber an einer Überprüfung der Pauschalen festhalten, sind mindestens vorzusehen:

1. keine gesetzliche Streichung vor Vorliegen und Auswertung des Ergebnisberichts nach § 125a Absatz 6 SGB V;
2. getrennte Evaluation nach Heilmittelbereichen, insbesondere Ergotherapie und Physiotherapie;
3. Unmittelbare Beteiligung der maßgeblichen Berufsverbände in solch einen Prozess;
4. Offenlegung der Datengrundlage, Methodik, Vergleichsgruppen und Limitationen;
5. Prüfung der tatsächlichen Steuerungs-, Dokumentations-, Koordinations- und Qualitätsaufwände;
6. Prüfung der Auswirkungen auf Teilnahmebereitschaft der Praxen, komplexe Fallgruppen, psychisch erkrankte Menschen, Wartezeiten und Versorgungskontinuität;
7. Schutz schiedsstellenfestgesetzter Vergütungsbestandteile bis zum Abschluss einer belastbaren Evaluation.

F. Zur Gesetzesfolgenabschätzung, Erfüllungsaufwand und weiteren Kosten

F. I. Der Erfüllungsaufwand für Heilmittelpraxen ist nicht nachvollziehbar ausgewiesen

Der Gesetzentwurf weist den Erfüllungsaufwand nicht so aus, dass die Auswirkungen auf Heilmittelpraxen nachvollziehbar erkennbar wären.

Die geplanten Änderungen betreffen Praxisabläufe unmittelbar. Dies gilt insbesondere für

- Anpassung von Praxisverwaltung und Abrechnung,

- Aktualisierung von Praxissoftware,
- Zahlungsprozesse und Quittungen,
- Patienteninformation,
- Umgang mit Befreiungsnachweisen,
- Rückzahlungen und Quittungskorrekturen,
- Rückfragen und Konflikte bei höheren Zuzahlungen,
- wiederkehrende Umstellungen durch jährliche Dynamisierung,
- besondere Informationspflichten in der Blankoversorgung.

Durchschnittliche und damit kleine und mittlere therapeutische Praxen verfügen häufig nicht über eigene Verwaltungsmitarbeitende. Zusätzlicher Verwaltungsaufwand wirkt dort unmittelbar auf verfügbare Behandlungszeit, wirtschaftliche Tragfähigkeit und Personalbelastung.

Es ist daher nicht ausreichend, die heilmittelbezogenen Vollzugsfolgen als bloße Nebenfolge zu behandeln. Sie sind eigenständig zu prüfen und transparent auszuweisen.

F. II. Weitere Kosten und Folgekosten sind unzureichend abgebildet

Auch die weiteren Kosten für Bürgerinnen und Bürger müssen heilmittelbereichsspezifisch betrachtet werden.

Die Erhöhung und Dynamisierung der Zuzahlungen trifft Patientinnen und Patienten mit Heilmittelbedarf nicht gleichmäßig, sondern besonders diejenigen mit wiederkehrendem, längerfristigem oder chronischem Behandlungsbedarf. Für diese Gruppen können sich finanzielle Belastung und Zugangshürden kumulieren.

Darüber hinaus sind mögliche Folgekosten zu berücksichtigen. Wenn Therapien verzögert, abgebrochen oder nicht begonnen werden, können Kosten in andere Systeme verschoben werden: Krankengeld, Pflege, Erwerbsminderung, stationäre Versorgung, Arbeitslosigkeit, Rehabilitation und Rentenversicherung.

Eine Gesetzesfolgenabschätzung, die allein kurzfristige GKV-Minderausgaben betrachtet, bleibt daher unvollständig.

F. III. Erforderlicher Änderungsbedarf

Der Gesetzgeber sollte die heilmittelbezogenen Regelungen nicht ohne eine nachvollziehbare Ergänzung der Folgenabschätzung beschließen.

Erforderlich sind insbesondere:

1. gesonderte Darstellung des Erfüllungsaufwands für Heilmittelpraxen;
2. gesonderte Betrachtung der Heilmittelpraxenstruktur, die zum größten Teil aus kleinen und mittelgroßen Praxen bestehen;
3. Darstellung der wiederkehrenden Umstellungsaufwände durch jährliche Dynamisierung;
4. Darstellung der besonderen Informations- und Abrechnungsaufwände in der Blankoversorgung;
5. heilmittelbereichsspezifische Darstellung der weiteren Kosten für Patientinnen und Patienten;
6. Prüfung von Folgekosten bei verzögerter Inanspruchnahme, Therapieabbrüchen und Versorgungsausfällen;
7. verbindliche Ex-post-Evaluation mit Berichtspflicht an den Bundestag.

G. Zu den mitberatenen Anträgen

G. I. Grundsätzliche Einordnung

Die mitberatenen Anträge enthalten teils wichtige Hinweise auf alternative Finanzierungsansätze, lösen die konkreten heilmittelbezogenen Probleme des Gesetzentwurfs jedoch nicht ausreichend.

Maßgeblich bleibt aus Sicht des BED: Der Gesetzentwurf muss im Heilmittelbereich selbst korrigiert werden. Es genügt nicht, allgemein auf Beitragssatzstabilisierung, Steuerfinanzierung, Bürokratieabbau oder Entlastung der Versicherten zu verweisen, solange die konkreten Eingriffe in §§ 61, 71, 125 und 125a SGB V unverändert bleiben.

G. II. Anträge der AfD-Fraktion, BT-Drs. 21/2036, BT-Drs. 21/2716, BT-Drs. 21/5332 und BT-Drs. 21/5759

Die Anträge der AfD-Fraktion enthalten keine tragfähige Antwort auf die heilmittelbezogenen Eingriffe des Gesetzentwurfs. Sie ändern nichts an der geplanten Anwendung des § 71 SGB V auf die Heilmittelversorgung, nichts an der Erhöhung der Heilmittelzuzahlungen und nichts am gesetzlichen Verbot versorgungsbezogener Pauschalen in der Blankoversorgung.

Soweit einzelne Anträge eine bessere Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen fordern, ist der Grundgedanke, gesamtgesellschaftliche Aufgaben nicht einseitig aus Beitragsmitteln zu finanzieren, grundsätzlich anschlussfähig. Eine solche Finanzierung darf jedoch nicht selektiv, ausgrenzend oder zulasten bestimmter Versichertengruppen ausgestaltet werden.

Der BED lehnt jede Lösung ab, die den Zugang zur gesundheitlichen Versorgung nach Staatsangehörigkeit, Aufenthaltsstatus oder migrationspolitischer Bewertung sortiert. Gesundheitsversorgung muss bedarfsbezogen, diskriminierungsfrei und sozialstaatlich verantwortet bleiben.

Für die Heilmittelversorgung ist entscheidend: Eine sachgerechte Finanzierung der GKV darf nicht dadurch ersetzt werden, dass bestimmte Patientinnen- und Patientengruppen aus dem Solidarversprechen herausgedrängt werden.

Die AfD-Anträge bieten daher keine heilmittelpolitisch tragfähige Alternative zum Gesetzentwurf. Der Gesetzgeber muss die konkreten heilmittelbezogenen Regelungen in §§ 61, 71, 125 und 125a SGB V selbst korrigieren.

G. III. Anträge zur ambulanten ärztlichen Versorgung, BT-Drs. 21/2716 und BT-Drs. 21/5332

Die Sicherung der ambulanten ärztlichen Versorgung ist auch für den Heilmittelbereich relevant, weil der Zugang zu Heilmitteln in der Regel über ärztliche Verordnungen erfolgt. Bessere ärztliche Erreichbarkeit, insbesondere in ländlichen Regionen, kann mittelbar auch den Zugang zu Heilmittelversorgung verbessern.

Gleichzeitig ersetzen diese Anträge keine Lösung für die Heilmittelversorgung. Eine Stärkung ärztlicher Versorgung darf nicht dazu führen, dass therapeutische Versorgung weiterhin als nachrangiger Kostenblock behandelt wird. Gerade wenn mehr ambulante Versorgung politisch gewollt ist, müssen auch Heilmittelpraxen als Teil der ambulanten Versorgungsstruktur wirtschaftlich stabilisiert werden.

G. IV. Antrag von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, BT-Drs. 21/5753

Der Antrag enthält aus Sicht des BED anschlussfähige Punkte, insbesondere die Forderung, versicherungsfremde Leistungen konsequent aus Steuermitteln zu finanzieren und die Absenkung des Bundeszuschusses zurückzunehmen.

Kritisch ist jedoch, dass der Antrag die Logik der FinanzKommission Gesundheit weitgehend übernimmt und sogar eine Beitragssenkung um bis zu zwei Prozentpunkte anstrebt. Eine solche Zielsetzung erhöht den Konsolidierungsdruck zusätzlich, wenn sie nicht mit klaren Schutzmechanismen für personalintensive und bereits unter Druck stehende Versorgungsbereiche verbunden wird.

Für die Heilmittelversorgung wäre der Antrag daher nur dann tragfähig, wenn ausdrücklich klargestellt wird, dass pauschale einnahmenorientierte Vergütungsdeckel nicht auf Kosten von Praxisstabilität, Fachkräftesicherung und realem Patientinnen- und Patientenzugang umgesetzt werden dürfen.

G. V. Antrag der Fraktion Die Linke, BT-Drs. 21/5487

Der Antrag der Fraktion Die Linke ist aus Sicht des BED insoweit anschlussfähig, als er Leistungskürzungen und Mehrbelastungen von Versicherten ablehnt und ausdrücklich fordert, keine Kürzungen bei Leistungserbringenden vorzunehmen, wenn sich dadurch die Versorgung von Patientinnen und Patienten verschlechtert.

Dieser Gedanke sollte im parlamentarischen Verfahren ausdrücklich auf die Heilmittelversorgung bezogen werden.

Die geplante Grundlohnsummenbindung, die Erhöhung und Dynamisierung der Zuzahlungen sowie das Verbot versorgungsbezogener Pauschalen können die Versorgung verschlechtern, auch wenn Leistungsansprüche formal bestehen bleiben. Deshalb müssen Heilmittelerbringer ausdrücklich in den Schutz vor versorgungsverschlechternden Kürzungen einbezogen werden.

G. VI. Ergebnis zu den mitberatenen Anträgen

Keiner der mitberatenen Anträge löst die heilmittelbezogenen Kernprobleme des Gesetzentwurfs in der Sache.

Der BED bittet den Gesetzgeber daher, die Beratung der Anträge zum Anlass zu nehmen, den Gesetzentwurf selbst an den heilmittelrelevanten Stellen zu korrigieren.

H. Zusammenfassende Empfehlungen

Der BED hält die heilmittelbezogenen Regelungen des Gesetzentwurfs in der derzeitigen Fassung für nicht zustimmungsfähig.

H. I. Grundlohnsummenbindung im Heilmittelbereich

Vorrangig empfiehlt der BED, die Anwendung des § 71 Absatz 1 bis 3 SGB V auf Verträge nach §§ 125 und 125a SGB V zu streichen.

Die Grundlohnrate bildet die tatsächliche Kostenentwicklung in Heilmittelpraxen nicht sachgerecht ab. Sie ist für einen personalintensiven Versorgungsbereich mit steigenden Personal-, Sach-, Digitalisierungs-, Bürokratie- und Betriebskosten kein geeigneter Maßstab.

Sollte der Gesetzgeber dennoch an einer Grundlohnlogik festhalten, sind als mildere Mittel mindestens vorzusehen:

1. strikte zeitliche Befristung der Regelung;
2. Verzicht auf den zusätzlichen Abschlag von einem Prozentpunkt;
3. ausdrücklicher Schutz laufender und noch nicht abgeschlossener Vergütungs- und Schiedsverfahren;
4. verbindliche Evaluation der Auswirkungen auf Vergütung, Praxiswirtschaftlichkeit, Fachkräftesicherung, Wartezeiten, regionale Versorgung und Patientinnen- und Patientenzugang;
5. Nachsteuerungspflicht, wenn sich Versorgungseinschränkungen, längere Wartezeiten, Praxisaufgaben oder Fachkräfteverluste zeigen.

H. II. Zuzahlungen im Heilmittelbereich

Der BED empfiehlt eine Harmonisierung der Heilmittelzuzahlung mit den allgemeinen Zuzahlungsregelungen anderer Leistungsbereiche.

Diese Harmonisierung ist nicht lediglich ein milderes Mittel, sondern eine zwingend erforderliche Systemkorrektur. Der Heilmittelbereich unterliegt bereits heute einer besonderen Sonderlogik: Versicherte zahlen 10 Prozent der Kosten des Heilmittels und zusätzlich einen festen Zuzahlungsbetrag je Verordnung. Der prozentuale Anteil steigt bereits heute mit jeder Vergütungsanpassung automatisch mit.

Der Gesetzentwurf würde diese bestehende Dynamik nicht nur fortführen, sondern durch Erhöhung und Dynamisierung des festen Zuzahlungsbetrags je Heilmittelverordnung eine zusätzliche, zweite Dynamisierung schaffen. Dadurch würden Heilmittelpatientinnen und Heilmittelpatienten strukturell stärker belastet als Versicherte in anderen Leistungsbereichen.

Erforderlich ist daher eine Angleichung an die allgemeine Zuzahlungssystematik. Wenn der Gesetzgeber die allgemeinen Zuzahlungsgrenzen auf 7,50 Euro beziehungsweise 15 Euro anhebt und künftig dynamisiert, darf der Heilmittelbereich nicht zusätzlich durch die Kombination aus prozentualem Eigenanteil und festem Zuzahlungsbetrag je Verordnung belastet werden.

Zusätzlich sind zum Schutz der Versicherten verbindlich vorzusehen:

1. gesetzliche Verpflichtung der Krankenkassen, Versicherte automatisiert über das mögliche Erreichen ihrer individuellen Belastungsgrenze nach § 62 SGB V zu informieren;
2. Prüfung einer automatisierten Befreiung oder zumindest eines digital vorausgefüllten, stark vereinfachten Befreiungsverfahrens;
3. empirische Prüfung von Leistungsverzicht, verzögertem Therapiebeginn, Therapieabbrüchen und Belastung chronisch kranker Versicherter;
4. gesonderte Ausweisung des Umsetzungs- und Erfüllungsaufwands für Heilmittelpraxen, insbesondere in der Blankoversorgung.

H. III. Versorgungsbezogene Pauschalen in der Blankoversorgung

Der BED empfiehlt, das gesetzliche Verbot versorgungsbezogener Pauschalen in § 125a SGB V zu streichen.

Die Pauschalen bilden keine beliebige Zusatzvergütung ab. Sie stehen im Zusammenhang mit der erweiterten therapeutischen Versorgungsverantwortung, insbesondere mit Steuerung des Behandlungsverlaufs, Sicherung der Versorgungsqualität, Dokumentation sowie intra- und interprofessioneller Abstimmung.

Ein gesetzlicher Eingriff vor Abschluss der gesetzlich vorgesehenen Evaluation ist fachlich und rechtspolitisch nicht tragfähig. Der Gesetzgeber hat mit § 125a Absatz 6 SGB V selbst eine Berichterstattung über die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung vorgesehen. Es liegt daher ein milderes und sachgerechteres Mittel auf der Hand: Der Ergebnisbericht nach vier Jahren ist zunächst abzuwarten.

Sollte der Gesetzgeber an einer Überprüfung der Pauschalen festhalten, sind mindestens vorzusehen:

1. keine gesetzliche Streichung vor Vorliegen und Auswertung des Ergebnisberichts nach § 125a Absatz 6 SGB V;
2. getrennte Evaluation nach Heilmittelbereichen, insbesondere Ergotherapie und Physiotherapie;
3. Offenlegung der Datengrundlage, Methodik, Vergleichsgruppen und Limitationen;
4. Prüfung der tatsächlichen Steuerungs-, Dokumentations-, Koordinations- und Qualitätsaufwände;
5. Prüfung der Auswirkungen auf Teilnahmebereitschaft der Praxen, komplexe Fallgruppen, psychisch erkrankte Menschen, Wartezeiten und Versorgungskontinuität;
6. Schutz schiedsstellenfestgesetzter Vergütungsbestandteile bis zum Abschluss einer belastbaren Evaluation.

H. IV. Besondere Schutzbedarfe

Bei allen heilmittelbezogenen Regelungen sind die besonderen Belange psychisch erkrankter, chronisch kranker und behinderter Menschen ausdrücklich zu berücksichtigen. Die Vorgaben aus § 27 Absatz 1 Satz 4 SGB V und § 2a SGB V müssen in der Folgenabschätzung und in der gesetzlichen Ausgestaltung sichtbar werden.

H. V. Eigenständige Folgenabschätzung für den Heilmittelbereich

Erfüllungsaufwand, weitere Kosten, KMU-Betroffenheit, Digitaltauglichkeit, Patientinnen- und Patientenzugang, Wartezeiten, Therapieabbrüche und mögliche Folgekosten sind für den Heilmittelbereich gesondert auszuweisen.

Sollte der Gesetzgeber trotz der vorgetragenen Bedenken an den Regelungen festhalten, sind eine verbindliche Ex-post-Evaluation, ein Härtefallmechanismus und eine Nachsteuerungspflicht vorzusehen.

I. Schlussbemerkung

Der BED bittet den Gesetzgeber, die Heilmittelversorgung nicht als kurzfristigen fiskalischen Entlastungsraum zu behandeln. Heilmittel sind kein Randproblem der GKV-Finanzierung. Sie sind Teil der Lösung.

Ergotherapie und andere Heilmittel setzen früh, ambulant, alltagsnah und häufig präventiv an. Sie stabilisieren Menschen, bevor sich Erkrankungen verfestigen, bevor Funktionsverluste zu Pflegebedarf werden, bevor Arbeitsunfähigkeit in Erwerbsminderung übergeht und bevor konservativ beeinflussbare Verläufe in kostenintensivere Versorgung münden. Gerade darin liegt ihre besondere gesundheitsökonomische Bedeutung.

Heilmittel können Folgekosten vermeiden oder verringern: durch Erhalt von Mobilität, Selbstständigkeit, Kommunikation, Handlungsfähigkeit und Teilhabe; durch Unterstützung der Rückkehr in Arbeit; durch Verzögerung oder Vermeidung von Pflegebedürftigkeit; durch Entlastung ärztlicher und stationärer

Versorgung; und in geeigneten Versorgungsfeldern auch durch Vermeidung oder Hinauszögern invasiver Eingriffe.

Diese Wirkung bleibt in einer rein kurzfristigen GKV-Ausgabenlogik unsichtbar. Der Heilmittelbereich verursacht nur einen vergleichsweise geringen Anteil der GKV-Ausgaben, erreicht aber jährlich Millionen Versicherte und wirkt in viele andere Bereiche hinein: Arbeitswelt, Pflege, Rehabilitation, soziale Sicherung, Rentenversicherung, Familien und regionale Versorgungsstrukturen.

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels ist dieser Ausstrahlungseffekt zentral. Wenn Menschen länger selbstständig bleiben, Angehörige entlastet werden, Pflegebedürftigkeit später eintritt, Arbeitskraft erhalten bleibt und Wiedereinstieg in Beschäftigung gelingt, entstehen nicht nur individuelle Gesundheitsgewinne. Es entstehen volkswirtschaftliche Stabilisierungseffekte.

Deshalb wäre es kurzsichtig, ausgerechnet jene Versorgungsbereiche zu schwächen, die früh ansetzen und Folgekosten begrenzen können. Eine Politik, die Heilmittelvergütungen deckelt, Patientinnen und Patienten über höhere Zuzahlungen belastet und neue Versorgungsmodelle wie die Blankoverordnung wirtschaftlich entwertet, riskiert Kosten in spätere, teurere und häufig belastendere Versorgungssituationen zu verschieben.

Wüstefeld und Kanitz bringen diese Logik prägnant auf den Punkt. Gekürzte Heilmittel verschwinden nicht. Sie können sich an anderer Stelle als verzögerte Behandlung, längere Arbeitsunfähigkeit, frühere Pflegebedürftigkeit, stationäre Mehrbelastung oder zusätzliche Belastung anderer Sozialversicherungssysteme wieder zeigen (Wüstefeld, Kanitz, 2026 online: https://www.bed-ev.de/artikel/artikel.aspx?id=9686).

Der vorliegende Gesetzentwurf hält Leistungsansprüche formal aufrecht, schwächt aber zugleich die wirtschaftlichen, organisatorischen und sozialen Voraussetzungen ihrer tatsächlichen Einlösbarkeit. Genau dieser Widerspruch muss im parlamentarischen Verfahren korrigiert werden.

Heilmittelversorgung ist eine notwendige Infrastruktur für Prävention, Rehabilitation, Pflegevermeidung, Erwerbsfähigkeit und Teilhabe. Wer die GKV langfristig stabilisieren will, sollte diese Infrastruktur stärken, nicht schwächen.

Der BED bittet daher, den Gesetzentwurf an den heilmittelrelevanten Stellen zu ändern und die mitberatenen Anträge nicht als Ersatz für eine konkrete Korrektur der §§ 61, 71, 125 und 125a SGB V zu behandeln.

Mit freundlichen Grüßen

BED e.V. Maßgebliche Spitzenorganisation auf Bundesebene

Geschäftsführender Vorstand

Christine Donner
Diplom-Betriebswirt

Mobil: 0173- 2583370/ c.donner@bed-ev.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(11)
zur öffentl. Anh. am 22.06.2026
18.06.2026

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme der unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 17.06.2026

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung - GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz

(Drs. 21/6130)

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Gemeinsamer Bundesausschuss

I. Allgemeines

Die gesetzliche Krankenversicherung steht vor einer strukturellen Finanzierungslücke. Ohne Gegenmaßnahmen würde diese bis 2030 auf rund 40 Milliarden Euro anwachsen. Der Regierungsentwurf reagiert auf diese Entwicklung mit einem umfassenden Maßnahmenpaket. Dieses basiert auf den Empfehlungen der vom Bundesministerium für Gesundheit eingesetzten FinanzKommission Gesundheit. Es zielt darauf ab, die Ausgabendynamik der GKV durch eine Vielzahl von Eingriffen auf der Leistungserbringer-, Versicherten- und Einnahmeseite zu dämpfen. Die Notwendigkeit einer umfassenden Konsolidierung der Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird von den unparteiischen Mitgliedern des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) grundsätzlich anerkannt. Insbesondere die stärkere Ausrichtung der Versorgung an den Grundsätzen der Evidenzbasierung wird begrüßt.

Zu konstatieren ist jedoch, dass der Entwurf eine gravierende Gerechtigkeitslücke aufweist, die geeignet ist, die Gesamtakzeptanz in Frage zu stellen. Während Versicherte und alle Leistungserbringer durch eine Vielzahl von Maßnahmen erheblich belastet werden, entzieht sich der Bund weiterhin seiner Finanzverantwortung für die angemessene Beitragszahlung für Bürgergeldempfänger und überwälzt weiterhin eigentlich aus Steuermitteln zu finanzierende Beiträge in Höhe von 12,5 Milliarden € auf die Versichertengemeinschaft der GKV und vergrößert damit in entsprechender Höhe das Defizit.
Völlig unverständlich ist auch, dass die Mehreinnahmen aus der vorgesehenen Erhöhung der Tabaksteuer nicht zumindest ab 2027 dem Gesundheitswesen zufließen sollen, weil dort die Folgen des Rauchens erhebliche Ausgaben verursachen.
Nicht nachvollziehbar ist zudem, wieso nicht zumindest höhere Abgaben auf hochprozentige Alkoholika und stark zuckerhaltige Produkte Eingang in den Entwurf gefunden haben, denn auch hier gibt es einen unmittelbaren morbiditäts- und damit ausgabensteigernden Effekt.

Ebenso wenig nachvollziehbar ist, wieso die mit dem vorliegenden Gesetzentwurf beabsichtigten kurz- und mittelfristigen Konsolidierungsbemühungen angesichts der eingangs adressierten gravierenden strukturellen Finanzierungslücke dadurch unterlaufen werden, dass mit dem am 22.05.2026 im Deutschen Bundestag beschlossenen Apothekenversorgungs-Weiterentwicklungsgesetz (ApoVWG) die Möglichkeiten zum Abschluss von Rabattverträgen zur Förderung des Austauschs von Biosimilars stark eingeschränkt und damit Einsparpotenziale von jährlich mindestens zwei Milliarden Euro im Arzneimittelbereich nicht erschlossen werden. Dies geschieht, obwohl die Regelungen des G-BA zur Austauschbarkeit auf Apothekenebene vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) nicht beanstandet worden sind.

Im Arzneimittelbereich soll ein ergänzender dynamischer Herstellerabschlag eingeführt werden. Zudem soll der bislang ausschließlich für Arzneimittel geltende allgemeine Herstellerab-

schlag zukünftig auch bei Impfstoffen zur Anwendung kommen. Angesichts der Ausgabendynamik bei Arzneimitteln ist eine deutliche Erhöhung des Herstellerabschlags auf Arzneimittel und dessen Erstreckung auf Impfstoffe sachgerecht und geboten. Es ist jedoch auf mögliche unerwünschte Wirkungen einer nicht durch Korrekturfaktoren steuerbaren „automatischen" Dynamisierung hinzuweisen. Diese könnte zum Beispiel in Jahren mit der Neuzulassung mehrerer „First-in-Class"-Wirkstoffe mit neuartigen Wirkmechanismen und hohen Kosten für Forschung, Entwicklung und patientenindividuelle Herstellung zu erheblichen Anpassungen der Herstellerabschläge für alle Wirkstoffe führen. Deshalb wäre es sachgerecht, den Herstellerabschlag alternativ auf 13 Prozent zu erhöhen und statt einer automatischen Dynamisierung alle drei Jahre eine Überprüfung und Anpassung unter Berücksichtigung von Sondereffekten gesetzlich vorzusehen. Zudem sollte trotz des negativen Votums der Finanzkommission Gesundheit auch eine Absenkung des Umsatzsteuersatzes für Humanarzneimittel in Erwägung gezogen werden, da dies eine dauerhafte und dynamische Entlastung darstellen würde.

Die „Leitplanken" für Erstattungsbeträge neuer Arzneimittel sowie der Kombinationsabschlag werden abgeschafft. Der Kombinationsabschlag ist angesichts der steigenden Anzahl von hochpreisigen Kombinationstherapien vor allem in fortgeschrittenen Therapielinien ein Instrument, das mittelfristig an Bedeutung gewinnt und eine erhebliche Ausgabendämpfung bewirken kann. Deshalb wird dessen ersatzlose Abschaffung kritisch gesehen.

Es sollen neue Instrumente wie die Möglichkeit von Rabattverträgen für Gruppen patentgeschützter Arzneimittel eingeführt werden. Daneben sollen homöopathische und anthroposophische (Satzungs-)Leistungen ausgeschlossen werden, da hierfür keine hinreichende wissenschaftliche Evidenz vorliegt. Die evidenzbasierte Ausrichtung der Versorgung wird ausdrücklich begrüßt, weshalb auch die Änderungen in Bezug auf die Definition der Verbandmittel daran auszurichten sind. Bei der Neudefinition des Verbandmittelbegriffs besteht die Gefahr, dass einzelne Produktgruppen, wie proteasemodulierend oder antimikrobiell wirkende Produkte, ohne einen hinreichenden Nutzennachweis unmittelbar verordnungsfähig werden. Dies widerspricht einer evidenzbasierten Ausrichtung der Wundversorgung und schränkt zugleich die Möglichkeit des G-BA ein, den Anspruch der Versicherten auf Verbandmittel normkonkretisierend auszugestalten.

Die vorgesehenen Überprüfungsaufträge für die Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie und das Hautkrebs-Screening begegnen systematischen Bedenken. Sie sind in wesentlichen Teilen normativ unklar, methodisch nicht hinreichend hinterlegt und mit der gesetzten Frist bei gleichzeitig fehlender Datengrundlage für eine belastbare Bewertung nicht geeignet.

Gemeinsamer Bundesausschuss

Die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des G-BA nehmen entsprechend der Betroffenheit des G-BA zu dem zugrundeliegenden Referentenentwurf im nachfolgenden Umfang Stellung. Zu weiteren Aspekten wird aufgrund einer allenfalls mittelbaren Betroffenheit des G-BA auf eine Stellungnahme verzichtet.

Prof. Josef Hecken (Unparteiischer Vorsitzender)	Karin Maag (Unparteiisches Mitglied)	Dr. med. Bernhard van Treeck (Unparteiisches Mitglied)

II. Einzelbemerkungen

Zu Artikel 1 „Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“

Zu Nummer 1: § 2 Absatz 1 SGB V

Inhalt der Regelung:

In § 2 Absatz 1 SGB V wird der Satz 2, wonach Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen nicht ausgeschlossen sein sollen, gestrichen.

Bewertung:

Mit Blick auf einer an Evidenz ausgerichteten Versorgung wird die vorgesehene Streichung auch weiterhin begrüßt. Ausgehend von der Änderung in § 2 ergibt sich, neben den bereits im Kabinettsentwurf umgesetzten Folgeänderungen in § 31 SGB V hinsichtlich des Anspruchs auf Versorgung mit Arzneimitteln sowie in Bezug auf § 92 Absatz 3a SGB V, eine weitere Folgeänderung in §35 Absatz 2 Satz 1, 2. Halbsatz.

Änderungsvorschlag:

Es wird folgende Nummer 13a eingefügt:

„§ 35 Absatz 2 wird durch den folgenden Absatz 2 ersetzt:

„Sachverständigen der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft und Praxis sowie der Arzneimittelhersteller und der Berufsvertretungen der Apotheker ist vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.““

Zu Nummer 9: § 25 SGB V – Gesundheitsuntersuchungen

Inhalt der Regelung:

Durch die Ergänzung in § 25 Absatz 4 erhält der G-BA zwei konkrete Überprüfungsaufträge:

1. Die in neuem § 25 Absatz 4 Satz 7 Nummer 1 geregelte Pflicht zur Überprüfung seiner Normsetzung betrifft die in der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie (GU-RL) geregelte allgemeine Gesundheitsuntersuchung. Der G-BA soll diese auf der Grundlage des aktuellen Stands des Wissens überprüfen und bis zum 31. Dezember 2027 über eine Anpassung der Richtlinie beschließen. Dabei soll eine Anpassung im Hinblick auf Altersgrenzen, Zielgruppen, Häufigkeit der Untersuchungen, Untersuchungsinhalte, geschlechtsspezifische Besonderheiten und Zielerkrankungen geprüft werden. Insbesondere soll eine mögliche Eingrenzung auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen und deren Risiken sowie Begleit- und Folgeerkrankungen als zukünftiger Schwerpunkt der Gesundheitsuntersuchung in den Blick genommen werden. Dabei soll der Nutzen der einzelnen, derzeit im Check-up enthaltenen Teiluntersuchungen (z. B. Laboruntersuchung des Urins) überprüft und Möglichkeiten für eine stärker standardisierte Erfassung von Risiken genutzt werden. Zudem sollen spezifische Bedarfe unterschiedlicher Zielgruppen sowie geschlechtsbezogene Unterschiede im Hinblick auf das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und damit zusammenhängender Erkrankungen berücksichtigt werden. Um sozial benachteiligte und andere besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen künftig besser durch das Angebot des Check-ups zu erreichen, sollen Möglichkeiten der zielgruppengerechten Ansprache und Information berücksichtigt werden.
2. Die im neuen § 25 Absatz 4 Satz 7 Nummer 2 geregelte Pflicht des G-BA zur Überprüfung seiner Normsetzung betrifft das derzeit in der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie geregelte Hautkrebs-Screening. Der G-BA soll die derzeitige Hautkrebsfrüherkennung gemäß der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie auf Grundlage des aktuellen Stands der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse überprüfen. Dabei soll er ein mögliches risikobasiertes (opportunistisches) Screening für definierte Risikogruppen sowie eine mögliche Anpassung der Untersuchungshäufigkeit berücksichtigen. Bis zum 31. Dezember 2027 soll er über eine Anpassung der Richtlinie beschließen.

Bewertung:

Der sich aus § 25 Abs. 4 Satz 7 SGB V ergebende Auftrag ist seitens des G-BA weiterhin inhaltlich unklar und die gesetzte Frist für die Anpassungen der Richtlinien nicht erfüllbar.

Allgemeine Ausführungen zur Überprüfungspflicht

Gemäß § 2 Absatz 1 Satz 3 SGB V haben Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen. Dieses Qualitätsgebot erstreckt sich über das gesamte SGB V und findet sich auch in der allgemeinen Richtlinienermächtigung des G-BA nach § 92 Absatz 1 Satz 1 SGB V wieder. Danach hat der G-BA auch zu prüfen, ob *„nach allgemein anerkanntem Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen sind"*. Damit ist die Einhaltung und einheitliche Anwendung des allgemeinen Qualitätsgebots rechtstechnisch bereits umfassend sichergestellt. Insoweit besteht eine allgemeine Beobachtungs- und bei Bedarf Anpassungspflicht des G-BA. Entsprechend hat er in seiner Verfahrensordnung im 1. Kapitel § 7 Absatz 4 kodifiziert, dass er die Auswirkungen seiner Entscheidungen überprüfen und begründeten Hinweisen nachgehen soll, dass sie nicht mehr mit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse übereinstimmen.

Im Bereich der Früherkennung besteht bei der Bewertung medizinischer Untersuchungsmethoden das formale Antragserfordernis nach § 135 SGB V. Eine ausdrückliche Überprüfungspflicht in § 25 SGB V vorzusehen ist daher redundant und würde einen systematischen Bruch darstellen.

Konkrete Regelung:

Zu Nummer 1 (Gesundheitsuntersuchungen)

a. Unklarer Überprüfungsinhalt

Die vorgesehene Überprüfung der Gesundheitsuntersuchungen im Hinblick auf die *„Untersuchungsinhalte"* lässt den Wortlaut von Nummer 1 sehr weit und unklar erscheinen. Insbesondere, da in der Gesetzesbegründung ausgeführt wird, dass der Nutzen der einzelnen, derzeit im Check-up enthaltenen Teiluntersuchungen (wie z.B. die Laboruntersuchung des Urins) überprüft werden soll, ergeben sich Unklarheiten. Das liegt daran, dass der G-BA mit Blick auf seinen Regelungsauftrag aus §§ 25 i.V.m. 135 Abs. 1 SGB V Methoden bewertet, jedoch keine Einzelleistungen. Eine umfassende Evidenzrecherche und -prüfung hinsichtlich jeglicher in Betracht kommender Leistungsbestandteile ist unter Berücksichtigung der kurzen Fristen schier unmöglich.

b. *„Geschlechtsspezifische Besonderheiten"*

Sofern es evidenzbasierte Anhaltspunkte dafür gibt, dass geschlechtsspezifische Besonderheiten zu einem unterschiedlichen Nutzen-Risiko-Profil führen, prüft der G-BA dies im Rahmen seiner Methodenbewertung ohnehin. Eine einzelne Hervorhebung stellt somit einen systematischen Bruch mit Blick auf die sonstige Ausgestaltung der §§ 25 und 25a SGB V dar.

c. Fokus: Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Ein alleiniger Schwerpunkt auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen würde zu einer erheblichen Verengung des Untersuchungsinhalts führen. Die derzeitige allgemeine Gesundheitsuntersuchung dient unter anderem dem niederschwelligen Zugang, um Versicherte auf Angebote krankheitsspezifischer Untersuchungen, einschließlich der Früherkennung von Krebserkrankungen, hinzuweisen und individuelle Krankheitsrisiken und Risikoprofile zu erfassen. Insofern erscheint die GU weiterhin als sinnvoller Ansatzpunkt, um mit den potenziell ansprechbaren Versicherten in Kontakt zu treten. Zudem würde sie der vom Gesetzgeber intendierten Erfassung von risikobasierten Screenings gerecht werden.

Wenn der Gesetzgeber in der Gesetzesbegründung argumentiert, dass auch Möglichkeiten der zielgruppengerechten Ansprache und Information berücksichtigt werden sollten, ist das im Rahmen von § 25 SGB V nicht möglich. Anders als bei den organisierten Programmen nach § 25a SGB V, bei denen die Einladung mit den Informationsmaterialien gekoppelt ist, sieht § 25 SGB V eine solche individuelle Ansprachemöglichkeit nicht vor. Eine vom Gesetzgeber insoweit intendierte Informationsmöglichkeit für spezifische Risikogruppen bereits vor der Inanspruchnahme von Untersuchungen gibt das Gesetz dem G-BA als Handlungsinstrument gerade nicht in die Hand.

Zur Gesetzesbegründung

Die in der Gesetzesbegründung aufgeführten Hinweise im Hinblick auf bestehende wissenschaftliche Studien sind nicht überzeugend. Der G-BA prüft regelmäßig, ob seine Richtlinien aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse angepasst werden sollten. So hat sich beispielsweise aus der letzten umfassenden Überprüfung der Richtlinie zur Gesundheitsuntersuchung auf Basis evidenzbasierter Leitlinien eine Anpassung des Intervalls der Untersuchung sowie ein risikoadaptiertes Vorgehen bei jungen Erwachsenen ergeben. Bei dieser Überprüfung zeigte sich allerdings auch, dass für bestimmte Aspekte der Untersuchung, wie die konkreten Altersbereiche und Intervalle oder die stärkere Berücksichtigung von Risikofaktoren, keine hochwertige Evidenz vorliegt. Auch die Evaluation der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie ergab keine aussagekräftige Evidenz, insbesondere da die verfügbaren Daten aus der Versorgung keine Darstellung von Patientenverläufen erlaubten.

Im Rahmen des NHS Health Check ist es hingegen möglich, solche Patientenverläufe für die ambulante und stationäre Versorgung abzubilden. Basierend auf diesen Daten konnte eine reduzierte Inzidenz für eine Reihe von Erkrankungen bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Health Checks festgestellt werden[1].

Eine standardisierte Erfassung von Risiken, wie in der Gesetzesbegründung postuliert, käme jedenfalls nur dann in Betracht, wenn sich eine solche Erfassung unter Berücksichtigung der Erkenntnisse der evidenzbasierten Medizin belegen ließe. Im Rahmen der Anamnese als Teil der allgemeinen Gesundheitsuntersuchung wird bereits jetzt eine Erfassung des individuellen Risikoprofils vorgenommen.

Der Regelungswille des Gesetzgebers hinsichtlich des stärker geforderten Einbezugs nichtärztlichen Personals bleibt völlig unklar. Mit Blick auf die Rechtsverbindlichkeit der Beschlüsse und Richtlinien des G-BA im Sinne des § 91 Absatz 6 SGB V erschließt sich nicht, inwieweit ein verpflichtender Einbezug von nichtärztlichem Personal im Rahmen der GU-RL überhaupt erfolgen könnte.

Wie bei der Gesundheitsuntersuchung ist auch die Evaluation des Hautkrebs-Screenings durch die fehlende Verfügbarkeit personenbezogener Daten, die längsschnittliche Auswertungen ermöglichen würden, bislang erheblich eingeschränkt. Daher konnten weder die vom G-BA beauftragte Evaluation noch zwei vom Innovationsfonds geförderte Projekte aussagekräftige Ergebnisse bezüglich des Nutzens des Hautkrebs-Screenings liefern. Seit 2026 sind jedoch mit dem Aufbau des Forschungsdatenzentrums Gesundheit (FDZ) Auswertungen zu Patientenverläufen möglich. Damit entfällt eine wesentliche Limitation der bisherigen Auswertungen. Entsprechend hat der G-BA für die künftige Evaluation der Richtlinie zum Hautkrebs-Screening bereits eine Prüfung der Nutzung und Aussagekraft der FDZ-Daten in Auftrag gegeben.

Sofern auf einen *„nur sehr begrenzten Nutzen“* oder darauf, dass Studien eine mögliche Wirksamkeit von Früherkennungsuntersuchungen mit Fokus auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zur Reduktion bestimmter Risiken gezeigt hätten, Bezug genommen wird, wird darauf verwiesen, dass gemäß § 135 Abs. 1 SGB V ein Nutzen als belegt anerkannt werden muss, damit eine Methode anerkannt wird. Eine weitere Klassifizierung zur Höhe des Nutzens

[1] McCracken, C., Raisi-Estabragh, Z., Szabo, L. et al. NHS Health Check attendance is associated with reduced multiorgan disease risk: a matched cohort study in the UK Biobank. BMC Med 22, 1 (2024). https://doi.org/10.1186/s12916-023-03187-w

schreibt das Gesetz im Rahmen der tatbestandlichen Voraussetzungen nicht vor. Die Wirksamkeit einer Früherkennungsuntersuchung ist somit eine obligatorische, aber keine hinreichende Voraussetzung für deren Anerkennung.

Auch der Verweis auf strukturierte Früherkennungsprogramme überzeugt nicht. Im Gegensatz zu § 25a SGB V stellen Früherkennungsuntersuchungen, die auf Grundlage von § 25 SGB V durchgeführt werden, kein organisiertes Programm dar.

2. Zu Nummer 2 (Hautkrebs)

   Angesichts des Umfangs des Prüfauftrags und der damit einhergehenden erforderlichen Methodenbewertungsverfahren ist die seitens des Gesetzgebers intendierte Frist bis zum 31. Dezember 2027, die entsprechenden Richtlinien anzupassen, nicht realistisch. Dies würde zu einer unangemessenen Verkürzung der regulären Frist von zwei Jahren führen.

Zu Nummer 10: § 27b Absatz 3 und 6 SGB V

Inhalt der Regelung:

§ 27b begründet einen Rechtsanspruch der Versicherten, sich vor planbaren Eingriffen, die mengenanfällig sind, eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung einzuholen. Nach bisheriger Rechtslage ist die Inanspruchnahme einer Zweitmeinung freiwillig und trägt insbesondere zu einer informierten Entscheidungsfindung bei.

Der neue Absatz 3 sieht ein Abrechnungsverbot für Ärztinnen, Ärzte oder Einrichtungen vor, die einen bestimmten mengenanfälligen Eingriff durchführen, sofern sich die Versicherten nicht vor dem Eingriff nachweislich eine zweite Meinung eingeholt haben. Der G-BA wird verpflichtet, diese Eingriffe zu bestimmen. Damit wird in diesen Fällen die Einholung einer Zweitmeinung zur Abrechnungsvoraussetzung. Die Versicherten sind dann dazu verpflichtet, sich eine zweite Meinung einzuholen. Wurde das zwingend notwendige Zweitmeinungsverfahren durchgeführt, darf der Eingriff – unabhängig vom Ergebnis der Zweitmeinung – durchgeführt werden und ist zu vergüten. Nur wenn der Eingriff durchgeführt wird, ohne dass die Durchführung des zwingend notwendigen Zweitmeinungsverfahrens nachgewiesen wurde, besteht ein Abrechnungsverbot. Vor welchen mengenanfälligen Eingriffen das Zweitmeinungsverfahren künftig die notwendige Voraussetzung ist, entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Bis zum 31. März 2027 wählt er zunächst mindestens einen und anschließend jährlich mindestens einen weiteren der von der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL) erfassten Eingriffe aus. Die erste Beschlussfassung muss bis zum 31. März 2027 erfolgen, damit die Auswirkungen auf die Versorgung bereits im Jahr 2027 sichtbar werden.

Die Aufklärungspflicht der Ärztin oder des Arztes, die oder der die Indikation für einen von Absatz 3 erfassten Eingriff stellt, wird im neuen Absatz 6 erweitert. Sie umfasst nun auch die Information, dass eine zweite Meinung zwingend erforderlich ist, damit der Eingriff zu Lasten der GKV durchgeführt werden kann. Um den Versicherten die Eingriffsempfehlung besser nachvollziehbar zu machen, hat die Ärztin oder der Arzt den Versicherten bereits bei der Indikationsstellung verpflichtend die vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zur Entscheidungsunterstützung erarbeiteten Materialien in Textform auszuhändigen. In neuem Absatz 6 Satz 4 wird das zwischen erstmaliger Aufklärung und Durchführung des Eingriffs liegende Mindestzeitfenster verlängert. Beim freiwilligen Zweitmeinungsverfahren sind künftig mindestens zehn Arbeitstage und beim zwingend notwendigen Zweitmeinungsverfahren 15 Arbeitstage maßgeblich.

Bewertung:

Die durch Absatz 3 Satz 2 und 3 normierten neuen Aufgaben des G-BA werden grundsätzlich begrüßt. Es wird jedoch darauf hingewiesen, dass durch die ab dem 31. März 2027 geltende Verpflichtung zur Einholung einer Zweitmeinung für einen vom G-BA noch festzulegenden Eingriff Engpässe bei der Erbringung der dann verpflichtenden Zweitmeinungen in der Versorgung wahrscheinlich sind. In der Begründung zum Gesetzesentwurf werden Knie-Endoprothesen u. a. als geeignete mengenanfällige Eingriffe für ein verpflichtendes Zweitmeinungsverfahren genannt. Im Jahr 2024 wurden zu diesem Eingriff beispielsweise gemäß dem Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) 173.200 Erstimplantationen einer Knieendoprothese und ca. 17.400 Revisionseingriffe durchgeführt. Laut dem KBV-Bericht nach § 10 der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL) gab es im Jahr 2024 in ganz Deutschland lediglich 551 zugelassene Zweitmeinungserbringer für diesen Eingriff. Es ist davon auszugehen, dass die derzeit zugelassenen Ärztinnen und Ärzte die zu erwartende Anzahl verpflichtender Zweitmeinungen nicht kurzfristig erbringen können. Neben ggf. medizinisch nicht zu vertretenden Verzögerungen könnten diese Engpässe auch unbeabsichtigte negative Auswirkungen für Krankenhausträger in Bezug auf die Erreichung der Mindestmengen gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für die Eingriffe „Knie-TEP“, „Unikondyläre Schlittenprothesen“ und „Revisionseingriffe nach Kniegelenk-Endoprothesen“ haben.

Zu Absatz. 3 Satz 1:

Es wird darauf hingewiesen, dass zahlreiche Tatbestände für ein Verbot der Berechnung von Entgelten in § 8 Absatz 4 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) geregelt sind, die ihren Ursprung in Vorgaben des SGB V haben. Für das in § 27b Abs. 3 S. 1 SGB V vorgesehene Entfallen des Vergütungsanspruchs bei fehlendem Nachweis einer obligatorischen Zweitmeinung fehlt eine entsprechende Regelung im KHEntgG. Es wird insoweit eine Prüfung angeregt, ob ergänzend zur Rechtsfolgenregelung in § 27b Abs. 3 S. 1 SGB V spiegelbildlich entgeltrechtliche Regelungen im KHEntgG erforderlich sind.

Zu Absatz 6 Satz 3:

Die Formulierung *„dem Versicherten in Textform auszuhändigen“* ermöglicht einerseits eine elektronische Information (TI-Messenger, E-Mail oder QR-Code), lässt aber andererseits durch den Begriff *„auszuhändigen“* eine schriftliche Information naheliegen. Es wird vorgeschlagen, die Formulierung *„aushändigen“* durch *„zur Verfügung stellen“* zu ersetzen. Dies kann dazu beitragen, das für die oder den einzelnen Versicherten jeweils geeignetste Format der Information auszuwählen und Bürokratieaufwand zu vermeiden.

Zu Absatz 6 Satz 4:

Der Begriff *„Arbeitstage"* in Satz 4 ist rechtlich eventuell nicht hinreichend bestimmt, was potenziell zu Schwierigkeiten bei der Auslegung der Norm führen kann. Der Begriff wird zwar im SGB V verwendet (z. B. in § 45 beim Krankengeld), allerdings wird er nicht gesetzlich definiert. Normadressaten des Satzes 4 sind Leistungserbringer. Die Regelung lässt offen, ob es sich um „Arbeitstage" des Versicherten oder eines Leistungserbringers handelt. Jedenfalls aus Perspektive der Leistungserbringer hat der Begriff „Arbeitstage" potenziell eine unterschiedliche Bedeutung: Für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte dürften z. B. regelhaft die Tage von Montag bis Freitag „Arbeitstage" sein, wohingegen für im Krankenhaus tätige Ärztinnen und Ärzte auch Samstage und/oder Sonntage „Arbeitstage" sein können. Es wird daher angeregt, in Satz 4 die Formulierungen „zehn Arbeitstage" und „15 Arbeitstage" durch die Formulierungen „zwei Wochen" und „drei Wochen" zu ersetzen. Alternativ kann auch der bestehende Tagesbezug beibehalten werden, also eine Verlängerung des Zeitfensters auf 14 bzw. 21 Tage.

Gemeinsamer Bundesausschuss

Zu Nummer 12 Buchstabe b: § 31 Absatz 1a SGB V

Inhalt der Regelung:

Durch die Änderung des § 31 Absatz 1 soll der Begriff „Verbandmittel“ gesetzlich abschließend definiert werden und in der Folge auch Verbandmittel mit proteasemodulierender oder antimikrobieller Wirkung unmittelbar und generell zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig werden.

Bewertung:

Der gesetzlich definierte Anspruch der Versicherten auf Verbandmittel mit proteasemodulierender oder antimikrobieller Wirkung wird damit begründet, dass diese für die Versorgung von großer Bedeutung seien. Dies widerspricht einer evidenzbasierten Ausrichtung der Wundbehandlung und wird zudem absehbar zu weiteren Ausgabensteigerungen in diesem Bereich aufgrund der im Vergleich deutlichen höheren Preise solcher Produkte – diese liegen oftmals mehr als doppelt so hoch gegenüber entsprechenden „klassischen Wundauflagen“ – führen, ohne dass damit nachgewiesenermaßen eine tatsächliche Verbesserung der Patientenversorgung damit verbunden wäre.

Zwar soll das Nähere zur Abgrenzung von Verbandmitteln zu sonstigen Produkten zur Wundbehandlung auch weiterhin durch den G-BA geregelt werden, allerdings fehlt hierzu jeglicher Anknüpfungspunkt. Denn nach der vorgesehenen Streichung des bisher einschränkenden Merkmales einer fehlenden pharmakologischen, immunologischen oder metabolischen Wirkung bleibt vollständig offen, wann trotz Vorliegen der Eigenschaften nach Satz 2 gleichwohl nicht mehr von einem Verbandmittel mit ergänzenden Eigenschaften, sondern von einem sonstigen Produkt zur Wundbehandlung auszugehen wäre. Da davon auszugehen ist, dass der Großteil aller Produkte zur Wundbehandlung bereits unter die Nr. 1 bis 3 in Satz 2 fallen dürfte, verbliebe somit kein erkennbarer Anwendungsbereich mehr für sonstige Produkte zur Wundbehandlung mit der Folge, dass der weit überwiegende Anteil aller Wundprodukte auch weiterhin ohne jeglichen Evidenznachweis erstattungsfähig bliebe.

Zumindest für Produkte, die nach der Verordnung (EU) 2017/745 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5. April 2017 über Medizinprodukte (MDR) in der Risikoklasse III klassifiziert werden, ist aus Sicht der unparteiischen Mitglieder zu fordern, dass der Nutzen im Rahmen eines Antragsverfahrens gegenüber dem G-BA belegt werden muss.
Die aktuelle S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V. (Stand September 2024, gültig bis September 2029) *„Lokaltherapie schwerheilender und/oder chronischer Wunden aufgrund von peripherer arterieller Verschlusskrankheit, Diabetes mellitus oder chronischer venöser Insuffizienz“* https://register.awmf.org/assets/guidelines/091-001l_S3_Lokaltherapie-schwerheilender-chronischer-Wunden_2023-11.pdf weist

für *„proteasenmodulierende“* Wundprodukte (Hyaluron und Kollagen) darauf hin, dass anhand der vorliegenden Studien keine belastbaren Aussagen zum Nutzen oder Schaden getroffen werden können. Nach Abwägung von Nutzen (Reduktion einer bakteriellen Belastung, auch bei Wunden ohne klinische Zeichen einer Wundinfektion) und potenziellem Schaden (Hemmung der Proliferation von Fibrozyten und Keratinozyten, Resistenzentwicklung und Umweltbelastung) sowie dem fehlenden Nachweis einer verbesserten Wundheilung hat sich die Leitliniengruppe gegen eine Empfehlung für die Anwendung silberhaltiger Wundauflagen bei Wunden ohne klinische Zeichen einer Wundinfektion ausgesprochen. Auch für antiseptische Zusätze wie Polihexanid-oder Octenidin in Wundauflagen/Gelen können demnach keine belastbaren Aussagen zum Nutzen oder Schaden getroffen werden. Ebenso wird für iodhaltige Topika nach Abwägung des fraglichen bzw. nicht nachgewiesenen Nutzens und möglichem Schaden keine Empfehlung für den Einsatz bei Wunden ohne klinische Anzeichen einer Wundinfektion durch Mikroorganismen ausgesprochen.

Der Vorschlag der unparteiischen Mitglieder des G-BA berücksichtigt das Rangverhältnis zwischen Verbandmitteln mit ergänzenden Eigenschaften einerseits und sonstigen Produkten zur Wundbehandlung andererseits und gestattet unter Berücksichtigung der Risikoklassifikation der Medizinprodukte auch zukünftig eine sachgerechte Abgrenzung im Interesse der Patientensicherheit.

Der aktualisierte Änderungsvorschlag sieht, im Sinne einer unbedingt erforderlichen Negativabgrenzung, eine generelle Verordnungsfähigkeit für Produkte mit ergänzenden Eigenschaften nach Satz 2 unter der Bedingung vor, dass diese nach der MDR in den Risikoklassen I, IIa und IIb klassifiziert sind. Zumindest für Produkte zur Wundversorgung, die als Medizinprodukte mit höchstem Risiko in der Risikoklasse III klassifiziert sind, ist es aus Sicht der unparteiischen Mitglieder des G-BA geboten, dass für diese unter Vorlage evidenzbasierter Studien nachgewiesen wird, dass ihr Einsatz für Patientinnen und Patienten im Rahmen der Wundversorgung einen höheren Nutzen bringt als der vergleichsweise Einsatz von Produkten zur Wundversorgung niedriger Risikoklassen.

Die nach der MDR vorgegebene Einordnung stellt dabei ein geeignetes Abgrenzungskriterium dar. Produkte werden nach der MDR unter Berücksichtigung ihrer Zweckbestimmung und der damit verbundenen Risiken in die Klassen I, IIa, IIb und III eingestuft, wobei sich Produkte der Klasse III durch ein besonders hohes Risiko für Patientinnen und Patienten auszeichnen. Dieses Risiko rechtfertigt es im Besonderen, dass für die entsprechenden Produkte Evidenz vorgelegt werden muss, um ihren Nutzen, im Vergleich zu anderen Produkten niedrigerer Risikoklasse, die in der gleichen Indikation eingesetzt werden können, nachzuweisen und ihre Erstattungsfähigkeit zu erreichen. Nur wenn der Nutzen belegt ist, rechtfertigt dies auch die Erstattung eines mit höheren Risiken behafteten Produktes zur Wundversorgung. Darüber hinaus würde diese Art der Negativabgrenzung die Einordung von Produkten als Verbandmittel

oder sonstiges Produkt zur Wundbehandlung in Zukunft in der Versorgung deutlich transparenter machen und vereinfachen.

Ergänzend wird darauf hingewiesen, dass aktuell noch ein inhaltlicher Widerspruch zum Begriff der *„Verbandmittel mit ergänzenden Eigenschaften“* zwischen Normtext und amtlicher Begründung besteht. Während der Gesetzesvorschlag von *„ergänzenden“* Eigenschaften nach dem bisherigen rechtlichen Verständnis spricht, werden diese ergänzenden Eigenschaften in der amtlichen Begründung missverständlich als „Hauptwirkung“ bezeichnet *(Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt das Nähere, insbesondere eine Zusammenstellung von Produktgruppen mit eineindeutigen Verbandmitteln, Verbandmitteln mit ergänzenden Eigenschaften, deren (ergänzende) ~~Haupt~~Wirkung in den in Satz 2 genannten Zwecken besteht sowie eine Zusammenstellung von Produktgruppen, deren zugehörige Produkte als sonstige Produkte zur Wundbehandlung (nach Satz 3) anzusehen sind, in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2).*

Des Weiteren weisen die unparteiischen Mitglieder darauf hin, dass die FinanzKommission Gesundheit eine substanzielle Steigerung der Ausgaben für Verbandmittel verzeichnet hat. *„Diese Dynamik liegt oberhalb der von patentgeschützten Arzneimitteln (8 %) und ebenfalls deutlich über der generellen GKV-Ausgabenentwicklung.“* Das geplante Preismoratorium allein ist jedoch nicht geeignet, diesen Ausgabensteigerungen ohne substanziellen Mehrwert für die Versicherten in der Wundversorgung entgegenzutreten. Zur Minimierung der nicht nachvollziehbaren Ausgabensteigerungen, die auch durch erhebliche Preissteigerungen im Bereich der Produkte mit (postulierter) proteasemodulierener oder antimikrobieller Wirkung bedingt sind, sollte daher über weitergehende alternative Preisregulierungs- oder Wettbewerbselemente nachgedacht werden.

<u>Änderungsvorschlag:</u>

Nummer 12 Buchstabe b) wird wie folgt geändert:

„a) Absatz 1a wird durch den folgenden Absatz 1a ersetzt:

„(1a) Verbandmittel sind Gegenstände einschließlich Fixiermaterial, deren Hauptwirkung darin besteht, oberflächengeschädigte Körperteile zu bedecken, Körperflüssigkeiten von oberflächengeschädigten Körperteilen aufzusaugen oder beides zu erfüllen. Als Verbandmittel gilt auch ein Gegenstand, der ergänzend zu den in Satz 1 genannten Eigenschaften

1. *Wunden feucht hält oder Wunden reinigt,*
2. *Wundexudat oder Gerüche bindet~~,~~ <u>oder</u>*
3. *ein Verkleben mit der Wunde verhindert beziehungsweise atraumatisch wechselbar ist,*

~~4. proteasemodulierend oder antimikrobiell im oder am menschlichen Körper wirkt.~~

es sei denn, der Gegenstand ist nach Anhang VIII der Verordnung (EU) 2017/745 des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 05. April 2017 über Medizinprodukte, die zuletzt durch die Verordnung (EU) 2025/2457 vom 26. November 2025 (ABl. L 2457 vom 12.12.2025, S. 1) geändert worden ist, in der Risikoklasse III klassifiziert, diese Produkte gelten als sonstige Produkte zur Wundbehandlung.

Erfasst sind auch Gegenstände, die zur individuellen Erstellung von einmaligen Verbänden an Körperteilen, die nicht oberflächengeschädigt sind, gegebenenfalls mehrfach verwendet werden, um Körperteile zu stabilisieren, zu immobilisieren oder zu komprimieren. Das Nähere zur Abgrenzung von Verbandmitteln zu sonstigen Produkten zur Wundbehandlung regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6. Absatz 1 Satz 2 gilt für sonstige Produkte zur Wundbehandlung entsprechend. Der Gemeinsame Bundesausschuss berät Hersteller von sonstigen Produkten zur Wundbehandlung im Rahmen eines Antragsverfahrens insbesondere zu konkreten Inhalten der vorzulegenden Unterlagen und Studien. § 34 Absatz 6 gilt entsprechend. Für die Beratung sind Gebühren zu erheben. Das Nähere zur Beratung und zu den Gebühren regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung.““

Zu Nummer 12 Buchstabe c: § 31 Absatz 6 SGB V

Inhalt der Regelung:

Durch die Änderung wird Cannabis in Form von getrockneten Blüten aus dem Leistungsanspruch nach § 31 Absatz 6 gestrichen.

Bewertung:

Die geplante Änderung wird weiterhin begrüßt. Wie in der Gesetzesbegründung ausgeführt, kann im Rahmen einer medizinischen Therapie mit Fertigarzneimitteln und Rezepturen eine höhere Standardisierung des Wirkstoffgehalts erreicht werden als bei Cannabis in Form getrockneter Blüten.

Zu Nummer 13 Buchstabe a: § 34 Absatz 1 SGB V

Inhalt der Regelung:

Bei Streichung von § 34 Absatz 1 Satz 3 SGB V handelt sich um eine Folgeänderung infolge des Ausschlusses von Arzneimitteln und Leistungen der besonderen Therapierichtungen von der Erstattungsfähigkeit.

Bewertung:

Im Zuge der Änderung des § 34 Abs. 1 wird erneut angeregt, Satz 4 zu streichen. Eine abschließende Zusammenstellung der „generell“ verordnungsfähigen OTC-Fertigarzneimittel entspricht nämlich nicht der Systematik der AM-RL und speziell der OTC-Übersicht. Zudem sind präparatebezogene Verweise auf die jeweils relevanten Regelungen der Arzneimittel-Richtlinie einschließlich der OTC-Übersicht sowohl in der Praxissoftware der Vertragsärzte als auch in den Verzeichnisdiensten der Apotheken zu finden. Dadurch ist eine Berücksichtigung in der Versorgung bereits hinreichend sichergestellt.

Änderungsvorschlag:

Nummer 13 Buchstabe a) wird wie folgt geändert:

„a) Absatz 1 ~~Satz 3 wird~~ Sätze 3 und 4 werden gestrichen.

Zu Nummer 17: § 44c SGB V

Inhalt der Regelung:

Mit § 44c Absatz 4 SGB V wird dem G-BA der Regelungsauftrag eingeräumt, das Nähere zur Feststellung und Ausgestaltung der Teilarbeitsunfähigkeit, insbesondere zu den in Absatz 1 genannten Voraussetzungen, zu bestimmen. Unter Einbeziehung aller Tatbestandsvoraussetzungen des Absatzes 1 hat der G-BA die Möglichkeit, die Teilarbeitsunfähigkeit in das bereits etablierte Regelungsregime der Richtlinie über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung (Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie) zu integrieren. Insbesondere beauftragt der Gesetzgeber den G-BA mit der Konkretisierung der Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2.

Bewertung:

Die Einführung von Teilarbeitsunfähigkeit und Teilkrankengeld in Verbindung mit dem gesetzlichen Auftrag an den G-BA, die bereits getroffenen Regelungen zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit um die Teilarbeitsunfähigkeit zu ergänzen, wird begrüßt. Eine entsprechende inhaltliche Ausgestaltung der Nummern 1 und 3 im Rahmen der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie erachten die unparteiischen Mitglieder jedoch nur als begrenzt möglich.

Zu Nummer 48 Buchstabe b): § 130a Absatz 2 SGB V

Inhalt der Regelung:

Für zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegebene Impfstoffe für Schutzimpfungen nach § 20i, die einen Patent- oder Unterlagenschutz haben, wird ein Abschlag in Höhe von 7 Prozent auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers eingeführt.

Bewertung:

Die Regelung ist angesichts der steigenden Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für neue Impfstoffe zu begrüßen.

Zu Nummer 50: § 130e SGB V

Inhalt der Regelung:

Krankenkassen oder ihre Verbände haben die Möglichkeit, für bestimmte Arzneimittelgruppen mit patentgeschützten Arzneimitteln festzulegen, dass der Arzt bzw. die Ärztin bei der Verordnung rabattierten Arzneimitteln den Vorzug zu geben hat.

Bewertung:

Angesichts der gestiegenen Ausgaben für patentgeschützte Arzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung sind Maßnahmen, die den Wettbewerb zwischen patentgeschützten, therapeutisch vergleichbaren Arzneimitteln fördern, grundsätzlich nachvollziehbar. Unabhängig von Rabattverträgen zwischen pharmazeutischen Unternehmern und Krankenkassen können im Rahmen der Festbetragsregelung Wirtschaftlichkeitsreserven auf der Gruppenebene realisiert werden. Da eine gleichermaßen vollständige Abdeckung des jeweiligen Marktes über Rabattverträge sowohl zeitlich als auch aufgrund der Diversität nicht erfolgen kann, schlagen die unparteiischen Mitglieder erneut vor, dass ergänzend dem G-BA die Möglichkeit eröffnet wird, nach § 35 SGB V Festbetragsgruppen mit patentgeschützten Arzneimitteln zu bilden.

Unbeschadet der Sinnhaftigkeit dieser Regelungen aus fiskalischer Sicht wird aber darauf hingewiesen, dass die konkrete Ausgestaltung mit Blick auf den Anspruch der Versicherten auf eine zweckmäßige Versorgung einerseits und der therapeutischen Vergleichbarkeit auch unter Berücksichtigung der Erkenntnisse der Nutzenbewertungen nach § 35a SGB V andererseits schwierig sein kann. Zudem ist zu vermeiden, dass die Kriterien zur Bildung der Arzneimittelgruppen mit patentgeschützten Arzneimitteln den Voraussetzungen zur Bildung von Festbetragsgruppen nach § 35 SGB V widersprechen.

Deutscher Bundestag

Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(12)

zur öffentl. Anh. am 22.06.2026

18.06.2026

Stellungnahme

des

Spitzenverbandes Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) vom 17. Juni 2026

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (BT-Drs. 21/6130)

Kontakt:

Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa)

Anschrift: Robert-Koch-Platz 9, 10115 Berlin
Telefon: +49 30 – 40 00 96 31, Fax: +49 30 40 00 96 32
E-Mail: info@spifa.de
Registergericht: Amtsgericht Charlottenburg, Registernummer: VR 29131 B

Vorstand:
Dr. med. Dirk Heinrich, Dr. med. Helmut Weinhart, Prof. Dr. med. Hermann Helmberger, Dr. med. Petra Bubel, Dr. med. Norbert Smetak, Jan Henniger, Markus Haist (kooptiert), Dr. med. Anna-Katharina Doepfer (kooptiert)

Hauptgeschäftsführer:
Dr. iur. André Byrla

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

SpiFa
Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands e.V.

Ordentliche Mitglieder des SpiFa

ALM Akkreditierte Labore in der Medizin e.V.

BAO Bundesverband für Ambulantes Operieren e.V.

BUNDESVERBAND DER BELEGÄRZTE UND BELEGKRANKENHÄUSER

BDI Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten

BDNC

BDNR Berufsverband Deutscher Neuroradiologen e.V.

BERUFSVERBAND DEUTSCHER NUKLEARMEDIZINER e.V. BDN

Bundesverband der Pneumologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin e.V.

bdpm Berufsverband Deutschland für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie

BNC

bng Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e.V.

BDR

BNK Bundesverband Niedergelassener Kardiologen

BNGO

BNHO Berufsverband der Niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für Hämatologie und Medizinische Onkologie in Deutschland e.V.

BRZ BUNDESVERBAND REPRODUKTIONSMEDIZINISCHER ZENTREN DEUTSCHLANDS E.V.

SpiFa
Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands e.V.

BVA Berufsverband der Augenärztinnen und Augenärzte Deutschlands e. V.

BVAD Berufsverband der AngiologInnen Deutschlands

BVD

BvDU Berufsverband der Deutschen Urologie e.V.

BVDH

BVND Bundesverband niedergelassener Diabetologen e. V.

BVF Berufsverband der Frauenärztinnen und Frauenärzte e.V.

HNO

BVOU

BVPRM Berufsverband der Ärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin

DBVPP

DFV Deutscher Facharztverband e.V.

MKG Mund Kiefer Gesicht Chirurgie

Deutsche Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie

DN Berufsverband der Nephrologinnen und Nephrologen in Deutschland e.V.

Niedergelassene Radioonkologen

Assoziierte Mitglieder des SpiFa

INHALT

I. Vorwort 5

II. Maßnahmen des Referentenentwurfes im Einzelnen 9

Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 9

Nummer 10 (Ersetzung § 27b) – Zweitmeinungsverfahren 9

Nummer 25 (Änderung § 71) 10

Nummer 31 (Änderung § 87) – Streichung Zuschläge TSS- und HÄ-Vermittlungsfälle; Begrenzung der OWP-Anpassung 10

Nummer 32 (Änderung § 87a) – Budgetierung 11

Nummer 34 (§ 87d – neu) 16

Nummer 42 (Änderung § 115f Absatz 2 Satz 2) – Dynamik Ambulantisierung, Hybrid-DRG, Kurzzeit-DRG 18

Nummer 60 (Änderung § 221) 20

Nummer 61 (Änderung § 223) 20

Nummer 62 (Änderung § 232a) 21

I. Vorwort

Der vorliegende Gesetzentwurf enthält ein Paket von Maßnahmen zur Stabilisierung der Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Kernidee ist eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik: Die Ausgaben der GKV sollen künftig nicht stärker wachsen als ihre Einnahmen. Als Obergrenze für Vergütungs- und Preissteigerungen dient dabei grundsätzlich die sogenannte Grundlohnrate, also die Entwicklung der beitragspflichtigen Einkommen der GKV-Mitglieder. Formuliertes Ziel des Gesetzentwurfes ist, die Beitragssätze ab 2027 dauerhaft zu stabilisieren, ohne das Leistungsniveau oder die Versorgungsqualität grundsätzlich zu senken.

Für die vertragsärztliche Versorgung sieht der vorliegende Regierungsentwurf vor, Vergütungssteigerungen dauerhaft auf die tatsächliche Kostenentwicklung zu begrenzen, wobei die Grundlohnrate die verbindliche Obergrenze bildet. Darüber hinaus sollen „Sondervergütungen und Doppelfinanzierungen“, die keinen nachweisbaren Zusatznutzen für die Versorgung der Patientinnen und Patienten brächten, abgeschafft werden. Ziel sei es, Fehlanreize zu beseitigen und die Vergütung stärker am tatsächlichen Nutzen der Leistungen auszurichten. Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sollen neben Krankenhäusern, pharmazeutischen Unternehmen und anderen, einen angemessenen Beitrag zur finanziellen Konsolidierung leisten.

Auch der Bund soll nach dem Gesetzentwurf einen Beitrag zur Stabilisierung der GKV leisten. Vorgesehen ist zunächst die Verschiebung der Rückzahlung von Bundesdarlehen in Höhe von insgesamt 5,6 Milliarden Euro, die in den Jahren 2023, 2025 und 2026 gewährt wurden, um die GKV kurzfristig zu entlastet. Außerdem soll der Bund die monatliche Beitragspauschale für Beziehende von Grundsicherung ab 2027 schrittweise erhöhen.

Gleichzeitig soll der Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds ab 2027 zur Konsolidierung des Bundeshaushalts um 2 Milliarden Euro jährlich reduziert werden.

Bewertung des SpiFa:

Der Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) sieht den vorliegenden Gesetzentwurf mit großer Sorge. Unter dem Leitbild der Beitragssatzstabilisierung wird ein Paradigmenwechsel in der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung eingeleitet: An die Stelle einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung tritt eine politisch verordnete Ausgabenbegrenzung. Künftig soll nicht mehr der medizinische Versorgungsbedarf der Patientinnen und Patienten Maßstab der Finanzierung sein, sondern die Höhe der verfügbaren Einnahmen. Damit wird das zentrale Leistungsversprechen der gesetzlichen Krankenversicherung grundlegend infrage gestellt.

Dieser Paradigmenwechsel betrifft nicht allein die Finanzierungslogik der GKV, sondern auch die Verteilung von Versorgungs- und Mobilitätsrisiken. Soweit die

gesetzliche Vergütung kurzfristig verfügbare, koordinierte und wohnortnahe fachärztliche Versorgung nicht mehr bedarfsgerecht abbildet, wird das Risiko der tatsächlichen Inanspruchnahme, der regional unterschiedlichen Patientenströme und der kurzfristigen Terminverfügbarkeit einseitig auf die vertragsärztliche Versorgung verlagert. Dieses Risiko kann die Ärzteschaft weder organisatorisch noch wirtschaftlich dauerhaft tragen. Eine leistungsfähige ambulante Versorgung setzt voraus, dass zusätzliche, dringliche und niedrigschwellige Versorgungsangebote auch verlässlich finanziert werden.

Der Gesetzentwurf verfolgt das Ziel, die Finanzlage der GKV kurzfristig zu stabilisieren. Tatsächlich werden die finanziellen Probleme jedoch nicht gelöst, sondern verlagert. Statt die strukturelle Unterfinanzierung der GKV konsequent anzugehen und gesamtgesellschaftliche Aufgaben ausreichend aus Steuermitteln zu finanzieren, sollen Leistungserbringer und Versicherte die Hauptlast der Konsolidierung tragen. Die vorgesehenen Maßnahmen laufen in ihrer Gesamtheit auf eine verdeckte Rationierung medizinischer Leistungen hinaus.

Besonders kritisch bewertet der SpiFa die konsequente Ausweitung von Budgetierungs- und Deckelungsinstrumenten in der ambulanten Versorgung. Die starre Bindung der Vergütungsentwicklung an die Grundlohnrate ignoriert die Realität eines Gesundheitssystems, das durch medizinischen Fortschritt, demografischen Wandel, Fachkräftemangel und steigende Morbidität geprägt ist. Wer die Finanzierung medizinischer Versorgung dauerhaft von der tatsächlichen Kosten- und Leistungsentwicklung entkoppelt, gefährdet zwangsläufig Versorgungsqualität, Innovation und den Zugang der Patientinnen und Patienten zu modernen Behandlungsmöglichkeiten.

Besonders widersprüchlich ist die geplante Abschaffung bewährter TSVG-Regelungen. Ausgerechnet diejenigen Instrumente, die nachweislich zu einer schnelleren Versorgung dringlicher Behandlungsfälle und zu kürzeren Wartezeiten geführt haben, sollen abgeschafft werden. Die Botschaft an die Patientinnen und Patienten lautet damit: Schnellere Termine und ein verbesserter Zugang zur fachärztlichen Versorgung waren nur solange gewollt, wie sie politisch opportun erschienen. Die Folgen werden längere Wartezeiten, weniger verfügbare Behandlungskapazitäten und eine spürbare Verschlechterung der Versorgung sein.

Reduzierte ambulante Termin- und Behandlungskapazitäten werden zudem nicht folgenlos bleiben, sondern Patientinnen und Patienten verstärkt in die Notaufnahmen und stationären Strukturen der Krankenhäuser lenken. Damit droht eine Verlagerung in regelmäßig kostenintensivere Versorgungsstrukturen, die dem Ziel einer nachhaltigen Stabilisierung der GKV-Finanzen gerade widerspricht.

Hinzu kommt eine erhebliche Schieflage in der Belastung einzelner Fachgruppen. Von der Streichung der extrabudgetären Vergütung für TSS-Vermittlungsfälle, hausärzt-

liche Vermittlungsfälle und offene Sprechstunden wären insbesondere diejenigen grundversorgenden Facharztgruppen betroffen, die bereits heute einen wesentlichen Teil des niedrigschwelligen und kurzfristigen Zugangs zur fachärztlichen Versorgung sicherstellen. Gerade um deren Termin- und Versorgungskapazitäten geht es jedoch in der gesundheitspolitischen Diskussion um ein künftiges Primärversorgungssystem. Terminservicestellen, ärztliche Vermittlung und offene Sprechstunden sind keine verzichtbaren Sonderstrukturen, sondern zentrale Zugangselemente, die auch in einem Primärversorgungssystem weiterhin benötigt werden.

Führen die vorgesehenen Änderungen bei einzelnen Fachgruppen zu erheblichen Honorarrückgängen, in der Spitze bis zu 30 Prozent, wird dies zwangsläufig Auswirkungen auf das Versorgungsangebot haben. Vertragsärztinnen und Vertragsärzte werden ihre Leistungserbringung wirtschaftlich neu ausrichten, Sprechstundenkapazitäten reduzieren und sich gegebenenfalls anderen, verlässlicher finanzierten Tätigkeitsfeldern zuwenden müssen. Einmal abgebauten ambulanten Versorgungskapazitäten fehlt regelmäßig die Grundlage für eine kurzfristige Wiederherstellung. Sprechstunden, die infolge solcher Fehlsteuerungen verloren gehen, werden den Patientinnen und Patienten daher nicht ohne Weiteres wieder zur Verfügung stehen.

Darüber hinaus setzt der Gesetzentwurf Fehlanreize, die den erklärten gesundheitspolitischen Zielen der vergangenen Jahre diametral entgegenstehen. Ambulante Operationen, Präventionsleistungen, Strahlentherapien und andere bislang gezielt geförderte Leistungsbereiche sollen budgetiert werden. Gleichzeitig wird die weitere Ambulantisierung stationärer Leistungen ausgebremst. Damit droht eine Entwicklung, bei der wirtschaftlich und medizinisch sinnvolle ambulante Versorgungsformen geschwächt und vermeidbare stationäre Behandlungen begünstigt werden. Dies verschlechtert nicht nur die Versorgung der Patientinnen und Patienten, sondern erhöht mittel- und langfristig auch die Kosten des Gesundheitssystems erheblich.

Besonders problematisch ist schließlich die Rolle des Bundes. Einerseits erkennt die Bundesregierung an, dass die Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben unzureichend ist und erhöht ihre Beteiligung an den Gesundheitskosten von Bezieherinnen und Beziehern von Grundsicherung geringfügig. Andererseits kürzt sie gleichzeitig den Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds und bleibt bei der Finanzierung versicherungsfremder Leistungen weit hinter dem tatsächlichen Finanzierungsbedarf zurück. Der Bund entzieht sich damit weiterhin seiner Verantwortung und verlagert erhebliche Lasten auf die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler der gesetzlichen Krankenversicherung.

In der Gesamtschau entsteht der Eindruck, dass die Stabilisierung der Beitragssätze nicht durch eine nachhaltige Reform der Finanzierungsstrukturen erreicht werden soll, sondern vor allem durch die Begrenzung medizinischer Leistungen und die Schwächung bestehender Versorgungsangebote. Der SpiFa lehnt diesen Kurs entschieden

ab. Die Zukunftsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung wird nicht durch Rationierung, Budgetierung und Leistungsbegrenzung gesichert, sondern durch eine auskömmliche Finanzierung, die Stärkung ambulanter Versorgungsstrukturen, die Förderung von Prävention und Ambulantisierung sowie eine konsequente Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben aus Steuermitteln.

II. Maßnahmen des Referentenentwurfes im Einzelnen

Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nummer 10 (Ersetzung § 27b) – Zweitmeinungsverfahren

Die Regelung sieht ein verpflichtenden Zweitmeinungsverfahren für planbare Eingriffe vor. Nach bisheriger Rechtslage ist die Inanspruchnahme der Zweitmeinung für Patientinnen und Patienten freiwillig und trägt insbesondere zu einer informierten Entscheidungsfindung bei. Die beabsichtige Neuregelung sieht ein Abrechnungsverbot für den Arzt, die Ärztin oder die Einrichtung vor, welcher oder welche einen bestimmten vom Zweitmeinungsverfahren erfassten Eingriff durchführt, wenn der oder die Versicherte sich nicht vor dem Eingriff nachweislich eine zweite Meinung eingeholt hat. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll bis zum 31. März 2027 mindestens einen und danach jährlich mindestens einen weiteren der von der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL) erfassten Eingriffe auswählen. Zudem soll das G-BA das Nähere zur geeigneten Nachweisführung gegenüber dem jeweiligen Kostenträger wie die Art der Dokumentation, Einreichungsfristen sowie eine möglichst digitale Form des Nachweises in seiner Zm-RL regeln.

Bewertung des SpiFa:

Der SpiFa lehnt die geplante Regelung ab.

Es fehlt bereits an Evidenz für die Wirksamkeit eines solchen Zweitmeinungsverfahren mit Blick auf die langfristige Verbesserung der Ergebnisse sowie der Qualität der medizinischen Versorgung. Das Zweitmeinungsverfahren schafft zudem zusätzliche bürokratische Belastungen für alle von Zweitmeinungsverfahren betroffenen Eingriffe.

Zudem sind die Anforderungen für das geplante verpflichtende Zweitmeinungsverfahren, welches Voraussetzung für die Vergütung medizinisch indizierter Eingriffe werden soll, deutlich überspannt und gehen über den spezifischen Facharztstandard, den eine begutachtender Arzt zweifelfrei liefern muss, deutlich hinaus. Neben der langjährigen fachärztlichen Tätigkeit soll die besondere Expertise auch “Kenntnisse über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung zur jeweiligen Diagnostik und Therapie einschließlich Kenntnisse über Therapiealternativen zum empfohlenen Eingriff” beinhalten. Zudem werden als weitere Kriterien bei der Auswahl “regelmäßige gutachterliche Tätigkeit in einem für die Indikation maßgeblichen Fachgebiet” oder eine “besondere Zusatzqualifikation” vorgeschlagen. Aus Sicht des SpiFa besteht damit bereits aus Kapazitätsgründen die ganz erhebliche Gefahr, dass das beabsichtigte verpflichtende Zweimeinungsverfahren zum Flaschenhals für medizinisch indizierte Eingriffe gesetzlich Versicherter wird und gesetzlich Versicherte mithin medizinisch notwendige Versorgung nicht zeitnah erhalten werden.

Nummer 25 (Änderung § 71)

Die Regelung sieht vor, die Möglichkeit der Verrechnung von Einsparungen in einem Leistungsbereich mit Mehrausgaben in einem anderen Leistungsbereich zu streichen. Die Grundlohnrate bildet damit die feste Obergrenze für die Veränderungsrate der Vergütungen. Die Regelung sieht zudem vor, die durchschnittliche Veränderungsrate für die Jahre 2028 und 2029 ohne die Wirkung der außerordentlichen Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze zu ermitteln. Das Ergebnis der Ermittlung ist in den Jahren 2027, 2028 und 2029 jeweils um einen Prozentpunkt zu mindern.

Bewertung des SpiFa:

Der SpiFa sieht die Regelung kritisch.

Mittel- bis langfristig kann die feste Limitierung der Veränderungsrate durch die Grundlohnrate dazu führen, dass die gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten vom medizinisch-technologischen Fortschritt abgeschnitten werden. Auch strukturelle Veränderungen der medizinischen Versorgung, die die Patientenversorgung verbessern und zu einer Verschiebung von Ausgaben zwischen Leistungsbereichen führen, werden durch die vorgesehene Streichung grundsätzlich behindert, selbst wenn diese in Saldo mit erheblichen Einsparungen verbunden sind.

Nummer 31 (Änderung § 87) – Streichung Zuschläge TSS- und HÄ-Vermittlungsfälle; Begrenzung der OWP-Anpassung

Mit der beabsichtigten Regelung sollen die mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) eingeführten und durch das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) angehobenen Zuschläge für die TSS- sowie Hausarzt-Vermittlungsfälle in § 87 gestrichen werden. Zudem soll zur Begrenzung von Ausgabenzuwächsen klargestellt werden, dass die Anpassung des Orientierungswertes an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu koppeln ist.

Bewertung des SpiFa:

Der SpiFa lehnt die geplante Änderung ab.

Die sogenannten „TSVG-Regelungen“ stellen ein zentrales Steuerungselement der ambulanten Versorgung dar. Durch sie wird die zeitnahe Vergabe fachärztlicher Termine bei Feststellung eines dringlichen fachärztlichen Behandlungsbedarf beanreizt. Die Vermittlungsfälle aus den Terminservicestellen (TSS-Vermittlungsfälle) machten im Jahr 2024 etwa 0,3 Prozent (1,5 Millionen Vermittlungen), die Vermittlungsfälle aus der hausärztlichen Versorgung (Hausarzt-Vermittlungsfälle) etwa 0,8 Prozent (4,5 Millionen Vermittlungen) aller Behandlungsfälle aus. Auswertungen des Zentralinstituts

der Kassenärztlichen Bundesvereinigung haben zudem ergeben, dass in diesen Konstellationen die Wartezeit deutlich unterhalb der allgemeinen Wartezeit auf einen fachärztlichen Termin liegen. So wurden in 62% der Hausarzt-Vermittlungsfälle (bezogen auf einige Fachgruppen, wie HNO, Chirurgie, Frauenheilkunde, Urologie) sogar in 70-80% der Hausarzt-Vermittlungsfälle eine Vermittlung innerhalb von vier Tagen erreicht. In den TSS-Vermittlungsfällen in 47% der Fälle innerhalb von 4 Tagen und in 75% der Fälle innerhalb von 14 Tagen. Damit ist das Ziel des Gesetzgebers, in dringenden Behandlungsfällen die Wartezeiten zu reduzieren und den Zugang zur fachärztlichen Versorgung zu verbessern, erreicht worden.

Die TSVG-Regelungen stellen ein zentrales Versprechen für die fachärztliche Versorgung der 19. Legislaturperiode dar. Die Streichung der extrabudgetären Vergütung und Zuschläge ohne jede Kompensation würde zu einer gravierenden Verschlechterung zum Zugang zur fachärztlichen Versorgung mit langen Wartezeiten führen.

Die Festschreibung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität bei der Fortentwicklung der Gesamtvergütung durch die Anpassung des Orientierungswertes stellt eine Abkehr von einer an betriebswirtschaftlichen Maßstäben orientierten Vergütungsentwicklung der ambulanten Versorgung dar, die die Entwicklung eines hochwertigen medizinischen Versorgungsangebotes in der fachärztlichen Versorgung gesetzlich Versicherter mittelfristig gefährdet.

Nummer 32 (Änderung § 87a) – Budgetierung

Die Regelung sieht vor, die mit dem TSVG eingeführten extrabudgetären Leistungen zu streichen und diese explizit der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zuzuweisen. Die Zuschläge sollen ersatzlos gestrichen werden. Diese Leistungen, einschließlich der Leistungen, die im Rahmen einer offenen Sprechstunde erbracht werden, sollen nur noch bis zum 31. Dezember 2026 außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) vergütet werden.

Die in der extrabudgetären Vergütung verbliebenen Leistungen sollen in einen § 87d verschoben werden, der die extrabudgetäre Vergütung ab dem Jahr 2027 in einer neuen und strengeren Systematik regelt. Die bisherige Regelung, wonach die Vertragspartner auf Landesebene weitere Leistungen vereinbaren können, die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden können, wird ebenfalls ersatzlos gestrichen.

Auf Grund der Streichung der extrabudgetären Vergütungen von Leistungen im Behandlungsfall nach der Terminvermittlung durch die Terminservicestelle und durch einen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und im Rahmen der offenen Sprechstunde, sollen die bereinigten Vergütungen wieder in die MGV zurückgeführt werden. Diese

Rückbereinigung soll im Kalenderjahr 2027 erfolgen. Anpassungen beim Punktwert und beim Behandlungsbedarf sollen dabei zu berücksichtigen sein. Der Bewertungsausschuss soll für das Verfahren der Rückbereinigung entsprechende Vorgaben machen.

Bewertung des SpiFa:

Der SpiFa lehnt die geplante Änderung ab.

Der Regelungsvorschlag bedeutet eine Abkehr von einer bedarfsgerechten Versorgung der gesetzlich Versicherten und läuft auf eine einnahmeorientierte Ausgabepolitik hinaus, in der das Morbiditätsrisiko der zunehmend alternden und multimorbiden GKV-Versicherten in der ambulanten Versorgung strukturell allein von der fachärztlichen Versorgung getragen wird.

In den Vermittlungskonstellationen, in denen die fachärztlichen Leistungserbringer auf Grund der TSVG-Regelungen extrabudgetär außerhalb der MGV für ihre Behandlungsleistungen vergütet werden, handelt es sich gesamthaft um Behandlungsfallkonstellationen, in denen zwingend zuvor seitens der Terminservicestelle oder durch einen hausärztlichen Leistungserbringer ein entweder akuter oder ein dringlicher fachärztlicher Behandlungsbedarf festgestellt wurde. Wir sind nach wie vor der Auffassung, dass in Konstellationen eines festgestellten fachärztlichen Behandlungsbedarfs die mengenbegrenzende Wirkung der MGV einer zeitnahen und bedarfsgerechten Leistungserbringung gegenüber gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten nicht entgegenstehen darf. Das gilt für uns mit Blick auf die heutige gesetzliche Lage und es gilt für uns auch für alle Überlegungen in Richtung eines Primärversorgungssystems. Die Budgetierung unabweisbaren Behandlungsbedarfs stellt für uns eine strukturelle Diskriminierung gesetzlich Versicherter dar und widerspricht eklatant einer bedarfsgerechten Versorgung.

Jedenfalls hilfsweise muss eine gesetzlich angeordnete Rückführung der bislang extrabudgetär vergüteten Leistungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung so ausgestaltet werden, dass der seit Inkrafttreten des TSVG tatsächlich eingetretene Leistungsmengenzuwachs vollständig berücksichtigt wird. Der Gesetzgeber hat mit dem TSVG im Jahr 2019 bewusst zusätzliche Zugangs- und Versorgungskapazitäten für gesetzlich Versicherte geschaffen und insbesondere die Terminvermittlung durch die Terminservicestellen, die ärztliche Vermittlung sowie die offenen Sprechstunden als Elemente einer verbesserten und schnelleren fachärztlichen Versorgung etabliert. Die vertragsärztlichen Praxen haben diese gesetzgeberische Zielsetzung umgesetzt und ihr Leistungsangebot entsprechend ausgeweitet.

Eine Rückbereinigung, die lediglich die seit 2019 vorgenommenen rechnerischen Bereinigungen der MGV rückgängig macht, ohne das im Zeitraum 2019 bis 2026 tatsächlich erbrachte und vergütete Leistungsvolumen vollständig als Ausgangsbasis zu

berücksichtigen, würde diesen politisch gewollten Leistungsmengenzuwachs systematisch ausblenden. Dies hätte eine strukturelle Unterfinanzierung der MGV ab dem Jahr 2027 zur Folge und käme faktisch einer nachträglichen Entwertung der im TSVG-Zeitraum aufgebauten und erbrachten Mehrleistungen gleich.

Sofern der Gesetzgeber an der Rückführung dieser Leistungen in die MGV festhält, muss daher gesetzlich klargestellt werden, dass die in die MGV zurückzuführenden Vergütungsanteile so zu bemessen sind, dass das im Referenzzeitraum 2019 bis 2026 tatsächlich erreichte Versorgungs- und Leistungsniveau die verbindliche Ausgangsbasis für die Fortschreibung der MGV ab 2027 bildet. Eine Absenkung des erreichten Versorgungsniveaus durch die Rückbereinigung darf nicht zulässig sein. Der Bewertungsausschuss ist entsprechend zu verpflichten, für das Verfahren der Rückbereinigung Vorgaben zu beschließen, die sowohl Punktwertentwicklungen als auch den tatsächlichen Behandlungsbedarf und die tatsächlich eingetretene Leistungsmengenentwicklung vollständig berücksichtigen.

Die im vorliegenden Gesetzentwurf vorgebrachte Begründung für die Streichung der extrabudgetären Vergütung ist sachlich nicht haltbar. Im Jahr 2024 machten die extrabudgetär vergüteten Vermittlungsfälle aus den Terminservicestellen einen Umfang von 0,3% aller ambulanten Behandlungsfälle aus. Auswertungen des Zentralinstituts der Kassenärztlichen Bundesvereinigung haben ergeben, dass in 47% der Fälle innerhalb von 4 Tagen und in 75% der Fälle innerhalb von 14 Tagen eine Vermittlung mit ambulanter Behandlungsaufnahme erfolgte. Die extrabudgetär vergüteten Vermittlungsfälle seitens der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte in die fachärztliche Versorgung machten im Jahr 2024 etwa 0,8 Prozent aller Behandlungsfälle aus. So wurden in 62% der Hausarzt-Vermittlungsfälle (bezogen auf einige Fachgruppen, wie HNO, Chirurgie, Frauenheilkunde, Urologie) sogar in 70-80% der Hausarzt-Vermittlungsfälle eine Vermittlung mit fachärztlicher Behandlungsaufnahme innerhalb von vier Tagen erreicht. Diese Wartezeit auf den Beginn einer fachärztlichen Versorgung ist ganz deutlich unterhalb der Wartezeit auf eine Facharzttermin, der sich aus der Versichertenbefragung im Rahmen der Evaluation der TSVG-Regelungen durch das Institut des Bewertungsausschusses ergibt, die zur Streichung der extrabudgetären Regelung in dem vorliegenden Entwurf als Rechtfertigung angegeben wird. In Folge der Streichung steht ernstlich zu befürchten, dass auch in dringenden Behandlungsfällen eine deutlich spürbare Erhöhung der Wartezeiten erfolgt.

Auch die Begründung für die Streichung der extrabudgetären Vergütung für die offenen Sprechstunden der grundversorgenden Facharztgruppen ist sachlich nicht haltbar.

Es ist zunächst methodisch völlig verfehlt, mit Blick auf die offenen Sprechstunden den Zugang zur fachärztlichen Versorgung anhand der im Rahmen der Evaluation der TSVG-Regelung erfolgten Versichertenbefragung zu Wartezeiten auf Facharzttermine begründen zu wollen. Bei den offenen Sprechstunden handelt es sich um ein mit dem

TSVG in § 19a Absatz 1 Ärzte-ZV geschaffenes, verpflichtendes Angebot der Arztgruppen, die der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung angehören, im Rahmen ihrer vollzeitigen vertragsärztlichen Tätigkeit mindestens fünf Stunden wöchentlich als offene Sprechstunden ohne vorherige Terminvereinbarung anzubieten. Das Wesen der offenen Sprechstunden in der vertragsärztlichen Versorgung durch Fachärztinnen und Fachärzte ist die Behandlung von GKV-Versicherten OHNE Termin.

Sollte der Gesetzgeber an der Streichung der extrabudgetären Vergütung für Leistungen in offenen Sprechstunden festhalten, muss folgerichtig auch die Verpflichtung zur Vorhaltung zusätzlicher offener Sprechstunden nach § 19a Absatz 1 Ärzte-ZV aufgehoben werden. Eine gesetzlich verpflichtende zusätzliche Sprechstundenkapazität kann nicht zugleich ohne gesonderte, bedarfsgerechte Finanzierung in eine mengenbegrenzte Vergütungssystematik überführt werden.

Zunächst möchten wir mit Blick auf die extrabudgetäre Vergütung der offenen Sprechstundenleistungen darauf hinweisen, dass seit dem Jahr 2023 eine zeitlich unbefristete, arztgruppenspezifische Bereinigung der MGV in jedem Quartal um die extrabudgetär vergüteten, in den offenen Sprechstunden erbrachten Leistungen stattfindet. An dieser Stelle kann deshalb auch unter keinen Umständen von einer Doppelfinanzierung oder Doppelvergütung oder Sondervergütung gesprochen werden. Vielmehr müsste sich der Gesetzgeber fragen, warum an dieser Stelle von Gesetzes wegen eine reine arztgruppenspezifische und nicht eine globale Bereinigung der MGV erfolgt, wenn Versicherte ungesteuert (ohne Überweisung oder andere ärztliche Veranlassung und ohne Termin) in offenen Sprechstunden der fachärztlichen Grundversorger behandelt werden. Der morbiditätsbedingte Behandlungsbedarf, der der Ermittlung der Gesamtvergütung zugrunde liegt, dürfte vielfach kein rein fach- und arztgruppenspezifischer Behandlungsbedarf sein.

Eine Streichung der extrabudgetären Vergütung für offene Sprechstunden dürfte dazu führen, dass diese in deutlich geringerem Umfang geleistet werden, jedenfalls aber, dass die Zahl der Behandlungsfälle auch in Terminkonstellationen (also die Regelversorgung außerhalb der offenen Sprechstunden) und damit das Terminangebot seitens der Fachärztinnen und Fachärzte deutlich zurückgeht. Der Gesetzgeber muss also damit rechnen, dass sich die Wartezeiten auf Facharzttermine in den kommenden Jahren gegenüber der aktuellen Versichertenbefragung deutlich und für die Versicherten spürbar nach oben entwickeln werden.

Die Streichung der bisherigen Regelung in § 87a Absatz 3 Satz 6, wonach die Gesamtvertragsparteien als gemeinsame Selbstverwaltung weitere Leistungen vereinbaren können, die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden können, ist ebenfalls nicht sachgerecht und wird den Zugang zur fachärztlichen Versorgung erheblich verschlechtern. Zu diesen nach dem Willen der gemeinsamen Selbstverwaltung extrabudgetär vergüteten Leistungen gehören unter anderem

Leistungen des ambulanten Operierens und stationsersetzende Leistungen (nach Kapitel 31 des EBM), belegärztliche Leistungen (nach Kapitel 36 des EBM), die Strahlentherapie sowie Früherkennungsuntersuchungen (auch bei Kindern). Diese Regelung geht NICHT auf das TSVG zurück, sondern wurde mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) vom 1. April 2007 eingeführt und in Teilen durch die Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28. August 2008 umgesetzt. Ein Teil dieser Leistungen waren auch vor dem GKV-WSG auf der Grundlage von § 71 Abs. 1 S. 2 a. F. oder § 85 Abs. 3 S. 3 a. F. aus dem budgetierten Teil der Gesamtvergütung ausgegliedert.

Die Budgetierung dieser Leistungen wird den Zugang zur Versorgung ganz erheblich verschlechtern. So steht beispielsweise zu erwarten, dass Menschen, die auf Grund einer Krebserkrankung einer Strahlentherapie bedürfen, künftig auf den Beginn einer Strahlentherapie werden warten müssen. Ein zeitlich verzögerter Beginn kann je nach Tumorart, Tumorstadium, biologischer Aggressivität und Therapieziel erhebliche Auswirkungen haben, wie weiteres Tumorwachstum und Progression, verminderte Heilungschancen, erhöhte Komplexität der Behandlung, Erhöhung der Risiken von Lokalrezidiven nach Operationen, Verschlechterung von Symptomen, aber auch psychische Belastungen aufgrund von längeren Wartezeiten.

Die Budgetierung des ambulanten Operierens würde voraussichtlich zu einer Reduzierung des ambulanten OP-Kapazitäten, längeren Wartezeiten und einer Verlagerung von Eingriffen in den kostenintensiven stationären Bereich führen. Diese Budgetierung steht damit im deutlichen Widerspruch zu den gesundheitspolitischen Zielen der Ambulantisierung und der Krankenhausreform, die ausdrücklich eine stärkere Verlagerung geeigneter Leistungen vorsieht. Ambulante Operationen sind regelmäßig deutlich wirtschaftlicher als die vergleichbare stationäre Leistungserbringung und tragen zur effizienten Nutzung knapper personeller und finanzieller Ressourcen bei. Die Budgetierung des ambulanten Operierens würde erhebliche Fehlanreize schaffen und insbesondere kleinere ambulante OP-Strukturen gefährden. Aus struktureller und gesundheitsökonomischer Sicht ist die extrabudgetäre Vergütung des ambulanten Operierens sachgerecht, um Versorgungskapazitäten zu sichern, unnötige Mehrkosten für das Gesundheitssystem sowie für die Patientinnen und Patienten unnötige stationäre Krankenhausaufenthalte zu vermeiden.

Nummer 34 (§ 87d – neu)

Die beabsichtige Regelung sieht eine systematische Neuregelung der extrabudgetär zu vergütenden Leistungen vor.

Es ist dabei vorgesehen, dass die Vertragspartner auf Landesebene jeweils bis zum 31. Oktober für das Folgejahr eine Gesamtvergütung für auf Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses beruhende Vorsorge- und Präventionsleistungen sowie eine weitere Gesamtvergütung für weitere auf Grund eines Beschlusses des Bewertungsausschusses außerhalb der MGV zu vergütende Leistungen vereinbaren. Die vereinbarten Gesamtvergütungen sind mit befreiender Wirkung durch die Krankenkassen an die jeweiligen Kassenärztliche Vereinigung zu entrichten. Durch die entsprechende Geltung von § 87a Absatz 5 Satz 7 erster Halbsatz kommen die gegebenenfalls anzupassenden Vorgaben des Bewertungsausschusses zur Aufteilung der neuen, auf KV-Bezirksebene definierten Gesamtvergütungen zwischen den Krankenkassen analog zu § 87a Absatz 4 Satz 2 (Aufteilung nach Leistungsmenge) und zur Bereinigung insbesondere zu Selektivverträgen, zur ambulanten spezial-fachärztlichen Versorgung sowie zur speziellen sektorengleichen Vergütung (§ 115f) auch auf die neuen Gesamtvergütungen zur Anwendung.

Für die erstmalige Festsetzungen der jeweiligen Gesamtvergütungen für das Jahr 2027 haben die Vertragspartner auf Landesebene das Ausgabenvolumen des Jahres 2025 für die entsprechenden Leistungen zu ermitteln und dieses um die Preis- und Mengensteigerungen sowie um Veränderungen bei den Leistungen, die extrabudgetär vergütet werden, für das Jahr 2026 und 2027 fortzuschreiben. Damit ist das Ausgabenvolumen grundsätzlich um die Leistungen zu bereinigen, die nicht mehr in der extrabudgetären Vergütung enthalten sind. Die Fortschreibung der Ausgabenvolumina für das Jahr 2027 hat unter Berücksichtigung der Begrenzung durch die Grundlohnsumme nach § 71 Absatz 1 bis 3 als feste Obergrenze zu erfolgen. Für die folgenden Vereinbarungen der Gesamtvergütungen ist die jeweilige Gesamtvergütung des Vorjahres sodann um die Preis- und Mengensteigerungen sowie um Veränderungen bei den Leistungen, die extrabudgetär vergütet werden, für das jeweilige Jahr fortzuschreiben und das mit der Maßgabe, dass hierbei die Begrenzung durch die Grundlohnsumme nach § 71 Absatz 1 bis 3 als feste Obergrenze gilt.

Die Kassenärztliche Vereinigung hat nach Absatz 3 die vereinbarten Gesamtvergütungen an die Leistungserbringer der ambulanten ärztlichen Versorgung zu verteilen. Dabei obliegt es ihr, wie sie die Gesamtvergütung verteilt. Um mögliche Verzerrungen zwischen den Facharztgruppen zu vermeiden, darf sie die Gesamtvergütung für die weiteren vom Bewertungsausschuss beschlossenen Leistungen nach den unterschiedlichen fachärztlichen Versorgungsbereichen unterteilen und entsprechend verteilen. Wie auch in der MGV hat die Kassenärztliche Vereinigung durch geeignete Maßnahmen die Einhaltung der vereinbarten Gesamtvergütungen sicherzustellen. Sollte die Gesamtvergütung nicht ausreichen, haben die Kassenärztlichen Vereinigungen Maßnahmen, zum Beispiel in Form von gestaffelten Vergütungen, vorzusehen. Auch bei den extrabudgetären Leistungen findet § 87b Absatz 2 Satz 6 seine Anwendung.

Der Absatz 4 regelt abschließend, welche Leistungen abweichend von Absatz 1 Satz 1 vollständig mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung zu vergüten sind. Hierzu zählen nichtärztliche Dialyseleistungen sowie neue Leistungen, die noch keine vollständigen zwei Kalenderjahre im EBM enthalten sind. Nach Ablauf dieser zwei Kalenderjahre sind die Leistungen entweder in die Gesamtvergütung nach Absatz 1 Satz 1 aufzunehmen oder im Rahmen der MGV zu vergüten. Ebenfalls vollständig zu vergüten sind die Leistungen im Rahmen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit sowie die kinder- und jugendpsychiatrische Grundversorgung. Diese Ausnahmen entsprechen den bisherigen gesetzlichen Vorgaben zur extrabudgetären Vergütung in § 87a Absatz 3 Satz 5.

Der Bewertungsausschuss kann zudem Kriterien festlegen, die Leistungen erfüllen müssen, damit diese ausnahmsweise ebenfalls vollständig mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden können. Dabei müssen die Kriterien sicherstellen, dass die Leistungen nachweisbar die Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit signifikant erhöhen und dies mit einer Vergütung der Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87a Absatz 3 Satz 1 oder der Gesamtvergütung nach 87d Absatz 1 Satz 1 nicht erreicht werden kann. Die Vertragspartner können anhand dieser Kriterien weitere Leistungen mit einer vollständigen extrabudgetären Vergütung vereinbaren. Die Vereinbarung darüberhinausgehender extrabudgetärer Leistungen auf Landesebene ist ausgeschlossen. Sofern auf Landesebene bisher extrabudgetäre Leistungen vereinbart worden sind, sind diese in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zurückzuführen, da mit der Einführung des § 87d die Rechtsgrundlage für derartige Vereinbarungen entzogen worden ist. Der Bewertungsausschuss hat diese Leistungen jährlich zu evaluieren und insbesondere daraufhin zu überprüfen, ob ihre Vergütung außerhalb der Gesamtvergütung sachgerecht und notwendig ist.

Bewertung des SpiFa:

Der SpiFa lehnt die geplante Änderung ab.

Wir lehnen die Schaffung weiterer Gesamtvergütungen neben der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung als Instrument der Budgetierung und Quotierung ärztlicher Leistungen ab. Die Regelung stellt im Zusammenhang mit der beabsichtigten Streichung der extrabudgetär vergüteten Leistungen nach § 87a Absatz 3 Satz 5 und 6 eine Abkehr einer bedarfsgerechten Versorgung dar. (Zur Vermeidung von Wiederholungen verweisen wir hier auf unsere Ausführungen zu Nummer 31.)

Zudem wird die ärztliche Vorsorge und Prävention durch Verschiebung dieser bisher extrabudgetär vergüteten Leistungen in eine Gesamtvergütung eklatant geschwächt. Es besteht damit das Risiko, dass Erkrankungen später erkannt und dadurch aufwendigere sowie kostenintensivere Behandlungen erforderlich werden. Prävention und Früherkennung sind nicht nur medizinisch geboten, sondern auch gesundheitsökonomisch sinnvoll, weil sie vermeidbare Krankheitslast reduzieren, spätere Behandlungsbedarfe begrenzen und kostenintensive Krankheitsverläufe verhindern können.

Längere Wartezeiten und eine geringere Inanspruchnahme präventiver Leistungen beeinträchtigen daher nicht nur die Versorgungsqualität, sondern laufen auch dem Ziel einer nachhaltigen Stabilisierung der GKV-Finanzen zuwider. Strukturell steht eine Budgetierung von Präventionsleistungen im Widerspruch zum gesundheitspolitischen Grundsatz „Prävention vor Therapie“ und nimmt die Anreize für eine frühzeitige Krankheitsvermeidung und -erkennung.

Dies gilt in besonderer Weise für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme, etwa Darmkrebsfrüherkennung einschließlich Koloskopie, das kürzlich durch den G-BA initiierte Lungenkrebs-Screening, Mammographie-Screening und Zervixkarzinom-Screening, sowie andere gesetzlich ausdrücklich gewollte Vorsorgeleistungen. Bei der organisierten Krebsfrüherkennung werden Versicherte gezielt zur Inanspruchnahme von Früherkennungsleistungen eingeladen; aus den Untersuchungen können sich abklärungsbedürftige Befunde und damit weiterer medizinisch notwendiger Behandlungsbedarf ergeben. Es ist systematisch widersprüchlich, zunächst durch organisierte Einladungsverfahren eine höhere Inanspruchnahme von Vorsorge- und Früherkennungsleistungen anzustreben, die daraus folgende Versorgung aber anschließend einer mengenbegrenzenden Gesamtvergütung zu unterwerfen. Entsprechendes gilt für besonders sensible Versorgungsbereiche wie die Schwangerschaftsvorsorge sowie, soweit betroffen, Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen. Gerade solche Leistungen dürfen nicht durch budgetäre Begrenzungen in ihrer zeitnahen Verfügbarkeit gefährdet werden.

Die beabsichtige Regelung beschränkt zudem die Möglichkeiten der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Landesebene als Gesamtvertragsparteien bei der Gestaltung einer bedarfsgerechten Versorgung ganz erheblich und greift in ihre bisherige Rechtsposition ein.

Nummer 42 (Änderung § 115f Absatz 2 Satz 2) – Dynamik Ambulantisierung, Hybrid-DRG, Kurzzeit-DRG

Die Regelung sieht mit Blick auf die beabsichtigte Einführung sogenannter Kurzzeitfallpauschalen in der stationären Krankenhausversorgung vor, dass die Fälle, die von Krankenhäusern erbracht und mit den neuen Kurzzeitfallpauschalen vergütet werden, auf die Fallzahlvorgaben für die Dynamisierung der mittels Hybrid-DRG vergüteten Fälle anzurechnen sind. Für das Jahr 2028 soll die Fallzahl der mit Kurzzeitfallpauschalen vergüteten Fälle von den AOP-Vertragsparteien sachgerecht geschätzt werden.

Bewertung des SpiFa:

Der SpiFa lehnt die geplante Änderung nachdrücklich ab.

Eine Anrechnung der vollstationären Krankenhausbehandlungsfälle, die künftig mittels sogenannter Kurzzeitfallpauschalen vergütet werden sollen, auf die Fallzahlvorgaben für die Fälle, die nach § 115f SGB V mittels Hybrid-DRG vergütet werden, ist nicht sachgerecht und bremst die notwendige Ambulantisierung in Deutschland aus. Der SpiFa erinnert nachdrücklich daran, dass Deutschland bei der Ambulantisierung im internationalen Vergleich noch immer beträchtlich hinterherhinkt. Die beabsichtigte Maßnahme führt damit zu einem Rückschritt in der letzten Legislaturperiode getroffener struktureller Maßnahmen, die darauf abzielten, die Patientenversorgung zu verbessern und erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven durch Vermeidung vollstationärer Fälle zu heben. Die beabsichtigte Maßnahme widerspricht damit zugleich eklatant den formulierten Basiszielen des vorliegenden Gesetzentwurfes, die Finanzierungsgrundlagen der GKV zukunftssicher aufzustellen und die Beitragssätze dauerhaft zu stabilisieren.

Die spezielle sektorengleiche Vergütung mittels der Hybrid-DRG nach § 115f SGB V wurde mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPflEG) mit Wirkung zum 1. Januar 2024 eingeführt, um bestehende Ambulantisierungspotenziale bei bislang unnötig stationär erbrachten Leistungen zu heben. Grundidee ist eine Vergütung, deren Höhe zwischen dem ambulanten (EBM) und stationären Niveau (DRG) liegt, wodurch einerseits Anreize zur ambulanten Leistungserbringung gesetzt und andererseits höherer stationärer Behandlungsaufwand vermieden werden soll (BT-Drs. 20/4708, S. 100).

Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) wurde das zweijährliche Intervall für die Überprüfung und Anpassung des Hybrid-DRG-Leistungskatalogs auf ein Jahr verkürzt. Für den Umfang des Leistungskatalogs wurden klare Vorgaben geregelt, nachdem die bisherigen Bemühungen der AOP-Vertragsparteien scheiterten (2023 mit resultierender Ersatzvornahme des BMG für 2024) beziehungsweise deutlich hinter den Erwartungen des Gesetzgebers zurückblieben (2024 wurde eine nur geringfügige Erweiterung des Startkatalogs aus der Hybrid-DRG-Verordnung des BMG für 2025 vereinbart) (BT-Drs. 20/13407, S. 288).

Der Gesetzgeber konstatierte mit Verweis auf die Studienlage dabei ein Ambulantisierungspotential vollstationärer Fälle von 20 Prozent. Mit den Vorgaben sollte im Jahr 2030 ca. 12% der vollstationären Fälle ambulantisiert sein (BT-Drs. 20/13407, S. 288). Der Krankenhaus-Report 2026 weist unter Berücksichtigung der Empfehlungen des IGES-Gutachtens (Albrecht et al. 2022) auf Basis der Krankenhausdaten des Jahres 2024 gar 5,1 Millionen Krankenhausfälle mit einer Verweildauer ≤ 3 Tagen von insgesamt 15,2 Millionen vollstationären Krankenhausfällen als ambulantisierbare Fälle aus (Krankenhaus-Report 2026, Scheller-Kreinsen, Wasem, Beivers, Mostert-Brenck, S. 275 ff.).

Die beabsichtigte Maßnahme höhlt diese Vorgabe aus. Bei den Kurzzeitfallpauschalen, die zukünftig auf die Fallzahldynamik angerechnet werden soll, handelt es sich um eine

Vergütung für vollstationäre Krankenhausfälle, mit der also das bestehende Ambulantisierungspotenzial schon denklogisch nicht gehoben werden kann. Vielmehr besteht die erhebliche Gefahr, dass mittels der Kurzzeitfallpauschalen vermeidbare Krankenhausfälle zum Nachteil der Patientinnen und Patienten sowie der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler künstlich in der vollstationären Versorgung gehalten werden.

Nummer 60 (Änderung § 221)

Die Regelung sieht vor, den Beitrag des Bundes an den Gesundheitsfonds zur pauschalen Abgeltung versicherungsfremder Leistungen von derzeit 14,5 Milliarden Euro ab dem Jahr 2027 um 2 Milliarden Euro abzusenken.

Bewertung des SpiFa:

Der SpiFa lehnt die Absenkung des vom Bund zu zahlenden Betrages zu Abgeltung versicherungsfremder Leistungen ausdrücklich ab.

Der bereits heute geleistete, aus Steuermitteln zu finanzierende Betrag in Höhe von 14,5 Milliarden Euro zur Abgeltung versicherungsfremder Leistungen in der GKV ist deutlich zu gering. Nach einer Studie des IGES Instituts vom Dezember 2025 sind Leistungen mit einem Finanzvolumen von knapp 22 Milliarden Euro jährlich als versicherungsfremd einzustufen. Weitere Leistungen in Höhe von rund 36 Milliarden Euro können teilweise als versicherungsfremd eingestuft werden. Insgesamt identifiziert die Studie potenziell versicherungsfremde Leistungen im Umfang von rund 64 Milliarden Euro jährlich. Wir fordern eine deutliche höhere Beteiligung aus Steuermitteln zur Abgeltung der versicherungsfremden Leistungen in der GKV als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu leisten.

Nummer 61 (Änderung § 223)

Die Regelung sieht eine außerordentliche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze in der GKV für das Jahr 2027 um 3.600 Euro jährlich bzw. 300 Euro monatlich vor. Diese Erhöhung tritt im Jahr 2027 zu einer Anpassung der Richtgrößen in der Sozialversicherung.

Bewertung des SpiFa:

Der SpiFa lehnt die geplante außerordentliche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze ab. Sie führt zu außerordentlichen Lohnkostensteigerungen für qualifizierte und hochqualifizierte Beschäftige und damit zu höheren Personalausgaben in den Praxen und Krankenhäusern.

Nummer 62 (Änderung § 232a)

Die Regelung sieht vor, die Beteiligung des Bundes an den Kosten der gesundheitlichen Versorgung von Bezieherinnen und Beziehern von Grundsicherung zu steigern. In den Jahren 2027 und 2028 soll auf diese Weise das vom Bund getragene Beitragsaufkommen für die Bezieherinnen und Bezieher von Grundsicherung jeweils um rund 250 Millionen gesteigert werden. In den Jahren 2029, 2030 und 2031 entspricht der jährliche Anstieg jeweils 500 Millionen Euro, so dass ab 2031 jährlich zusätzlich 2 Milliarden Euro gegenüber dem Jahr 2026 durch den Bund gezahlt werden.

Bewertung des SpiFa:

Der SpiFa begrüßt, dass der Bund beabsichtigt, seine Beteiligung an den Kosten der gesundheitlichen Versorgung von Bezieherinnen und Beziehern von Grundsicherung zu steigern. Angesichts einer errechneten Beitragsdeckungslücke von rund 12 Milliarden Euro jährlich für die gesundheitliche Versorgung von Bezieherinnen und Beziehern von Grundsicherung ist dieser Einstieg zum Schließen dieser Deckungslücke in Höhe von 250 Millionen Euro allerdings deutlich zu gering. Damit geht weiterhin der überwiegende Teil der Versorgung von Bezieherinnen und Beziehern von Grundsicherung zu finanziellen Lasten der in der GKV versicherten Beitragszahlerinnen und Beitragszahler. Wir fordern eine deutliche höhere Beteiligung aus Steuermitteln.

Der Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) setzt sich zusammen aus:

Ordentliche Mitglieder: Akkreditierte Labore in der Medizin e.V (ALM), Bundesverband für Ambulantes Operieren e.V. (BAO), Bundesverband der Belegärzte und Belegkrankenhäuser e.V. (BdB), Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten e.V. (BDI), Berufsverband Deutsche Neurochirurgie e.V. (BDNC), Berufsverband Deutscher Neuroradiologen e.V. (BDNR), Berufsverband Deutscher Nuklearmediziner e.V. (BDN), Bundesverband der Pneumologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin e.V. (BdP), Bundesverband für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (BDPM), Berufsverband der Deutschen Radiologie e.V. (BDR), Berufsverband Niedergelassener Chirurgen e.V. (BNC), Bundesverband Niedergelassener Kardiologen e.V. (BNK), Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e.V. (BNG), Berufsverband Niedergelassener und ambulant tätiger Gynäkologischer Onkologen in Deutschland e.V. (BNGO), Berufsverband der Niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für Hämatologie und Medizinische Onkologie in Deutschland e.V. (BNHO), Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands e.V. (BRZ), Berufsverband der Augenärztinnen und Augenärzte Deutschlands e.V. (BVA), Berufsverband der AngiologInnen Deutschlands e.V. (BVAD), Berufsverband der Deutschen Dermatologen e.V. (BVDD), Berufsverband Deutscher Humangenetiker e.V. (BVDH), Berufsverband der Deutschen Urologie e.V. (BvDU), Bundesverband Niedergelassener Diabetologen e.V. (BVND), Berufsverband der Frauenärztinnen und Frauenärzte e.V. (BVF), Deutscher Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte e.V. (BVHNO), Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU), Berufsverband für Physikalische und Rehabilitative Medizin e.V. (BVPRM), Deutscher Berufsverband der Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. (DBVPP), Deutscher Facharztverband e.V. (DFV), Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V. (DGMKG), Deutsche Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie e.V. (DGPRÄC), Berufsverband der Nephrologinnen und Nephrologen in Deutschland e.V. (DN), Verband der in Deutschland niedergelassenen Radioonkologen e.V. (VDRO).

Assoziierte Mitglieder: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen e.V. (BVKJ), MEDI GENO Deutschland e.V. (MEDI), Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e.V. (PVS Verband), Virchowbund – Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V. (VIR).

Deutscher Bundestag

Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(13)

zur öffentl. Anh. am 22.06.2026

18.06.2026

Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zur Anhörung des Gesundheitsausschusses am 22.06.2026

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz) auf Drucksachen-Nr. 21/6130

Stand: 16.06.2026

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Str. 31
10178 Berlin
Tel: 030 34646-2299
info@bv.aok.de

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

AOK-Bundesverband
Die Gesundheitskasse.

Der AOK-Bundesverband ist registrierter Interessenvertreter i.S. d. Lobbyregistergesetzes

Inhaltsverzeichnis

I. Zusammenfassung 7

II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen 13

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 13

Nr. 1 § 2 Leistungen 13

Nr. 2 § 3 Solidarische Finanzierung 14

Nr. 3 § 4 Krankenkassen 15

Nr. 4 § 4a Wettbewerb der Krankenkassen, Verordnungsermächtigung 16

Nr. 5 § 6 Versicherungsfreiheit 17

Nr. 6 § 8 Befreiung von der Versicherungspflicht 19

Nr. 7 § 10 Familienversicherung 20

Nr. 8 § 11 Leistungsarten 21

Nr. 9 § 25 Gesundheitsuntersuchungen 22

Nr. 10 § 27b Zweitmeinung 23

Nr. 11 § 28 Ärztliche und zahnärztliche Behandlung 25

Nr. 12 a) § 31 Arznei- und Verbandmittel, Verordnungsermächtigung 26

Nr. 12 b) § 31 Arznei- und Verbandmittel, Verordnungsermächtigung 27

Nr. 12 c) § 31 Arznei- und Verbandmittel, Verordnungsermächtigung 30

Nr. 13 § 34 Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel 31

Nr. 14 § 35a Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen, Verordnungsermächtigung 32

Nr. 15 § 36 Festbeträge für Hilfsmittel 34

Nr. 16 § 44 Krankengeld Buchstabe a 35

Nr. 16 § 44 Krankengeld - Buchstabe b 37

Nr. 17 § 44c Teilarbeitsunfähigkeit (neu) und § 44d Teilkrankengeld (neu) 38

Nr. 18 § 47 Höhe und Berechnung des Krankengeldes 41

Nr. 19 § 49 Ruhen des Krankengeldes 43

Nr. 20 § 50 Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes 44

Nr. 21 § 51 Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe . 45

Nr. 22 § 55 Leistungsanspruch 46

Nr. 23 § 61 Zuzahlungen 48

Nr. 24 § 63 Grundsätze Modellvorhaben ... 52
Nr. 25 § 71 Beitragssatzstabilität, besondere Aufsichtsmittel ... 53
Nr. 26 § 73 Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung ... 55
Nr. 27 § 73b Hausarztzentrierte Versorgung ... 56
Nr. 28 § 74 Stufenweise Wiedereingliederung ... 59
Nr. 30 § 85 Gesamtvergütung ... 60
Nr. 31 § 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte ... 62
Nr. 32 § 87a Regionale Euro-Gebührenordnung, morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten ... 66
Nr. 33 § 87b Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung) ... 69
Nr. 34 § 87d Vergütung vertragsärztlicher Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (neu) ... 70
Nr. 36 § 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ... 74
Nr. 37 § 92a Innovationsfonds ... 75
Nr. 38 § 92b Durchführung der Förderung neuer Versorgungsformen und Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ... 77
Nr. 39 § 106b Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen ... 78
Nr. 40 § 111 Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen ... 79
Nr. 41 § 111c Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen ... 80
Nr. 42 § 115f Spezielle sektorengleiche Vergütung ... 81
Nr. 43 § 120 Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen ... 82
Nr. 44 § 125 Verträge zur Heilmittelversorgung ... 84
Nr. 45 § 125a Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung ... 85
Nr. 46 § 127 Verträge ... 86
Nr. 47 § 130 Rabatt ... 88
Nr. 48 a) § 130a Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer ... 89
Nr. 48 b) § 130a Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer ... 91
Nr. 48 c) § 130a Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer ... 93
Nr. 48 d) § 130a Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer ... 94
Nr. 48 e) § 130a Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer ... 96

Nr. 49 a) § 130b Vereinbarungen über Erstattungsbeträge für Arzneimittel 97
Nr. 49 b) § 130b Vereinbarungen über Erstattungsbeträge für Arzneimittel 98
Nr. 49 c) § 130b Vereinbarungen über Erstattungsbeträge für Arzneimittel 99
Nr. 49 d) § 130b Vereinbarungen über Erstattungsbeträge für Arzneimittel 101
Nr. 49 e) § 130b Vereinbarungen über Erstattungsbeträge für Arzneimittel 102
Nr. 50 § 130e Rabattverträge für Wirkstoffe mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung 103
Nr. 51 § 132 Versorgung mit Haushaltshilfe 105
Nr. 52 § 132a Versorgung mit häuslicher Krankenpflege 106
Nr. 53 § 132l Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege 107
Nr. 54 § 133 Versorgung mit Krankentransportleistungen (neu) 108
Nr. 55 § 134 Vereinbarungen zu digitalen Gesundheitsanwendungen; Verordnungsermächtigung 109
Nr. 56 § 134a Versorgung mit Hebammenhilfe 112
Nr. 57 § 140a Besondere Versorgung 113
Nr. 58 § 175 Ausübung des Wahlrechts 114
Nr. 60 § 221 Beteiligung des Bundes an Aufwendungen 116
Nr. 61 § 223 Beitragspflicht, beitragspflichtige Einnahmen, Beitragsbemessungsgrenze 117
Nr. 62 § 232a Beitragspflichtige Einnahmen der Bezieher von Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld, Kurzarbeitergeld oder Qualifizierungsgeld 119
Nr. 63 § 242b Beitragszuschlag für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner (neu) 121
Nr. 64 § 249b Beitrag des Arbeitgebers bei geringfügiger Beschäftigung 126
Nr. 65 § 271 Gesundheitsfonds 127
Nr. 66 § 275c Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst 128
Nr. 68 § 295 Übermittlungspflichten und Abrechnung bei ärztlichen Leistungen 130
Nr. 69 § 346 Unterstützung bei der elektronischen Patientenakte 131
Nr. 70 § 411 Vergütungsregelungen für Führungskräfte unterhalb der Vorstandsebene (neu) 132
Nr. 71 § 429 Übergangsregelung zum Kombinationsabschlag (neu) und § 430 Evaluierung 135

Artikel 2 Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch 136
Nr. 1 § 20 Aufbringung der Mittel, Übergangsbereich..... 136
Nr. 2 § 35a Vorstand bei Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie Ersatzkassen 137
Artikel 3 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes..... 138
Nr. 1 § 5 Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen..... 138
Nr. 2 § 6 Vereinbarung sonstiger Entgelte 139
Nr. 3 § 6a Vereinbarung eines Pflegebudgets..... 140
Nr. 4 § 6c Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen 143
Nr. 5 § 8 Berechnung der Entgelte..... 144
Nr. 6 § 9 Vereinbarung auf Bundesebene 145
Nr. 7 § 10 Vereinbarung auf Landesebene, Verordnungsermächtigung 148
Nr. 8 § 11 Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus..... 151
Artikel 4 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes..... 152
Nr. 1 § 17a Finanzierung von Ausbildungskosten..... 152
Nr. 2 § 17b Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung..... 153
Nr. 3 § 17c Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Statistik..... 155
Artikel 5 Änderung der Bundespflegesatzverordnung..... 156
Nr. 1 § 3 Vereinbarung eines Gesamtbetrags..... 156
Nr. 2 § 4 Leistungsbezogener Vergleich..... 158
Nr. 3 § 5 Vereinbarung von Zu- und Abschlägen..... 159
Nr. 4 § 9 Vereinbarung auf Bundesebene 160
Nr. 5 § 15 Laufzeit..... 161
Artikel 6 Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung..... 162
Nr. 1 § 23 Aufzubringende Mittel der Krankenkassen für den Innovationsfonds 162
Nr. 2 § 27 Übergangsregelung..... 163
III. Zusätzlicher Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes 164
Abschaffung freie Preisbildung DiGA im ersten Jahr der Listung 164
Streichung der Erprobungsregelung für DiGA - § 139e SGB V -Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen; Verordnungsermächtigung 166

Einführung eines 14-tägigen Testzeitraums für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) ... 167

Einführung von Zuzahlungen für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) - § 33a SGB V i. V. m. § 61 SGB V ... 168

Streichung der nicht kriteriengestützten Förderung ausgewählter Versorgungsstrukturen ... 169

§ 87 Abs. 2 SGB V Absenkung der Bewertung des technischen Leistungsanteils im EBM ... 170

§ 87 Abs. 2a SGB V Absenkung der EBM-Ziffern im Zusammenhang mit Katarakt-OPs ... 172

§ 87 Abs. 2a SGB V Rücknahme der Hygienezuschläge ... 173

§ 35a Absatz 1 SGB V: Einführung einer vollumfänglichen Nutzenbewertung für Orphan Drugs ... 174

§ 129 SGB V Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung, Verordnungsermächtigung ... 175

§ 305a SGB V: Beratung der Vertragsärzte ... 176

Mengenbegrenzung bei der stationären Versorgung im Zusammenhang mit der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik ... 178

§ 10 KHEntgG Landesbasisfallwert ... 179

§ 109 SGB V Teilaufrechnung ... 180

§ 6c KHEntgG Ausnahme der Retaxierungen von Vorhaltevergütungsanteilen von der Ausgleichssystematik ... 182

Sicherung von Ausbildungszuschlägen im Rahmen von Krankenhausinsolvenzen ... 183

Wiederherstellung der Prüf- und Steuerungsmöglichkeiten der Krankenkassen bei Leistungen zur medizinischer Rehabilitation - § 40 SGB V ... 185

Nationale Umsetzung der Richtlinie (EU) 2026/799 zur Harmonisierung bestimmter Aspekte des Insolvenzrechts ... 187

§ 275a Absatz 4 SGB V | MD-QPortal: notwendige Zugriffserweiterungen auf die Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen ... 188

I. Zusammenfassung

Die stabile finanzielle Situation in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in der Vergangenheit wurde nicht dazu genutzt, die dringend notwendigen und teilweise überfälligen strukturellen Veränderungen für mehr Effizienz und bessere Versorgungsqualität in unserem Gesundheitssystem umzusetzen. Stattdessen wurden wertvolle Beitragsmittel für Maßnahmen mit fragwürdigem Nutzen für Versicherte und für Patientinnen und Patienten eingesetzt. Selbst als sich in den letzten Jahren die finanzielle Situation der GKV aufgrund der Ausgabendynamik zusehends verschlechterte, wurden notwendige Anpassungsschritte unterlassen. Als Ergebnis dieser Entwicklung sehen sich die beitragszahlenden Mitglieder und Arbeitgebenden heute rasant steigenden Zusatzbeiträgen gegenüber. Hauptursache für die Finanzierungslücke in der Gesetzlichen Krankenversicherung ist eine sehr dynamische Ausgabenentwicklung, die seit längerer Zeit stets oberhalb der Entwicklung der Einnahmen verläuft und die Schere zwischen Einnahmen und Ausgaben weiter auseinandergehen lässt.

Zur Bekämpfung dieses strukturellen Defizits hat die vom Bundesministerium für Gesundheit eingesetzte FinanzKommission Gesundheit (FKG) einen wissenschaftlich belegten und ausgewogenen Katalog von Maßnahmen zur finanziellen Konsolidierung der GKV entwickelt. Auf Basis dieser Vorschläge soll mit dem vorliegenden Gesetzentwurf ein Maßnahmenpaket umgesetzt werden, das die finanzielle Lage der GKV stabilisiert. Es soll damit verhindert werden, dass die Nettoeinkommen der Beschäftigten zusätzlich belastet werden und die Arbeitskosten weiter steigen. Dies soll auch einen positiven Impuls für die wirtschaftliche Entwicklung in Deutschland setzen. Die Zielsetzung des Gesetzentwurfes wird daher von der AOK-Gemeinschaft ausdrücklich geteilt.

Finanzielle Belastungen sind unausgewogen

Kritisch wird die mit dem Gesetzentwurf geplante Umsetzung der FKG-Vorschläge gesehen, da zahlreiche Maßnahmen zu einer erneuten massiven Belastung von Mitgliedern, Versicherten, Arbeitgebenden sowie von Patientinnen und Patienten führen und diese dadurch dem selbstgesteckten Reformziel eklatant zuwiderläuft. Die von der FKG aufgezeigten Einsparpotentiale auf der Ausgabenseite – insbesondere bei Leistungserbringern – werden nur unzureichend genutzt. Die Empfehlungen der FinanzKommission Gesundheit (FKG) müssen über alle Leistungsbereiche hinweg konsequent umgesetzt werden - jede weitere Verwässerung der Ausgabendämpfung belastet unweigerlich Beitragszahlende oder höhlt das Vertrauen der Bevölkerung in die Verlässlichkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung weiter aus.

Ziel einnahmenorientierte Ausgabenpolitik richtig – Umsetzung muss weiter ausgebaut werden

Zentrale Leitlinie im Gesetzgebungsvorhaben ist die Wiedereinführung einer verbindlichen, einnahmenorientierten Ausgabenpolitik. Damit werden maßgebliche Fehlentwicklungen aus der Vergangenheit korrigiert, die zu einer fortschreitenden

Entkopplung der Vergütungs- und Preisentwicklungen von der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen geführt haben. Dies wird von der AOK-Gemeinschaft ausdrücklich begrüßt. Dabei ist es aber zwingend erforderlich, alle Ausgabenbereiche einzubeziehen. Die geplante Herausnahme einzelner wichtiger Ausgabenbereiche mindert die Wirksamkeit dieser Maßnahme und verhindert eine effektive finanzielle Konsolidierung der GKV. Zur besseren Akzeptanz aller Beteiligten in dieser schwierigen Reformphase sollte stattdessen den Vorschlägen der FKG hierzu umfassend gefolgt werden.

Zusätzlich müssen die für die Umsetzung essentiellen Verhandlungen in der gemeinsamen Selbstverwaltung perspektivisch weiterentwickelt werden. Der bisherige Ansatz vernachlässigt die Bedeutung der Struktur- und Mengenkomponente bei der Ausgabenentwicklung. Eine dauerhaft finanzierbare Versorgung von Patientinnen und Patienten ist ohne eine Betrachtung der Weiterentwicklung der Leistungsinhalte (Strukturkomponente) sowie der Leistungsmengen nicht gewährleistet. Auch hier braucht es gut wirksame Instrumente für die Selbstverwaltung, um die Versorgung dauerhaft bedarfsgerecht, effizient und auf hohem Qualitätsniveau sicherzustellen. Dazu sind beispielsweise im ambulant-stationären Grenzbereich Mengensteuernde Maßnahmen gesetzlich zu integrieren, so dass diese in Verhandlungen und Schiedsstellen berücksichtigt werden können. Auch eine fallzahlunabhängige Vorhaltefinanzierung von Krankenhäusern hat prinzipiell eine mengendegressive Wirkung und würde insoweit die Verhandlungen der Selbstverwaltungspartner im Kontext einer Mengenberücksichtigung stärken - die fallabhängige Vorhaltefinanzierung bewirkt das Gegenteil. Eine zukunftsfähige Ausgestaltung der Sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen, die auch konkrete Mengenverhandlungen vorsieht, ist vorzunehmen.

Einsparpotentiale werden nicht ausgeschöpft – unzureichende Umsetzung der Ausgabendämpfung belastet Versicherte, Beitragszahlende und Patienten.

Darüber hinaus bleibt der Gesetzentwurf auch bei der Umsetzung weiteren ausgabenseitigen Maßnahmen weit hinter den Empfehlungen der FKG zurück. Während die FKG ein Kostendämpfungspotenzial auf der Leistungserbringerseite von 19 Mrd. Euro belegt hat, avisiert der Gesetzentwurf mit dem darin geplanten Maßnahmenpaket lediglich eine Kostenreduktion um 11,2 Mrd. Euro in diesem Bereich.

Insbesondere wird die pharmazeutische Industrie eher entlastet, obwohl die Arzneimittelkosten zu den großen Ausgabentreibern gehören und die Preise in Deutschland für patentgeschützte Arzneimittel zu den höchsten in der Welt zählen. Stattdessen sollen die Betragszahler zur Standortförderung (Ausnahmeregelung zum dynamisierten Herstellerabschlag) eines einzelnen Wirtschaftszweigs herangezogen werden. Diese Art der Wirtschaftsförderung kann jedoch nicht zu Lasten der Beitragszahlenden in der GKV gehen, denn dies ist vielmehr eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

Auch im Bereich der Krankenhausversorgung wurden sinnvolle Vorschläge der FKG ohne nähere Begründung nicht aufgegriffen. Auch die Potenziale des Preiswettbewerbs (vgl. die Vorschläge der FKG bei Hilfsmitteln und Impfstoffen) werden nicht ausgeschöpft. Dies schränkt den ohnehin knappen finanziellen Spielraum im weiteren Verfahren zusätzlich ein.

Dies ist insbesondere kritikwürdig, weil durch eine vollumfängliche Realisierung der FKG-Empfehlungen auf der Ausgabenseite, die dann ab 2029 durch weitere Maßnahmen auf der Einnahmeseite ergänzt werden, sich sowohl die Unwuchten zu Lasten der Beitragszahlenden beseitigen und sich dies gleichzeitig mit einer nachhaltigeren Entlastung der GKV sehr gut verbinden ließen.

Kürzung des Bundeszuschusses inakzeptabel – Beitragssatzsatzstabilisierung wird zur Haushaltskonsolidierungsmaßnahme

Sofern im Zeitraum nach 2028 zusätzliche einnahmenseitige Maßnahmen zur Stabilisierung der Beitragssätze erforderlich werden, sind prioritär die lange bekannten Fehlentwicklungen bei der Finanzierung des Gesundheitswesens zu beseitigen. Dazu gehören vor allem eine sachgerechte Refinanzierung der Pauschalen für Grundsicherungsbeziehende durch den Bund ebenso wie eine Dynamisierung des Bundeszuschusses oder die Refinanzierung versicherungsfremder Leistungen (z. B. Ausbildungs- und Investitionsaufwendungen).

Die AOK-Gemeinschaft begrüßt grundsätzlich den im Gesetzentwurf erstmals vorgesehen Einstieg in eine bessere Refinanzierung der Pauschalen für Grundsicherungsbeziehende durch den Bund. Allerdings ist dieser Einstieg im ersten Schritt mit 250 Mio. Euro in 2027 für die stärkere Refinanzierung der Pauschalen sowohl in seiner Höhe als auch mit Blick auf die zeitliche Dimension weiterer Erhöhungsschritte nicht ausreichend.

Viel schwerer wiegt jedoch eine ganz andere Maßnahme, die alle vorgenannten positiven Aspekte sofort wieder neutralisiert und sie komplett ins Negative verkehrt. Zwar gibt es einen kleinen Einstieg in die stärkere Beteiligung des Bundes bei den Grundsicherungspauschalen, doch auf der anderen Seite wird der Bundeszuschuss für versicherungsfremde Leistungen jährlich um 2 Mrd. Euro gekürzt mit der Begründung, dies sei als Beitrag für die Haushaltskonsolidierung notwendig. Dieses Vorgehen ist keine konsistente Politik, sondern nur ein Taschenspielertrick auf Kosten der Beitragszahlenden, der im parlamentarischen Verfahren als solcher offengelegt und revidiert werden muss.

Einstieg in mehr Prävention ist richtig – Mehreinnahmen müssen in die GKV fließen

Die im Gesetzentwurf angesprochene Stärkung der Prävention ist ein richtiges und wichtiges Signal. Gut ausgestaltete Lenkungssteuern können laut der WHO ein wirksames Instrument sein, um den gesundheitsschädlichen Konsum einzudämmen. Die FKG hat hierzu konkrete, evidenzbasierte Empfehlungen unterbreitet.

Es ist positiv, dass die Einnahmen der angekündigten Abgabe auf zuckergesüßte Getränke den gesetzlichen Krankenversicherungen zugeführt werden sollen. Dasselbe sollte auch für die Einnahmen aus der Erhöhung der Tabak- und Spirituosensteuer gelten. Die Mittel müssen hinfließen, wo die Folgekosten aufschlagen und dürfen nicht zum Stopfen von Haushaltslöchern verwendet werden.

Weitere Ausgabenrisken drohen

Zusätzlich zu den bereits aufgeführten Finanzrisiken des vorliegenden Entwurfs ist auf weitere Finanzrisiken aus den parallellaufenden Gesetzgebungsverfahren hinzuweisen. Insbesondere überschätzt die Bundesregierung die kurzfristigen Einsparpotenziale der Notfallreform und plant in der Apothekenreform weitere Belastungen der GKV durch Vergütungszusagen an die Apotheken, die Einführung neuer Abrechnungsmöglichkeiten für nicht erforderliche pharmazeutische Dienstleistungen, sowie für Lockerungen der Abgaberegelungen für Rabattarzneimittel und Beschränkungen von Rabattverträgen für Biosimilars. Auch ist unklar, ob sich im Rahmen des Pharmadialogs weitere finanzielle Belastungen für die GKV ergeben.

Nachbesserungen im parlamentarischen Verfahren notwendig

Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft sind daher insbesondere folgende Korrekturen am vorliegenden Gesetzentwurf vorzunehmen:

In der **stationären Versorgung**

Die Wiedereinführung der Berücksichtigung der Tarifrate für ärztliches und pflegerisches Personal in Höhe von 50% führt zu erheblichen Risiken bzgl. der Preiskomponente der Krankenhausvergütung. Um diese Effekte zu kompensieren, können entweder nicht berücksichtigte FKG-Empfehlungen konsequent umgesetzt werden oder auf die Umsetzung der Maßnahme verzichtet werden. Die **Streichung der Tarifrefinanzierung** wäre zudem sinnvoll mit Blick auf (negative) Wechselwirkungen zu anderen Leistungsbereichen (z.B. Sogeffekte von Pflegekräften aus Pflege- oder Rehabilitationseinrichtungen).

Gleichzeitig sind keine Maßnahmen vorgesehen, mit denen einer ungeplanten Mengenentwicklung von mehr als 1% entgegengewirkt wird, so dass eine deutliche Verfehlung des Einsparziels von 4,6 Mrd. € für 2027 (und von 6,1 Mrd. € für 2028) zu erwarten ist. Um das Mengenrisiko zu begrenzen und die Ambulantisierung von Krankenhausleistungen attraktiver zu gestalten wäre ein **deutlicher Fixkostendegressionsabschlag** (einzige Ausnahme Planungsänderung durch das Land) eine erfolgversprechende Maßnahme.

Aus den FKG-Vorschlägen unberücksichtigt bleiben die **Aufnahme der Vorhaltebudgets in den zulässigen Prüfumfang**, ein Maßnahmenpaket zum Umgang mit Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUBs) im Krankenhaus sowie die Streichung der nicht kriteriengestützten Förderung ausgewählter Versorgungsstrukturen (siehe ergänzender Änderungsbedarf) sowie wirksame Maßnahmen zur Begrenzung

der Ausgabenentwicklung beim Pflegebudget. Ebenso wäre die FKG-Empfehlung zur Fallzusammenführung umzusetzen, statt auf einen Prüfprozess von DKG und GKV ohne ein konkretes Einsparvolumen zu setzen. Mit diesen Ergänzungen würde das Erreichen der Einsparziele für 2027 und 2028 ermöglicht.

In der **Arzneimittelversorgung:**

Der Herstellerabschlag sollte nicht dynamisiert und stattdessen auf 16 % erhöht werden. Ergänzend bedarf es wirksamer Preisregulierungsmaßnahmen im Patentmarkt.

Der **pharmDL-Fonds** sollte **ausgeschüttet** werden, weitere Einzahlungen sollten sofort gestoppt und auf Direktabrechnung von pharmDL umgestellt werden. Dabei sollte angesichts der fehlenden Verzahnung mit dem geplanten Primärarztsystem die mit dem ApoVWG angestrebte massive **Ausweitung pharmazeutischer Dienstleistungen gestoppt** und auch von einer Erhöhung der Nacht- und Notdienstvergütung abgesehen werden. Denn angesichts der schwierigen Finanzlage der GKV sollte von diesen leistungsausweitenden und vergütungserhöhenden Maßnahmen dringend Abstand genommen werden, denn damit werden die Ziele des vorliegenden Gesetzesentwurfs konterkariert.

Wirksame Preisregelungen bei Schutzimpfungen durch Preismoratorium, umfassend wirksamen Herstellerabschlag für alle Impfstoffe, Verhandlung von Erstattungsbeträgen mit Preis-Mengen-Regelung und die Wiedereinführung von Rabattverträgen.

An der bisherigen **Verbandmittel-Definition** und dem Erfordernis des Nutzennachweises für sonstige Produkte zur Wundbehandlung sollte zum Schutz der Patientinnen und Patienten **festgehalten** werden.

In der **ambulanten Versorgung**:

Es ist richtig und angezeigt, dass der Gesetzgeber die Ausgabendynamik im ambulanten Bereich nachhaltig bremsen und zusätzliche Vergütungsregelungen streichen will. Diese haben allzu oft versorgungspolitisch keinen Nutzen gebracht, waren dafür aber mit horrenden Kosten für die gesetzliche Krankenversicherung verbunden. An vorderster Stelle sind exemplarisch die Terminvermittlungszuschläge und weitere Vergütungsanreize zu nennen, die mit Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) und GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKF-FinStG) ins Gesetzblatt gekommen sind. Trotz Kosten in Milliardenhöhe konnte schon der Bundesrechnungshof keine Verbesserung der Versorgungssituation feststellen. Auch zusätzliche Vergütungen wie alltägliche Leistungen im Rahmen des normalen Praxisgeschehens wie Leistungen im Zusammenhang mit der elektronischen Patientenakte, Vergütungen mit fragwürdigen versorgungspolitischen Anreizen wie bei der Kurzzeittherapie oder gar Vergütungen ohne messbaren Effekt wie die Beratung zur Organspende

werden gestrichen. Diese sind kaum mit einer wirtschaftlichen Verwendung von Beitragsgeldern in Einklang zu bringen.

Allerdings greift der Gesetzgeber zu kurz, wenn zahlreiche Vorschläge der Finanz-Kommission nicht übernommen werden. Es wäre angezeigt, die weiteren **FKG-Vorschläge zur ambulanten Versorgung umzusetzen** und damit u. a. besonders gut vergütete Fachgruppen angemessen an der Beitragssatzstabilisierung zu beteiligen. Mit der Absenkung der Bewertung des technischen Leistungsanteils von Radiologie, Strahlentherapie und Nuklearmedizin oder der Absenkung der Vergütung der Kataraktoperationen hätte damit auch das innerärztliche Vergütungsgefüge angeglichen werden können.

Unabdingbar für eine nachhaltige Stabilisierung der Ausgabenentwicklung ist die angedachte Begrenzung der extrabudgetären Vergütung. Seit Jahren steigen die Ausgaben für diese Leistungen weit über die Veränderungsrate der Grundlohnsumme hinaus. Ohne eine Regelung hierzu wird eine nachhaltige Stabilisierung nicht gelingen. Daher ist es richtig, dass der Gesetzgeber das nun angeht. Detailregelungen wie die Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin und der hausärztlichen Versorgung und die Korrektur der Systematik zur Entbudgetierung der Kinder- und Jugendärzte vervollständigen das Gesamtbild. Die nun eingeschlagene konsequente Orientierung an einem nachweislichen medizinischen Nutzen bei vertragsärztlichen Leistungen ist versorgungspolitisch richtig und angezeigt mit Blick auf notwendige wirtschaftliche Verwendung von Mitteln.

Dass der zahnärztliche Bereich bei der Begrenzung der Ausgabensteigerungen eingeschlossen wird, ist folgerichtig. Zwar sind dort die Ausgaben in den letzten Jahren weniger stark gestiegen, aber alle Leistungsbereiche sollten ihren Beitrag leisten. Die Schärfung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität deckt sich mit dem politischen Ziel einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik. Die Überarbeitung der Richtlinien in der Kieferorthopädie und die Bildung von vier Leistungskomplexen in Form von Pauschalen sind längst überfällig und dienen der Vermeidung von Fehl- und Überversorgung in diesem Bereich. Teilweise besteht Anpassungs- und Nachschärfungsbedarf in der konkreten Ausgestaltung. Es muss eine Regelung ergänzend aufgenommen werden, die trotz generellem Ausschluss von kieferorthopädisch tätigen Zahnärzten/-innen eine bereits eingetretene oder aber eine drohende Unterversorgung vermeidet.

II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 1 § 2 Leistungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Künftig sollen homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sowie homöopathische und anthroposophische Leistungen aufgrund der fehlenden wissenschaftlichen Evidenz einer Wirksamkeit nach den anerkannten internationalen wissenschaftlichen Standards der evidenzbasierten Medizin nicht mehr von der Erstattungsfähigkeit umfasst sein.

B Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht und zu begrüßen. Grundsätzlich sollten Leistungen und Behandlungsmethoden nur bei vorliegender Evidenz von der GKV zu erstatten sein. Entsprechend ist die Streichung homöopathischer und anthroposophischer Arzneimittel und Behandlungsmethoden nachvollziehbar und sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 2 § 3 Solidarische Finanzierung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die generelle Beitragsfreiheit in der gesetzlichen Familienversicherung soll aufgehoben werden. Für familienversicherte Kinder bleibt die Beitragsfreiheit bestehen. Allerdings soll für nach § 10 versicherte Ehegatten und Lebenspartner grundsätzlich ein Beitragszuschlag über das Mitglied erhoben werden. Die Ausnahmeregelungen werden im neu eingefügten § 242b SGB V (Art. 1 Nr. 63) beschrieben. Es ist eine Folgeänderung zum Art. 1 Nr. 63.

B Stellungnahme

Die Familienmitversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung ist zentraler Bestandteil der solidarischen und beitragsfinanzierten Sozialversicherung und kein Anreiz- oder Förderinstrument der Arbeitsmarkt- oder Familienpolitik. Die gesetzliche Krankenversicherung ist eine Solidargemeinschaft, die einen umfassenden Krankenversicherungsschutz unabhängig vom Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand und dem jeweiligen Einkommen der Versicherten garantiert. Die Beitragsfreiheit der nicht oder nur wenig verdienenden Familienangehörigen als konstitutionelles Kernelement der GKV und der SPV sollte aus Sicht der AOK-Gemeinschaft daher erhalten bleiben.
Die Hauptursache für die Finanzierungsprobleme in der gesetzlichen Krankenversicherung liegt, wie es die FinanzKommission in ihrem Bericht zutreffend festgestellt hat, in der sehr dynamischen Ausgabenentwicklung und nicht primär in der Entwicklung der Einnahmen. Daher ist die konsequente Kostendämpfung der Schlüssel, um die finanzielle Situation der GKV zu stabilisieren, denn Versicherte und Arbeitgebende sind bereits in erhebliche Vorleistung gegangen. Durch eine konsequentere Umsetzung der ausgabenseitigen Maßnahmen, wie sie die FKG empfohlen hat, können weitere Belastungen der Versicherten und Beitragszahlenden vermieden werden.

Ferner führt die Umsetzung Neuregelung nicht zur Entbürokratisierung, sondern erhöht durch den manuellen Mehraufwand bei der Prüfung der Sachverhalte vielmehr die Verwaltungskosten auf Seiten der Krankenkassen. Hierzu wird auf weitere Ausführungen zu Nr. 7 § 10 auf S. 20 verwiesen.

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung.

Nr. 3 § 4 Krankenkassen

A Beabsichtigte Neuregelung

Für die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen soll ab dem Jahr 2027 im Gleichklang mit Regelungen in anderen Ausgabenbereichen als Obergrenze für jährliche Erhöhungen die Grundlohnrate nach § 71 Absatz 3 je Versicherten gelten. Die Vorgabe gilt gleichermaßen für personelle wie sächliche Verwaltungskosten. Von der Begrenzung ausgenommen werden die Aufwendungen zum Schutz der kritischen Infrastruktur im Bereich Sicherheit der Informationstechnik.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

Das Prinzip der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik gilt grundsätzlich für alle Ausgabenbereiche und bezieht daher auch die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen mit ein. Krankenkassen mit sich ändernden Versichertenzahlen können aufgrund bestehender, ggf. mehrjähriger Verträge Personal- und Sachkosten nicht mit derselben Geschwindigkeit auf- und abbauen, mit der sich die Versichertenzahl verändert. In der Gesetzesbegründung wird auf diesen Sachverhalt verwiesen, bei dem Krankenkassen mit ihrer Aufsichtsbehörde im Extremfall Sonderregelungen treffen können; dies ist aber nicht im Gesetzestext verankert. Die Obergrenze ist daher ohne explizite Regelung auf eine absolute oder versichertenbezogene Veränderungsrate festzulegen und dem Ermessen der Aufsichtsbehörde unter Berücksichtigung des jeweiligen Einzelfalls zu überlassen (analog den Regelungen des BEEP für das Jahr 2026 in § 4 Absatz 6 SGB V).

C Änderungsvorschlag

§ 4 Absatz 5 wird durch den folgenden Absatz 5 ersetzt:

„Die Verwaltungsausgaben einer Krankenkasse dürfen sich ab dem Jahr 2027 gegenüber dem vorausgegangenen Haushaltsjahr jeweils nur nach Maßgabe der Entwicklung der Einnahmen des Gesundheitsfonds bereinigt um zweckgebundene Sonderzuweisungen gemäß § 71 Absatz 3 erhöhen. Die Begrenzung nach Satz 1 gilt nicht für Aufwendungen zum Schutz der kritischen Infrastruktur im Bereich Sicherheit der Informationstechnik.“

Nr. 4 § 4a Wettbewerb der Krankenkassen, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die bisher in den gemeinsamen Wettbewerbsgrundsätzen festgelegte Begrenzung der Ausgaben für Werbemaßnahmen wird in das SGB V überführt und halbiert. Die Ausgaben dürfen in jedem Haushaltsjahr 0,075 % der monatlichen Bezugsgröße gemäß §18 Absatz 1 des Vierten Buches je Mitglied nicht überschreiten. Durch die Überführung in das SGB V ist eine Festlegung von Ausgabengrenzen in einer Rechtsverordnung nicht mehr notwendig. In einer Rechtsverordnung nach §4a Abs. 4 SGB V können weiter zusätzliche Grenzen für einzelne Werbemaßnahmen festgelegt werden.

B Stellungnahme

Bereits heute gehen die AOKs sehr verantwortungsbewusst mit den Mitteln für Werbemaßnahmen um und beachten alle dafür festgelegten gesetzlichen Rahmenbedingungen und Hinweise der Aufsichtsbehörden. Bisher ist die Ausgabengrenze zwischen den Aufsichtsbehörden abgestimmt und wird von ihnen als angemessen bezeichnet. Eine Halbierung des bisherigen Wertes -losgelöst von bisherigen Verfahren- diskreditiert die aufsichtsrechtliche Regelung

Ausgabengrenzen und Kopplung an die Entwicklung der Sozialversicherungs-Rechengrößen sind auch langjährig bestehende und etablierte Regelungen zur Begrenzung der Werbeausgaben. Zusätzliche Einzelvorgaben neben der Begrenzung der Verwaltungsausgaben nach Nr. 3 § 4, stehen zu dieser im Widerspruch und stellen eine Dopplung dar.

Zu beachten ist außerdem, dass, eine derart deutliche Absenkung von den Krankenkassen aufgrund der ausgeschriebenen und bindenden Verträge nur sehr schwer sofort umgesetzt werden kann.

Nichtsdestotrotz trägt die Halbierung des Werbebudgets für Krankenkassen der aktuellen Diskussion um die Begrenzung der Ausgabenseite Rechnung.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 5 § 6 Versicherungsfreiheit

A Beabsichtigte Neuregelung

Die allgemeine Jahresarbeitsentgeltgrenze wird zum 01.01.2027 neben der jährlichen Anpassung zusätzlich um 3.600 Euro erhöht. Dies erfolgt analog zur zusätzlichen Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) um 3.600 Euro.

Daneben wird für Versicherte, die am 31.12.2026 wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei und in einer substitutiven Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen abgesichert sind, eine weitere Jahresarbeitsentgeltgrenze geschaffen.

B Stellungnahme

Da es sich hier um eine Folgeänderung zur zusätzlichen Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in der GKV handelt, verweisen wir grundsätzlich auf die folgende Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 61 (§ 223 SGB V):

Versicherte und Arbeitgebende sind bereits in erhebliche Vorleistung gegangen. Durch eine konsequentere Umsetzung der ausgabenseitigen Maßnahmen, wie sie die FinanzKommission Gesundheit empfohlen hat, könnten weitere Belastungen der Versicherten und Beitragszahlenden vermieden werden. Daher wird die Neuregelung abgelehnt.

Die einmalige zusätzliche Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in der GKV für das Kalenderjahr 2027 wirkt sich zwar positiv auf die Einnahmeseite der Krankenversicherung aus, allerdings führt die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze um 300 Euro pro Monat zu einer ungerechtfertigt hohen Belastung der Beitragszahlenden.

Der durchschnittlich erhobene Zusatzbeitragssatz in der GKV stieg von 1,51 % im Jahr 2023 auf 2,9 % im Jahr 2026 an und hat sich damit innerhalb von nur drei Jahren fast verdoppelt. Die Abgabenlast der Beschäftigten und die Lohnnebenkosten der Unternehmen stellen bereits heute ein gravierendes wirtschaftliches Problem dar, das die Wettbewerbsfähigkeit Deutschlands schmälert und wirtschaftliches Wachstum hemmt. Hinzu kommt, dass die Beitragsbemessungsgrenze 2027 ohnehin bereits regulär auf ein sehr hohes Niveau anwachsen wird. Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft sind die Beitragszahlenden daher bereits in Vorleistung getreten. Die finanzielle Belastungsgrenze der Beitragszahlenden ist erreicht.

Diese unverhältnismäßige Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze in der GKV setzt zudem für junge, gutverdienende Versicherte weitere Anreize in das System der privaten Krankenversicherung zu wechseln, da hier mit extrem niedrigen Beiträgen geworben wird. Die analoge Erhöhung der Jahresarbeitsentgeltgrenze um 3.600 Euro wirkt dieser Entwicklung nicht entgegen. Der Verlust dieser Mitglieder wirkt sich langfristig betrachtet nachteiliger auf die gesetzliche Krankenversicherung aus, als eine breitere Lastenverteilung. Diese Wirkung bleibt bei der Bewertung völlig unberücksichtigt.

Die FinanzKommission Gesundheit hat in ihrem ersten Bericht das Gewicht der Maßnahmen eindeutig auf die Ausgabenseite gelegt. Die Umsetzung der vorgeschlagenen Maßnahmen auf der Ausgabenseite allein würde bereits ausreichen, um den Beitragssatz 2027 zu stabilisieren. Der nach der Kommission von den Beitragszahlenden zu tragende Anteil 2027 macht lediglich 11 % des Einsparvolumens aus, während die in der Anpassung des § 223 SGB V vorgesehene Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze Versicherte und Arbeitgeber wesentlich stärker belastet. Eine gerechte Lastenverteilung im Sinne des Kommissionsberichts findet dadurch nicht statt.

Deutschland besitzt bereits eines der teuersten Gesundheitssysteme der Welt mit nur durchschnittlicher Leistungsfähigkeit. Bevor nicht nachhaltige Strukturreformen auf der Ausgabenseite umgesetzt sind, ist eine Anhebung der Beitragslast ineffizient.

Zu berücksichtigen ist auch, dass die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in der GKV zu höheren Ausgaben, z. B. beim Krankengeld, führt.

Weiterhin führt die Neuregelung dazu, dass Arbeitgebende in Abhängigkeit vom Zeitpunkt der Überschreitung der Jahresarbeitsentgeltgrenze und einer substitutiven Absicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen zukünftig dauerhaft zwischen drei verschiedenen Jahresarbeitsentgeltgrenzen zu unterscheiden haben. Dies verkompliziert die versicherungsrechtliche Beurteilung, erhöht die Verwaltungs- und Bürokratieaufwände und verteuert den Faktor Arbeit auf Seiten der Arbeitgebenden.

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung

Sofern an der Neuregelung festgehalten wird, ist die Formulierung unter Buchstabe d) wie folgt zu ändern:

d) ~~Absatz 8 wird durch den folgenden Absatz 8 ersetzt:~~ ***Nach Absatz 7 wird der folgende Absatz 8 eingefügt:*** …

Nr. 6 § 8 Befreiung von der Versicherungspflicht

A Beabsichtigte Neuregelung

Das Recht auf Befreiung von der Versicherungspflicht wegen Änderung (Fortschreibung) der Jahresarbeitsentgeltgrenze wird an die Einführung einer dritten Jahresarbeitsentgeltgrenze angepasst. Es wird dahingehend konkretisiert, dass für eine Befreiung von der Versicherungspflicht die Jahresarbeitsentgeltgrenze ohne die zusätzliche einmalige Erhöhung für das Jahr 2027 heranzuziehen ist.

B Stellungnahme

Es wird auf die Stellungnahmen zu Artikel 1 Nr. 5 (§ 6 SGB V) und Artikel 1 Nr. 61 (§ 223 SGB V) verwiesen.

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung

Nr. 7 § 10 Familienversicherung

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur neu eingeführten Beitragserhebung für bestimmte familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner nach § 3 Satz 3 SGB V und zu den in § 242b Satz 2 SGB V vorgesehenen Ausnahmen von der Beitragspflicht, die mit diesem Gesetz eingeführt werden sollen. Das Mitglied hat für das Vorliegen der Voraussetzungen für die Beitragsfreiheit des Ehegatten oder Lebenspartners die notwendigen Angaben sowie deren Änderung an die zuständige Krankenkasse zu melden.

B Stellungnahme

Auf die Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 2 (§ 3 Satz 3 SGB V) wird verwiesen. Die Beitragsfreiheit der nicht oder nur wenig verdienenden Familienangehörigen als konstitutionelles Kernelement der GKV und der SPV sollte aus Sicht der AOK-Gemeinschaft erhalten bleiben.

Die neue Regelung erfordert im Falle der Umsetzung zusätzliche und erweiterte Mitwirkungs- und Meldepflichten und führt nicht zur Entbürokratisierung, sondern erhöht durch den manuellen Mehraufwand bei der Prüfung der Sachverhalte vielmehr die Verwaltungskosten auf Seiten der Krankenkassen. So sind die Informationen zur Prüfung der Familienversicherung regelmäßig vom Mitglied einzuholen und das Mitglied hat die Krankenkasse über Änderungen zu informieren. Erst nach Erfüllung der Mitwirkungspflicht des Mitglieds kann die Krankenkasse den Beitragszuschlag für den familienversicherten Ehegatten oder Lebenspartner nach § 242b Satz 2 SGB V erheben oder korrigieren. In der Folge kann der Beitragszuschlag für familienversicherte Ehepartner erst zeitversetzt, in der Regel rückwirkend, vom Mitglied eingefordert werden. Dies führt wiederum zu zahlreichen Rückrechnungen bei den beitragsabführenden Stellen.

Diese Verwaltungsaufwände schmälern die errechneten Einnahmezuwächse von 1,5 Mrd. Euro und sind zudem im Erfüllungsaufwand nur sehr unzureichend berücksichtigt.

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung.

Nr. 8 § 11 Leistungsarten

A Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgt ein Ausschluss von homöopathischen und anthroposophischen Arzneimitteln und Leistungen als zusätzliche Satzungsleistungen der Krankenkassen.

B Stellungnahme

Nach den für die GKV maßgeblichen Regularien können Leistungen bei fehlender wissenschaftlicher Evidenz grundsätzlich nicht übernommen werden. Der Ausschluss von homöopathischen und anthroposophischen Arzneimitteln sowie homöopathischen und anthroposophischen Leistungen als Satzungsleistungen ist daher sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 9 § 25 Gesundheitsuntersuchungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Gemeinsame Bundesausschuss wird aufgefordert, den Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit für die

1. Gesundheitsuntersuchungsrichtlinie nach §25 Abs.1 sowie
2. die Regelungen zum Hautkrebsscreening in der Krebsfrüherkennungsrichtlinie gemäß §25 Abs. 2 zu überprüfen.

Für die Gesundheitsuntersuchungen soll insbesondere eine mögliche Eingrenzung auf Herz-Kreislauferkrankungen geprüft werden. Für das Hautkrebsscreening soll ein mögliches risikobasiertes Screening und die Häufigkeit der Untersuchungen geprüft werden.

B Stellungnahme

Zu 1.: Der Auftrag an den G-BA zur Überprüfung der Gesundheitsuntersuchung hinsichtlich Altersgrenzen, Zielgruppen, Untersuchungsintervalle, geschlechtsspezifische Besonderheiten und Zielerkrankungen auf Grundlage der vorliegenden wissenschaftlichen Evidenz ist sachgerecht. Die Aufforderung, die Gesundheitsuntersuchung auf die Herz-Kreislauf-Erkrankungen einzugrenzen, greift jedoch zu weit in die Aufgaben und Kompetenz des G-BA ein und sollte gestrichen werden.

Zu 2.: Der Auftrag an den G-BA zur Überprüfung des opportunistischen Hautkrebsscreening gegenüber einem risikobasierten Ansatz auf Grundlage der wissenschaftlichen Evidenz ist sachgerecht.

Der Ansatz des Gesetzgebers, dass nur solche Leistungen über die GKV vergütet werden sollen, für die eine ausreichende Evidenz vorliegt, ist richtig und muss neben dem Hauptkrebsscreening und den Gesundheitsuntersuchungen auch für andere Leistungen mit unzureichender Evidenz gelten. Ein Ausschluss von Leistungen, für die keine ausreichende Evidenz vorliegt und die mehrere Leistungssektoren betreffen, ist jedoch durch die gemäß §91 Abs. 7 notwendige Mehrheit von 9 von 13 Stimmen im G-BA extrem schwierig und ist seit Inkrafttreten dieser Regelung kaum mehr erfolgt. Daher ist für die grundsätzliche Möglichkeit, Leistungen ohne ausreichende Evidenz aus der Leistungspflicht der GKV zu nehmen eine Änderung in §91 Abs. 7 notwendig, indem wie für andere Beschlüsse des G-BA die Mehrheit der Mitglieder genügt.

C Änderungsvorschlag

§25 Abs. 4 Satz 7 Nr. 1: Streichen des zweiten Halbsatzes „insbesondere hinsichtlich einer möglichen Eingrenzung auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie deren Risiken und Begleit- und Folgeerkrankungen als Schwerpunkt der Gesundheitsuntersuchung“
Ergänzende Änderung: Streichen von §91 Abs. 7 Satz 3

Nr. 10 § 27b Zweitmeinung

A Beabsichtigte Neuregelung

Versicherte erhalten einen Rechtsanspruch auf ein Zweitmeinungsverfahren bei mengenanfälligen planbaren Operationen. Zudem wird ein Abrechnungsverbot für die Ärztinnen/Ärzte eingeführt, die bestimmte mengenanfällige Eingriffe durchführen, sofern der Versicherte keine Zweitmeinung eingeholt hat. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt die Eingriffe, für die das Zweitmeinungsverfahren künftig notwendige Voraussetzung ist.

B Stellungnahme

Der Vorschlag eines obligatorischen Zweitmeinungsverfahrens ist differenziert zu bewerten. Einerseits werden dadurch die Fachärztinnen und -ärzte stärker zeitlich belastet, was sich auf die weitere Terminvergabe auf Patientinnen und Patienten nachteilig auswirken kann. Andererseits dürfte durch die Verknüpfung der Vergütung mit dem Nachweis einer eingeholten Zweitmeinung bei den Leistungserbringern, die die Eingriffe durchführen, eine erhebliche Durchsetzungswirkung entfaltet und die Inanspruchnahme des Zweitmeinungsverfahrens strukturell abgesichert werden. Der G-BA sollten dabei ebenfalls den Auftrag erhalten, Strukturen zu schaffen, ggf. unter Nutzung der Terminservicestellen, die eine zeitgerechte Einholung einer Zweitmeinung sicherstellen. Das Potenzial zur Vermeidung medizinisch nicht zwingend erforderlicher Eingriffe und zur Reduzierung von Krankenhausausgaben ist plausibel, ob dies aber wirklich erzielt werden kann, sollte im Rahmen der Umsetzung systematisch auf Basis von Routinedaten evaluiert werden. Eine evtl. Ausweitung bzw. Weiterführung sollte erst auf Grundlage dieser Ergebnisse erfolgen. Eine echte finanzielle Entlastungswirkung der GKV durch die Reduktion dieser stationären Eingriffe kann nur gelingen, wenn dies in der Krankenhausvergütung auch tatsächlich nachvollzogen wird.

C Änderungsvorschlag

Abs. 2 Satz 1 wird wie folgt angepasst:

Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in seinen Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13, für welche planbaren Eingriffe nach Absatz 1 Satz 1 der Anspruch auf Einholung der Zweitmeinung im Einzelnen besteht; **dabei ist zu berücksichtigen, wie eine zeitgerechte Einholung einer Zweitmeinung sichergestellt wird. Der Gemeinsame Bundesausschuss erprobt das Verfahren an zwei ausgewählten Eingriffen.** ~~**der Gemeinsame Bundesausschuss soll jährlich mindestens zwei weitere Eingriffe bestimmen, für die Anspruch auf Einholung der Zweitmeinung im Einzelnen besteht.**~~

zusätzlich werden Satz 6 und 7 ergänzt:

Der Gemeinsame Bundesausschuss evaluiert das Verfahren auf Basis von Routinedaten. In Abhängigkeit der Evaluationsergebnisse wird über die Weiterführung oder die Ausweitung im Gemeinsamen Bundesausschuss entschieden.

Abs. 3 wird wie folgt angepasst:
(3) Der Anspruch auf Vergütung für die Leistung des Arztes oder der Einrichtung, durch den oder durch die ein vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach Satz 2 bestimmter Eingriff durchgeführt wird, entfällt, wenn dem Arzt oder der Einrichtung vor dem Eingriff kein Nachweis über eine eingeholte Zweitmeinung vorliegt. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt erstmals bis zum 31. März 2027 mindestens einen ~~**und danach jährlich mindestens einen weiteren der**~~ planbaren Eingriffe nach Absatz 2 Satz 1, für den die Einholung einer Zweitmeinung Voraussetzung für die Vergütung des Eingriffs ist. **In Abhängigkeit der Evaluationsergebnisse nach Abs. 2 Satz 7 wird über eine Weiterführung oder eine Ausweitung im Gemeinsamen Bundesausschuss entschieden.** Das Nähere zum Nachweis nach Satz 1 bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien nach Absatz 2 Satz 1.

Nr. 11 § 28 Ärztliche und zahnärztliche Behandlung

A Beabsichtigte Neuregelung

Zukünftig sollen nur noch Fachzahnärztinnen und -zahnärzte für Kieferorthopädie die kieferorthopädische Behandlung zu Lasten der GKV durchführen können. Begonnene Behandlungen können fortgeführt werden.

B Stellungnahme

Es häufen sich Hinweise auf Überversorgung in der vertragszahnärztlichen Kieferorthopädie - zu diesem Ergebnis kommt auch die FinanzKommission Gesundheit. Demnach ist das Paket an Maßnahmen, das in diesem Gesetz zur Begrenzung der Über- und Fehlversorgung in der kieferorthopädischen Versorgung adressiert wird, folgerichtig.

Bisher sind alle approbierten Zahnärzt/-innen berechtigt, kieferorthopädische Leistungen durchzuführen. Daneben gibt es eine spezielle, dreijährige Facharztweiterbildung in der Kieferorthopädie. Durch die mit diesem Gesetz intendierte Reduzierung der unnötigen Behandlungen (u. a. durch Abkehr von der Einzelleistungsvergütung) nimmt der Bedarf an Leistungserbringenden in der Kieferorthopädie ab. Insofern ist es folgerichtig, zukünftig auf das höchste Qualifikationsniveau zu setzen und Zahnärzt/-innen ohne Anerkennung als Fachzahnärzt/-innen für Kieferorthopädie von der Versorgung auszuschließen. Ohne die Anzahl der Durchführenden zu reduzieren wird die Wirksamkeit der weiteren mengenbegrenzenden Maßnahmen dieses Gesetzes deutlich reduziert. Gleichwohl darf dadurch keine systematische Unterversorgung (fort)bestehen. Insofern bedarf es einer regionaler Öffnungsklausel für (drohend) unterversorgte Planungsbereiche. Die Landesausschüsse sollen Kriterien festlegen, welche Qualifikationsniveaus stattdessen für die Zulassung zur kieferorthopädischen Versorgung bei einer festgestellten (drohenden) Unterversorgung vorausgesetzt werden. Denkbar sind (landesspezifische) Masterstudiengänge oder ein bereits mehrjähriger Tätigkeitsschwerpunkt in der Kieferorthopädie. Da dadurch auch eine drohende Unterversorgung verhindert werden sollte, diese jedoch in der Bedarfsplanungs-Richtlinie Zahnärzte bisher nicht klar definiert ist, empfiehlt sich darüber hinaus eine entsprechende Nachschärfung in der Richtlinie.

C Änderungsvorschlag

In Absatz 2 wird nach Satz 7 folgender Satz 8 eingefügt:

„Der Landesausschuss benennt für den Fall einer festgestellten drohenden Unterversorgung abweichend von Satz 6 Nr. 1 für Zahnärzte die keine Anerkennung als Fachzahnarzt für Kieferorthopädie besitzen Mindestanforderungen, um kieferorthopädischer Behandlungen durchführen zu können."

Nr. 12 a) § 31 Arznei- und Verbandmittel, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln, allerdings nicht auf homöopathische und anthroposophische Arzneimittel.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht, sie entspricht der Empfehlung der FKG und stärkt ausreichende und evidenzbasierte Leistungen der GKV.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 12 b) § 31 Arznei- und Verbandmittel, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Definition von als Verbandmittel nach § 31 Abs. 1 erstattungsfähigen Medizinprodukten wird um bislang als sonstige Produkte zur Wundbehandlung eingestufte proteasemodulierend oder antimikrobiell im und am menschlichen Körper wirkende Produkte erweitert. Die Feststellung, dass pharmakologisch, immunologisch oder metabolisch im menschlichen Körper wirkende Produkte (=Arzneimittel) keine Verbandmittel sein können, wird gestrichen. Die bisher noch bis zum 31.12.2026 laufende ausnahmsweise Erstattung von sonstigen Produkten zur Wundbehandlung wird gestrichen.

B Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung ist entschieden abzulehnen, sie führt zu einer nicht sachgerechten Leistungsausweitung, widerspricht der gewünschten künftigen Fokussierung auf evidenzbasierte GKV-Leistungen und ist entsprechend - auch entgegen der Schätzung im Gesetzentwurf - mit Mehrausgaben verbunden. Zwar werden im Rahmen der Übergangsfrist auch noch sonstige Produkte zur Wundbehandlung von den Krankenkassen erstattet, dies erfolgt allerdings in nur begrenzten Umfang für Produkte, die bereits vor dem 02. Dezember 2020 im Markt waren.

Mit der vorgeschlagenen Regelung wird die von der gemeinsamen Selbstverwaltung erfolgreich im G-BA erarbeitete Abgrenzung der Verbandmittel von sonstigen Produkten zur Wundbehandlung, die einen Nutzennachweis erbringen müssen, ad absurdum geführt. In den letzten 10 Jahren wurde die Durchsetzung der evidenzbasierten Wundversorgung mehrfach - insgesamt durch viermalige Verlängerung der Übergangsfrist - zugunsten der Medizinproduktehersteller hinausgezögert und soll nun weitgehend aufgehoben werden.

Mit der Änderung der Verbandmittel-Definition werden arzneimittelähnliche Medizinprodukte zur Wundversorgung ohne Prüfung und Nutzennachweis zur Pflichtleistung der GKV erklärt. Diese Leistungsausweitung steht in eklatantem Widerspruch zu den aktuellen ärztlichen Leitlinien für die Behandlung und Versorgung von Wunden mangels entsprechender Daten und Belege besteht kein Stellenwert für die benannte proteasemodulierende oder antimikrobielle Wirkung in der Versorgung. Dieses Vorgehen ist unvereinbar mit den Leistungsgrundsätzen der GKV, wonach Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen haben (§ 2 Absatz 1 Satz 2 neu).

In den Stellungnahmeverfahren zur Weiterentwicklung der Abgrenzung von Verbandmitteln zu sonstigen Produkten zur Wundbehandlung durch den G-BA sind bislang Wundversorgungsprodukte mit medizinischem Honig (antimikrobielle Wirkung im menschlichen Körper) und auch Wundversorgungsprodukte mit Sucroseoctasulfat (proteasemodulierende Wirkung im menschlichen Körper) als sonstige Produkte zur Wundbehandlung eingeordnet worden. Für die Bedeutung oder Wirkung einer Modulierung von Proteasen im Zusammenhang mit der Wundversorgung und Wundhei-

lung gibt es zudem fachlich keinerlei Erkenntnisse. Demgegenüber sind aber mögliche Risiken und Nebenwirkungen zu betrachten. Alle diese Produkte müssen deshalb, das haben die Beiträge insbesondere der ärztlichen Fachgesellschaften und Wundexperten gezeigt, im Antragsverfahren für arzneimittelähnliche Medizinprodukte den Nutzennachweis erbringen bevor eine Erstattungsfähigkeit durch die GKV gegeben sein kann. Das Stellungnahmeverfahren für silberhaltige Wundversorgungsprodukte (antimikrobielle Wirkung im menschlichen Körper) läuft aktuell noch. Silberhaltige Wundprodukte werden zwar wegen der antimikrobiellen Wirkung beworben, für Silber müssen aber - wie auch für antibiotische Arzneimittel - eine Resistenzentwicklung über die Anwendung und zudem auch negative Effekte auf die Wundheilung selbst aufgrund der bekannten zelltoxischen Wirkung betrachtet und abgewogen werden. Generell ist eine lokale antibakterielle Therapie aufgrund schwer steuerbarer Wirkstoffkonzentrationen in der Wunde und damit assoziierter Resistenzbildung kein medizinischer Standard.

Die nunmehr fehlende Abgrenzung von Verbandmitteln gegenüber Arzneimitteln (Produkte, die pharmakologisch, immunologisch oder metabolisch im menschlichen Körper wirken) führt dazu, dass CE-zertifizierte Medizinprodukte mit Wirkversprechen zur Wundheilung (hierbei wäre regelmäßig von Geltungsarzneimitteln auszugehen) unmittelbar zulasten der GKV erstattungsfähig werden. Es ist vollkommen unverständlich, dass solche Produkte ohne eingehende Prüfung und Nutzennachweis von der GKV erstattet werden sollen, wohingegen gleichzeitig andere Leistungen mangels Nutzenbeleg aus dem Leistungskatalog gestrichen werden (siehe Homöopathie).

Das Arzneimittelrecht mit der Zulassungspflicht und umfassenden Prüfung stellt sicher, dass ein positives Nutzen-Schaden-Verhältnis besteht und die Anwendung für Patientinnen und Patienten sicher ist. Demgegenüber findet bei der medizinprodukterechtlichen Zertifizierung durch eine benannte Stelle keine tiefergehende inhaltliche Prüfung der vorhandenen Anwendungsstudien insbesondere zur Wirksamkeit und Sicherheit bzw. Nebenwirkungen statt. Die mit dem vorliegenden Regelungsentwurf privilegierten proteasemodulierend oder antimikrobiell wirkenden Produkte sind hohen bzw. der höchsten Risikoklasse zugeordnet, die demnach ein analoges Risiko aufweisen wie z. B. Herzklappen, Stents, Hüftprothesen oder auch implantierbare Defibrillatoren. Eine eingehende Prüfung ist deshalb zwingend für alle arzneimittelähnlichen Medizinprodukte, wie bisher auch, im Rahmen des Antragsverfahrens beim G-BA vorzunehmen. Nur ein positiver Bescheid und die Aufnahme in Anlage V der AM-RL kann die Grundlage für eine Erstattungsfähigkeit durch die GKV darstellen. Hiervon darf es im Sinne des Schutzes der Patientinnen und Patienten keine Ausnahmen geben, die zudem den aktuellen medizinischen Erkenntnissen widersprechen.

C Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung

Sollte an einer Neufassung des § 31 Absatz 1a festgehalten werden, ist dieser folgendermaßen zu formulieren:

[1]Verbandmittel sind Gegenstände einschließlich Fixiermaterial, deren Hauptwirkung darin besteht, oberflächengeschädigte Körperteile zu bedecken, Körperflüssigkeiten von oberflächengeschädigten Körperteilen aufzusaugen oder beides zu erfüllen. [2]Als Verbandmittel gilt auch ein Gegenstand, der ergänzend zu den in Satz 1 genannten Eigenschaften ***ohne pharmakologische, immunologische oder metabolische Wirkungsweise im menschlichen Körper*** ~~1.~~ Wunden feucht hält**,** ~~oder Wunden reinigt,2.~~ Wundexsudat oder Gerüche bindet,~~3. ein Verkleben mit der Wunde verhindert oder atraumatisch wechselbar~~ ***antiadhäsiv, reinigend*** ~~ist~~ oder ~~4. proteasemodulierend oder~~ antimikrobiell ***ist*** ~~im oder am menschlichen Körper wirkt~~.

[3]Erfasst sind auch Gegenstände, die zur individuellen Erstellung von einmaligen Verbänden an Körperteilen, die nicht oberflächengeschädigt sind, gegebenenfalls mehrfach verwendet werden, um Körperteile zu stabilisieren, zu immobilisieren oder zu komprimieren. [4]Das Nähere zur Abgrenzung von Verbandmitteln zu sonstigen Produkten zur Wundbehandlung regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2. [5]Absatz 1 Satz 2 gilt für sonstige Produkte zur Wundbehandlung entsprechend. [6]Der Gemeinsame Bundesausschuss berät Hersteller von sonstigen Produkten zur Wundbehandlung im Rahmen eines Antragsverfahrens insbesondere zu konkreten Inhalten der vorzulegenden Unterlagen und Studien. [7]§ 34 Absatz 6 gilt entsprechend. [8]Für die Beratung sind Gebühren zu erheben. [9]Das Nähere zur Beratung und zu den Gebühren regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung.

Nr. 12 c) § 31 Arznei- und Verbandmittel, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Gesetzliche Krankenkassen sollen zukünftig Medizinalcannabis nur noch in Form von Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Dronabinol und Nabilon und Extrakte in standardisierter Qualität erstatten. Damit werden Cannabisblüten künftig von der Erstattung ausgenommen; neben Fertigarzneimitteln sind weiterhin Extrakte von der GKV-Leistung umfasst.

B Stellungnahme

Die Streichung der GKV-Versorgung mit Cannabisblüten aus dem Leistungskatalog ist sachgerecht und zu begrüßen, sie entspricht einer lange vorgetragenen AOK-Forderung. Denn trotz langjähriger Kostenübernahme der GKV für Cannabisblüten wurden keine Nachweise zur Evidenz für die einzelnen Indikationsgebiete erbracht. Eine sachgerechte und kostengünstigere Versorgung kann mit cannabishaltigen Fertigarzneimitteln erbracht werden, ggf. auch mit Extrakten, die zumindest über standardisierte Wirkstoffgehälter verfügen.

In den vergangenen Jahren sind die Kosten für Medizinalcannabis, insbesondere verursacht durch Cannabisblüten, stark gestiegen. Bereits im Jahr 2024 hat die GKV 103,3 Mio. Euro allein für Cannabisblüten ausgegeben. Dies entspricht ca. 712 Euro pro Verordnung. Die Ausgaben mit Fertigarzneimitteln oder auch Extrakten belaufen sich auf 531 Euro pro Verordnung.

Das genannte Einsparziel der FinanzKommission ist mit 130 Mio. Euro unrealistisch, denn es ist von einer hohen Umstellungsquote auf eine alternative Versorgung der Versicherten durch Extrakte oder Fertigarzneimitteln auszugehen. Unter der Annahme, dass 75% der Versicherten eine Umstellung erhalten sind ca. 45,5 Mio. Euro an Einsparungen für die GKV realistisch.

Ergänzend sei darauf hingewiesen, dass auch für die standardisierten Extrakte bislang üblicherweise keine Evidenznachweise vorliegen. Entsprechend ist auch hier perspektivisch eine Beschränkung der Erstattung auf Extrakte mit geeigneter vorliegender Evidenz abzustellen.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 13 § 34 Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung auf Grund des Leistungsausschluss von homöopathischen und anthroposophischen Arzneimitteln.

B Stellungnahme

Der Leistungsausschluss von homöopathischen und anthroposophischen Arzneimitteln ist aufgrund der fehlenden Evidenznachweise sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 14 § 35a Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Künftig soll die Verpflichtung pharmazeutischer Unternehmer zur Angabe der Anzahl der Prüfungsteilnehmenden in Deutschland im Dossier zur Nutzenbewertung gestrichen werden. Dies erfolgt als Folgeänderung zur Abschaffung der sog. Leitplanken nach § 130b SGB V. Zudem soll die Benennung von Kombinationsarzneimitteln im Rahmen der frühen Nutzenbewertung künftig nicht mehr erfolgen, da der Kombinationsabschlag nach § 130d SGB V gestrichen werden soll.

Entsprechend sollen auch die Feststellungen des G-BA zu arzneimittelrechtlich zulässigen Kombinationen von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen sowie zur Durchführung eines relevanten Anteils der klinischen Prüfungen in Deutschland als Folge der Streichung des Kombinationsabschlages gestrichen werden.

B Stellungnahme

Grundsätzlich ist die hier vorgesehene Streichung der Sonderregelung zur Erhebung der Teilnahmezahlen an klinischen Studien für neue Arzneimittel sachgerecht: Denn die Berücksichtigung klinischer Studien in relevanter Größenordnung in Deutschland für ein neues Arzneimittel für eine Ablösung von Preisdämpfenden Instrumenten führte zu der nicht sachgerechten Einbindung der GKV in standortfördernde Maßnahmen des Staates. Daher ist diese Regelung zu begrüßen.

Mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf werden jedoch die preisregulierenden Maßnahmen der sog. Leitplanken in Gänze gestrichen. Damit drohen erneut erhebliche Preissteigerungen im Patentmarkt, was strikt abzulehnen ist. Denn dies widerspricht der Intention des Gesetzgebers zur Stabilisierung der GKV-Finanzen, da auch andere Maßnahmen des aktuellen Gesetzesentwurfs diesen Effekt nicht kompensieren werden.

Der AOK-Bundesverband lehnt auch die geplanten Änderungen im Zusammenhang mit der Streichung des Kombinationsabschlags ab, denn dieser sichert die dringend erforderliche höhere Wirtschaftlichkeit beim kombinierten Einsatz von Patentarzneimitteln, bei denen den Mehrkosten kein adäquater Mehrnutzen gegenübersteht.

Die Streichung der Regelung würde zu erheblichen Mehrausgaben für die GKV führen. Auch wenn der Kombinationsabschlag bislang noch unzureichend breit angelegt ist, so führt er doch bereits jetzt zu Erlösen i.H.v. ca. 130 Mio. Euro (und perspektivisch weiter steigend), demnach mehr als im vorliegenden Gesetzentwurf postuliert. Das Grundproblem, nach dem Arzneimittelkombinationen erhebliche Mehrkosten verursachen, denen aber kein adäquater Mehrwert beim Therapieerfolg gegenübersteht, würde mit der Streichung künftig gar nicht mehr adressiert.

Ergänzend sei auf zwei weiterhin fehlende Sachverhalte hingewiesen:

1. Fehlende Streichung der Orphan drug-Sonderstellung

Fehlend ist jedoch die überfällige Streichung der Orphan drug-Sonderstellung: Inzwischen haben sowohl das IQWiG basierend auf Auswertung von Studien als auch die FKG eine Streichung der gesetzlichen Zusatznutzenfiktion angemahnt. Diese wäre nunmehr dringend mit aufzunehmen und damit auch die Orphan Drugs einer vollumfänglichen Nutzenbewertung zuzuführen. In der Studie des IQWiG wurde dargelegt, dass bei 54% der Orphan Drugs bei einer späteren vollumfänglichen AMNOG Bewertung der Zusatznutzen nicht belegt werden konnte. Hierzu verweisen wir auf den ergänzenden Änderungsbedarf.

2. Fehlende Möglichkeit zur erneuten Nutzenbewertung durch den G-BA

Ebenso fehlt die Möglichkeit für den G-BA, bei Vorlage neuer Erkenntnisse zu einem Wirkstoff eine erneute Nutzenbewertung zu veranlassen. Die Regelungslücke hat in der Vergangenheit zur Aufhebung von Bewertungsbeschlüssen geführt, so dass nunmehr hohe Rückforderungen von bis zu 280 Mio. Euro für einen Wirkstoff erhoben werden. Eine Beibehaltung der Lücke mit dem Risiko einer Fortgeltung unangemessen hoher Preise ist nicht sachgerecht, zumal damit auch eine fehlende Transparenz zum tatsächlichen Nutzen eines Präparats einhergeht. Entsprechend ist die Lücke dringend zu schließen und das Recht zur Veranlassung einer erneuten Nutzenbewertung auch dem G-BA zuzusprechen. Hierfür hat sich auch der Sachverständigenrat in seinem Gutachten von 2025 ausgesprochen.

C Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung Nr. 14 a, 14b und 14c.

Zusätzlich wird auf den zusätzlichen Änderungsbedarf für die Abschaffung der Orphan Drug-Privilegierung sowie für die Möglichkeit des Gemeinsamen Bundesausschuss zur Initiierung einer erneuten Nutzenbewertung verwiesen.

Nr. 15 § 36 Festbeträge für Hilfsmittel

A Beabsichtigte Neuregelung

Festbeträge sollen im Hilfsmittelbereich künftig umfassender eingesetzt werden, um ab 2029 jährliche Minderausgaben von rund 500 Mio. Euro zu generieren.

Zur Ermittlung der Festbeträge haben die Hersteller dem GKV-Spitzenverband konkrete Daten bereitzustellen. Ausgangspunkt für die Berechnung ist der von den Herstellern angegebene Preis. Der GKV-Spitzenverband hat innerhalb von sechs Monaten nach Verkündung des Gesetzes eine Verfahrensordnung zur Festsetzung, Überprüfung und Anpassung der Festbeträge zu beschließen. Festbeträge sind mindestens alle drei Jahre zu überprüfen und an eine veränderte Marktlage anzupassen. Eine vorgezogene Überprüfung auf Antrag der betroffenen Leistungserbringer ist möglich, wenn die Inflationsrate drei Monate hinweg mehr als 7% beträgt.

B Stellungnahme

Die Neufassung ist grundsätzlich sachgerecht, sollte aber nachgeschärft werden.

Bei der Ermittlung der Festbeträge muss dem GKV-Spitzenverband ein größerer Handlungsspielraum ermöglicht werden, ausschließlich auf die Auskünfte der Hersteller und Leistungserbringer zu setzen, ist zu einseitig. Eine Verifikation der zur Verfügung gestellten Informationen ist nicht vorgesehen. Interessengeleitete Datenzusammenstellungen sind daher nicht auszuschließen. Der GKV-SV sollte deshalb die Möglichkeit erhalten, bei Anlieferung nicht nachvollziehbarer, unplausibler Daten diese Berechnungsparameter durch eigenständige Kalkulationen zu ersetzen.

Das angestrebte Einsparziel erscheint ohne weitere Haltelinien deutlich überambitioniert. Um Einsparungen zu erzielen wäre es nötig, wirtschaftlich kalkulierte Festbeträge festzusetzen und nicht die von den Anbietern reklamierten Selbstkosten zu refinanzieren. Zudem müssten die Festbeträge weiterhin die Höchstgrenze für die Vertragspreise nach § 127 bilden und der Leistungsanspruch des Versicherten an den Festbetrag gebunden werden.

C Änderungsvorschlag

Soweit einzelne Berechnungsparameter im Rahmen der Informationen und Auskünfte nach Satz 3 bis 5 unplausibel oder nicht gemäß den Vorgaben der Verfahrensordnung nach Absatz 3 übermittelt werden, kann der Spitzenverband Bund der Krankenkassen diese Parameter durch Schätzung festlegen.

Nr. 16 § 44 Krankengeld Buchstabe a

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der geplanten Neuregelung wird bei der Wahl des gesetzlichen Krankengeldes von hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen sowie unständig und kurzzeitig Beschäftigen eine Wartezeit von drei Monaten eingeführt. Sofern die Wahl des gesetzlichen Krankengeldes während einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit erfolgt oder während der Wartefrist eine Arbeitsunfähigkeit eintritt, wirkt die Wahlerklärung erst zu dem Tag, der auf das Ende dieser Arbeitsunfähigkeit folgt.

Davon abweichend entsteht der Anspruch auf das gesetzliche Krankengeld,

- mit Zugang der Wahlerklärung, wenn Personen betroffen sind, die aus einer Beschäftigung mit Krankengeldanspruch in eine selbstständige Tätigkeit wechseln oder erstmals eine freiwillige Mitgliedschaft beantragen und der Antrag innerhalb von 14 Tagen nach Beginn der Mitgliedschaft bei der Krankenkasse eingeht.
- ab dem ersten Tag der Krankheit, wenn eine Krankheit, die Versicherten während der dreimonatigen Wartezeit arbeitsunfähig macht oder aufgrund derer sie auf Kosten der Krankenkasse stationär in einem Krankenhaus oder in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung behandelt werden, durch einen Unfall herbeigeführt worden ist.

B Stellungnahme

Die FinanzKommission Gesundheit hatte in ihrem Ersten Bericht mit Empfehlungen zur Stabilisierung des Beitragssatzes zur GKV ab 2027 vom 30.03.2026 vorgeschlagen, eine Absicherung mit Krankengeld im Krankheitsfall grundsätzlich in die Versicherung für Selbstständige aufzunehmen und zusätzlich eine Verzichtsmöglichkeit einzuführen. Diese Empfehlung bildet der Entwurf des „Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung“ nicht mehr ab, lediglich der Vorschlag einer Wartezeit von drei Monaten wird beibehalten.

Die beabsichtigte Neuregelung ist dennoch sachgerecht. Sie greift Sachverhalte auf, bei denen es bisher durch die strategische Abgabe einer Wahlerklärung kurz vor Eintritt eines absehbaren Krankheitsfalls möglich war, sich gegen Einkommensausfälle bei Krankheit abzusichern. Die Ergänzung der Regelung für unständig und kurzzeitig Beschäftige ist nachvollziehbar.

Zur Unterstützung dieser Wirkung sollte darüber hinaus in Analogie zu § 6 Abs. 3a SGB V eine Regelung aufgenommen werden, dass bei bestehender freiwilliger Versicherung aufgrund einer hauptberuflich selbstständigen Erwerbstätigkeit ohne Anspruch auf Krankengeld nach Vollendung des 55. Lebensjahres keine Wahlentscheidung mehr möglich ist. Diese sollte danach nur möglich sein, wenn erstmalig eine freiwillige Mitgliedschaft begründet wird und unmittelbar davor eine Versicherung mit Krankengeldanspruch bestand.

Die Ausnahmeregelungen zum Entfall der Wartezeit (Statuswechsel und Wahlerklärung innerhalb 14-tägiger Frist sowie unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit) sind nachvollziehbar.

C Änderungsvorschlag

§ 44 Absatz 2 wird um die Sätze 8 und 9 ergänzt:

Die Wahl eines Anspruchs auf Krankengeld nach Satz 5 ist nach Vollendung des 55. Lebensjahres ausgeschlossen. Das gilt nicht, wenn erstmalig eine freiwillige Mitgliedschaft begründet wird und unmittelbar davor eine Versicherung mit Krankengeldanspruch bestand.

Nr. 16 § 44 Krankengeld - Buchstabe b

A Beabsichtigte Neuregelung

Für eine individuelle Beratung und Hilfestellung der Krankenkassen, welche Leistungen und unterstützende Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind, ist nach der Anpassung des § 44 Abs. 4 SGB V keine Einwilligungserklärung der Versicherten mehr erforderlich. Die Krankenkasse ist jedoch verpflichtet, die Versicherten bei der ersten Kontaktaufnahme transparent und in geeigneter Weise über ein Widerspruchsrecht zu informieren.

B Stellungnahme

Die Empfehlung ist sachgerecht und wird befürwortet. Sie reduziert administrativen Aufwand bei den Versicherten und den Krankenkassen.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 17 § 44c Teilarbeitsunfähigkeit (neu) und § 44d Teilkrankengeld (neu)

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Einführung einer Teilarbeitsunfähigkeit und eines Teilkrankengeldes ab dem 01.01.2027 für nicht geringfügige Erkrankungen mit einer voraussichtlichen Dauer von mehr als 4 Wochen, die die Möglichkeit einer abgestuften Teilarbeits(un)fähigkeit - verbunden mit einem Anspruch auf Teilkrankengeld bzw. Teilarbeitsentgelt zur partiellen Ausübung der bisherigen Tätigkeit - ermöglicht, wird mit den dazugehörigen Regelungen gesetzlich verankert.

B Stellungnahme

Versicherte und Arbeitgebende sind bereits in erhebliche Vorleistung gegangen. Durch eine konsequentere Umsetzung der ausgabenseitigen Maßnahmen, wie sie die FKG empfohlen hat, können weitere Belastungen der Versicherten und Beitragszahlenden vermieden werden. Daher wird die Regelung abgelehnt.

Sofern der Gesetzgeber dennoch an den Neuregelungen festhält, ist Folgendes zu berücksichtigen:

<u>Zur Teilarbeitsunfähigkeit:</u>
Die Teilarbeitsunfähigkeit kann frühestens ab 2028 eingeführt werden, da dieses Verfahren sehr komplex ist und bei allen Beteiligten, insbesondere bei Arbeitgebern und Ärzten, die Einführung von neuen Verfahrenswegen erfordert.

Aufgrund der zu erwartenden umfassenden Aktivitäten zur Vorbereitung und Umsetzung der erforderlichen Rahmenbedingungen auf Basis der noch anzupassenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses kann die Teilarbeitsunfähigkeit frühestens ab 2028 eingeführt werden.

Dies auch vor dem Hintergrund der DV-technischen Umsetzungserfordernisse u. a. unter Einbeziehung in das eAU-Verfahren.

Einspareffekte sind erst langfristig zu erwarten.

<u>Zum Teilkrankengeld:</u>
Es sind Klarstellungen am RSA vorzunehmen: Mit der Einführung des Teilkrankengelds im Rahmen des neuen § 44d bedarf es der Aufnahme der neuen Krankengeldleistung in den Regelungen zum Risikostrukturausgleich, um deren Berücksichtigung gleichartig zu den Leistungsausgaben nach § 44 SGB V klarzustellen. Dazu wäre der Verweis auf den § 44d in Analogie zu § 44 in den §§ 268 und 269 SGB V sowie §§ 4, 7 und 18 RSAV aufzunehmen.

Es ist davon auszugehen, dass Versicherte, für die eine Teilarbeits-(un)fähigkeit festgestellt wird, aufgrund dieser Arbeitsunfähigkeit - zumindest teilweise - schon

vorher (volles) Krankengeld bezogen haben. Sofern im Verlauf für diese Arbeitsunfähigkeit eine Teilarbeits(un)fähigkeit festgestellt und die Arbeit deshalb teilweise aufgenommen wird, würde zunächst das Krankengeld für die volle Arbeitsunfähigkeit nach den Vorgaben des § 47 SGB V berechnet und anschließend das Teilkrankengeld nach den Vorgaben des § 44d Abs. 2 SGB V (neu). Es sollte eine Anpassung dahingehend vorgenommen werden, dass die Berechnung des Teilkrankengeldes ausschließlich gemäß der bereits etablierten Berechnung nach § 47 SGB V erfolgt und danach ausgehend von diesem Betrag anteilig gemäß der Höhe der Teilarbeitsunfähigkeit (25%, 50% oder 75%) gezahlt wird.

Würde das Teilkrankengeld, wie in § 44d Absatz 2 bisher vorgesehen berechnet, wäre eine komplexe Anpassung des DTA-Entgeltersatzleistungen nach § 107 SGB IV erforderlich, damit der Arbeitgeber die Höhe und den Beginn des krankheitsbedingt verminderten Teilentgeltes für die verbleibende Arbeitsfähigkeit nach § 44c Absatz 1 Satz 1, Nummer 2 übermitteln kann. Der Arbeitgeber benötigt hierfür die Angaben zur Teilarbeitsunfähigkeit in Abhängigkeit der vorab angepassten digitalen Verfahren eAU Arzt/Kasse und Arbeitgeber/Krankenkassen. Dies würde zum einen einen immensen bürokratischen Aufwand zwischen Arbeitgebern und Krankenkassen nach sich ziehen. Zum anderen wäre in diesem Fall aufgrund der komplexen Änderungen, die in Abhängigkeit zueinanderstehen, eine Umsetzung in Praxis selbst ab 01.01.2028 nicht realistisch.

In ihrem Ersten Bericht mit Empfehlungen zur Stabilisierung des Beitragssatzes zur GKV ab 2027 vom 30.03.2026 hatte die FinanzKommission Gesundheit im Zusammenhang mit Teilkrankengeld empfohlen, dass sich die Blockfrist bei einer Teilarbeitsunfähigkeit und bei Bezug von Teilkrankengeld nicht verlängert. Die Dauer des Anspruchs auf Krankengeld ist in § 48 Abs. 3 SGB V geregelt. Demnach sind bei der Feststellung der Leistungsdauer des Krankengeldes Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld ruht, wie Zeiten des Bezuges von Krankengeld zu berücksichtigen. Hier sollte klarstellend eine Regelung zum Teilkrankengeld ergänzt werden.

C Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

Sollte an der Einführung des Teilkrankengelds festgehalten werden, sind folgende Änderungen zu berücksichtigen:

§ 44d Absatz 2 wird wie folgt geändert:

(2) Teilkrankengeld wird in der Höhe der nach § 44c Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 krankheitsbedingt nicht erbrachten Arbeitszeit geleistet **und gemäß § 47 berechnet**.

§ 44d Absatz 2 Satz 2 wird gestrichen.

§ 48 Absatz 3 SGB V wird im Satz 1 um einen Halbsatz ergänzt:

(3) Bei der Feststellung der Leistungsdauer des Krankengeldes werden Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld ruht oder für die das Krankengeld versagt wird, wie Zeiten des Bezugs von Krankengeld berücksichtigt**; dazu zählen auch Zeiten des Teilkrankengeldanspruchs nach § 44d SGB V (neu).**

Artikel 8 (Inkrafttreten) wird wie folgt angepasst:

Artikel 8 ist dahingehend anzupassen, dass Artikel 1 Nr. 17 am 1. Januar 2028 in Kraft tritt.

Notwendige RSA-Anpassungen:

§ 268 Absatz 2 SGB V wird wie folgt ergänzt:

„Im Risikopool sind die Leistungsausgaben ausgleichsfähig, die bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben nach § 266 Absatz 3 zu berücksichtigen sind, abzüglich der Aufwendungen für Krankengeld nach den §§ 44**, 44d** und 45."

§ 269 Absatz 1 SGB V wird wie folgt ergänzt:

„Für Risikogruppen nach § 266 Absatz 2, die nach dem Anspruch der Mitglieder auf Krankengeld nach § 44 zu bilden sind, kann das bestehende Standardisierungsverfahren für die Berücksichtigung des Krankengeldes um ein Verfahren ergänzt werden, das die tatsächlichen Leistungsausgaben der einzelnen Krankenkassen nach § 44 **und § 44d** anteilig berücksichtigt."

§ 269 Absatz 5 Satz 1 SGB V wird wie folgt ergänzt:

„5. die Leistungsausgaben für Krankengeld nach § 44 **und § 44d** sowie das Datum des Beginns und des Endes des Krankengeldbezugs."

§ 4 Absatz 1 Satz 1 RSAV wird wie folgt ergänzt:

„3. Krankengeld nach den §§ 44**, 44d** und 45 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einschließlich der hierauf entfallenden Beiträge,"

§ 7 Absatz 1 Satz 1 RSAV wird wie folgt ergänzt:

„16. die Leistungsausgaben für Krankengeld nach § 44 **und § 44d** sowie das Datum des Beginns und des Endes des Krankengeldbezugs."

§ 18 Absatz 1 Satz 2 RSAV wird wie folgt ergänzt:

„Die Hälfte der Zuweisungen für die Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 ist für jede Krankenkasse auf der Grundlage der Leistungsausgaben der Krankenkasse für Krankengeld nach § 44 **und § 44d** des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu ermitteln."

Nr. 18 § 47 Höhe und Berechnung des Krankengeldes

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit dieser Neuregelung wird die Krankengeldhöhe bei Arbeitsunfähigkeit, die während einer Beschäftigung eintritt und über das Ende der Beschäftigung andauert, auf die Höhe des Arbeitslosengeldes angepasst.

B Stellungnahme

Versicherte und Arbeitgebende sind bereits in erhebliche Vorleistung gegangen. Durch eine konsequentere Umsetzung der ausgabenseitigen Maßnahmen, wie sie die FKG empfohlen hat, können weitere Belastungen der Versicherten und Beitragszahlenden vermieden werden. Daher wird die Regelung abgelehnt.

Sofern der Gesetzgeber dennoch an den Neuregelungen festhält, ist folgendes zu berücksichtigen:

Aktuell besteht bei Arbeitsunfähigkeit mit Krankengeldanspruch, die während eines Beschäftigungsverhältnisses eintritt und über das Beschäftigungsende andauert, im Anschluss an das Beschäftigungsende ein Anspruch auf Krankengeld, das höher ist als Arbeitslosengeld nach dem SGB III. Die Ergänzung des § 47 SGB V um den Absatz 2a gleicht die Höhe des Krankengeldes an die Höhe von Arbeitslosengeld nach dem SGB III an und führt annähernd zu einer Gleichstellung der Höhe von Entgeltersatzleistungen von arbeitsfähigen und arbeitsunfähigen Arbeitnehmenden nach dem Ende des Beschäftigungsverhältnisses.

Sie bedeutet aber im Vergleich zur heutigen Regelung für die betroffenen Versicherten einen finanziellen Verlust für den Zeitraum der Arbeitsunfähigkeit nach Ende der Beschäftigung.

Begrüßt wird, dass mit der Festlegung, dass das Krankengeld vom Tage nach der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses 60 % bzw. 67 % des Nettoarbeitsentgeltes beträgt, sichergestellt wird, dass die Berechnung des Krankengeldes unabhängig von einer Berechnung und Übermittlung der Leistungshöhe durch die Agentur für Arbeit von der Krankenkasse erfolgen kann. Es ist zu berücksichtigen, dass aus dem errechneten Bruttokrankengeldbetrag auch noch Beiträge zur Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung abzuführen sind.

Zur Entscheidung, ob die Höhe des Krankengeldes 60 % oder 67 % des Nettoentgeltes beträgt, sollte die Information von berücksichtigungsfähigen Kindern über den Datenaustausch nach § 107 SGB IV vom Arbeitgeber an die Krankenkasse übermit-

telt werden. Die berücksichtigungsfähigen Kinder sollten möglichst aufwandarm ermittelbar sein und sich an den, der Krankenkasse vorliegenden Informationen orientieren.

Der Abs. 2a (neu) sagt aus, in welcher Höhe bei Ende eines Beschäftigungsverhältnisses während Arbeitsunfähigkeit ein Anspruch auf Krankengeld besteht. Hier sollte zur Verdeutlichung konkretisiert werden, dass es sich um Zeiten des Anspruchs auf Krankengeld nach § 44 Abs. 1 SGB V handelt, wenn eine Krankheit die Versicherten arbeitsunfähig macht bzw. sie auf Kosten der Krankenkasse stationär in einem Krankenhaus oder einer Vorsorge- bzw. Rehabilitationseinrichtungen behandelt werden.

C Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

Sollte an einer Neufassung festgehalten werden, sind folgende Änderungen zu berücksichtigen:

§ 47 Absatz 2a SGB V wird wie folgt gefasst:

Endet ein Beschäftigungsverhältnis während **eines Anspruchs auf Krankengeld nach § 44 Abs. 1 SGB V** ~~Arbeitsunfähigkeit~~**,** beträgt das Krankengeld vom Tage nach der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses an abweichend von Absatz 1 60 % des Nettoarbeitsentgeltes. Der Betrag erhöht sich auf 67 % des Nettoarbeitsentgeltes, sofern **im Datenaustausch nach § 107 SGB IV durch den Arbeitgeber berücksichtigungsfähige Kinder übermittelt werden.** ~~der Versicherte oder der Ehe- oder Lebenspartner mindestens ein Kind im Sinne des § 32 des Einkommensteuergesetzes hat.~~

Nr. 19 § 49 Ruhen des Krankengeldes

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, dass bei einer Teilarbeitsunfähigkeit (neu) eine teilweise Ausübung der Tätigkeit unter Zahlung des anteiligen beitragspflichtigen Arbeitsentgelts nicht zum Ruhen des Krankengeldanspruchs führt.

B Stellungnahme

Die Regelung ist im Kontext der vorgesehenen Einführung von Teilarbeitsunfähigkeit (§ 44c neu) bzw. Teilkrankengeld (§ 44d neu) sachgerecht.

Danach ist es folgerichtig, dass das Arbeitsentgelt, welches während einer teilweisen Ausübung der Tätigkeit während des Bezugs von Teilkrankengeld an Versicherte gezahlt wird, nicht zum Ruhen des Krankengeldanspruchs nach § 49 Nummer 1 insgesamt führt.

Die weiteren Änderungen im § 49 dienen der rechtsförmlichen Bereinigung.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf (unter Berücksichtigung der Stellungnahme zu Nr. 17).

Nr. 20 § 50 Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes

A Beabsichtigte Neuregelung

Bisher können Bezieher aller Altersrenten eine Teilrente von 10 % bis 99,99 % einer Vollrente beziehen und der Anspruch auf Krankengeld bleibt bestehen.

Mit dieser Neuregelung soll der Anspruch auf Krankengeld nur bestehen, wenn eine Teilrente in Höhe von zwei Drittel der Vollrente oder weniger bezogen wird. Wird die Teilrente in Höhe von mehr als zwei Drittel der Vollrente bezogen, soll der Anspruch auf Krankengeld erlöschen.

B Stellungnahme

Die Neuregelung ist sachgerecht (Vermeidung von Fehlanreizen).

Durch den vorgesehenen Ausschluss des Krankengeldanspruchs bei Bezug einer Teilrente wegen Alters von mehr als zwei Dritteln der Vollrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung wird der Rechtszustand wieder hergestellt, welcher vor dem Inkrafttreten des Flexirentengesetzes bestand.

Um eine Umsetzung dieser Neuregelung gewährleisten zu können, benötigen die Krankenkassen und Arbeitgeber zukünftig Kenntnis über die Höhe der Teilrente in Relation zur Vollrente. Hintergrund ist, dass nunmehr eine Teilrente in Höhe von mehr als zwei Dritteln der Vollrente den Krankengeldanspruch ausschließt. Das KVdR-Meldeverfahren ist entsprechend anzupassen.

Diese Information ist zum einen für die Prüfung des Krankengeldanspruchs durch die Krankenkasse und zum anderen auch bei der beitragsrechtlichen Beurteilung des Arbeitsverhältnisses durch den Arbeitgeber erforderlich.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 21 § 51 Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Fristen zur Beantragung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben beziehungsweise die Frist zur Beantragung einer Regelaltersrente werden von zehn auf vier Wochen gekürzt und somit an die Frist des § 45 SGB III angeglichen.

B Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung zur Verkürzung der Fristen und damit die Harmonisierung der Regularien im SGB III und SGB V ist sachgerecht. Die bislang geltende Frist zur Antragstellung hat in der Praxis häufig zu erheblichen Verzögerungen bei der Einleitung rehabilitativer Maßnahmen zur Wiederherstellung oder dem Erhalt der Erwerbsfähigkeit geführt.

Auch im Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen wurde bereits im Jahr 2015 empfohlen, dass die derzeit vergleichsweise lange Frist zur Beantragung einer Reha zu negativen Gesundheitseffekten bei den Betroffenen führen kann. Eine frühzeitige Einleitung solcher Maßnahmen ist für die Gesundheit der Betroffenen vorteilhaft und gleichzeitig erfolgt die Angleichung von Fristen mit dem SGB III.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 22 § 55 Leistungsanspruch

A Beabsichtigte Neuregelung

Die befundbezogenen Festzuschüsse werden mit Wirkung vom 1. Januar 2027 auf 50 % der nach § 57 Absatz 1 Satz 3 und Absatz 2 Satz 5 und 6 vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgesetzten Beträge für die zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen für die jeweilige Regelversorgung – und damit auf das vor dem 1. Januar 2021 geltende Niveau – gesenkt.

Parallel dazu verringern sich die Boni, auf die Versicherte einen Anspruch haben, wenn ihr Gebisszustand regelmäßige Zahnpflege erkennen lässt und sie während der letzten fünf Jahre beziehungsweise während der letzten zehn Jahre vor der Behandlung ununterbrochen die zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen haben, auf 60 % beziehungsweise 65 %.

Die Regelung für Härtefälle wird angepasst, damit für betroffene Versicherte weiterhin bei einer Regelversorgung die vollständige Kostenübernahme für Zahnersatz erfolgt.

Für Festzuschüsse, die bis zum 31.12.2026 bewilligt werden, gelten die zum Bewilligungszeitpunkt geltenden gesetzlichen Regelungen.

B Stellungnahme

Versicherte und Arbeitgebende sind bereits in erhebliche Vorleistung gegangen. Durch eine konsequentere Umsetzung der ausgabenseitigen Maßnahmen, wie sie die FKG empfohlen hat, können weitere Belastungen der Versicherten und Beitragszahlenden vermieden werden. Daher wird die Regelung abgelehnt.

Sie führt zwar zu einer Entlastung der Leistungsausgaben der Krankenkassen, belastet aber in gleichem Maß einseitig die Versicherten finanziell, ohne gleichzeitig die Versorgungsqualität zu erhöhen.

Sofern der Gesetzgeber dennoch an der Reduzierung der Festzuschüsse festhält, sollte bei erbrachter Eigenvorsorge, die nach den bestehenden Regelungen zu einem höheren Festzuschuss führt, das aktuelle Bonusniveau erhalten bleiben, so dass Versicherten in diesem Fall im Verhältnis zu heute keine höheren Eigenanteile entstehen. Hierdurch würde die Attraktivität der Zahnvorsorge gesteigert.

C Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

Sollte an einer Neufassung festgehalten werden, sind folgende Änderungen zu berücksichtigen:

Artikel 1 Nr. 22 a):

Satz 3 wird wie folgt geändert: „Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen sich die Festzuschüsse nach Satz 2 auf **70** %“.

Satz 5 wird wie folgt geändert: „Die Festzuschüsse nach Satz 2 erhöhen sich auf **75** %, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung die Untersuchungen nach Satz 4 Nummer 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat.“.

Satz 6 wird wie folgt geändert: „In begründeten Ausnahmefällen können die Krankenkassen abweichend von Satz 5 die Festzuschüsse nach Satz 2 auf **75** % erhöhen, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Jahren vor Beginn der Behandlungen die Untersuchungen nach Satz 4 Nummer 1 und 2 nur mit einer einmaligen Unterbrechung in Anspruch genommen hat“.

Nr. 23 § 61 Zuzahlungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die in § 61 SGB benannten Zuzahlungsgrenzen- und höhen werden mit Wirkung zum 01.01.2027 um jeweils 50% angehoben. Dies betrifft die Mindest- und Höchstgrenzen der zu leistenden Zuzahlungen, die kalendertäglich zu leistenden Zuzahlungen für stationäre Versorgungen und außerklinische Intensivpflege, die nicht im Haushalt der Versicherten oder in ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort erbracht wird. Ebenfalls erhöht wird die Verordnungsgebühr für Heilmittel, häusliche Krankenpflege und außerklinische Intensivpflege, die im Haushalt der Versicherten oder in ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort erbracht wird.

Darüber hinaus wird eine regelhafte Dynamisierung der vorgenannten Zuzahlungsbeträge jeweils zum 01. Januar des Kalenderjahres, beginnend im Jahr 2028, in Höhe der durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V eingeführt, deren Beträge das BMG zeitgleich mit der Bekanntgabe der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V am 15.09. des Jahres für das Folgejahr bekannt gibt.

B Stellungnahme

Versicherte und Arbeitgebende sind bereits in erhebliche Vorleistung gegangen. Durch eine konsequentere Umsetzung der ausgabenseitigen Maßnahmen, wie sie die FKG empfohlen hat, können weitere Belastungen der Versicherten und Beitragszahlenden vermieden werden. Daher wird die Regelung abgelehnt.

Die Erhöhung der Zuzahlungen hat keine Steuerungswirkung zur Inanspruchnahme von Leistungen, sondern eine reine Finanzwirkung, die einseitig Versicherte belastet und vor allem vulnerable Personengruppen überproportional betrifft. Gerade bei veranlassten Leistungen bestehen grundsätzlich keine Alternativen, denen sich Versicherte medizinisch sinnvoll, kostenmindernd zuwenden könnten.

Sofern an der geplanten Gesetzesänderung festgehalten wird, sind notwendige IT-Anpassungen erforderlich. Die möglichst frühzeitige Bekanntgabe der veränderten Zuzahlungsbeträge durch das Gesetz und im Anschluss ab 2027 zusammen mit der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V zum 15.09. eines jeden Jahres durch das BMG im Bundesanzeiger ist vor diesem Hintergrund sinnvoll und notwendig.

Darüber hinaus fehlen notwendige RSA-Anpassungen. Die vorgesehene Anhebung der Zuzahlungsbeträge führt ohne Anpassung des Risikostrukturausgleichs zu deutlichen Wettbewerbsnachteilen von Krankenkassen mit überdurchschnittlichem Anteil an Versicherten, bei denen zum Schutz vor einer finanziellen Überforderung eine Grenze für die zu leistenden Zuzahlungen vorgesehen ist (Härtefälle i.S.d. § 62 SGB V).

Zuzahlungen sind für die Krankenkassen Einnahmen von ihren Versicherten, die ihre Ausgaben senken. Durch die vorgesehene Erhöhung der Zuzahlungen reduzieren sich die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben der GKV im Rahmen des morbiditätsorientieren RSA. Dies hat zur Folge, dass die morbiditätsorientierten RSA-Zuweisungen ebenfalls geringer ausfallen, was alle Krankenkassen betrifft.

Krankenkassen mit einem hohen bzw. überdurchschnittlichen Anteil an Härtefällen fehlen dann aber auf der Einnahmenseiten die höheren Zuzahlungen, um den Rückgang der Zuweisungen zu kompensieren. Die schon im aktuellen RSA existierenden Unterdeckungen bei Härtefällen erhöhen sich und die Wettbewerbssituation von Krankenkassen mit überproportionalem Anteil an Härtefällen verschlechtert sich weiter. Hingegen profitieren Krankenkassen mit einem niedrigen Anteil an Härtefällen aufgrund der Erhöhung der Zuzahlungen von den überproportionalen Ausgabenrückgängen im Wettbewerb. Folglich erhöhen sich die Anreize für eine Risikoselektion zu Lasten der Versicherten.

Die FKG hat daher in ihrem ersten Bericht eine sehr eindeutige Empfehlung ausgesprochen:

> *„Zudem sollte der Risikostrukturausgleich der Krankenkassen aus Gründen der Wettbewerbsneutralität so angepasst werden, dass nicht Krankenkassen mit überdurchschnittlich vielen zuzahlungsbefreiten Versicherten die entsprechenden Einnahmeausfälle allein tragen müssen." (Seite 105)*

Diese Anpassung des Risikostrukturausgleichs muss durch Einführung entsprechender versichertenbezogener Risikomerkmale erfolgen. Diese würden nicht nur zur empfohlenen Glättung der wettbewerblichen Unwuchten führen, sondern darüber hinaus die ohnehin bestehende deutliche Unterdeckung und damit Risikoselektionsanreize zu Lasten dieser besonders schutzbedürftigen Versichertengruppe manipulationssicher beseitigen sowie die Zielgenauigkeit des Zuweisungsverfahrens deutlich verbessern. Für die Anpassung des Risikostrukturausgleichs wäre

- die Bildung versichertenbezogener Risikomerkmale (§ 266 SGB V, § 2 RSAV)
- sowie die Meldung, Verarbeitung und Prüfung der notwendigen Informationen (§ 267 SGB, §§ 7 und 20 RSAV) zu regeln.

Im Zuge dieser notwendigen Anpassung ließen sich weitere wettbewerbliche Schieflagen im Risikostrukturausgleich ebenfalls synergetisch lösen. Für die Notwendigkeit der Ergänzung um weitere sozioökonomische und soziodemographische Merkmale,

- wie der Bezug von Bürgergeld (ab dem 01.07.2026 Grundsicherungsgeld) nach dem SGB II,
- einer Erwerbsminderungsrente nach dem SGB VI
- oder für die Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI

liegen ebenfalls wissenschaftlich fundierte Belege vor. Auch für diese Versichertengruppen können im bestehenden RSA mit direkter Morbiditätsorientierung die Ursachen und Zusammenhänge für eine höhere Leistungsinanspruchnahme erklärt werden, die gerade nicht durch Diagnosen und Arzneimittelverordnungen greifbar sind.

C Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

Insbesondere an der Neufassung festgehalten werden, sind folgende Änderungen zu berücksichtigen:

Notwendige RSA-Anpassungen:

§ 266 Absatz 2 SGB V wird wie folgt neugefasst:

„[1]Die Zuordnung der Versicherten zu Risikogruppen erfolgt anhand der Risikomerkmale Alter, Geschlecht, Morbidität, sozioökonomischen und soziodemografischen Merkmalen, sowie regionalen Merkmalen und danach, ob die Mitglieder Anspruch auf Krankengeld nach § 44 haben. [2]Die Morbidität der Versicherten wird auf der Grundlage von Diagnosen, Diagnosegruppen, Indikationen, Indikationengruppen, medizinischen Leistungen oder Kombinationen dieser Merkmale unmittelbar berücksichtigt. [3]Sozioökonomische und soziodemografische Merkmale im Sinne von Satz 1 haben:

1. Versicherte, die gemäß § 62 von den Zuzahlungen befreit sind oder Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze geleistet haben,
2. Versicherte, die Bürgergeld oder Grundsicherungsgeld nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch beziehen,
3. Versicherte, die eine Erwerbsminderungsrente nach dem Sechsten Buch Sozialgesetzbuch beziehen,
4. Versicherte, für die das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit gemäß § 14 des Elften Buches Sozialgesetzbuch festgestellt wurde.

[4]Regionale Merkmale sind solche, die die unterschiedliche Ausgabenstruktur der Region beeinflussen können."

§ 267 SGB V wird wie folgt geändert:

1. Absatz 1 Satz 1 wird um die folgenden Nummern ergänzt:

   „8. die Angabe über eine Zuzahlungsbefreiung oder die erfolgte Leistung von Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze nach § 62,
   9. die Anzahl der Versichertentage mit Bezug von Bürgergeld oder Grundsicherungsgeld nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch,
   10. die Anzahl der Versichertentage mit Bezug einer Erwerbsminderungsrente nach dem Sechsten Buch Sozialgesetzbuch,
   11. die Anzahl der Versichertentage, für die ein Pflegegrad nach § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch festgestellt wurde,
   12. die Angabe über den erfolgten Bezug von stationären Pflegeleistungen nach den §§ 43, 43a, 91 des Elften Buches Sozialgesetzbuch,
   13. der Grad der Pflegebedürftigkeit nach § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch."

2. Absatz 2 wird gestrichen.

3. In den Absätzen 3 und 4 wird die Angabe „und Absatz 2" gestrichen.

§ 2 RSAV wird wie folgt geändert:

Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt ergänzt:

„6. die Zuzahlungsbefreiung oder erfolgte Leistung von Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze nach § 62 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
7. der Bezug von Bürgergeld oder Grundsicherungsgeld nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch,
8. der Bezug einer Erwerbsminderungsrente nach dem Sechsten Buch Sozialgesetzbuch,
9. die erfolgte Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach § 14 des Elften Buches Sozialgesetzbuch unter Berücksichtigung des Grades der Pflegebedürftigkeit nach § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und des Bezuges von stationären Pflegeleistungen nach den §§ 43, 43a, 91 des Elften Buches Sozialgesetzbuch."

§ 7 RSAV wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 Satz 3 Nummer 1 werden die Wörter „und Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch" gestrichen.

2. Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt ergänzt:

„17. die Angabe über eine Zuzahlungsbefreiung oder die erfolgte Leistung von Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze nach § 62 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
18. die Anzahl der Versichertentage mit Bezug von Bürgergeld oder Grundsicherungsgeld nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch,
19. die Anzahl der Versichertentage, für die ein Pflegegrad nach § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch festgestellt wurde,
20. Angabe über den erfolgten Bezug von stationären Pflegeleistungen nach den §§ 43, 43a, 91 des Elften Buches Sozialgesetzbuch,
21. der Grad der Pflegebedürftigkeit nach § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch."

3. In Absatz 4 Satz 2 Nummern 1 und 3 werden die Wörter „und 8 bis 11" ersetzt durch „„8 bis 11 und 17 bis 21".

§ 20 RSAV wird wie folgt geändert:

In Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 wird die Angabe „Nr. 1, 10 und 11" durch die Angabe „Nr. 1, 2, 10, 11 und 17 bis 21" ersetzt.

Nr. 24 § 63 Grundsätze Modellvorhaben

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung soll die Regelung gestrichen werden, dass es keinen Verstoß gegen den Grundsatz der Beitragssatzstabilität darstellt, wenn durch ein Modellvorhaben entstehende Mehraufwendungen durch nachweisliche Einsparungen auf Grund der in dem Modellvorhaben vorgesehenen Maßnahmen ausgeglichen werden können. In Folge soll auch die Regelung gestrichen werden, dass Einsparungen, die die Mehraufwendungen überschreiten, an die teilnehmenden Versicherten weitergeleitet werden können.

B Stellungnahme

Die Streichung ist vor dem Hintergrund der Rückkehr zu einer konsequenteren einnahmenorientierten Ausgabenpolitik und der Stärkung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität zu sehen. Dies wird grundsätzlich begrüßt, auch wenn die Streichung der Berücksichtigungsmöglichkeit kompensatorischer Einsparungen die Flexibilität bei der Gestaltung von Modellvorhaben verringert und eine übergreifende Wirtschaftlichkeitsbetrachtung erschwert. Aber auch ohne explizite Nennung der Möglichkeit, kompensatorischer Einsparungen zu berücksichtigen, ist davon auszugehen, dass künftig solche gewünschten Effekte im Rahmen allgemeiner Wirtschaftlichkeitsüberlegungen und unter Beachtung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität weiterhin möglich bleiben.

Die Streichung der Weiterleitungsmöglichkeiten von Einsparungen an die teilnehmenden Versicherten ist in diesem Kontext nachvollziehbar. Die Möglichkeit von Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen im Rahmen von Tarifen gemäß § 53 Abs. 3 SGB V bleibt erhalten.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 25 § 71 Beitragssatzstabilität, besondere Aufsichtsmittel

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit Streichung der Ausnahmen vom Grundsatz der Beitragssatzstabilität in Absatz 2 Satz 1 soll der Geltung der Grundlohnrate nach Absatz 3 konsequent Geltung verschafft werden.

Für die Jahre 2028 und 2029 soll die Wirkung der in § 223 Absatz 4 Satz 1 (neu) vorgesehenen außerordentlichen Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze unberücksichtigt bleiben, damit die beabsichtigte Entlastungswirkung der zusätzlichen Einnahmen nicht durch entsprechende Ausgabenzuwächse in den Jahren 2028 und 2029 bei Anwendung einer ansonsten höheren Grundlohnrate konterkariert wird.

In den Jahren 2027, 2028 und 2029 soll die ermittelte Grundlohnrate der Kommissionsempfehlung folgend um jeweils einen Prozentpunkt gemindert werden. Da die Grundlohnrate in diesen Jahren deutlich höher liegen wird als die erwartete Entwicklung der Einnahmen der Krankenkassen in diesem Zeitraum, wird ein Abschlag für notwendig erachtet.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

Allerdings sollte an die Stelle der bisherigen retrospektiv ermittelten Grundlohnsummenentwicklung gem. § 71 Abs. 3 SGB V die prospektive Schätzung der Einnahmenentwicklung des Gesundheitsfonds bereinigt um zweckgebundene Sonderzuweisungen treten.

Zu Buchstabe a)

Elementarer Bestandteil einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik ist auch nach dem ersten Bericht der FKG die konsequente Umsetzung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität. Daher ist die Preisentwicklung in den Leistungsbereichen wieder ohne Ausnahmen auf die festgestellte Einnahmenentwicklung zu begrenzen. Die bisherige Regelung Absatz 2 Satz 2 wurde insbesondere in Schiedsverfahren nicht immer sachgerecht angewendet. Insofern ist die Streichung nachvollziehbar. Durch die Streichung der Regelung, Mehrausgaben durch Einsparungen in anderen Bereichen auszugleichen, wird allerdings die Flexibilität bei der Gestaltung selektivvertraglicher Versorgungsformen sowie die Möglichkeit einer (sektoren-)übergreifenden Wirtschaftlichkeitsbetrachtung eingeschränkt bzw. erschwert. Es ist jedoch davon auszugehen, dass auch künftig solche gewünschten kompensatorischen Effekte im Rahmen allgemeiner Wirtschaftlichkeitsüberlegungen und unter Beachtung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität auch ohne explizite Regelung möglich bleiben werden (vgl. dazu Stellungnahme zu § 140a SGB V).

Zu Buchstabe b)

Es ist sachgerecht, die Regelung zur einmaligen Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Absatz 4 Satz 1 bei der Berechnung der Grundlohnrate nicht zu berücksichtigen.

Ergänzend sind in Abs. 1 für einen besseren Einnahmenbezug die rechtlichen Grundlagen der Vertragspartner so zu schärfen, dass die gesetzliche Einschränkung „es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zu gewährleisten" nicht wie bisher dauerhaft für die Durchsetzung zu hoher Vergütungssteigerungen genutzt werden kann (auch durch Schiedsämter). Dies verhindert den notwendigen Strukturwandel. Daher müssten die Voraussetzungen für die Darlegung von Versorgungsrisiken und Wirtschaftlichkeitsreserven schiedsamts- und gerichtsfest angepasst werden. Maßstab für die Vergütung muss die effizienteste Form der Leistungserbringung sein, als Anreiz für alle Beteiligten zur permanenten Förderung der Effizienz.

Vergütungsanpassungen (Preiskomponente) müssen so kalkuliert werden, dass alle erwartbaren Mengen- und Struktureffekte bei der Ausgabenwirkung ebenfalls mitberücksichtigt werden müssen, wenn sie die Einnahmenentwicklung überschreiten, dies muss auch für durch Schiedsamt getroffene Preisregelungen gelten.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 26 § 73 Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Darstellung von wirkstoffübergreifenden Rabattverträgen nach § 130e neu wird in die Anforderungen an die ärztliche Verordnungssoftware aufgenommen.

B Stellungnahme

Die Regelungsänderung bildet die Einführung des Vertragskatalogs (kassenindividuelle Rabattverträge zu Patentarzneimitteln) ab, sie ist sachgerecht und zu begrüßen.

Darüber hinaus wäre es sachgerecht, insbesondere vor dem Hintergrund der geltenden Regelungen von §§ 2, 12 SGB V grundsätzlich wirkstoffübergreifend die wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln zu unterstützen. Hierfür sind in den Verordnungsprogrammen der Ärztinnen und Ärzte die Jahrestherapiekosten eines Arzneimittels in der Standarddosierung der Erhaltungstherapie verpflichtend auszuweisen. Zudem ist die wirkstoffübergreifende Anzeige von Arzneimitteln auch mit Rabattvertrag im Anwendungsgebiet, sortiert nach absteigender Wirtschaftlichkeit, verpflichtend einzuführen.

Zur Klarstellung und Unterstützung der wirtschaftlichen Verordnung im Anwendungsgebiet sind die entsprechenden Vorgaben in die Elektronischen Arzneimittelinformations-Verordnung aufzunehmen.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Ergänzend ist § 2 Absatz 1 EAMIV wie folgt zu ergänzen:

16. Angabe zu den Jahrestherapiekosten des Arzneimittels.

Ergänzend ist § 3 Absatz 2a neu EAMIV wie folgt zu fassen:

„Die Arzneimittel im Anwendungsgebiet werden, gegliedert nach ihrer Wirtschaftlichkeit, aufsteigend nach den Jahrestherapiekosten, angezeigt. Arzneimittel mit bestehendem Rabattvertrag nach § 130a Absatz 8 SGB V werden dabei unabhängig von den ausgewiesenen Jahrestherapiekosten als besonders wirtschaftlich angezeigt.“

Nr. 27 § 73b Hausarztzentrierte Versorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

Zu a)

Mit der Neuregelung werden die Vorgaben zur Beitragssatzstabilität gemäß § 71 Absatz 1 bis 3 SGB V ausdrücklich auch auf die hausarztzentrierte Versorgung (HzV) nach § 73b SGB V ausgedehnt. Somit unterliegt auch die HzV in den Jahren 2027 bis 2029 der Anwendung einer um einen Prozentpunkt geminderten Veränderungsrate gemäß § 71 Abs. 3 SGB V sowie der Streichung der Möglichkeit, Mehrausgaben durch Einsparungen in anderen Bereichen auszugleichen gemäß des bisherigen § 71 Abs. 2 S. 2 SGB V.

Darüber hinaus ist künftig in den Verträgen zu vereinbaren, dass zusätzliche Leistungen auf Grund von steigenden Teilnehmerzahlen nur noch mit einem Abschlag auf die vereinbarten Preise zu vergüten sind. Die Höhe des Abschlags und die Anwendung auf die teilnehmenden Hausärzte ist von den Vertragspartnern bis zum 31.03.2027 festzusetzen. Der Anstieg der Teilnehmerzahlen soll quartalsweise zum jeweiligen Vorjahresquartal erfolgen.

Zu b)

Regelung, dass von den neu eingefügten Vorgaben nach a) in den Verträgen nicht abgewichen werden kann.

B Stellungnahme

Zu a)

Die Anwendung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität gemäß § 71 Abs. 1 bis 3 SGB V auch für die Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung ist sachgerecht.

Auch ein verbindlicher Abschlag auf die vereinbarten Preise für die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerung ist nachvollziehbar und sachgerecht. Die diesbezüglichen regulatorischen Vorgaben werden aber als konfliktträchtig eingeschätzt. Dies gilt insbesondere für das Verfahren zur Anwendung des Abschlags auf den einzelnen teilnehmenden Hausarzt. Zwar ist das Argument einer Kostendegression bei einem Anstieg der Teilnehmerzahlen grundsätzlich zutreffend, jedoch berücksichtigt die globale Vorgabe weder die verschiedenen Vertragstypen („Vollversorgungs- vs. Add-on-Verträge") noch die unterschiedliche Betroffenheit einer Arztpraxis bei Veränderung der Gesamtteilnehmerzahl. Zu bedenken ist auch, dass es sich in der Mehrzahl um Verträge handelt, die durch Schiedspersonen festgesetzt wurden. Bei einer Nichteinigung zur Abschlagsregelung würde dies zu einem erneuten Schiedsverfahren führen.

Die in der Gesetzesbegründung aufgeführten Mindereinnahmen in Höhe von 70 Mio. Euro (2027) aufwachsend auf 400 Mio. Euro in 2030 können nicht nachvollzogen werden.

Als Alternative zur vorliegenden Regelung wird vorgeschlagen, den Kontrahierungszwang für HzV-Verträge aufzuheben und in eine freiwillige Möglichkeit zur Vereinbarung solcher Verträge zu überführen. So können partnerschaftlich praxis- und bedarfsgerechte regionale Regelungen zur Einhaltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität gefunden werden. Die allgemeine Bindung an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität sollte aber auch in diesem Fall als Rahmenbedingung eingeführt werden („§ 71 Absatz 1 bis 3 gilt entsprechend.").

Zu b)

Die Regelung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Mit dem Vorschlag, den Kontrahierungszwang für HzV-Verträge aufzuheben und in eine freiwillige Möglichkeit zur Vereinbarung solcher Verträge zu überführen, ist der § 73b verbunden mit den entsprechenden Regelungsanpassungen neu zu fassen. Dabei ist zu beachten, dass die Mindestanforderungen an die hausarztzentrierte Versorgung zu einem späteren Zeitpunkt zudem an die festzulegenden Mindeststandards für einen neuen Versorgungsauftrag der Primärversorgung anzupassen sind.

§ 73b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird durch folgenden Satz ersetzt:
Die Krankenkassen können ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung (hausarztzentrierte Versorgung) anbieten.

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
[1]Für die Bereitstellung des Angebots nach Absatz 1 können Krankenkassen allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen Verträge mit mindestens einem der folgenden Vertragspartner schließen:

1. vertragsärztlichen Leistungserbringern, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a teilnehmen,
2. Gemeinschaften dieser Leistungserbringer,
3. Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a teilnehmen, anbieten,
4. Kassenärztlichen Vereinigungen,
5. Berufs- und Interessenverbänden der Leistungserbringer nach Nummer 1 zur Unterstützung von Mitgliedern, die an der besonderen hausärztlichen Versorgung teilnehmen.

[2]Die Teilnahme von Vertragsärzten in Satz 1 ist freiwillig. [3]Soweit die hausärztliche Versorgung der Versicherten durch Verträge nach diesem Absatz durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 eingeschränkt. [4]Dies gilt nicht für Verträge nach Satz 1 Nr. 4. [5]Satz 3 gilt nicht für die Organisation der vertragsärztlichen Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten.

c) Absatz 4a ist zu streichen.

d) In Absatz 5 sind nach dem neuen Satz 9 folgende Sätze zu ergänzen:
[10]Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet, Abrechnungspositionen in der KV-Abrechnung, die dem Versorgungsauftrag des jeweiligen Vertrages nach Abs. 4 entsprechen, nicht über die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung abzurechnen. [11]Die Vertragspartner haben für die Erfüllung der Aufgaben nach Satz 6 die notwendigen Daten wie Arzt- und Versichertenteilnahmedaten sowie EBM-Positionen des Versorgungsauftrages des Vertrages nach Abs. 4 an die Kassenärztlichen Vereinigungen für die Regelwerksprüfung zu liefern. [12]Näheres dazu regeln die Vertragspartner in ihrem Vertrag. [13]Die Kosten für die Durchführung der Regelwerksprüfung sind im Rahmen des Verursacherprinzips von dem hausärztlichen Vertragspartner zu tragen.

e) Absatz 5a ist zu streichen.

Nr. 28 § 74 Stufenweise Wiedereingliederung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung stellt klar, dass gegenüber der stufenweisen Wiedereingliederung vorrangig zu prüfen ist, ob für Versicherte eine teilweise Ausübung ihrer bisherigen Tätigkeit trotz einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit nach § 44c oder § 44d möglich ist.

B Stellungnahme

Diese Regelung ist sachgerecht. Jedoch ist zu klären, ob und inwieweit die Regelungen nach § 44c SGB V und § 74 SGB V parallel Bestand haben sollen oder zu harmonisieren sind.

Nachdem im G-BA die Regelungen zur Attestierung von Teilarbeitsunfähigkeit festgelegt werden, sind auch die bereits bestehenden digitalen Übermittlungsverfahren der eAU-Daten dahingehend anzupassen, dass der behandelnde Arzt die Teilarbeitsunfähigkeit an die Krankenkasse übermittelt und die Krankenkasse diese ebenso zum Abruf für den Arbeitgeber bereitzustellen hat.

Unter Berücksichtigung der sich daraus ergebenden Abläufe im AU-Verfahren wird eine Umsetzung und In Analogie zum Artikel 1 Nr. 17 Teilarbeitsunfähigkeit und Teilkrankengeld wird ein Inkrafttreten nicht vor dem 01.01.2028 vorgeschlagen.

C Änderungsvorschlag

Artikel 8 (Inkrafttreten) wird wie folgt angepasst:

Artikel 8 ist dahingehend anzupassen, dass Artikel 1 Nr. 28 analog Artikel 1 Nr. 17 am 1. Januar 2028 in Kraft tritt.

Nr. 30 § 85 Gesamtvergütung

A Beabsichtigte Neuregelung

a) Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 Abs. 1 bis 3 wird im Hinblick auf eine Anpassung der Punktwerte für zahnärztliche Leistungen im Rahmen der Vereinbarungen zwischen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und Landesverbänden der Krankenkassen gestärkt. Ausgenommen hiervon sind zahnärztliche Vorsorgeleistungen für Kinder und Jugendliche und Leistungen im Zusammenhang mit dem Aufsuchen von Pflegebedürftigen im Sinne des Elften Sozialgesetzbuchs oder in der Eingliederungshilfe nach § 99 des Neunten Buches leistungsberechtigter Personen.

b) Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 Abs. 1 bis 3 wird im Hinblick auf die Fortentwicklung der zahnärztlichen Gesamtvergütungen, die zwischen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und Landesverbänden der Krankenkassen geschlossen werden, gestärkt. Es gelten die bereits in a) skizzierten Ausnahmen.

c) Der Absatz 3a wird gestrichen.

B Stellungnahme

Die Änderungen sind sachgerecht. Es folgt der grundsätzlichen Logik, dass die Ausgaben sich an der Einnahmenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung orientieren müssen und leistet so einen Beitrag zur nachhaltigen, finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Darauf hinzuweisen ist, dass mit den angedachten Ausnahmeregelungen der Gesetzgeber mit dieser Logik unmittelbar bricht. Richtigerweise müssten auch die nun vom Gesetzgeber davon ausgenommenen Leistungen bzw. damit verbundene Punktwerte dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität unterliegen. Nur so kann eine nachhaltige Stabilisierung gelingen.

Die Ausnahmeregelungen erhöhen zudem in unnötiger Weise Verwaltungsaufwände und Komplexität der Vereinbarungen auf Landesebene und schaffen versorgungspolitisch fragwürdige Anreizeffekte. Es sollte den Vereinbarungspartnern vor Ort überlassen werden, hierüber zu entscheiden bei gleichzeitig klarer Anbindung an dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität.

Hinzu kommt, dass die Punktwerte zur Individualprophylaxe historisch bedingt höher ausfallen als die Punktwerte weiterer zahnärztlicher Leistungen. Selbst bei gleicher Steigerung der Punktwerte führt die höhere Basis dazu, dass die Vergütungsabstände immer größer werden. Daher ist diese Ungleichbehandlung in der Perspektive abzuschaffen.

c) Die Streichung ist aus Gründen des Zeitablaufes angezeigt und sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Es wird im vorgeschlagenen Absatz 2d folgende Streichung vorgenommen:

„Für die Veränderung der Punktwerte für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz gilt § 71 Absatz 1 bis 3~~; dies gilt nicht für Leistungen nach den §§ 22, 22a, 26 Absatz 1 Satz 5, § 87 Absatz 2i und 2j sowie Leistungen zur Behandlung von Parodontitis für Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 des Elften Buches zugeordnet sind oder in der Eingliederungshilfe nach § 99 des Neunten Buches leistungsberechtigt sind~~."

Es wird im vorgeschlagenen Absatz Satz 3 folgende Streichung vorgenommen:

„Bei der Vereinbarung der Veränderungen der Gesamtvergütungen gilt § 71 Absatz 1 bis 3 in Bezug auf das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragszahnärztlichen Leistungen ohne Zahnersatz~~; dies gilt nicht für Leistungen nach den §§ 22, 22a, 26 Absatz 1 Satz 5, § 87 Absatz 2i und 2j sowie Leistungen zur Behandlung von Parodontitis für Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 des Elften Buches zugeordnet sind oder in der Eingliederungshilfe nach § 99 des Neunten Buches leistungsberechtigt sind~~."

Nr. 31 § 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A Beabsichtigte Neuregelung

zu a)

Die im Gesetz verankerte Vorgabe zur Vergütungsregelung für Unterstützungsleistungen für Versicherte im Zusammenhang mit der elektronischen Patientenakte im vertragszahnärztlichen Bereich wird gestrichen.

zu b)

Bis spätestens zum 31. Dezember 2027 sind in der kieferorthopädischen Behandlung alle Einzelleistungen zu insgesamt vier Leistungskomplexen zusammenzufassen. Die in der gesetzlichen Norm unter Nr. 1 und 2 genannten Leistungskomplexe können in Abhängigkeit vom Schweregrad differenziert werden.

Die Vertragspartner des Bundesmantelvertrages regeln weitere Einzelheiten zu den Leistungskomplexen sowie Vorgaben zur Sicherung der Ergebnisqualität.

zu c)
Die im Gesetz verankerte Vorgabe zur Vergütungsregelung für Unterstützungsleistungen für Versicherte im Zusammenhang mit der elektronischen Patientenakte im vertragsärztlichen Bereich wird gestrichen.

Zu d) aa)

Mit dieser Regelung werden zum 1. Januar 2027 die Zuschläge für Hausärztinnen und Hausärzte für die Behandlung auf Grund einer Terminvermittlung durch die Terminvermittlungsstelle sowie für die erfolgreiche Vermittlung eines Behandlungstermins an eine Fachärztin bzw. einen Facharzt gestrichen.

zu d) bb)

Zum 1. Januar 2027 darf der Einheitliche Bewertungsmaßstab keine Regelung für /die Vergütung zur Beratung der Organspende enthalten.

Zu e) aa)

Mit dieser Regelung werden zum 1. Januar 2027 die Zuschläge für Fachärztinnen und Fachärzte für die Behandlung auf Grund einer Terminvermittlung durch die Terminvermittlungsstelle und für die Behandlung auf Grund einer Terminvermittlung durch eine Hausärztin bzw. einen Hausarzt gestrichen.

zu e) bb)

Streichung der Zuschläge für psychotherapeutische Leistungen im Rahmen des ersten Therapieblocks einer Kurzzeittherapie ab Januar 2027

zu f)

Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 Abs. 1 bis Abs. 3 wird in der Normsetzung für die Festlegung der Veränderungsrate des Orientierungswertes Ärzte verankert und gestärkt.

zu g)

Die kieferorthopädischen Leistungskomplexe sind in Abhängigkeit vom Schweregrad mit einer Gesamtpunktzahl zu bewerten.

B Stellungnahme

zu a)

Die Regelung ist sachgerecht. Es erschließt sich nicht, warum der Gesetzgeber hierfür etwaige zusätzliche Vergütungsregelungen vorsieht bzw. vorgesehen hat. Mit der flächendeckenden Einführung der elektronischen Akte ist diese Teil des normalen Versorgungsgeschehens und findet im normalen, zahnärztlichen Praxisalltag Anwendung. Eine besondere Vergütung wie für andere Teilleistungen des normalen Praxisgeschehens, etwa der Dokumentation der Behandlung, bedarf es nicht. Diese Leistungen sind über die bestehenden Vergütungsrahmen auskömmlich finanziert. Hinzu kommt, dass mit der technischen Integration in die Praxisverwaltungssysteme alle notwendigen Leistungen mit wenigen Klicks möglich sind.

Vielmehr profitieren Zahnärztinnen und Zahnärzte durch die elektronische Patientenakte, indem etwa bereits vorgenommene Untersuchungen im Rahmen der elektronischen Patientenakte eingesehen werden können. Das führt zu weniger Aufwänden in den Zahnarztpraxen.

zu b)
Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt. Damit sollen die bestehenden strukturellen Probleme in der kieferorthopädischen Behandlung und Fehlanreize durch die Abrechnung von Einzelleistungen durch die Einführung von Pauschalen behoben werden. Es ist angezeigt drei Jahren nach in Kraft treten dieser Regelung eine Evaluation der Maßnahmen durchzuführen.

zu c)
Die Regelung ist sachgerecht. Es erschließt sich nicht, warum der Gesetzgeber hierfür etwaige zusätzliche Vergütungsregelungen vorsieht bzw. vorgesehen hat. Mit der flächendeckenden Einführung der elektronischen Akte ist diese Teil des normalen Versorgungsgeschehens und findet im normalen, ärztlichen Praxisalltag Anwendung. Eine besondere Vergütung wie für andere Teilleistungen des normalen Praxisgeschehens, etwa der Dokumentation der Behandlung, bedarf es nicht. Diese Leistungen sind über die Grund- und Versichertenpauschalen auskömmlich finanziert. Hinzu kommt, dass mit der technischen Integration in die Praxisverwaltungssysteme alle notwendigen Leistungen mit wenigen Klicks möglich sind.

Insbesondere Ärztinnen und Ärzte profitieren von der elektronischen Patientenakte, indem etwa bereits vorhandene Arztbriefe im Rahmen der elektronischen Patientenakte eingesehen werden können. Das führt zu weniger Aufwänden in den Praxen in der Perspektive.

Darauf hinzuweisen ist, dass abweichend von den angedachten Regelungen für die Zuschläge bei Terminvermittlung, den Zuschlägen zur Kurzzeittherapie und der Beratung zur Organspende schlicht die bisherige Normsetzung gestrichen wird. Konsistent zu den anderen, vertragsärztlichen Vergütungsregelungen in § 87 sollte auch hier eine Verbotsregelung eingeführt werden. Bezüglich der Zeitrahmens erschließt sich in dem Zusammenhang nicht, dass die Streichung der nicht notwendigen Vergütungsregelungen zum 1. Januar 2027 erfolgen. Mit Blick auf eine wirtschaftliche Verwendung der Mittel ist eine Regelung zum 1. Oktober 2026 angezeigt, um mögliche Einspareffekte auch schon in diesem Jahr zu realisieren.

Zu d) aa)

Die Regelung wird begrüßt.

Eine Evaluation des Instituts des Bewertungsausschusses hatte keine spürbare Versorgungsverbesserung durch diese Regelung festgestellt. Eine sofortige Streichung hatte auch der Bundesrechnungshof gefordert.

zu d) bb)

Die Regelung ist sachgerecht. Eine Erhöhung der Organspendebereitschaft durch die Beratung kann nicht festgestellt werden. Die Maßnahme führt so zu keiner Verschlechterung der Versorgung. Eine gesonderte Vergütung erschließt sich vor dem Hintergrund des allgemeinen, hausärztlichen Versorgungsauftrages und der Vergütung über Versichertenpauschalen, die eine Beratung bis zu 10 Minuten beinhaltet, nicht. Das Thema Organspende kann zudem als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden werden, so dass die Informationspflicht durch weitere Akteure und den Staat erfüllt werden kann. Der Einspareffekt mit rund 90 Mio. Euro für das Jahr 2027 und bis zu 170 Mio. Euro für 2030 weicht ab von der Prognose der FKG von jährlich 60 Mio. Euro. Für das letzte, vollständig vorliegende Jahr in den Abrechnungsdaten war mit den Leistungen ein Leistungsbedarf von 43 Mio. Euro verbunden.

Darauf hinzuweisen ist, dass der Wegfall der Vergütung zum 1. Januar 2027 erfolgen soll. Mit Blick auf eine wirtschaftliche Verwendung der Mittel ist eine Streichung zum 1. Oktober 2026 angezeigt.

Zu e) aa)

Die Regelung wird begrüßt.

Eine Evaluation des Instituts des Bewertungsausschusses hatte keine spürbare Versorgungsverbesserung durch diese Regelung festgestellt. Eine sofortige Streichung hatte auch der Bundesrechnungshof gefordert.

zu e) bb)
Die Neuregelung kann dazu beitragen, Fehlanreize zu reduzieren und ist somit sachgerecht und begrüßenswert. Im Sinne einer wirtschaftlichen Verwendung der Mittel ist jedoch eine frühere Wirkung zum 1. Oktober 2026 angezeigt.

zu f)
Die Regelung ist sachgerecht. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist bei allen ausgabenrelevanten Entscheidungen zu beachten. In der Sachlogik ist es richtig, dies dann auch beim Orientierungswert Ärzte unmittelbar zu verankern.
zu g)
Die Beauftragung des Bewertungsausschusses mit der Festlegung der Bewertung der Leistungskomplexe nach Abs. 1d (neu) ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

zu a)

Kein Änderungsbedarf.

zu b)

Es wird folgender Satz 5 ergänzt:
Bis zum 31. Dezember 2030 evaluieren die Vereinbarungspartner nach Satz 1 die Auswirkungen der Umstellungen nach Satz 1.zu c)

Absatz 2a Satz 25 und 26 werden durch folgenden Satz ersetzt:

„Ab dem 1. Oktober 2026 darf der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen keine zusätzliche für Leistungen im Zusammenhang mit der elektronischen Patientenakte enthalten."

Zu d) aa)

Kein Änderungsbedarf.

zu d) bb)

Die Angabe „1. Januar 2027" wird durch die Angabe „1. Oktober 2026" ersetzt.

Zu e) aa)

Kein Änderungsbedarf.

zu e) bb)

Die Angabe „1. Januar 2027" wird durch die Angabe „1. Oktober 2026" ersetzt.
Die in der Gesetzesbegründung adressierte Notwendigkeit von Patientensteuerung bei gleichzeitig vorliegender Leistungsausweitung, hoher Versorgungsdichte und Nachfrage verdeutlicht weiteren Änderungsbedarf. Um Wirksamkeit und Effizienz der psychotherapeutischen Behandlung zu fördern, ist § 92 Abs. 6a SGB V wie folgt zu ergänzen. Neuer Satz 2: "*Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft bis zum XX.XX.XXXX die Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinie zur psychotherapeutischen Behandlung auf Grundlage evidenzbasierter Erkenntnisse.*"
zu f)

Kein Änderungsbedarf.

g)

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 32 § 87a Regionale Euro-Gebührenordnung, morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten

A Beabsichtigte Neuregelung

zu a)

Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist bei der Festsetzung des Orientierungswertes in den Vereinbarungen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Landesverbänden der Krankenkassen / Ersatzkassen zu beachten.

Zu b)

Mit dieser Änderung wird die extrabudgetäre Vergütung für Leistungen, die in TSVG-Konstellationen erbracht werden, zum 1. Januar 2027 gestrichen. Diese Leistungen werden wieder in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) rückgeführt. Der Bewertungsausschuss hat Vorgaben für die Rückbereinigung zu beschließen.

zu c)

Die gesetzlichen Vorgaben zur Entbudgetierung der Leistungen des Versorgungsbereiches der Kinder- und Jugendmedizin ab dem 1. April 2023 enthalten technische Fehler, die mit den vorliegenden Anpassungen behoben werden. Dies erfolgt durch Angleichung des Verfahrens zur Bildung und Weiterentwicklung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die entbudgetierten Leistungen des Versorgungsbereichs Kinder- und Jugendmedizin (Kinderarzt-MGV) orientiert an den Regelungen der Entbudgetierung bei Hausärzten.

Sofern die gesetzlichen Krankenkassen im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin bzw. der hausärztlichen Versorgung Ausgleichszahlungen leisten müssen, sind diese um einen Abschlag zu mindern, um der allgemeinen Kostendegression aufgrund von Fallzahlsteigerungen (Fixkostendegression) gerecht zu werden. Hierfür wird der Bewertungsausschuss mit der Festlegung eines prozentualen Abschlags beauftragt. Die Vertragspartner auf Landesebene sind zur Umsetzung verpflichtet.

Zu d)

Die Regelung, wonach der Bewertungsausschuss Empfehlungen für Leistungen beschließen kann, die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden können, wird gestrichen.

B Stellungnahme

zu a)
Die Regelung ist sachgerecht. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist bei allen ausgabenrelevanten Entscheidungen zu beachten. In der Sachlogik ist es richtig, dies dann auch bei der Festlegung zum Orientierungswert auf regionaler Ebene unmittelbar zu verankern.

Kritisch anzumerken ist, dass der Gesetzgeber die Vorgabe weder für mögliche Zuschläge zum Orientierungswert nach Satz 2 noch für besonders förderungswürdige Leistungen sowie für Leistungen von besonders zu fördernden Leistungserbringern nach Satz 3 vorgesehen hat. Im Sinne einer konsistenten Regelung hin zu einer einnahmeorientierten Ausgabenentwicklung sollten diese gleichfalls dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität unterliegen.

Zu b)

Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt. Eine Evaluation des Instituts des Bewertungsausschusses hatte keine spürbare Versorgungsverbesserung durch die extrabudgetäre Vergütung dieser Leistungen festgestellt. Eine sofortige Rücknahme dieser Regelung hatte auch der Bundesrechnungshof gefordert.

Der 2. Halbsatz in Satz 5 Nr. 1 ist zu streichen, da auch diese Fälle (z. B. Bagatellerkrankungen) weiterhin innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergüten sind.

zu c)

Die Regelungen zur Behebung der technischen Fehler in den gesetzlichen Vorgaben zur Entbudgetierung der Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin sind zu begrüßen.

Bei der erstmaligen Festsetzung der Kinderarzt-MGV wurde das zweite Quartal 2022 als Referenzquartal herangezogen anstatt des jeweiligen Vorjahresquartals. Außerdem blieb bei der erstmaligen Festsetzung der Kinderarzt-MGV die Fortentwicklung des Behandlungsbedarfs von 2022 auf 2023 unberücksichtigt. Dadurch wird die festgesetzte Kinderarzt-MGV zu niedrig angesetzt. Das führt zu Doppelzahlungen ärztlicher Leistungen und damit zu dauerhaft überhöhten Ausgleichszahlungen von jährlich etwa 140 Mio. Euro, die gesetzlich nicht intendiert waren. Über die Verwendung dieser zusätzlichen Ausgaben besteht keine Transparenz.

Die Berichtigung dieser Fehler ist daher zwingend erforderlich und erfolgt durch Angleichung des Verfahrens an die bestehende Systematik der Entbudgetierung bei den Hausärzten. Mit der Korrektur wird die vollständige Vergütung kinderärztlicher Leistungen auch weiterhin gewährleistet.

Für diese Zuschläge nach Satz 8 gilt auch weiterhin die befreiende Wirkung gemäß der aktuellen Fassung des Absatzes 3b Satz 6 und entspricht den Vorgaben der Entbudgetierung der Hausärzte. Hierfür ist Satz 9 in Absatz 3b entsprechend zu ergänzen (Vgl. Änderungsvorschlag).

Die Streichung der Altersgrenze für die zu entbudgetierenden Leistungen der Kinder- und Jugendärzte entspricht den beschlossenen Anpassungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen durch den Bewertungsausschuss, wonach die Leistungen des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin bei Versicherten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr berechnungsfähig sind gemäß der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer für Fachärzte der Kinder- und Jugendmedizin.

Die bereits gesetzlich vorgegebenen Evaluationsaufträge des Bewertungsausschusses werden jeweils um Quartalsanalysen konkretisiert und die Erstellung von quartalsweisen Berichten bis zum 31. Dezember 2029 bei den Kinder- und Jugendärzten sowie von jährlichen Berichten bis zum 30. September 2029 bei Hausärzten an das Bundesministerium für Gesundheit verlängert. Diese Anpassungen werden begrüßt und bieten eine Grundlage für eine sachgerechte Beurteilung, ob die Mehrausgaben tatsächlich zu einer Optimierung der Versorgung beitragen.

Allerdings sind diese Maßnahmen aus Sicht des AOK-Bundesverbandes nicht ausreichend, denn die Entbudgetierung der Kinder- und Jugendärzte sollte grundsätzlich zurückgenommen werden. Durch die Entbudgetierung hat sich keine Versorgungsverbesserung für die Kinder und Jugendlichen ergeben, hingegen sind deutliche Honorarzuwächse zu verzeichnen. Diese Honorarzuwächse sind vor allem in den Regionen von Kassenärztlichen Vereinigungen zu beobachten, wo vor der Entbudgetierung eine niedrige Auszahlungsquote vorlag. Dies deutet darauf hin, dass den Honorarzuwächsen keine Versorgungsverbesserung gegenübersteht.

Die Reduzierung der von den gesetzlichen Krankenassen zu vergüteten Ausgleichszahlungen für entbudgetierte Leistungen der Kinder- und Jugendärzte sowie der Hausärzte um einen Abschlag zur Berücksichtigung der Fixkostendegression ist zu begrüßen. Bei Mengenausweitung steigt der überschüssige Fixkostenanteil an, der mit einer bestimmten kalkulatorischen Leistungsmenge bereits ausfinanziert ist.

Zu d)

Die Regelung ist sachgerecht.

Es handelt sich um eine Folgeänderung auf Grund der mit dem neuen § 87d SGB V eingeführten neuen Vergütungssystematik für bislang extrabudgetär vergütete Leistungen (Vgl. Nr. 34).

C Änderungsvorschlag

zu a)

Die vorgeschlagene Änderung wird gestrichen. Es wird folgender Satz sieben (neu) in Abs. 2 ergänzt:

„§ 71 Abs. 1 bis 3 gilt entsprechend für die Sätze 1 bis 6.

Zu b)

Absatz 3 Satz 5 Nr. 1 wird wie folgt geändert:

„Leistungen im Behandlungsfall, die aufgrund der Vermittlung durch die Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 und 4 erbracht werden, ***~~sofern es sich nicht um Fälle nach § 75 Absatz 1a Satz 8 handelt~~***,"

zu c) Absatz 3b Satz 9 (neu) wird wie folgt geändert:

„Für die Zuschläge nach den Sätzen 3 und 8 sowie nach Absatz 2 Satz 2 und 3 gilt Satz 2 nicht."

Zu d)

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 33 § 87b Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung)

A Beabsichtigte Neuregelung

In § 87b Absatz 1 Satz 3, 2. Halbsatz SGB V wird die Einschränkung gestrichen, dass im Versorgungsbereich der Kinder- und Jugendmedizin nur für die Leistungen im Verteilungsmaßstab keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars angewendet werden dürfen, die gegenüber Patientinnen und Patienten erbracht wurden, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

Es handelt sich um eine Folgeänderung auf Grund der vorgesehenen Änderungen im § 87a Absatz 3b SGB V (Vgl. Nr. 32c).

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 34 § 87d Vergütung vertragsärztlicher Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (neu)

A Beabsichtigte Neuregelung

Für Leistungen, die bislang extrabudgetär vergütet wurden, wird eine neues Verfahren eingeführt, mit dem nicht bedarfsgerechte Ausgabensteigerungen vermieden werden sollen.

In Absatz 1 werden die Gesamtvertragspartner damit beauftragt, jeweils eine Gesamtvergütung für

- Vorsorge- und Präventionsmaßnahmen, die auf Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) beruhen sowie für
- weitere Leistungen, die auf Grund eines Beschlusses des Bewertungsausschusses außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) vergütet werden,

zu vereinbaren. Diese werden durch die Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung entrichtet. Durch Verweis auf § 87a Absatz 5 Satz 7 SGB V wird der Bewertungsausschuss außerdem beauftragt, analog zur Vorgehensweise bei der MGV auch für diese Gesamtvergütungen Vorgaben für ein Verfahren zur Bereinigung, zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen Krankenkassen zu beschließen (1. Halbsatz). Darüber hinaus kann der Bewertungsausschuss weitere Empfehlungen, u. a. zu Veränderungen durch Verlagerungseffekte abgeben (2. Halbsatz).

In Absatz 2 ist die erstmalige Festsetzung der Gesamtvergütungen auf Basis des Ausgabenvolumens des Jahres 2025 für die jeweiligen Leistungen sowie deren Fortschreibung – angelehnt an die Regelungen zur Fortentwicklung der MGV – geregelt. Dabei gilt für die Fortschreibung für das Jahr 2027 sowie für die zukünftigen jährlichen Fortschreibungen jeweils der Grundsatz der Beitragssatzstabilität.

Absatz 3 regelt die Verteilung der jeweiligen Gesamtvergütung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Gesamtvergütung für die weiteren vom Bewertungsausschuss beschlossenen Leistungen kann dabei nach fachärztlichen Versorgungsbereichen getrennt verteilt werden.

In Absatz 4 werden abschließend Leistungen aufgezählt, die weiterhin vollständig mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung zu vergüten sind. Zusätzlich wird dem Bewertungsausschuss die Möglichkeit eingeräumt, verbindliche Kriterien für Leistungen zu definieren, die die Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit nachweisbar signifikant erhöhen, dies aber bei einer Vergütung innerhalb der MGV oder einer nach Absatz 1 zu vereinbarenden Gesamtvergütung nicht möglich ist. Für Leistungen, die diesen Kriterien entsprechen, können die Gesamtvertragspartner eine Vergütung außerhalb der nach Absatz 1 zu vereinbarenden Gesamtvergütungen vereinbaren. Der Bewertungsausschuss wird beauftragt, diese Leistungen jährlich zu evaluieren und zu überprüfen.

Absatz 5 beauftragt die Gesamtvertragspartner, die Auswirkungen der nach Absatz 1 vereinbarten Gesamtvergütungen auf die Versorgung der Versicherten im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung nach wissenschaftlichen Standards zu analysieren. Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden verpflichtet, jährlich die Ergebnisse zu veröffentlichen, die dann vom Institut des Bewertungsausschusses ausgewertet und dem Bundesgesundheitsministerium berichtet werden.

B Stellungnahme

Die Regelung wird grundsätzlich begrüßt.

Die extrabudgetär vergüteten Leistungen (EGV-Leistungen) steigen seit Jahren überproportional an. Sie sind ein wesentlicher Grund für die weiterhin stark steigenden Ausgaben im ambulanten ärztlichen Bereich. Ein Großteil des Ausgabenzuwachses ist dabei auf die Mengensteigerungen bei den EGV-Leistungen zurückzuführen.

Nach Auffassung des AOK-Bundesverbandes sind jedoch Klarstellungen notwendig: Es ist klarzustellen, dass die vereinbarten Gesamtvergütungen gemäß Absatz 1 jeweils eine Obergrenze darstellen (vgl. Änderungsvorschläge 1) und 3)). Damit wird sichergestellt, dass Leistungen maximal mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet werden. In der Normsetzung muss klargestellt werden, dass im Falle einer Unterschreitung die Zahlung der Gesamtvergütung nicht mit befreiender Wirkung erfolgt. Nicht ausgeschöpfte Mittel müssen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen wieder zur Verfügung gestellt werden.

Der Gesetzgeber legt fest, dass eine der zu vereinbarenden Gesamtvergütungen Vorsorge- und Präventionsmaßnahmen umfassen soll, die auf Beschlüssen des G-BA beruhen. Mit dem Begriff „Präventionsmaßnahmen“ ist nach Ansicht des AOK-Bundesverbandes die Sekundärprävention gemeint, d. h. die Früherkennung von Krankheiten. Zur Klarstellung sollte der Gesetzestext entsprechend angepasst werden (vgl. Änderungsvorschlag 1). Nicht hinreichend beschrieben sind die Leistungen, die von § 87d (neu) umfasst sein sollen. Es sollte klargestellt werden, dass die Gesamtvergütung für weitere vom Bewertungsausschuss beschlossene Leistungen, das Leistungsspektrum umfasst, das bislang extrabudgetär vergütet wird. Dies sind sämtliche Leistungen, deren Abrechnung regelhaft über die Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgt. Dazu zählen u. a. alle Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes, die nach dem sogenannten Abgrenzungsbeschluss extrabudgetär vergütet werden sowie DMP-Leistungen, Leistungen der Onkologie-Vereinbarung, der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung, Wegepauschalen sowie regionale Vereinbarungen. Um eine bundeseinheitliche Umsetzung des neuen § 87d SGB V sicherzustellen, ist der Bewertungsausschuss zu beauftragen, die Leistungen abschließend zu definieren, für welche die jeweilige Gesamtvergütung zu vereinbaren ist (vgl. Änderungsvorschlag 2). Es ist zudem klarzustellen, dass nicht mehr vorgesehene extrabudgetäre Zuschläge und zusätzliche Vergütungen bei der Ermittlung der Ausgabenvolumina für das Jahr 2025 nicht berücksichtigt werden. Anderenfalls wird das als Basis wirkende Ausgabenvolumen zu hoch angesetzt.

Der Verweis auf § 87a Absatz 5 Satz 7 SGB V in Absatz 1 ist auf den 1. Halbsatz einzuschränken, da im 2. Halbsatz geregelt ist, dass der Bewertungsausschuss Empfehlungen beschließen kann, die sich ausschließlich auf die Fortentwicklung des Behandlungsbedarfs im Rahmen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung beziehen (Vgl. Änderungsvorschlag 4). In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass der Verweis im § 87a Absatz 5 Satz 7, 2. Halbsatz SGB V auf § 87a Absatz 3 Satz 5 und 6 SGB V überprüft werden muss, da dort mit diesem Gesetz eine grundlegende Änderung vorgenommen wird.

Die Vorgaben zur erstmaligen Festsetzung sowie zu den jährlichen Fortschreibungen, insbesondere der Geltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität sind sachgerecht und werden begrüßt.

Die mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung bewertete vollständige Vergütung der abschließend aufgeführten Leistungen in Absatz 4 ist nachvollziehbar. Die Klarstellung in der Gesetzesbegründung zu § 87d SGB V, dass neue Leistungen nach Ablauf von zwei Kalenderjahren entweder in die MGV oder in eine Gesamtvergütung nach Absatz 1 Satz 1 zu überführen sind, ist essentiell, um eine hinreichende Klarheit zur weiteren Verfahrensweise zu erreiche. Diese müssen richtigerweise nach einer zweijährigen Einführungsphase in die budgetierten Gesamtvergütungen überführt werden.

Die Möglichkeit, dass der Bewertungsausschuss verbindliche Kriterien für Leistungen festlegen kann, auf deren Basis die Vertragspartner auf Landesebene eine Vergütung der betreffenden Leistungen außerhalb der MGV bzw. außerhalb der Gesamtvergütungen nach Absatz 1 Satz 1 vereinbaren können, ist sachgerecht und bietet die Chance, Leistungen von besonderer Bedeutung für die Versorgung zu fördern. Die Verpflichtung zu einer jährlichen Evaluation durch den Bewertungsausschuss wird ausdrücklich begrüßt. Hierfür erforderliche Daten sind dem Bewertungsausschuss zur Verfügung stellen. Eine Auswirkungsanalyse durch die Vertragspartner auf Landesebene ist praxisfern und wäre mit erheblichen Verwaltungsaufwänden verbunden. Es erschließt sich nicht, warum der Gesetzgeber eine doppelte Analyse einerseits durch den Bewertungsausschuss nach Absatz 4 und andererseits nach Absatz 5 durch die Gesamtvertragspartner vorgesehen hat. Üblicherweise werden derartige Analysen durch den Bewertungsausschuss unter Nutzung des Instituts des Bewertungsausschusses vorgenommen. Die angedachte Auswertung durch den Bewertungsausschuss Ärzte ist entbehrlich, wenn dieser seinem Evaluationsauftrag nach Abs. 4 vollumfänglich nachkommt. Die Informationspflicht an das BMG kann in Absatz 4 ergänzt werden. Darauf hinzuweisen ist, dass der Evaluationsbericht zu veröffentlichen ist.

C Änderungsvorschlag

1) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

„Die Kassenärztliche Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren jährlich bis zum 31. Oktober für das Folgejahr, erstmalig bis zum 15. Februar 2027 für das Jahr 2027, mit

Wirkung für die Krankenkassen eine Gesamtvergütung ***als maximales*** ~~für das~~ Ausgabenvolumen ***für~~der~~ die*** auf Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 135 Absatz 1 beruhenden Vorsorge- und ***Früherkennung~~Präventions~~maßnahmen*** sowie eine Gesamtvergütung ***als maximales*** ~~für das~~ Ausgabenvolumen für weitere vom Bewertungsausschuss beschlossene Leistungen, die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87a Absatz 3 Satz 1 vergütet werden."

2) Nach Absatz 1 Satz 1 wird folgender Satz 2 eingefügt:

„Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum [... Datum einsetzen ...], welche Leistungen die jeweilige Gesamtvergütung nach Satz 1 umfasst; durch den Gesetzgeber nicht mehr vorgesehene Zuschläge und zusätzliche Vergütungen sind bei der Ermittlung der Ausgabenvolumina für das Jahr 2025 nicht zu berücksichtigen."

3) In Absatz 1 werden nach Satz 3 (neu) folgende Sätze eingefügt:

„Sofern der Leistungsbedarf die vereinbarte Gesamtvergütung nach Satz 1 in einem Quartal unterschreitet, sind abweichend von Satz 3 ausschließlich die tatsächlich erbrachten Leistungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach § 87a Absatz 2 Satz 5 vollständig zu vergüten. Nicht ausgeschöpfte Mittel werden den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen erstattet. Der Bewertungsausschuss Ärzte regelt bis zum 31. Dezember 2027 Näheres zum Verfahren.

4) Absatz 1 Satz 7 (neu) wird wie folgt geändert:

„§ 87a Absatz 5 Satz 7 ***1. Halbsatz*** gilt entsprechend."

5) Nach Absatz 4 Satz 4 werden folgende Sätze 5 und 6 eingefügt:

„Erforderliche Daten sind dem Bewertungsausschuss zur Verfügung zu stellen. Der Evaluationsbericht wird dem Bundesministerium für Gesundheit einmal jährlich erstmals zum 30. Juni 2029 und dann jeweils bis zum 30. Juni eines jeden Jahres vorgelegt; dieser ist auf den Webseiten des Institutes des Bewertungsausschusses zu veröffentlichen."

Nr. 36 § 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

A Beabsichtigte Neuregelung

Zu a)
Überprüfung der Kfo-Richtlinien bezüglich der KIG-Einstufungen einschließlich des zugrundeliegenden Grades des Behandlungsbedarfs bis zum 31. Dezember 2027.
Aufbau einer evidenzbasierten Indikations- und Kontraindikationsliste zur Durchführung der Röntgenleistungen bis zum 31. Dezember 2027.

B Stellungnahme

Die Regelung wird begrüßt. Studien legen nahe, dass Kieferorthopädische Behandlungen in Deutschlandlänger dauern und häufiger erfolgen 2 als im europäischen Vergleich. Es ist daher richtig, dass eine wissenschaftliche Nutzenbewertung durchgeführt wird. Ferner gibt es Hinweise, die belegen, dass Kinder und Jugendliche zu häufig geröntgt werden. Eine Begrenzung dieser Leistungen ist insofern sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 37 § 92a Innovationsfonds

A Beabsichtigte Neuregelung

Reduktion der Förderformate im Bereich Neue Versorgungsformen
Beabsichtigt wird die Umstellung der drei Förderformate im Bereich Neue Versorgungsformen (einstufig, zweistufig, einstufig mit kurzer Laufzeit) ausschließlich auf das einstufige Förderformat mit maximal 48 Monaten Laufzeit.

Streichung spezifischer Forschungsvorhaben im Bereich Versorgungsforschung
Im Förderbereich Versorgungsforschung sollen die Forschungsvorhaben zur Weiterentwicklung und insbesondere Evaluation der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie auch zur Entwicklung und Weiterentwicklung von Meldesystemen zur Förderung der Patientensicherheit gestrichen werden.

Reduktion der Fördermittel und Rückführung nicht verausgabter Fördermittel
Beabsichtigt wird die dauerhafte Reduktion der Fördermittel von 200 Mio. Euro jährlich auf 100 Mio. Euro jährlich. Die Fördersumme zur Entwicklung und Weiterentwicklung ausgewählter medizinischer Leitlinien wird entsprechend halbiert (jährlich mindestens 2,5 Mio. Euro). Des Weiteren werden nicht verausgabte Mittel im Folgejahr an den Gesundheitsfonds zurückgeführt. Die bislang angesammelten nicht verausgabten Mittel werden, soweit nicht für andere Aufgaben gebunden, ab 2027 an den Gesundheitsfonds zurückgeführt. Die Fördersumme wird ausschließlich durch die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert. Die bisherige hälftige Finanzierung über die am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen fällt weg.

B Stellungnahme

Reduktion der Förderformate im Bereich Neue Versorgungsformen
Die Umstellung ist sachgerecht. Die drei verschiedenen Formate haben einen erheblichen, insbesondere bürokratischen Aufwand verursacht, ohne dass ein Mehrwert festgestellt werden konnte. Insbesondere über das mit dem Digitalgesetz (2024) eingeführte einstufige Format mit kurzer Laufzeit sind kaum vielversprechende Anträge eingegangen. Das zweistufige Förderformat ist mit einem zeitlichen und finanziellen Mehraufwand verbunden, der in keinem Verhältnis zu vermeintlich qualitativ besser ausgearbeiteten Förderanträgen steht. Zudem gelangen vielversprechende Innovationsfondsprojekte mit dem einstufigen Verfahren schneller in die Versorgung.

Streichung spezifischer Forschungsvorhaben im Bereich Versorgungsforschung
Die Streichung ist sachgerecht. Zum einen werden Vorhaben, die dem eigentlichen Förderzweck nicht in vollem Umfang entsprechen, kritisch gesehen. Des Weiteren wurden seit einigen Förderwellen keine Forschungsvorhaben zur Evaluation der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses mehr ausgeschrieben. Aus dem Themenschwerpunkt „Entwicklung und Weiterentwicklung von Meldesystemen zur Förderung der Patientensicherheit“ werden überdies in der Beschlussfassung zum Bereich der Versorgungsforschung am 22. Mai 2026 mehrere Projekte zur Förderung

ausgewählt. Damit wird das Thema im Rahmen des Innovationsfonds bereits adressiert.

Reduktion der Fördermittel und Rückführung nicht verausgabter Fördermittel
Die Halbierung der Fördersumme und die Rückführung nicht verausgabter Mittel sind sachgerecht und werden bereits seit längerem durch den AOK-BV ausdrücklich gefordert. Angesichts der mehrjährigen Unterschreitung der verausgaben Fördergelder, die sich mittlerweile auf insgesamt 297,3 Mio. Euro nicht verausgabte Mittel summieren, und des Kostendrucks im Gesundheitssystems ist dies folgerichtig. Die bisher lediglich begrenzte Wirkung des Innovationsfonds zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung, die sich in der geringen Transferquote der geförderten neuen Versorgungsformen in die dauerhafte Versorgung niederschlägt, trägt zu dieser Einschätzung bei. Überdies können auch mit der Mittelreduktion weiterhin vielversprechende Vorhaben gefördert werden. Die Finanzierung ausschließlich über die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds stellt zudem eine administrative Entlastung der GKV dar.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 38 § 92b Durchführung der Förderung neuer Versorgungsformen und Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Benennung des BMFTR (vormals BMBF) wird aktualisiert. Die Regelungen bezüglich des Förderverfahrens (u. a. Festlegung Themenschwerpunkte, Auswahl zur Förderung, Transferbeschlüsse, Beratung der Förderinteressenten) werden entsprechend der wegfallenden spezifischen Forschungsvorhaben im Bereich Versorgungsforschung und der Reduktion der Förderformate im Bereich Neue Versorgungsformen angepasst.

B Stellungnahme

Bis auf die Aktualisierung des BMFTR (vormals BMBF) handelt es sich um Änderungen, die aus den Anpassungen in § 92a SGB V hervorgehen. Alle Änderungen sind sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 39 § 106b Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Künftig sollen Verordnungsquoten für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen, für die die Krankenkasse wirkstoffübergreifende Rabattverträge nach § 130e (neu) aufgrund einer therapeutisch vergleichbaren Wirkung abgeschlossen hat, festgelegt und bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung berücksichtigt werden. Zudem sollen künftig entsprechende Rabattarzneimittel bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung als Praxisbesonderheit anerkannt.

B Stellungnahme

Die geplanten Änderungen sind sachgerecht.

Die Anpassungen dienen der Förderung der Umsetzung von kassenindividuellen wirkstoffübergreifenden Rabattverträgen nach § 130e (neu) SGB V und sind sehr zu begrüßen. Damit sind künftig rabattarzneimittelbezogene Verordnungsquoten zu vereinbaren, die die Wirtschaftlichkeit der Versorgung im Anwendungsgebiet fördern.

Mit der Anerkennung von Rabattarzneimittel nach § 130e (neu) als Praxisbesonderheiten im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung wird zudem ein transparenter, klarer Rahmen für Ärztinnen und Ärzte für das Erreichen von Wirtschaftlichkeitszielen gesetzt.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 40 § 111 Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Vergütungssteigerungen für den Bereich der Vorsorge und Rehabilitation werden auf maximal die Höhe der Grundlohnrate nach § 71 Absatz 3 begrenzt. Damit entfällt auch die Verpflichtung zur vollständigen Tarifrefinanzierung in den Vergütungsverhandlungen. Für die Jahre 2027, 2028 und 2029 wird die Höchstgrenze für die Vergütungssteigerungen um einen Prozentpunkt ausgehend von der Grundlohnrate gemindert.

B Stellungnahme

Die Regelung ist grundsätzlich sachgerecht. Die Begrenzung der Vergütungssteigerungen durch Orientierung an der Grundlohnrate nach § 71 Abs. 3 SGB V ist geeignet, die Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung an die gesamtwirtschaftliche Lohnentwicklung anzupassen. Die Einsparpotenziale könnten nach überschätziger Betrachtung und annahmenbasierter Weiterentwicklung der Grundlohnrate für die Jahre bis 2030 im Reha-Bereich (siehe §§ 111 und 111c SGB V) höher ausfallen und bis 2029 jährlich 330 Mio. Euro betragen und ab 2030 kumuliert bis auf 1,6 Mrd. Euro ansteigen.

In der Entwicklung der Rahmenempfehlung gem. § 111 Abs. 7, 111a Abs. 1 und 111c Abs. 5 SGB V auf Grundlage der IPReG-Gesetzgebung wurden für die Vergütungssystematik als auch zur Refinanzierung von tarifgebundenem Personal entsprechend der damaligen Zielsetzung Regelungen ausgestaltet, die durch den vorliegenden Gesetzesentwurf gegebenenfalls verändert werden müssen. Aufgrund der bestehenden Wechselwirkungen ist eine schnelle Prüfung und Umsetzung der Anpassungsnotwendigkeiten anzustreben, um den aktuell laufenden Umsetzungsprozess der Rahmenempfehlungen nicht zu blockieren und keine Unklarheiten in der Regulatorik entstehen zu lassen. Fragestellungen zur Anpassung oder Umsetzung der Rahmenempfehlungen können durch die Vertragspartner festgelegt werden.

Zusätzlich ist in der Folge der Anpassung zur Refinanzierung der Tariflöhne in der gesetzlichen Grundlage der Rahmenempfehlung der § 111 Abs. 7 Nr. 3 SGB V zu streichen.

Die Vorsorge- und Rehaeinrichungen sind leistungsträgerübergreifend tätig, sodass die Belegung der Einrichtungen auch wettbewerblichen Grundsätzen unterliegt. Durch eine einseitige Preisregulierung können Nachteile zulasten der GKV-Versicherten und deren Versorgungskapazitäten entstehen. Im Sinne einer leistungsträgerübergreifenden Logik zur Stabilisierung der Finanzen ist auf ein ähnliches Preisgefüge in der medizinischen Rehabilitation hinzuwirken.

C Änderungsvorschlag

§ 111 Abs. 7 Nr. 3 SGB V ist zu streichen.

Nr. 41 § 111c Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Vergütungssteigerungen für den ambulanten Bereich der Vorsorge und Rehabilitation werden auf maximal die Höhe der Grundlohnrate nach § 71 Absatz 3 begrenzt. Damit entfällt auch die Verpflichtung zur vollständigen Tarifrefinanzierung in den Vergütungsverhandlungen. Für die Jahre 2027, 2028 und 2029 wird die Höchstgrenze für die Vergütungssteigerungen um einen Prozentpunkt ausgehend von der Grundlohnrate gemindert.

B Stellungnahme

Die Regelung ist grundsätzlich sachgerecht. Die Begrenzung der Vergütungssteigerungen durch Orientierung an der Grundlohnrate nach § 71 Abs. 3 SGB V ist geeignet, die Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung an die gesamtwirtschaftliche Lohnentwicklung anzupassen. Die Einsparpotenziale könnten nach überschätziger Betrachtung und annahmenbasierter Weiterentwicklung der Grundlohnrate für die Jahre bis 2030 im Reha-Bereich (siehe §§ 111 und 111c SGB V) höher ausfallen und bis 2029 jährlich 330 Mio. Euro betragen und ab 2030 kumuliert bis auf 1,6 Mrd. Euro ansteigen.

In der Entwicklung der Rahmenempfehlung gem. § 111 Abs. 7, 111a Abs. 1 und 111c Abs. 5 SGB V auf Grundlage der IPReG-Gesetzgebung wurden für die Vergütungssystematik als auch zur Refinanzierung von tarifgebundenem Personal entsprechend der damaligen Zielsetzung Regelungen ausgestaltet, die durch den vorliegenden Gesetzesentwurf gegebenenfalls verändert werden müssen. Aufgrund der bestehenden Wechselwirkungen ist eine schnelle Prüfung und Umsetzung der Anpassungsnotwendigkeiten anzustreben, um den aktuell laufenden Umsetzungsprozess der Rahmenempfehlungen nicht zu blockieren und keine Unklarheiten in der Regulatorik entstehen zu lassen. Fragestellungen zur Anpassung oder Umsetzung der Rahmenempfehlungen können durch die Vertragspartner festgelegt werden.

Zusätzlich ist in der Folge der Anpassung zur Refinanzierung der Tariflöhne in der gesetzlichen Grundlage der Rahmenempfehlung der § 111c Abs. 5 Nr. 3 SGB V zu streichen.

Die Vorsorge- und Rehaeinrichungen sind leistungsträgerübergreifend tätig, sodass die Belegung der Einrichtungen auch wettbewerblichen Grundsätzen unterliegt. Durch eine einseitige Preisregulierung können Nachteile zulasten der GKV-Versicherten und deren Versorgungskapazitäten entstehen. Im Sinne einer leistungsträgerübergreifenden Logik zur Stabilisierung der Finanzen ist auf ein ähnliches Preisgefüge in der medizinischen Rehabilitation hinzuwirken.

C Änderungsvorschlag

§ 111 Abs. 5 Nr. 3 SGB V ist zu streichen.

Nr. 42 § 115f Spezielle sektorengleiche Vergütung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Behandlungsfälle der nach Artikel 4 Nr. 2 vorgesehenen Kurzzeitfallpauschalen sollen im Hinblick auf Vorgabe zum Umfang der Hybrid-DRGs nach Abs. 2 berücksichtigt werden.

B Stellungnahme

Der Regelungsvorschlag ist bei Einführung der Kurzzeitfallpauschalen sachgerecht. Allerdings wird die vorgeschlagene Ausgestaltung der Kurzzeitfallpauschalen abgelehnt (siehe dazu die Kommentierung unter Artikel 4 Nr. 2 zu den Kurzzeitfallpauschalen).

Es wird empfohlen, die Hybrid-DRGs ersatzlos zu streichen und die Vergütung für diese Leistungen auf das Niveau des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) zu überführen, um die massive Übervergütung im vertragsärztlichen Bereich abzuschaffen. Erklärtes Ziel des Gesetzesentwurfes ist die finanzielle Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Es erschließt sich daher nicht, warum die massive Übervergütung im vertragsärztlichen Bereich durch Hybrid-DRGs weiterhin hingenommen wird.

Hilfsweise sollte die im Gesetz vorgesehene, aber bisher nicht stattfindende Konvergenz auf das EBM-Niveau mit einer Konkretisierung zur Umsetzung versehen werden.

C Änderungsvorschlag

Streichung von § 115f SGB V, hilfsweise wird in Abs. 1 Satz 9 folgender Halbsatz ergänzt:

„die Vereinbarung hat mit Wirkung für das Kalenderjahr 2027 zwingend eine Absenkung der Vergütung vorzusehen, mit dem Ziel, dass bis zum Jahr 2030 die Höhe der Vergütung der nach § 115b vereinbarten Leistungen erreicht wird."

Nr. 43 § 120 Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen

A Beabsichtigte Neuregelung

zu a)

Redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Einfügung eines neuen Absatzes 3 in § 27b.

zu b)

Anpassungen im Rahmen der Vergütungsverhandlungen zu den Leistungen der Hochschulambulanzen, der Weiterbildungsambulanzen, der psychiatrischen Institutsambulanzen, der sozialpädiatrischen Zentren und der medizinischen ist an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu koppeln, so dass § 71 Absatz 1 bis 3 anzuwenden ist.

B Stellungnahme

zu a)

Die Anpassung ist sachgerecht.

zu b)

Die unmittelbare Verankerung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität ist sachgerecht und zu begrüßen. Vor dem Hintergrund der Ausgabenentwicklung bei unmittelbar durch die Krankenkassen vergüteten Leistungen von Ambulanzen besteht Notwendigkeit, den Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu schärfen. Dieser Bereich ist seit Jahren von hohen Steigerungsraten über die Veränderungsrate der Grundlohnsumme hinaus gekennzeichnet.

Darauf hinzuweisen ist, dass diese Entwicklung nicht allein aus Gründen der Fortentwicklung der Vergütung, in der Regel Pauschalvergütungen, resultiert, sondern auch aus massiven Fallzahlsteigerungen entsteht. Um den Grundgedanken einer einnahmeorientierten Ausgabenentwicklung zu folgen, bedarf es daher einer Konkretisierung. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität muss hierbei zusätzlich die Mengenentwicklung und so Preis und Menge umfassen. Anders kann eine nachhaltige Trendwende bei der Ausgabenentwicklung in diesem Bereich nicht gelingen. Die Vereinbarungspartner haben entsprechende Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung in den Vergütungsvereinbarungen zu ergänzen, um den Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu gewährleisten.

Bei den Hochschulambulanzen ist darüber hinaus der Zugang bei Fällen der Art, Schwere und Komplexität in Anbetracht der starken Fallzahlsteigerungen der letzten Jahre zu konkretisieren. Die Normsetzung sieht bisher keine fachärztliche Überweisung vor. Die Hochschulambulanzen sollten aber nur dann aufgesucht werden können, wenn die reguläre fachärztliche Versorgung nicht mehr ausreicht. Dies kann aber nur die jeweilige Fachrichtung beurteilt werden. Daher ist nur durch diese die Überweisung zu erteilen.

C Änderungsvorschlag

zu a) Kein Änderungsbedarf.

zu b) Statt der vorgeschlagenen Änderung werden folgende Sätze 8 bis 9 hinzugefügt:

„§ 71 Abs. 1 bis 3 SGB V findet mit der Maßgabe Anwendung, dass die Begrenzung sowohl die Preis- als auch die Fallzahlsteigerungen umfasst. Vereinbarungspartner nach Satz 2 vereinbaren bis zum 31.12.2026 geeignete Maßnahmen, die diese Begrenzung sicherstellen."

In § 117 Abs. 1 SGB V wird der Satz 2 wie folgt gefasst:

„In den Fällen von Satz 1 Nummer 2 kann die ambulante ärztliche Behandlung nur auf fachärztliche Überweisung der jeweiligen Indikation entsprechend in Anspruch genommen werden."

In § 117 Abs. 1 SGB V wird der Satz 4 gestrichen.

Nr. 44 § 125 Verträge zur Heilmittelversorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

Bei Vergütungsvereinbarungen soll vorrangig vor den in § 125 Absatz 3 Satz 2 genannten Parametern der Grundsatz der Beitragsstabilität nach § 71 SGB V beachtet werden. Preisanhebungen oberhalb der nach § 71 Absatz 3 festgestellten Veränderungsrate sollen damit ausgeschlossen werden.

B Stellungnahme

Den Grundsatz der Beitragssatzstabilität auch im Heilmittelbereich als verbindliche Obergrenze zu verankern, ist vor dem Hintergrund der anhaltend dynamischen Ausgabenentwicklung sachgerecht.

Ohne Umsetzung des von der Finanzkommission vorgeschlagenen Preismoratoriums für 2027 ist davon auszugehen, dass sich der Ausgabenanstieg im Heilmittelbereich auch im kommenden Jahr unvermindert fortsetzt.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 45 § 125a Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung

A Beabsichtigte Neuregelung

Es dürfen nicht länger Pauschalen zur Abdeckung einer besondere Versorgungsverantwortung vereinbart werden, die über die Analyse des therapeutischen Bedarfs oder die therapeutische Diagnostik hinausgehen.

B Stellungnahme

Die Streichung der gesonderten Pauschale zur Steuerung von Blankoverordnungen ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 46 § 127 Verträge

A Beabsichtigte Neuregelung

Auch bei Vertragsverhandlungen über die Vergütung von Hilfsmittelversorgungen sind zukünftig die Vorgaben des § 71 Absatz 1 bis 3 SGB V zu berücksichtigen. Für einen Übergangszeitraum von zwei Jahren werden die vertraglich vereinbarten Preise zudem pauschal um 3 % gekürzt.

Im Zusammenhang mit der Neuregelung der Festbeträge nach § 36 SGB V sollen diese künftig nicht mehr als Höchstgrenze, sondern als Referenzgröße für die anschließenden Vertragsverhandlungen dienen. In begründeten Fällen dürfen die vereinbarten Preise im Rahmen eines definierten Korridors nach oben und unten vom Festbetrag abweichen.

B Stellungnahme

Die Ergänzungen bzw. Änderungen sind allenfalls dazu geeignet, kurzfristige Einsparungen zu erreichen. Um dauerhaft wirksame Einsparungen zu erzielen, wären jedoch, wie von der FKG vorgeschlagen, eine Reaktivierung der Ausschreibungsoption und eine Stärkung der Festbeträge als Höchstbeträge nötig.

Beim angedachten, befristeten Sicherungsabschlag von 3 % auf den Vertragspreis drohen ohne ergänzende Sofortmaßnahmen Vorzieheffekte, die das Einsparziel konterkarieren könnten. Ein sofortiges Vertragspreismoratorium ist nötig, um zu verhindern, dass im laufenden Jahr entsprechend der aktuellen Rahmenbedingungen Preiserhöhungen durchgesetzt werden, die die zukünftigen Einsparungen aushebeln.

Unnötig kleinteilig ist die Regelung über den Beginn des befristeten Abschlags von 3 %. Die in Absatz 1b) vorgesehene Definition des Versorgungsbeginns wird der Versorgungsrealität, in der sowohl einmalig Hilfsmittel, aber auch kontinuierlich Verbrauchsartikel abgegeben werden, nicht gerecht. Es ist sicherlich nicht beabsichtigt in der monatlichen Abrechnung von Dauerversorgungen z. B. mit Inkontinenzprodukten danach zu unterscheiden, ob die oder der Versicherte erstmals vor oder nach dem 01.01.2027 versorgt wurde. Dies würde die Zahl der von Leistungserbringenden und Krankenkassen zu verwaltenden Preisvereinbarungen verdoppeln. Zudem ist der „Versorgungsbeginn" kein eindeutiges, im Rahmen der Abrechnung angeliefertes und damit klar operationalisierbares Datum. Um alle Vertragskonstellationen abzubilden, sollte der Satz gestrichen und der GKV-SV beauftragt werden, eine entsprechende Umsetzungshilfe zu erstellen.

Die Möglichkeit, dass die Festbeträge in den Verträgen nicht nur unterschritten, sondern in einem gewissen Korridor auch überschritten werden können, wird den ausgabensenkenden Effekt konterkarieren. Diese Möglichkeit sollte allenfalls für die bisher bestehenden und seit Jahren unveränderten Festbeträge eingeräumt werden. Neue Festbeträge sollten aber weiterhin die Obergrenze für Vertragspreise bilden.

C Änderungsvorschlag

§ 127 Absatz 1b -neu- sollte wie folgt gefasst werden (Änderungen in Fettdruck):

„(1b) Für Hilfsmittelversorgungen nach § 33, die auf der Grundlage von Verträgen nach Absatz 1 im Zeitraum … [einzusetzen: 1. Januar 2027, es sei denn, das Gesetz tritt erst danach in Kraft, dann einzusetzen: Datum des auf - 31 - die Verkündung folgenden Tages] bis zum 31. Dezember 2028 **erfolgen**, vermindert sich die vertraglich vereinbarte Vergütung um 3 % je Versorgung. **Bis zum Inkrafttreten von Satz 1 gelten die Vertragspreise vom 1. Mai 2026 unverändert weiter. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gibt Empfehlungen zur Umsetzung der Regelungen nach Satz 1 ab.**“

§ 127 Absatz 4 -neu- sollte wie folgt gefasst werden (Änderungen in Fettdruck):

„(4) Sofern für Hilfsmittel ein Festbetrag nach § 36 Absatz 2 festgesetzt wurde, ist dieser den Preisverhandlungen sowie den Schiedsverfahren nach Absatz 2 verbindlich zugrunde zu legen; es gilt der bei Verhandlungsbeginn geltende Festbetrag. Die vereinbarten Preise dürfen die nach § 36 Absatz 2 festgesetzten Festbeträge **nicht überschreiten**; bis zur erstmaligen Festsetzung neuer Festbeträge nach § 36 Absatz 4 Satz 6 **dürfen für die bestehenden Festbeträge** Über- oder Unterschreitungen in Höhe von bis zu 15 % **vereinbart werden**. Die Begründungs- und Darlegungslast für Abweichungen von den Festbeträgen nach § 36 Absatz 2 in den Verhandlungen und Schiedsverfahren trägt die Vertragspartei, die hieraus objektiv einen Vorteil in Bezug auf das Verhandlungsergebnis erhält.

Nr. 47 § 130 Rabatt

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Apothekenabschlag wird von 1,77 Euro auf 2,07 Euro erhöht.

B Stellungnahme

Die Erhöhung des Apothekenabschlags von 1,77 Euro auf 2,07 Euro wird ausdrücklich begrüßt. Nach Schätzungen des Gesetzentwurfes wird mit Einsparungen von 200 Mio. Euro pro Jahr für die gesetzlichen Krankenkassen kalkuliert.

Allerdings wird dieser Einspareffekt voraussichtlich durch die Mehrausgaben durch die nach Koalitionsvertrag geplante Erhöhung des Apothekenfixums, welches etwa 1 Mrd. Euro an Mehrausgaben verursachen wird, sogar überkompensiert.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 48 a) § 130a Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer

A Beabsichtigte Neuregelung

Künftig soll ein dynamischer Herstellerabschlag zur Umsetzung der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik auch im Arzneimittelbereich eingeführt werden.

B Stellungnahme

Grundsätzlich ist die Umsetzung einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik auch im zweitgrößten Ausgabenblock der GKV, dem Arzneimittelbereich, sehr zu begrüßen.

Gleichwohl muss kritisch hinterfragt werden, ob die nunmehr vorgesehene Konzeption des dynamischen Herstellerabschlags dafür geeignet ist. Zwar wird zunächst der Abschlag für Patentarzneimittel für das 1. Halbjahr 2027 um 3,5 Prozentpunkte erhöht. Diese Erhöhung ist grundsätzlich zu begrüßen, wenngleich sie nur der Hälfte der von der FKG vorgeschlagenen Erhöhungsrate entspricht.

Ab dem 2. Halbjahr 2027 soll jedoch eine Dynamisierung des Herstellerabschlags greifen, ausgehend von der tatsächlichen Entwicklung der Arzneimittelausgaben in den Vorjahren. Dabei wird die Dynamisierung auf Basis der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen durchgeführt. Soweit die Zunahme der Arzneimittelausgaben die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen überschreitet, soll der Herstellerabschlag entsprechend steigen. Dabei ist jedoch auf folgende Punkte hinzuweisen:

- Bereits heute listet der Gesetzesentwurf Ausnahmetatbestände, für die die Regelung nicht greifen soll; weitere Ausnahmen werden diskutiert. So werden u.a. Biosimilars vom Abschlag ausdrücklich ausgenommen - obwohl gerade bei diesen erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven liegen. Preisvergleiche in Europa zeigen, dass Biosimilars in Deutschland deutlich über den Preisen zahlreicher anderer europäischer Staaten ausgeboten werden. Gerade auch angesichts der stark steigenden Marktbedeutung von biosimilarfähigen Wirkstoffen würde die Ausnahme der Biosimilars von einem dynamisierten Herstellerabschlag die GKV erheblich und in nicht sachgerechter Weise belasten. Und nicht zuletzt sollen sachfremde Anlässe wie die Durchführung klinischer Studien in relevantem Maße für ein Arzneimittel zu dessen Freistellung vom dynamischen Herstellerabschlag herangezogen werden können. Damit wird die GKV für standort- und wirtschaftspolitische Erwägungen verhaftet, ohne dass dies dem Versorgungsauftrag der GKV entspricht. Denn dies obliegt dem Staat, entsprechende Maßnahmen aus Steuermitteln zu finanzieren. Allein schon aufgrund der Ausnahmen wird der dynamische Herstellerabschlag keinen deckelnden Effekt haben können, sondern allenfalls - mehr oder weniger, je nach Ausmaß der Ausnahmetatbestände - ausgabendämpfend wirken.
- Aber auch unabhängig von den Ausnahmen kann mit dem dynamischen Herstellerabschlag grundsätzlich keine echte Deckelung erreicht werden. Denn ein Herstellerabschlag mindert den Herstellerabgabepreis nicht, so dass

Handelsmargen und Umsatzsteuer grundsätzlich auf den vollen Herstellerabgabepreis anfallen. Der nachfolgend den Krankenkassen gewährte Rabatt mindert entsprechend die Handelsmargen und die Umsatzsteuer auf diesen Anteil für die GKV nicht. Würde der Herstellerabschlag jedoch bereits bei Abgabe in der Apotheke eingerechnet werden und die prozentualen Aufschläge von Apotheken und die Umsatzsteuer mindern, hätte dies 2025 zu Minderausgaben in Höhe von 538 Mio. Euro für die GKV geführt.

- Zudem führt die mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf vorgesehene Streichung preisdämpfender Instrumente wie der Leitplankenregelung und dem Kombinationsabschlag dazu, dass kurzfristige deutliche Preisanhebungen für die bisher von diesen Maßnahmen betroffenen Arzneimittel ausdrücklich legitimiert werden.

Entsprechend ist von einem deutlichen Preisauftrieb im Patentmarkt auszugehen. Der dynamisierte Herstellerabschlag kann dies aufgrund seiner Konzeption nicht abfangen, er dürfte daher bereits in kurzer Zeit deutlich steigen.

Damit sowohl der dynamisierte als auch die weiteren Herstellerabschläge wirksamer die steigenden GKV-Ausgaben dämpfen, ist es erforderlich, dass sie den Preis vor Aufschlag der Handelsmargen und Umsatzsteuer reduzieren und zudem auch für stationär eingesetzte Arzneimittel gelten. Entsprechende gesetzliche Anpassungen sollten zeitnah umgesetzt werden. Zudem sollten keine sachfremden, erst recht nicht wirtschafts- und standortpolitisch begründete Ausnahmetatbestände zugelassen werden.

Angesichts der hochbürokratisch angelegten Regelung einer Dynamisierung des Herstellerabschlags mit zahlreichen Ausnahmen wäre stattdessen auch eine einfache, befristete und breit wirkende Erhöhung des Herstellerabschlags auf 16 % sowie ergänzend die Beibehaltung oder Neukonzeption von effektiven preisregulierenden Maßnahmen für den Patentmarkt zu erwägen. Denn ohne letztere wird das sich forcierende Ausgabenproblem im Patentmarkt nicht zu bewältigen sein. Dies wäre ein effektiver Beitrag zur Entbürokratisierung, denn damit könnten Verwaltungsaufwände durch Antrags- und Entscheidungsverfahren zu Ausnahmetatbeständen vermieden werden, ebenso wie die Reduzierung von ggf. anfallenden Rückabwicklungsaufwänden.

C Änderungsvorschlag

Absatz 1b wird wie folgt angepasst:

„Für ab dem 1. Januar 2027 zu ihren Lasten abgegebene Arzneimittel erhalten die Krankenkassen von Apotheken einen zusätzlichen Abschlag vom Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer in Höhe von 9 %."

Soweit der Gesetzgeber an einem dynamischen Herstellerabschlag sowie einer Dynamisierung bereits ab dem 01.07.2027 festhalten will, wäre in Absatz 1b zumindest die Aufzählungspunkte Nummer 2 und 8 zu streichen.

Nr. 48 b) § 130a Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer

A Beabsichtigte Neuregelung

Für Impfstoffe mit Patent- oder Unterlagenschutz soll künftig generell ein Abschlag von 7 % zusätzlich zum Referenzpreisabschlag gelten. Wenn letzterer nicht anfällt, soll zusätzlich ein weiterer Abschlag von 7 % für diese Impfstoffe greifen.

B Stellungnahme

Der AOK-Bundesverband bewertet die vorliegende Regelung kritisch. Auch wenn die Anpassung zu begrüßen ist, sind die vorliegenden Preisregulierungs- und Herstellerabschlagsregelungen für Impfstoffe weiterhin als völlig unzureichend anzusehen. Denn sie können die fehlenden effektiven Preisregulierungsinstrumente nicht ersetzen. Weiterhin werden die Preise für Impfstoffe von den pharmazeutischen Herstellern selbst festgelegt; auch Erhöhungen sind durch die fehlende Geltung eines Preismoratoriums nicht ausgeschlossen. Im Ergebnis gilt auch mit der Regelungsänderung weiterhin für eine Teilgruppe von Impfstoffen ggf. kein Herstellerabschlag, zudem sind die Regelungen angesichts fehlender Preisregulierungsinstrumente problemlos durch die pharmazeutischen Hersteller (über-)kompensierbar. Damit dürfte die vorliegende Regelung anstatt preisdämpfend sogar ggf. preisanheizend wirken und die Ausgaben der GKV deutlich nach oben treiben. Anstelle von Einsparungen für die GKV ist tatsächlich die Fortsetzung von Mehrausgaben nicht ausgeschlossen. Damit werden die dringend notwendigen Maßnahmen für eine Finanzierbarkeit von Schutzimpfungen nicht ergriffen.

Die FKG hatte für Schutzimpfungen angesichts der dramatischen Ausgabensteigerungen im Segment ein Preismoratorium, die Verhandlung von Erstattungsbeträgen mit Preis-Mengen-Vereinbarungen, die Wiedereinführung der Möglichkeit von Rabattverträgen sowie die generelle Geltung des Herstellerabschlags nach § 130a Absatz 1 SGB V eingefordert. Von diesen fünf Regelungen werden die ersten vier gar nicht und die letzte unzureichend umgesetzt.

Um zu einer sachgerechten Begrenzung der Ausgaben im Bereich der Impfstoffe zu kommen, müssen die Maßnahmen der FKG dringend zeitnah zur Anwendung kommen:

- Die Anwendung des Preismoratoriums nach § 130a Absatz 3a. Dabei ist für die aktuell im Markt befindlichen Impfstoffe ein Preismoratorium mit Stichtag 01.01.2022 einzuführen.
- Die umfassende Anwendung des Abschlags nach § 130a Absatz 1 Satz 1 sowie Absatz 1b [neu] für alle Impfstoffe.
- Preisverhandlungen für neu auf den Markt kommende Impfstoffe.
- Preis-Mengen-Regelungen für Impfstoffe.
- Ausschreibungsmöglichkeiten für Krankenkassen in Bezug auf Impfstoffe.

C Änderungsvorschlag

§ 130a Absatz 2 wird wie folgt ergänzt:

„Erhöht sich der Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers eines Impfstoffs ohne Mehrwertsteuer gegenüber dem Preisstand am 1. Januar 2022, erhalten die Krankenkassen für die zu ihren Lasten abgegebenen Impfstoffe ab dem [Tag nach Inkrafttreten] einen Abschlag in Höhe des Betrages der Preiserhöhung. Für Impfstoffe, die nach dem 1. Januar 2022 in den Markt eingeführt werden, gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass der Preisstand der Markteinführung Anwendung findet. Bei Neueinführungen eines Impfstoffs, für das der pharmazeutische Unternehmer bereits einen Impfstoff mit gleicher Zusammensetzung in Verkehr gebracht hat, ist der Abschlag auf Grundlage des Preises je Mengeneinheit der Packung zu berechnen, die dem neuen Impfstoff in Bezug auf die Packungsgröße am nächsten kommt".

In § 130a Absatz 1 werden in Satz 1 nach „Arzneimittel" die Worte „und Impfstoffe" ergänzt.

In § 130a Absatz 1b neu werden in Satz 1 nach den Worten „Arzneimittel" die Worte „und Impfstoffe" eingefügt.

In § 130a Absatz 8 werden in Satz 1 nach „Arzneimittel" die Worte „und Impfstoffe" ergänzt. Zudem werden in Satz 13 die Worte „Impfstoffe für Schutzimpfungen nach § 20i und" gestrichen.

§ 130b wird um einen neuen Absatz 12 ergänzt:

„(12) Die Regelungen der Absätze 1 bis 11 finden auch auf Impfstoffe Anwendung."

Nr. 48 c) § 130a Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer

A Beabsichtigte Neuregelung

Das Preismoratorium für Arzneimittel des sog. Bestandsmarktes, die bereits vor dem 01.08.2009 im Markt waren, wird bis zum 31. Dezember 2030 verlängert.

B Stellungnahme

Die Verlängerung ist angesichts der fortgesetzten Marktbedeutung der Arzneimittel zu begrüßen und sachgerecht. Ebenso sachgerecht ist die Fortsetzung des erweiterten Preismoratoriums für Wirkstoffe mit vergleichbaren Darreichungsformen, die zuvor im Markt waren, für die das Preismoratorium künftig auch dann gilt, wenn der Zulassungsinhaber wechselt. Dies ist eine bislang bestehende Gesetzeslücke. Beide Regelungen sind daher ausdrücklich zu begrüßen.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 48 d) § 130a Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer

A Beabsichtigte Neuregelung

Es wird vom 01. Januar 2027 bis zum 31. Dezember 2030 ein Preismoratorium für Verbandmittel und sonstige Produkte zur Wundversorgung eingeführt, welches auf dem Preisstand vom 01. Januar 2026 aufsetzt und jährlich - erstmalig zum 01. Juli 2028 - Preiserhöhungen in Höhe der Veränderung des Verbraucherpreisindex zulässt. Analog zu Arzneimitteln ist auch ein erweitertes Preismoratorium für Neueinführungen von Verbandmitteln und sonstigen Produkten zur Wundversorgung mit gleichem Wirkstoff vorgesehen.

B Stellungnahme

Die nunmehr befristet vorgesehene Einführung eines Preismoratoriums für Verbandmittel und sonstige Produkte zur Wundbehandlung für die Jahre 2027 bis 2030 ist ausdrücklich zu begrüßen. Denn mit einer solchen Regelung können die zuletzt zweistelligen prozentualen Ausgabenzuwächse künftig zumindest befristet abgemildert werden.

Das Preismoratorium greift allerdings lediglich Listenpreise bzw. den Apothekeneinkaufspreis auf. Die Medizinproduktehersteller geben aber sonstigen Leistungserbringern und auch Apotheken erhebliche Rabatte von denen die GKV bislang nicht profitiert. Denn der Apothekeneinkaufspreis wird für die Abrechnung mit der GKV herangezogen. Seit Bekanntwerden des Regelungsvorschlags sind zudem erhebliche Preiserhöhungen zu beobachten, die sich bis zur Umsetzung des Preismoratoriums zum 01. Januar 2027 noch fortschreiben werden und zu hohen Kostenzuwächsen zulasten der GKV führen.

Vor diesem Hintergrund ist der Regelungsvorschlag entscheidend zu stärken:

Da der vorgesehene Preisstichtag zur Berechnung nicht die von der FKG identifizierten hohen Kostenzuwächse der vergangenen Jahre adressiert, die Hersteller aktuell bereits ihre Preise erheblich erhöhen und ohnehin hohe Rabatte unterhalb des hiermit regulierten Apothekeneinkaufspreises gewähren, ist der Berechnungsstichtag unbedingt vom 1. Januar 2026 auf den 1. Januar 2022 vorzuverlegen. Darüber muss der Inflationsausgleich für Verbandmittel und sonstige Produkte zur Wundbehandlung auch angesichts der zeitlich begrenzten Wirkdauer des Preismoratoriums gestrichen werden.

C Änderungsvorschlag

Absatz 3e wird, wie folgt, geändert:

„(3e) Erhöht sich der Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers oder sonstigen Herstellers ohne Mehrwertsteuer gegenüber dem Preisstand am 1. Januar 202***2*~~6~~, erhalten die Krankenkassen für die zu ihren Lasten abgegebenen Verbandmittel und sonstigen Produkte zur Wundbehandlung nach § 31 Absatz 1a ab dem 1. Januar 2027 bis zum 31. Dezember 2030 einen Abschlag in Höhe des Betrages der

Preiserhöhung. ~~Zur Berechnung des Abschlags nach Satz 1 ist der Preisstand vom 1. Januar 2026 *heranzuziehen* erstmalig am 1. Juli 2028 und jeweils am 1. Juli der Folgejahre um den Betrag anzuheben, der sich aus der Veränderung des vom Statistischen Bundesamt festgelegten Verbraucherpreisindex für Deutschland im Vergleich zum Vorjahr ergibt~~. Für Verbandmittel und sonstige Produkte zur Wundbehandlung, die erstmalig nach dem 1. Januar 202***2***~~6~~ in den Markt eingeführt werden, gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass der Preisstand der Markteinführung Anwendung findet. Bei Neueinführungen eines Verbandmittels oder eines sonstigen Produktes zur Wundbehandlung nach § 31 Absatz 1a, für das ein pharmazeutischer Unternehmer oder sonstiger Hersteller bereits ein Produkt mit gleichem Wirkstoff in Verkehr gebracht hat, ist der Abschlag auf Grundlage des Preises je Wundflächeneinheit der Packung zu berechnen, die dem neuen Produkt in Bezug auf die Gesamtwundfläche am nächsten kommt. Das Nähere regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erstmalig bis zum 30. November 2026. Die Absätze 5 bis 7 gelten entsprechend.“

Nr. 48 e) § 130a Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer

A Beabsichtigte Neuregelung

Es wird klargestellt, dass der dynamischer Herstellerabschlag bei Rabattverträgen nach § 130a Absatz 8 unberührt bleibt.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 49 a) § 130b Vereinbarungen über Erstattungsbeträge für Arzneimittel

A Beabsichtigte Neuregelung

Die bestehende Preis-Mengen-Regelung wird erweitert und ein Mechanismus eingeführt, der zur erleichterten automatisierten Umsetzung beiträgt.

B Stellungnahme

Die geplanten Regelungen zur Stärkung der Preis-Mengen-Vereinbarung beim Erstattungsbetrag für neue Arzneimittel sind sachgerecht. Aufgrund von Auslegungsfragen war bislang keine effiziente Umsetzung der Preis-Mengen-Regelung zur Beteiligung der GKV an den Skalen-Effekten aufgrund zunehmender Marktanteile eines Patentarzneimittels möglich. Nunmehr ist ein transparentes und zielgerichtetes Verfahren beschrieben, dass regelmäßig in Abhängigkeit von der Entwicklung des jährlichen Gesamtausgabenvolumens zu Preissenkungen für neue Arzneimittel beiträgt. Es bleibt abzuwarten, ob die Beschränkung solcher Regelungen auf Arzneimittel oberhalb einer vorgegebenen Umsatzschwelle sachgerecht ist.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 49 b) § 130b Vereinbarungen über Erstattungsbeträge für Arzneimittel

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorgabe zur Vereinbarung von Anforderungen an die Verordnung von Arzneimitteln mit Zusatznutzen in den Erstattungsbetragsvereinbarungen sowie die entsprechende Berücksichtigung als Praxisbesonderheit bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen wird abgeschafft.

B Stellungnahme

Wir begrüßen die vorgesehene Regelung ausdrücklich. Wie die Begründung zurecht ausführt, hat sich die Regelung als wenig wirksam erwiesen. Nicht nur im Kontext der Einführung von § 130e (neu) SGB V ist die Streichung daher folgerichtig.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 49 c) § 130b Vereinbarungen über Erstattungsbeträge für Arzneimittel

A Beabsichtigte Neuregelung

Die mit dem GKV-FinStG eingeführten gesetzlichen Vorgaben zur Vereinbarung des Erstattungsbetrages in Abhängigkeit vom Zusatznutzen-Prädikat und der Art der zweckmäßigen Vergleichstherapie (Verhandlungsleitplanken) werden abgeschafft.

B Stellungnahme

Die Streichung der sog. Leitplankenregelung, mit der detailliert in Abhängigkeit vom Ergebnis der frühen Nutzenbewertung klare Vorgaben zur Höhe eines angemessenen Erstattungsbetrags formuliert wurden, ist kontraproduktiv und nicht sachgerecht. Damit droht ein relevanter, erheblicher und unmittelbarer Preis- und Ausgabenanstieg im Patentmarkt.

Damit wird der zwingend erforderliche Fortschritt bei der Aushandlung angemessener Erstattungsbeträge durch Rückfall auf die vormaligen bekanntermaßen unzureichenden Regelungen aufgegeben. Im Ergebnis sind unzureichende Preisregulierungen mit überhöhten Erstattungsbeträgen zu erwarten. Diese können nicht durch andere Maßnahmen wie eine Dynamisierung des Herstellerabschlags oder durch eine ohnehin erst bei hohen Umsätzen greifende Preis-Mengen-Regelung kompensiert werden. Damit wird die klare Regelung zur Durchsetzung des AMNOG-Prinzips, dass der Preis in seiner Höhe auch den Mehrnutzen einer Therapie abbildet, empfindlich geschwächt.

Die Rechtslage ohne die „Leitplanken" bietet zudem zu wenig Anreiz für die Unternehmen, eine unreife Datenlage zu verbessern und einen Zusatznutzen für die Patienten nachzuweisen. Bei schneller Aktualisierung der zweckmäßigen Vergleichstherapie hin zu Arzneimitteln mit Zusatznutzen profitieren Arzneimittel ohne Zusatznutzen vom zusatznutzengetragenen Preisniveau des Vorgängers, ohne selbst Evidenz generieren zu müssen. Dies führt zu einer Verstetigung bzw. weiteren Steigerung des hohen Preisniveaus innerhalb eines Clusters (Binnenreferenzierung), ohne dass eine Aussage zur Verbesserung der Versorgung für die Patienten innerhalb eines Indikationsgebiets getroffen werden kann. Das Instrument der Leitplanken ist geeignet, um den „Turmtreppeneffekt" durch die zunehmende Benennung hochpreisiger patentgeschützter zweckmäßiger Vergleichstherapien einzudämmen.

Für die zur Streichung vorgesehenen Leitplanken ist kein funktionaläquivalenter Schutzmechanismus vorgesehen. Das Preisniveau patentgeschützter Arzneimittel bei nur geringer Innovationskraft (gering, nicht quantifizierbar) wurde bereits vom Gesetzgeber des GKV-Finanzstabilisierungsgesetz als auskömmlich angesehen (BT-Drs. 20/3448).

C Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

Soweit der Gesetzgeber grundsätzlich an der Streichung engerer Verhandlungskorridore festhält, wären zumindest die verbleibenden Rahmenbedingungen strikter zu formulieren:

„Für ein Arzneimittel, das nach dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 35a Absatz 3 Satz 1 keinen Zusatznutzen hat und keiner Festbetragsgruppe zugeordnet werden kann, ~~soll~~ ***ist*** ein Erstattungsbetrag ***zu*** vereinbar***en***~~t~~

~~werden~~, der nicht zu höheren Jahrestherapiekosten führt als die durch den Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmte zweckmäßige Vergleichstherapie. Für ein Arzneimittel, für das ein Zusatznutzen nach § 35a Absatz 1 Satz 5 als nicht belegt gilt, ist ein Erstattungsbetrag zu vereinbaren, der zu in angemessenem Umfang geringeren Jahrestherapiekosten führt als die durch den Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmte zweckmäßige Vergleichstherapie. Sind durch den Gemeinsamen Bundesausschuss mehrere Alternativen für die zweckmäßige Vergleichstherapie bestimmt, ist für die Anwendung der Sätze 2 und 3 auf die zweckmäßige Vergleichstherapie abzustellen, die nach den Jahrestherapiekosten die wirtschaftlichste Alternative darstellt."

Nr. 49 d) § 130b Vereinbarungen über Erstattungsbeträge für Arzneimittel

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Vereinbarung von Praxisbesonderheiten für neue Arzneimittel in den Erstattungsbetragsvereinbarungen wird gestrichen.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung durch die Einführung des § 130e (neu). Die Regelung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 49 e) § 130b Vereinbarungen über Erstattungsbeträge für Arzneimittel

A Beabsichtigte Neuregelung

Aufgrund der Streichung der Verhandlungsleitplanken sowie der Neujustierung der Preis-Mengen-Regelung sollen als Folgeänderung beide Vertragsparteien ein Sonderkündigungsrecht zu bereits bestehenden Preis-Mengen-Regelungen und Erstattungsbeträgen, die nach den Vorgaben der Verhandlungsleitplanken vereinbart wurden, erhalten.

B Stellungnahme

Das Sonderkündigungsrecht aufgrund der neuen Preis-Mengen-Regelungen, der Streichung der sog. Leitplanken oder auch für Erstattungsbetragsvereinbarungen zu Arzneimitteln, die nicht im Handel sind, ist ebenso wie die Streichung der sog. Leitplankenregelung selbst abzulehnen: Mit der vorgesehenen Streichung der Leitplanken werden aufgrund des Sonderkündigungsrechts bereits kurzfristig angemessene Erstattungsbeträge obsolet. Dies ist erwartbar mit deutlichen Mehrkosten für die GKV verbunden.

C Änderungsvorschlag

Streichung.

Nr. 50 § 130e Rabattverträge für Wirkstoffe mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung

A Beabsichtigte Neuregelung

Vorliegend wird die bisherige Regelung zum Kombinationsabschlag für neue Arzneimittel durch die Einführung von Rabattverträgen für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung ersetzt.

B Stellungnahme

Die Stärkung des wirkstoffübergreifenden Wettbewerbs insbesondere bei patentgeschützten Arzneimitteln mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung ist zu begrüßen. Dies ist angesichts des ohnehin geltenden Wirtschaftlichkeitsgebots für die ärztliche Verordnung überfällig.

Um das Potenzial der Regelung umfassend zu adressieren, sollte die Beschränkung des neuen Instruments auf die fünf aufgeführten Wirkstoffgruppen überdacht werden. Denn mit der Neuregelung wird das Wirtschaftlichkeitsgebot nach §§ 2, 12 SGB V für die ärztliche Verordnung lediglich konkretisiert. Auch heute ist die wirkstoffübergreifende Ausschreibung von Rabattverträgen bereits heute möglich und wurde schon erfolgreich umgesetzt. Insofern ist die nach § 130e neu vorgesehene Reduzierung auf fünf Wirkstoffgruppen unverständlich. Entsprechend wird angeregt, Absatz 3 zu streichen. Alternativ wäre die Liste der dort vorgeschlagenen Wirkstoffe als eine beispielhafte Liste durch ein „insbesondere" einzuführen, zumindest aber könnte eine Ausweitung der genannten Wirkstoffe auf die in Anhang 1 dieser Kommentierung aufgeführten Wirkstoffgruppen erfolgen.

Angesichts der bereits bestehenden Erfahrungen in der Versorgung bedarf es zudem keiner Evaluation, so dass die entsprechenden Bürokratieaufwände entbehrlich sind. Entsprechend ist der vorgeschlagene Absatz 4 zu streichen. Sachlogisch sollte ergänzend auch die angeführte zeitliche Begrenzung gestrichen werden.

Auch die aus der Gesetzesformulierung abzuleitende Beschränkung des Instruments auf lediglich patentgeschützte Arzneimittel sollte überdacht werden. Denn auch das Wirtschaftlichkeitsgebot für die ärztliche Verordnung findet keine entsprechende Grenze: Die Zweckmäßigkeit definiert die infrage kommenden Therapien, deren Wirtschaftlichkeit nach §§ 2, 12 SGB V leitend für die Auswahl zur Verordnung sein sollte. Soweit zumindest initial an einer gezielten Stärkung des Wettbewerbs im Patentmarkt festgehalten werden soll, kann auch erreicht werden, indem klarstellend in Absatz 1 darauf verwiesen wird, dass mindestens einer der auszuschreibenden Wirkstoffe im Anwendungsgebiet patentgeschützt sein muss. Andernfalls würden ggf. wettbewerbswesentliche Wirkstoffe, die aber bereits generisch bzw. biosimilaren verfügbar sind, systematisch ausgenommen und wesentliche Wirtschaftlichkeitsreserven könnten ggf. nicht gehoben werden. Dass dies nicht gemeint sein kann, kann auch aus der Listung bspw. der JAK-Inhibitoren abgeleitet werden, bei denen sich bereits entsprechende Biosimilars im Zulassungsverfahren befinden. Auch für weitere Wirkstoffgruppen ist absehbar ein Patentablauf zu erwarten. Eine

für Jahre abschließend formulierte Liste an Wirkstoffgruppen, bei denen bereits kurz nach Geltung der Regelungen eine Umsetzung nicht mehr möglich ist, würde das Regelungsziel jedoch verfehlen.

Dringend erforderlich ist in jedem Fall eine Anpassung der Verordnungsprogramme, so dass wirtschaftliche Arzneimittel im Anwendungsgebiet künftig bevorzugt zur Verordnung angeboten werden. Dies betrifft nicht nur die hier vorgesehenen wirkstoffübergreifenden Rabattverträge, für die ein entsprechendes Rabattmeldeverfahren etabliert werden muss, sondern auch unabhängig davon die Frage der Wirtschaftlichkeit einer Therapie im Anwendungsgebiet. Entsprechend sind Vorgaben zur regelhaften Listung der Jahrestherapiekosten von Arzneimitteln aufzunehmen. Zudem sollte die wirkstoffübergreifende Abbildung wirtschaftlicher Alternativen mit Rabattvertrag, aber darüberhinausgehend auch ohne, in den Verordnungsprogrammen geregelt werden. Entsprechende Vorgaben wären in der EAMIV zu implementieren (siehe hierzu auch die Kommentierung und Änderungsbedarf zu Artikel 1 Nr. 26, § 73 SGB V).

Des Weiteren ist es sachgerecht, insbesondere vor dem Hintergrund der Einführung dieser Regelung Vertragsärztinnen und -ärzte beraten zu können. Denn damit wird die Akzeptanz der Regelung und damit deren Umsetzung deutlich erhöht. Wir verweisen hierzu auf den ergänzenden Änderungsbedarf.

Die Streichung des vormaligen § 130e zum Kombinationsabschlag durch den vorliegenden Regelungsvorschlag wird hingegen abgelehnt. Denn damit werden der GKV jährlich etwa 130 Mio. Euro kostendämpfende Einnahmen entgehen. Der Regelungsvorschlag für „Rabattverträge für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung" sollte daher zusätzlich zum Kombinationsabschlag umgesetzt werden.

C Änderungsvorschlag

Beibehaltung des bisherigen Kombinationsabschlags nach § 130e (alt).

Einführung des vorgesehenen § 130e (neu) als § 130f (neu) und Ergänzung der Aufzählung von Wirkstoffgruppen nach Absatz 3 Satz 1 entsprechend dem Anhang 1 dieser Kommentierung.

Zudem verweisen wir auf den ergänzenden Änderungsbedarf zu §305a SGB V.

Nr. 51 § 132 Versorgung mit Haushaltshilfe

A Beabsichtigte Neuregelung

Vergütungssteigerungen für den Bereich der Haushaltshilfe werden auf maximal die Höhe der Grundlohnrate nach § 71 Absatz 3 begrenzt. Damit entfällt auch die Verpflichtung zur vollständigen Tarifrefinanzierung in den Vergütungsverhandlungen. Für die Jahre 2027, 2028 und 2029 gilt als Höchstgrenze für die Vergütungssteigerungen die um einen Prozentpunkt verminderte Grundlohnrate.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht. Die Begrenzung der Vergütungssteigerungen durch Orientierung an der Grundlohnrate nach § 71 Abs. 3 SGB V ist geeignet, die Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung an die gesamtwirtschaftliche Lohnentwicklung anzupassen und zur finanziellen Stabilisierung beizutragen.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 52 § 132a Versorgung mit häuslicher Krankenpflege

A Beabsichtigte Neuregelung

Vergütungssteigerungen für den Bereich der häuslichen Krankenpflege werden auf maximal die Höhe der Grundlohnrate nach § 71 Absatz 3 begrenzt. Damit entfällt auch die Verpflichtung zur vollständigen Tarifrefinanzierung in den Vergütungsverhandlungen. Für die Jahre 2027, 2028 und 2029 gilt als Höchstgrenze für die Vergütungssteigerungen die um einen Prozentpunkt verminderte Grundlohnrate.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht. Die Begrenzung der Vergütungssteigerungen durch Orientierung an der Grundlohnrate nach § 71 Abs. 3 SGB V ist geeignet, die Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung an die gesamtwirtschaftliche Lohnentwicklung anzupassen und zur finanziellen Stabilisierung beizutragen.

Gleichzeitig sind die mittelbaren Auswirkungen auf die soziale Pflegeversicherung im SGB XI zu berücksichtigen. Die unterschiedlichen vergütungsrechtlichen Vorgaben im SGB V und SGB XI führen zu einer deutlich höheren Komplexität der Vergütungsverhandlungen in der ambulanten Pflege, da Leistungen bislang häufig gemeinsam verhandelt werden.

Vor diesem Hintergrund sollte eine Harmonisierung der vergütungsrechtlichen Rahmenbedingungen geprüft werden. Insbesondere ist eine Weiterentwicklung des § 82c SGB XI angezeigt, um eine stärkere Orientierung an wirtschaftlichen Obergrenzen zu ermöglichen. Dies würde sich positiv auf die Stabilisierung der Eigenanteile sowie der Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung auswirken.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 53 § 132l Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege

A Beabsichtigte Neuregelung

Vergütungssteigerungen für den Bereich der außerklinischen Intensivpflege werden auf maximal die Höhe der Grundlohnrate nach § 71 Absatz 3 begrenzt. Damit entfällt auch die Verpflichtung zur vollständigen Tarifrefinanzierung in den Vergütungsverhandlungen. Für die Jahre 2027, 2028 und 2029 gilt als Höchstgrenze für die Vergütungssteigerungen die um einen Prozentpunkt verminderte Grundlohnrate.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht. Die Begrenzung der Vergütungssteigerungen durch Orientierung an der Grundlohnrate nach § 71 Abs. 3 SGB V ist geeignet, die Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung an die gesamtwirtschaftliche Lohnentwicklung anzupassen und zur finanziellen Stabilisierung beizutragen.

Gleichzeitig sind die mittelbaren Auswirkungen auf die soziale Pflegeversicherung im SGB XI zu berücksichtigen. Die unterschiedlichen vergütungsrechtlichen Vorgaben im SGB V und SGB XI führen zu einer deutlich höheren Komplexität der Vergütungsverhandlungen in der ambulanten Pflege, da Leistungen bislang häufig gemeinsam verhandelt werden.

Vor diesem Hintergrund sollte eine Harmonisierung der vergütungsrechtlichen Rahmenbedingungen geprüft werden. Insbesondere ist eine Weiterentwicklung des § 82c SGB XI angezeigt, um eine stärkere Orientierung an wirtschaftlichen Obergrenzen zu ermöglichen. Dies würde sich positiv auf die Stabilisierung der Eigenanteile sowie der Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung auswirken.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 54 § 133 Versorgung mit Krankentransportleistungen (neu)

A Beabsichtigte Neuregelung

Durch die vorgeschlagene Änderung wird klargestellt, dass § 71 Absatz 1 bis 3 auch bei Vertragsabschlüssen von Krankenkassen oder ihrer Landesverbände über die Entgelte für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes und anderer Krankentransporte gilt.

B Stellungnahme

Den Grundsatz der Beitragsstabilität auch für die Vergütungen im Rettungsdienst zu hinterlegen, unabhängig ob diese auf Verträgen oder Satzungen basieren, ist im Sinne der Bindung aller Ausgaben an die Einnahmesituation sachgerecht. Die nunmehr verpflichtende Vorgabe an die Krankenkassen, bei Nichtbeachtung des § 71 Festbeträge festsetzen zu müssen, unterstreicht das für die GKV geltende Primat.

Die in Absatz 2 Nr. 4 gewählte Formulierung, dass der Grundsatz der Beitragssatzstabilität „in entsprechender Anwendung" einzuhalten ist, schafft Raum sich entweder am konkret festgelegten Entgelt oder auch an den Gesamtkosten des Rettungssystems zu orientieren. Dies ist notwendig, da bei sinkender Auslastung trotz gleichbleibender Gesamtkosten das auf den einzelnen Einsatz berechnete Entgelt zunächst steigt. Diese Transformationsfolgen rechtfertigen nicht die Festsetzung von Festbeträgen, die die Versicherten mit Privatrechnungen belasten würden.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 55 § 134 Vereinbarungen zu digitalen Gesundheitsanwendungen; Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

zu a) Die Regelung sieht vor, dass in Abhängigkeit von der Abgabemenge ein Abschlag auf den vereinbarten Preis erfolgen muss. Hierbei wird auf zwei Stufen referenziert: mindestens 2 v. H. bei mehr als 3.000 Abgaben und 30 v. H. bei mehr als 100.000 Abgaben im Jahr.

zu b)

aa) die bisherige KANN-Regelung zur Festlegung von Schwellenwerten und Höchstbeträgen in der Rahmenvereinbarung nach §134 Abs. 4 dieses Buches wird durch eine MUSS-Regelung ersetzt.

bb) Künftig muss die Rahmenvereinbarung nach § 134 Abs. 4 SGB V auch einen Höchstbetrag für DiGA festlegen, die keiner Gruppe vergleichbarer digitaler Gesundheitsanwendungen zugeordnet sind. Der Höchstbetrag für solche nicht gruppierbaren DiGA wird nicht frei verhandelt, sondern systematisch berechnet. Er ist festzulegen als:

Mittelwert
- der nach Abgabemengen (Abgaben) gewichteten Höchstbeträge
- der Vergleichsgruppen nach § 134 Abs. 4 Satz 3 Nr. 2 SGB V

Die bestehenden Höchstbeträge vergleichbarer DiGA werden herangezogen und entsprechend ihrer tatsächlichen Nutzung (Abgabemengen) gewichtet. Aus diesen gewichteten Werten wird ein Durchschnitt gebildet, der dann als Höchstbetrag für die nicht zuordenbare DiGA gilt. Zusätzlich wird klargestellt, dass Absatz 4 Satz 3 bis 5 entsprechend gilt.

B Stellungnahme

zu a)

Aus Sicht der Krankenkassen ist die vorgesehene Abschlagsregelung zwar grundsätzlich zu befürworten, da sie erstmals eine mengenabhängige Preisabsenkung bei DiGA verbindlich vorsieht, sie bleibt jedoch in ihrer gesetzlichen Ausgestaltung unzureichend und problematisch. Die Änderung im Gesetzestext selbst verweist lediglich auf zwei Abschlagsstufen – mindestens 2 % ab mehr als 3.000 Abgaben und 30 % erst ab mehr als 100.000 Abgaben pro Jahr. Damit adressiert die Regelung zwar grundsätzlich Skaleneffekte, lässt aber den für die GKV ausgabenrelevanten Bereich im Regelungstext dazwischen faktisch offen.

Zwar werden in den Erläuterungen differenziertere Staffelungen beschrieben – nämlich eine Abstaffelung von 2 % ab 3.001 bis unter 10.000 Abgaben, 3 % ab 10.000 bis unter 20.000, .usw... sowie 30 % ab 100.000 Abgaben. Diese Staffelung entspricht deutlich eher den langjährigen Forderungen der Krankenkassen nach ei-

ner progressiven und früher greifenden Abschlagslogik. Allerdings sind diese Differenzierungen ausschließlich in den Erläuterungen enthalten und nicht im Regelungstext selbst normativ verankert.

Aus Kassensicht führt dies zu erheblicher Rechtsunsicherheit. Erläuterungen haben keinen verbindlichen Regelungscharakter und können weder Vertragsparteien noch Gerichte in gleicher Weise binden wie der Gesetzestext. Es bleibt damit unklar, ob und in welchem Umfang die feinere Staffelung tatsächlich angewendet werden muss oder ob sich die Umsetzung auf die im Gesetz ausdrücklich genannten Schwellen beschränkt. Gleichzeitig wird der Mindestabschlag von lediglich 2 % bei bereits mehreren tausend Abgaben weiterhin als zu niedrig bewertet, da zu diesem Zeitpunkt Fixkosten typischerweise amortisiert sind und relevante Wirtschaftlichkeitsanreize fehlen.

Insgesamt stellt die Regelung aus Sicht der Krankenkassen daher einen Schritt in die richtige Richtung dar, verfehlt jedoch ihr Steuerungspotenzial, solange die differenzierten Abschläge nicht rechtsverbindlich geregelt sind. Ohne eine klare gesetzliche Festschreibung der feiner abgestuften Abschlagslogik bleibt die Gefahr bestehen, dass Skaleneffekte nur unzureichend an die Solidargemeinschaft weitergegeben und die Ausgaben der GKV weiterhin nur verzögert begrenzt werden.

zu b)

aa)

Die Ersetzung der bisherigen KANN-Regelung durch eine MUSS-Regelung in § 134 SGB V ist aus Sicht der Krankenkassen sachgerecht. Die Erfahrungen mit der bisherigen Rechtslage zeigen, dass die bloße Möglichkeit zur Festlegung von Schwellenwerten und Höchstbeträgen keine verlässliche Preis- und Mengensteuerung gewährleistet hat. Mit der neuen MUSS-Regelung wird die Festlegung solcher Instrumente erstmals verbindlich vorgeschrieben und damit ein zentraler Steuerungsauftrag gesetzlich klargestellt. Dies stärkt die Position der Krankenkassen und erhöht die Verbindlichkeit der Rahmenvereinbarung. Gleichzeitig bleibt kritisch anzumerken, dass der Gesetzgeber das ‚Ob' regelt, nicht aber das ‚Wie'. Der konkrete Umfang und die Ambition der Schwellenwerte und Höchstbeträge bleiben weiterhin Verhandlungssache. Ob die Regelung ihr wirtschaftliches Potenzial entfaltet, hängt daher maßgeblich von der konkreten Ausgestaltung ab.

bb)

Der Vorschlag ist sachgerecht, denn es wird eine bisherige Regelungslücke geschlossen, da für diese Art von DiGA bislang kein klar definierter Maßstab bestand. Mit der Änderung finden die bereits etablierten Regelungen zur Festlegung, Anpassung und Fortschreibung der Höchstbeträge auch auf diesen neuen Höchstbetrag Anwendung. Dies sorgt für Verfahrensklarheit und Systemkohärenz. Künftig wird auch für digitale Gesundheitsanwendungen ohne Vergleichsgruppe zwingend ein Höchstbetrag festgelegt, was die bislang mögliche weitgehende Preisentkopplung begrenzt. Positiv ist zudem, dass sich dieser Höchstbetrag systematisch am nach Abgabemengen gewichteten Mittelwert bestehender Höchstbeträge orientiert und damit in die bestehende Logik der Preissteuerung eingebettet wird.

Kritisch bleibt jedoch, dass das Preisniveau nicht eigenständig begrenzt wird, sondern von der Höhe der bereits festgelegten gruppenspezifischen Höchstbeträge abhängt.
Insgesamt stärkt die Neuregelung Transparenz und Steuerbarkeit, reicht aus Kassensicht aber nicht aus, um das Preisniveau strukturell abzusenken.

C Änderungsvorschlag

zu a)

Streichen, wenn beibehalten ändern:

§ 134 Absatz 4 Satz 3 Nummer 2 SGB V (Neufassung)

… Regelungen über preiswirksame Abschläge in Abhängigkeit von der Abgabemenge digitaler Gesundheitsanwendungen.
Die Abschläge gelten ab dem Tag der Aufnahme der digitalen Gesundheitsanwendung in das Verzeichnis nach § 139e Absatz 1 und sind progressiv auszugestalten. Sie betragen mindestens:

1. ***2 % bei mehr als 3.000 bis unter 10.000 Abgaben je Kalenderjahr,***
2. ***3 % bei 10.000 bis unter 20.000 Abgaben je Kalenderjahr,***
3. ***5 % bei 20.000 bis unter 30.000 Abgaben je Kalenderjahr,***
4. ***10 % bei 30.000 bis unter 50.000 Abgaben je Kalenderjahr,***
5. ***20 % bei 50.000 bis unter 100.000 Abgaben je Kalenderjahr,***
6. ***30 % bei mehr als 100.000 Abgaben je Kalenderjahr.***

§ 134 Absatz 4 Satz 4 SGB V (Klarstellung)

Die Abschläge nach Satz 3 Nummer 2 gelten verbindlich und sind zwingender Bestandteil der Rahmenvereinbarung nach Absatz 1. Abweichungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung sind unzulässig.

zu b)

aa)

Kein Änderungsbedarf.

bb)

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 56 § 134a Versorgung mit Hebammenhilfe

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung werden die Vorgaben des neu gefassten § 71 Absatz 1 bis 3 SGB V zur Beitragssatzstabilität auch auf die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a ausgedehnt. Somit sind mögliche Vergütungsveränderungen des Vertrages zur „Versorgung mit Hebammenhilfe" in den Jahren 2027 bis 2029 auf die Anwendung einer um einen Prozentpunkt geminderten Veränderungsrate gemäß § 71 Abs. 3 SGB V begrenzt.

B Stellungnahme

Die Neuregelung ist sachgerecht und vor dem Hintergrund der Rückkehr zu einer konsequenten einnahmenorientierten Ausgabenpolitik und der Stärkung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität zu sehen.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 57 § 140a Besondere Versorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

Zu a)

Mit der Neuregelung werden die Vorgaben des neu gefassten § 71 Absatz 1 bis 3 SGB V zur Beitragssatzstabilität auch auf die selektivvertraglich organisierte „Besondere Versorgung" nach § 140a SGB V ausgedehnt. Somit unterliegt auch die „Besondere Versorgung" in den Jahren 2027 bis 2029 der Anwendung einer um einen Prozentpunkt geminderten Veränderungsrate gemäß § 71 Abs. 3 SGB V sowie der Streichung der Möglichkeit, Mehrausgaben durch Einsparungen in anderen Bereichen auszugleichen gemäß des bisherigen § 71 Abs. 2 S. 2 SGB V.

Zu b)

Redaktionelle Folgeänderung zur Änderung in § 11 Absatz 6 Satz 4 SGB V.

B Stellungnahme

Die Änderung ist vor dem Hintergrund der Rückkehr zu einer konsequenten einnahmenorientierten Ausgabenpolitik und der Stärkung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität zu sehen und wird grundsätzlich als sachgerecht eingeschätzt.

Durch die Streichung der Möglichkeit, Mehrausgaben durch Einsparungen in anderen Bereichen auszugleichen (bisher § 71 Abs. 2 S. 2 SGB V), wird allerdings die Flexibilität bei der Gestaltung besonderer Versorgungsformen sowie einer (sektoren)übergreifenden Wirtschaftlichkeitsbetrachtung eingeschränkt bzw. erschwert.

Es ist jedoch davon auszugehen, dass auch künftig solche gewünschten kompensatorischen Effekte im Rahmen allgemeiner Wirtschaftlichkeitsüberlegungen und unter Beachtung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität möglich bleiben werden.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 58 § 175 Ausübung des Wahlrechts

A Beabsichtigte Neuregelung

Die gesetzliche Änderung unterteilt sich in drei Unterpunkte. Während davon zwei Anpassungen (a und c) lediglich redaktioneller Art sind, betrifft die dritte Anpassung inhaltlich das Verfahren zur Information der Versicherten bei Änderungen des krankenkassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes. Den Krankenkassen wird nunmehr ermöglicht, ihrer im Zuge einer Anpassung des krankenkassenindividuellen Zusatzbeitrages Hinweispflicht nicht nur allein mit einem postalischen Versichertenschreiben nachzukommen. Zukünftig können diese Schreiben den Versicherten auch elektronisch übermittelt werden.

B Stellungnahme

Sofern Krankenkassen bisher Ihren Zusatzbeitragssatz anpassen mussten, war jedes Mitglied der Krankenkasse in einem gesonderten postalischen Schreiben auf die Beitragsanpassung und das damit einhergehende Sonderkündigungsrecht sowie dessen Ausübung hinzuweisen. Ergänzend dazu ist der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz zu benennen und auf die beim GKV-Spitzenverband geführte Übersicht der Zusatzbeitragssätze aller Krankenkassen hinzuweisen. Sollte der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz überschreiten, ist zudem auf die Möglichkeit des Wechsels in eine günstigere Krankenkasse hinzuweisen.

Der Gesetzgeber ermöglicht mit der Gesetzesanpassung nun, dass diese Schreiben nicht nur allein postalisch, sondern auch auf dem elektronischen Wege an die Versicherten gesendet werden können, wenn die Krankenkasse entsprechende Onlineportale zur Kommunikation mit den Versicherten vorhält. Allerdings sind die Versicherte auf den Eingang eines solchen Schreibens per E-Mail hinzuweisen und können dieses nach der Authentifizierung über ihr Onlinekonto abrufen/empfangen.

Grundsätzlich ist diese Anpassung zu begrüßen, da sie einen Teil der Forderungen der AOK-Gemeinschaft aufgreift. Sie geht allerdings nicht weit genug. Vielmehr sollte die Möglichkeit der allgemeinen Information der Versicherten geschaffen werden. Persönliche Schreiben, wenn auch auf dem elektronischen Weg, führen zu einem erhöhten Verwaltungsaufwand. Durch allgemeine Hinweise zur Anpassung des Zusatzbeitragssatzes der Krankenkasse auf ihren Internetportalen/-auftritten und in den Mitgliederzeitschriften der Krankenkassen bzw. der allgemeinen Presse kann noch aufwandsärmer kommuniziert werden.

Der Gesetzgeber hatte bereits im Jahr 2022 erkannt, dass der Hinweispflicht in einem ausreichenden Maße nachgekommen werden kann, wenn auf andere geeignete Weise informiert wird. In der Begründung wurde dazu ausgeführt, dass die Information in Mitgliederzeitschriften und auf Internetseiten der Krankenkassen erfolgen kann. Daher wurde mit der Aufnahme des § 175 Abs. 4a SGB V durch das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz für Beitragssatzanpassungen im Zeitraum vom 01.01.2023 bis zum 30.06.2023 auf persönliche Versichertenschreiben verzichtet. Die

redaktionelle Anpassung durch Streichung des Absatzes ist aufgrund des Zeitablaufs nachvollziehbar. Jedoch sollte im weiteren Gesetzgebungsverfahren geprüft werden, ob diese, sich bewährte und verwaltungsarme Kommunikation zur Hinweispflicht, zukünftig bei Anpassungen des krankenkassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes ausreichend ist.

C Änderungsvorschlag

Die Krankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 6 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder ~~in einem gesonderten Schreiben oder durch ein entsprechend § 37 Absatz 2a des Zehnten Buches bekanntgegebenes elektronisches Dokument~~ ***in geeigneter Weise*** auf das Kündigungsrecht nach Satz 6 und dessen Ausübung, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen nach § 242 Absatz 5 hinzuweisen; überschreitet der neu erhobene Zusatzbeitrag oder der erhöhte Zusatzbeitragssatz den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz, so sind die Mitglieder auf die Möglichkeit hinzuweisen, in eine günstigere Krankenkasse zu wechseln."

Nr. 60 § 221 Beteiligung des Bundes an Aufwendungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Zur Stabilisierung der Zusatzbeitragssätze in den Jahren 2029 bis 2033 werden für die in der Regelung bezeichneten Darlehen des Bundes an den Gesundheitsfonds abweichende Rückzahlungstermine festgelegt. Nunmehr soll die Rückzahlung in den Jahren 2035 bis 2039 erfolgen.

B Stellungnahme

Die Regelung wird abgelehnt.

Die Rückzahlung der Bundesdarlehen in Höhe von 5,6 Mrd. Euro stellt für die Zukunft eine große finanzielle Belastung für die GKV und die Beitragszahlenden dar. Die vorübergehende „Entlastung" der GKV-Finanzen durch Darlehen ist prinzipiell keine nachhaltige Maßnahme zur Stabilisierung, sondern eine Verschiebung von finanziellen Belastungen in die Zukunft. Daran ändert sich auch dann nichts, wenn der Rückzahlungstermin in die noch fernere Zukunft geschoben wird.

Die Darstellung der Regelung in Artikel 1 Nr. 60 als „Beitrag des Bundes" wird daher nicht geteilt. Ein wirkungsvoller Beitrag des Bundes zur finanziellen Stabilisierung der GKV wäre die von der FKG vorgeschlagene *auskömmliche* Refinanzierung der Ausgaben von Bürgergeldbeziehenden oder allenfalls eine Umwandlung der Darlehen in einen zusätzlichen Bundeszuschuss nachträglich für die jeweiligen Jahre.

C Änderungsvorschlag

Nach § 221a Absatz 4 wird folgender Absatz 5 eingefügt:

„***Die dem Gesundheitsfonds mit § 12 Absatz 4 Satz 1 des Haushaltsgesetzes 2023, § 13 Absatz 4 des Haushaltsgesetzes 2025 und § 13 Absatz 4 des Haushaltsgesetzes 2026 gewährten zinslosen Darlehen in Höhe von insgesamt 5,6 Mrd. Euro verbleiben abweichend von § 13 Absatz 4 des Haushaltsgesetzes 2025 und § 13 Absatz 4 und 5 des Haushaltsgesetzes 2026 als ergänzende Bundeszuschüsse im Gesundheitsfonds und sind nicht an den Bund zurückzuzahlen.***"

Nr. 61 § 223 Beitragspflicht, beitragspflichtige Einnahmen, Beitragsbemessungsgrenze

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Beitragsbemessungsgrenze in der GKV wird zukünftig in dieser Rechtsgrundlage eigenständig geregelt.
Der neue Absatz 4 Satz 1 regelt die Beitragsbemessungsgrenze in der GKV eigenständig. Ihr Wert im Jahr 2027 ist der um 3.600 Euro erhöhte Wert der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Absatz 7. Dadurch steigt der sich unter Anwendung der Dynamisierungsregelung in § 6 Absatz 6 Satz 2 bis 4 für das Jahr 2027 ergebende Wert der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Absatz 7 zusätzlich um 3.600 Euro.
Nach Absatz 4 Satz 2 gilt die Dynamisierungsregelung des § 6 Satz 2 und 3 für die Fortschreibung der Beitragsbemessungsgrenze in den Folgejahren entsprechend. Somit wird der um 3.600 Euro erhöhte Wert der Jahresarbeitsentgeltgrenze für das Jahr 2027 ab dem Jahr 2028 jährlich gesteigert entsprechend dem Verhältnis, in dem die Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer (§ 68 Absatz 2 Satz 1 des Sechsten Buches) im vergangenen Kalenderjahr zu den entsprechenden Bruttolöhnen und -gehältern im vorvergangenen Kalenderjahr stehen. Die veränderten Beträge werden zudem - nur für das Kalenderjahr, für das die Beitragsbemessungsgrenze bestimmt wird - jeweils auf das nächsthöhere Vielfache von 450 aufgerundet.
Für das Jahr 2027 wird die bisher als Beitragsbemessungsgrenze in der GKV herangezogene, unter Anwendung der jährlichen Dynamisierungsregelung ermittelte, Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 SGB V um zusätzlich 3.600 Euro erhöht. Somit sind die Beitragsbemessungsgrenze in der GKV und die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 SGB V sowie die Beitragsbemessungsgrenze in der SPV ab dem Jahr 2027 nicht mehr identisch.
Ausgehend von der so ermittelten Beitragsbemessungsgrenze in der GKV für das Jahr 2027 wird die Beitragsbemessungsgrenze in den Folgejahren wieder entsprechend der Regelung in § 6 Absatz 6 Satz 2 und 3 SGB V angepasst.
Nach Satz 3 wird auch die Beitragsbemessungsgrenze durch die Bundesregierung in der Rechtsverordnung nach § 160 des Sechsten Buches festgesetzt.

B Stellungnahme

Die Regelung wird abgelehnt.

Versicherte und Arbeitgebende sind bereits in erhebliche Vorleistung gegangen. Durch eine konsequentere Umsetzung der ausgabenseitigen Maßnahmen, wie sie die FKG empfohlen hat, können weitere Belastungen der Versicherten und Beitragszahlenden vermieden werden. Daher wird die Regelung abgelehnt.

Die einmalige Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze für das Kalenderjahr 2027 wirkt sich zwar positiv auf die Einnahmeseite der Krankenversicherung aus, allerdings führt die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze um 300 Euro pro Monat zu einer ungerechtfertigt hohen Belastung der Beitragszahlenden.

Der durchschnittlich erhobene Zusatzbeitragssatz in der GKV stieg von 1,51 % im Jahr 2023 auf 2,9 % im Jahr 2026 an und hat sich damit innerhalb von nur drei Jahren fast verdoppelt. Die Abgabenlast der Beschäftigten und die Lohnnebenkosten der Unternehmen stellen bereits heute ein gravierendes wirtschaftliches Problem dar, das die Wettbewerbsfähigkeit Deutschlands schmälert und wirtschaftliches Wachstum hemmt. Hinzu kommt, dass die Beitragsbemessungsgrenze 2027 ohnehin bereits regulär auf ein sehr hohes Niveau anwachsen wird. Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft sind die Beitragszahlenden daher bereits in Vorleistung getreten. Die finanzielle Belastungsgrenze der Beitragszahlenden ist erreicht.

Diese unverhältnismäßige Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze setzt zudem für junge, gutverdienende Versicherte weitere Anreize, in das System der privaten Krankenversicherung zu wechseln, da hier mit extrem niedrigen Beiträgen geworben wird. Die parallele Anhebung der Versicherungspflichtgrenze verringert dieses Risiko nur zum Teil, weil Mitglieder, deren beitragspflichtige Einnahmen die Versicherungspflichtgrenze um mehr als 3.600 Euro überschreiten, davon nicht betroffen sind.

Die FinanzKommission Gesundheit hat in ihrem ersten Bericht das Gewicht der Maßnahmen eindeutig auf die Ausgabenseite gelegt. Die Umsetzung der vorgeschlagenen Maßnahmen auf der Ausgabenseite allein würde bereits ausreichen, um den Beitragssatz 2027 zu stabilisieren. Der nach der Kommission von den Beitragszahlenden zu tragende Anteil 2027 macht lediglich 11 % des Einsparvolumens aus, während die in der Anpassung des § 223 vorgesehene Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze Versicherte und Arbeitgeber wesentlich stärker belastet. Eine gerechte Lastenverteilung im Sinne des Kommissionsberichts findet dadurch nicht statt.

Deutschland besitzt bereits eines der teuersten Gesundheitssysteme der Welt mit nur durchschnittlicher Leistungsfähigkeit. Bevor nicht nachhaltige Strukturreformen auf der Ausgabenseite umgesetzt sind, ist eine Anhebung der Beitragslast ineffizient.

Zu berücksichtigen ist auch, dass die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze zu höheren Krankengeldausgaben führt.

Weiterhin führt die zusätzliche Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in der GKV um 3.600 Euro dazu, dass die Beitragsbemessungsgrenze in der GKV und die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 SGB V sowie die Beitragsbemessungsgrenze in der SPV ab dem Jahr 2027 nicht mehr identisch sind.

C Änderungsvorschlag

Die Regelung ist zu streichen.

Nr. 62 § 232a Beitragspflichtige Einnahmen der Bezieher von Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld, Kurzarbeitergeld oder Qualifizierungsgeld

A Beabsichtigte Neuregelung

Um eine größere Beteiligung des Bundes an den Kosten der gesundheitlichen Versorgung von Bezieherinnen und Beziehern von Grundsicherung zu erreichen, wird der Wert der für diesen Personenkreis als Beitragsbemessungsgrundlage heranzuziehenden beitragspflichtigen Einnahmen aufgestockt.

Hierzu soll jährlich bis zum Jahr 2031 der Faktor, mit dem die monatliche Bezugsgröße zu multiplizieren ist, in fünf Schritten ab dem Jahr 2027 wie folgt erhöht werden:

- für das Jahr 2027 das 0,2234-fache der monatlichen Bezugsgröße,
- für das Jahr 2028 das 0,2312-fache der monatlichen Bezugsgröße,
- für das Jahr 2029 das 0,2464-fache der monatlichen Bezugsgröße,
- für das Jahr 2030 das 0,2618-fache der monatlichen Bezugsgröße und
- ab dem Jahr 2031 das 0,2766-fache der monatlichen Bezugsgröße.

Darüber hinaus sind die Beiträge für jeden für jeden Kalendermonat, in dem mindestens für einen Tag eine Mitgliedschaft besteht, zu zahlen.

B Stellungnahme

Die Regelung wird als unzureichend abgelehnt.

Auch mit der Neuregelung bleibt der für Bezieherinnen und Bezieher von Grundsicherung tatsächlich geleistete Beitrag weit unter den durchschnittlichen Leistungsausgaben der Grundsicherungsbeziehenden. Da die Existenzsicherung der Grundsicherungsbeziehenden eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, die dem Bund obliegt, hat dieser auch für die Kosten der Gesundheitsversorgung aufzukommen. Bereits mit dem letzten Gutachten, welches das IGES-Institut im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes erstellt hat, wurden für 2022 ca. 311,45 Euro und von der FinanzKommission Gesundheit für 2026 ein Betrag von ca. 400 Euro als kostendeckend ermittelt.

Mit der angestrebten Regelung werden diese kostendeckenden Beträge allerdings weiterhin nicht erreicht, so dass die GKV-Beitragszahler nach wie vor perspektivisch die überwiegenden Gesundheitsausgaben der Grundsicherungsbeziehenden schultern müssen.

Vor diesem Hintergrund hat sich die Höhe der vom Bund zu leistenden Aufwendungen an den Ausgaben für den in Rede stehenden Personenkreis zu orientieren. Das heißt, der Faktor, mit dem die Höhe der für die Beitragsberechnung zugrunde zulegenden Einnahme ermittelt wird, ist ab dem Jahr 2027 so festzulegen und jährlich fortzuschreiben, dass eine dauerhafte Deckung der Gesundheitsausgaben für Grundsicherungsbeziehende erreicht wird.

Sofern eine andere Art der Finanzierung der Gesundheitsausgaben für Grundsicherungsbeziehende angestrebt wird (z. B. über individuell berechnete Beträge je Mitglied statt des derzeitigen Pauschalbeitrages), sind die Regelungen des neuen § 242b auch für diesen Personenkreis zu berücksichtigen. Das heißt, dass bei einer Beitragszahlung je grundsicherungsbeziehendem Mitglied der Beitragszuschuss (2,5 % der beitragspflichtigen Einnahme) zu erheben und zu zahlen ist, sofern ein Ehe- oder Lebenspartner mitversichert ist, der nicht unter die Kriterien der kostenfreien Mitversicherung fällt.

C Änderungsvorschlag

Der für die Berechnung der Beitragspauschale für Grundsicherungsbeziehende zugrunde zulegende Faktor orientiert sich ab den Jahr 2027 konsequent an den Ausgaben für diesen Personenkreis und wird jährlich neu festgelegt.

Nr. 63 § 242b Beitragszuschlag für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner (neu)

A Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1
Für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner sollen die Krankenkassen einen Beitragszuschlag vom Mitglied i. H. v. 2,5 % erheben.
Kein Beitragszuschlag wird erhoben, wenn

- das Mitglied oder der familienversicherte Ehegatte/Lebenspartner ein Kind im Sinne des § 10 hat, dass im Haushalt des Ehegatten/Lebenspartners lebt und
    - unter 7 Jahre alt ist oder
    - sich aufgrund einer Behinderung nicht selbst unterhalten kann.
- der familienversicherte Ehegatte/Lebenspartner
    - einen Angehörigen pflegt (mind. Pflegegrad 2; wenigstens 10 Std. an regelm. zwei Tagen/Woche oder eine Freistellung nach § 3 PflegezeitG beansprucht),
    - die Regelaltersgrenze erreicht hat (§§ 35 oder 235 des SGB VI) oder
    - voll erwerbsgemindert ist (§ 43 Absatz 2 Satz 2 SGB VI)

Die Krankenkassen berücksichtigen die o. a. Ausnahmen auch ohne Nachweis des Mitglieds, sofern ihnen die Informationen vorliegen

Absatz 2
Das Mitglied trägt den Beitragszuschlag allein.
Zu zahlen ist er vom dem, der die Beiträge des Mitglieds zu zahlen hat. Ist dies ein Dritter, hat dieser Anspruch gegen das Mitglied auf den Beitragszuschlag. Dieser Anspruch kann von dem Dritten mit der von ihm an das Mitglied zu erbringende Geldleistung verrechnet werden.
Ist der Einbehalt des Beitragszuschlags aus laufenden Geldleistungen nicht möglich, soll der rückständige Betrag gleichmäßig über einen Zeitraum von zwölf Monaten verteilt einbehalten und ein zum Ende der Mitgliedschaft verbleibender rückständiger Betrag mit dem letzten Abrechnungszeitraum vollständig einbehalten werden. Mit Einverständnis des Mitglieds kann die Verteilung des Einbehalts des rückständigen Betrages über einen anderen Zeitraum als zwölf Monate erfolgen.

Absatz 3
Der Beitragszuschlag gilt entsprechend für Mitglieder, von denen die Versicherung eines Ehegatten, eines Lebenspartners oder eines Elternteils nach zwischen- oder überstaatlichem Recht abgeleitet wird.

Absatz 4

Der Beitragszuschlag soll ab 01.01.2028 gelten, aber bis einschließlich 30.06.2028 fällt er nicht auf Renten nach § 228 Abs. 1 Satz 1 SGB V und auf Versorgungsbezüge nach § 229 Abs. 1 Nr. 4 SGB V an.

B Stellungnahme

Auf die Stellungnahmen zu Art. 1 Nr. 2 (§ 3 Sätze 3 und 4 SGB V) und Art. 1 Nr. 7 (§ 10 Abs. 6 SGB V) wird verwiesen.
Der Beitragszuschlag für bislang kostenfrei mitversicherte Ehegatten und Lebenspartner stellt für AOK-Versicherte eine höhere Belastung dar als in der übrigen GKV. Die von der Neuregelung der beitragspflichtigen Mitversicherung überdurchschnittlich betroffenen AOK-Haushalte haben insgesamt ein geringeres durchschnittliches Haushaltsnettoeinkommen im Vergleich zu den Versicherten in der übrigen GKV. Zudem leben die AOK-Versicherten überwiegend in größeren Haushalten mit mehreren Kindern unter 16 Jahren (Ehegatten/Lebenspartner mit Kindern unter 7 Jahren sind hierbei bereits herausgerechnet). Der Beitragszuschlag für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner wird daher abgelehnt, deshalb ist die Regelung zu streichen.
Sollte die Bundesregierung dennoch an der Regelung festhalten, sind nachfolgende Hinweise zu berücksichtigen:

Zu Absatz 1
Grundsätzlich sind die in § 242b SGB V geregelten Ausnahmetatbestände sachgerecht. Allerdings sind die beschriebenen Erfüllungsaufwände viel zu gering bemessen.

Insbesondere hinsichtlich des Nachweises des Vorliegens der Ausnahmetatbestände zur Beitragspflicht wird davon ausgegangen, dass im Regelfall die Angaben der Versicherten ausreichend sind und nur selten seitens der Krankenkasse nähere Nachweise einzuholen sind, da ihnen das Vorliegen der Voraussetzungen größtenteils bereits anderweitig bekannt sein soll. Dabei entstehen gerade aufgrund der Ausnahmeregelungen für pflegende Angehörige (mind. Pflegegrad 2; wenigstens 10 Stunden. an regelmäßig zwei Tagen/Woche oder eine Freistellung nach § 3 PflegezeitG) erhöhte Prüfaufwände bei den Krankenkassen, da diese Informationen der die Familienversicherung durchführenden Krankenkasse in der überwiegenden Anzahl der Fälle nicht vorliegen und die Nachweise über die Pflege erst eingeholt und manuell geprüft und verarbeitet werden müssen. Eine maschinelle Prüfung kann hier, wie in der Begründung beschrieben, in der Regel nicht zum Einsatz kommen.

Zu Absatz 2
In der Bewertung zur Artikel 1 Nr. 7 (§ 10 Abs. 6) ist bereits beschrieben, dass das Mitglied eine elementare Rolle bei der Mitwirkung innehat, so dass die notwendigen Informationen an die relevanten Verfahrensbeteiligten erst zeitverzögert weitergeleitet werden können.

Die Verfahrensbeteiligten sind Dritte, über die das Mitglied Geldleistungen (Arbeitsentgelt, Rente, Versorgungsbezüge, Arbeitslosengeld, etc.) bezieht und die die Beiträge für das Mitglied zahlen. Diese beitragsabführenden Stellen haben laut der Beschreibung nur geringfügige Erfüllungsauswände bei der Anpassung der Abrechnungsprogramme, um auch den Beitragszuschlag für das Mitglied zu berechnen und zu zahlen. Die Krankenkassen erhalten die Informationen in der Regel zeitversetzt, weil sie im Rahmen der Prüfung der Familienversicherung zunächst ermitteln müssen, ob ein Mitglied für mitversicherte Ehegatten oder Angehörige der Pflicht zur Zahlung des Beitragszuschlags unterliegt. In der Folge können die Informationen zum Beitragszuschlag auch nur zeitversetzt an die beitragsabführenden Stellen übermittelt werden, was regelhaft zu einem rückwirkenden Eingriff in die Abrechnungen bei den beitragsabführenden Stellen und damit zu rückwirkenden Korrekturen und Nachzahlungen führen wird.

Die Beitragszuschläge können vom zahlungspflichtigen Dritten verrechnet und rückständige Beiträge über zwölf Monate verteilt vom Mitglied einbehalten werden. Ein „zum Ende der Mitgliedschaft" verbleibender rückständiger Betrag ist mit dem letzten Abrechnungszeitraum vollständig einzubehalten. Fraglich ist allerdings, ob tatsächlich auf das Ende der Mitgliedschaft in der Krankenversicherung abgestellt werden sollte, oder besser auf das Ende der „Kundenbeziehung des Mitglieds zum beitragsabführenden Dritten". Eine Abführung des Beitragszuschlags an den Gesundheitsfonds ist ohne Weiteres auch durch die neue Krankenkasse möglich. Das Vorgehen bei der Zahlung des Beitragszuschlags äquivalent zur Zahlung der Gesamtsozialversicherungsbeiträge auszugestalten, ist für die beitragsabführenden Stellen (z. B. für Arbeitgeber) ggf. aufwandsärmer und damit zielführender.

Regelungslücken bestehen allerdings noch für folgende Sachverhalte:

- Der beitragsabführende Dritte hat noch Ratenzahlungen für das Mitglied zu leisten, muss aber selbst keine Zahlungen mehr an das Mitglied vornehmen. Eine Verrechnung ist in diesen Fällen unmöglich und zwingt den Dritten, die Zuschläge vom Mitglied nach dem Ende seiner Kundenbeziehung einzufordern.
- Die Erhebung der Beitragszuschläge ist - wegen aufwändiger und langwieriger Klärung der Familienversicherung (z. B. bei der Prüfung der Pflegetätigkeit - erst rückwirkend durch die Krankenkasse erfolgt und das Mitglied hat zum Zeitpunkt der Mitteilung durch die Krankenkasse keine Kundenbeziehung mehr zu dem zuständigen beitragsabführenden Dritten.
  Eine Verrechnung ist auch in diesen Fällen unmöglich und zwingt den Dritten, die Zuschläge vom Mitglied nach dem Ende seiner Kundenbeziehung einzufordern.

In beiden Sachverhalten ist der beitragsabführende Dritte der Schuldner des Beitragszuschlags gegenüber der Einzugsstelle/Krankenkasse. Zu tragen hat den Beitragszuschlag jedoch das Mitglied und die beitragsabführende Stelle hat ihm gegenüber einen Anspruch auf diesen Beitragszuschlag. In der Folge muss sie diesen in

einem „Zivilverfahren“ vom jeweiligen Mitglied einfordern oder aus eigenen Bordmitteln zahlen.
Sichergestellt werden muss in diesen Fällen, dass eine Verrechnung des Anspruchs der beitragsabführenden Stelle mit laufenden Zahlungen für andere Mitglieder ebenso ausgeschlossen wird, wie eine Rückweisung dieser Fälle an die Krankenkassen.

Auch die Frage der Prüfung der ordnungsgemäßen Berechnung und Abführung der Beitragszuschläge bei den beitragsabführenden Stellen ist weder im Erfüllungsaufwand adressiert noch im Gesetzentwurf verankert. Im Falle der Beitragsabführung über den Arbeitgebenden z. B. käme eine Prüfung im Rahmen der Betriebsprüfung, die die Deutsche Rentenversicherung durchführt, in Betracht. Die entstehenden Kosten sind wiederum durch die Einzugsstellen/Krankenkassen über die Einzugskostenvergütung auszugleichen. Auch dieser Aufwand minimiert den erwarteten Einnahmezuwachs für die Krankenversicherung.

Bei selbstzahlenden Versicherten (hier in der Regel freiwillig Versicherte, Studenten in der KVdS, usw.) wird der Beitragszuschlag künftig im Rahmen der originären Beitragsfestsetzung berücksichtigt. Dies lässt sich mit kasseninternen Softwareanpassungen der Bestandsysteme umsetzen. Der Zeitraum bis zum beabsichtigten Inkrafttreten zum 01.01.2028 ist hierfür ausreichend.

Nicht berücksichtigt, sowohl im Erfüllungsaufwand als auch im Ertrag, sind zudem die Aufwände und Rückstände, die infolge der Nichtzahlung des Beitragszuschlags anfallen. Ferner werden die Beitragsrückstände infolge der Nichtzahlung des Beitragszuschlags weiter ansteigen, was sich in den Rückstandsstatistiken widerspiegeln wird.

Zu Absatz 3
Die Erweiterung des Anwendungsbereichs des Beitragszuschlags nach Absatz 1 auf Sachverhalte, in denen die bislang beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten und Lebenspartnern nicht auf den Vorschriften der Familienversicherung nach § 10 beruht, sondern eine Versicherung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nach zwischen- oder überstaatlichem Recht abgeleitet wird, ist grundsätzlich sachgerecht.

Diese Regelung soll eine Gleichstellung von Mitgliedern mit mitversicherten Familienangehörigen mit Wohnsitz im Inland mit solchen im Ausland schaffen. Die Schlussfolgerung, dass der Beitragszuschlag auch für mitversicherte Elternteile zu erheben ist, ist daher nur folgerichtig und sachgerecht.
Nicht eindeutig geregelt ist allerdings, ob dieser Beitragszuschlag je familienversicherten Elternteil und Ehegatten/Lebenspartner zu erheben ist, denn nur dann würde die erwünsche Gerechtigkeit eintreten. D. h. bei einer mitversicherten Mutter, einem mitversicherten Vater und einer mitversicherten Ehefrau (insgesamt 3 mitversicherte erwachsene Familienangehörige) müsste der Beitragszuschlag auch dreimal erhoben werden (3 x 2,5 % = 7,5 %). Diese Regelung ist nachzubessern, da im

Absatz 3 auf die Absätze 1 und 2 verwiesen wird, in denen nur der Ehegatte/Lebenspartner erwähnt ist. Da in Deutschland max. ein Ehegatte/Lebenspartner erlaubt ist, ist in diesen beiden Absätzen auch keine explizite Nennung einer Anzahl erforderlich.

Zu Absatz 4
Dass der Zuschlag auf Renten und Versorgungsbezüge nicht bis einschließlich 30.06.2028 anfällt, hat vermutlich umsetzungstechnische Gründe, die bei der Deutschen Rentenversicherung und den Zahlstellen liegen. Dies ist zwar nicht sachgerecht, aber nachvollziehbar.

Insgesamt sind die entstehenden neuen Verwaltungsaufwände der Beteiligten im Erfüllungsaufwand gar nicht oder nur sehr unzureichend berücksichtigt. Betrachtet man die mit dem Beitragszuschlag einhergehenden Kosten und den Bürokratie-/Verwaltungsauswand jedoch vollumfänglich und über alle am Verfahren Beteiligten hinweg, schmälern letztendlich alle diese nicht berücksichtigten einmaligen und laufenden Aufwände/Kosten den prognostizierten Einnahmenzuwachs von jährlich 1,5 Mrd. Euro erheblich.

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung

Alternativ ist der Absatz 2 Satz 5 wie folgt zu ändern:
(2) … Im Übrigen gelten die §§ 252 bis 254 und § 256 mit der Maßgabe, dass bei einem unterbliebenen Einbehalt des Beitragszuschlags aus laufenden Einnahmen der rückständige Betrag gleichmäßig über einen Zeitraum von zwölf Monaten verteilt einzubehalten und **ein verbleibender rückständiger Betrag spätestens zum Ende der ~~Mitgliedschaft~~*Kundenbeziehung des Mitglieds zum beitragsabführenden Dritten* mit dem letzten Abrechnungszeitraum vollständig einzubehalten und auszugleichen ist.**

Alternativ ist der Absatz 3 wie folgt zu ergänzen:
(3) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend für Mitglieder, von denen die Versicherung eines Ehegatten, eines Lebenspartners oder von Elternteilen nach zwischen oder überstaatlichem Recht abgeleitet wird. ***Der Beitragszuschlag nach Absatz 1 ist für jede abgeleitete Versicherung eines Ehegatten, eines Lebenspartners oder eines Elternteils zu erheben.***

Nr. 64 § 249b Beitrag des Arbeitgebers bei geringfügiger Beschäftigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Arbeitgebende tragen ab dem 01.01.2027 für geringfügig entlohnt Beschäftigte zur Krankenversicherung einen Beitrag unter Anwendung des allgemeinen Beitragssatzes nach § 241 SGB V zuzüglich des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V.

B Stellungnahme

Der Vorschlag ist sachgerecht, belastet allerdings ausschließlich die Seite der Arbeitgebenden. Die Mehreinnahmen aus der Neuregelung im Gesetzentwurf erscheinen realistisch.

Fraglich ist, ob das Arbeitsmodel „Minijob" noch in die zukünftige Arbeitswelt passt. Ggf. sollte im Rahmen eines folgenden Gesetzgebungsverfahrens bewertet werden, ob hier eine Neuordnung der versicherungs- und beitragsrechtlichen Bewertung erfolgen sollte.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 65 § 271 Gesundheitsfonds

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Fördersumme des Innovationsfonds wird mit der Anpassung des § 92a Absatz 4 ausschließlich durch die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert, abzüglich des Anteils der landwirtschaftlichen Krankenkasse. Die bisherige hälftige Finanzierung über die am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen fällt weg. Folglich wird auch der Anteil der landwirtschaftlichen Krankenkasse nicht mehr hälftig abgezogen.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung, die sich aus den Anpassungen an § 92a Absatz 4 ergibt. Auf unsere Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 37 wird verwiesen.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 66 § 275c Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst

A Beabsichtigte Neuregelung

Um die Anreizstruktur für regelkonforme Rechnungen zu stärken, werden die Schwellenwerte für die Festlegung der Prüfquote und zugleich die Prüfquoten selbst angehoben. In der Folge kann ein Krankenhaus erst bei einem höheren Anteil unbeanstandeter Abrechnungen eine niedrigere Prüfquote erreichen.

B Stellungnahme

Die mit der beabsichtigen Neuregelung verbundene Stärkung der Anreizstruktur für regelkonforme Rechnungslegung wird grundsätzlich begrüßt.

Die FinanzKommission hatte jedoch den gänzlichen Entfall der Quotierung empfohlen. Damit würden auch die bürokratischen Aufwände entfallen, die mit der quartalsweisen Erhebung, Auswertung und Veröffentlichung, die insbesondere die Krankenkassen und den GKV-SV belasten. Diese Aufwände bleiben nun weiterhin bestehen.

Zudem kann nur durch eine generelle Streichung der Prüfquoten eine Benachteiligung der gesetzlichen Krankenversicherung gegenüber der Privaten Krankenversicherung behoben werden.

Des Weiteren muss noch der Vorschlag der FinanzKommission zur Retaxierbarkeit des Vorhalteanteils ohne anschließende Ausgleichsmöglichkeit (Vorschlag 35 FKG) ab dem Jahr 2028 umgesetzt werden, da ansonsten die Anreizwirkung zu korrekter Abrechnung für Kliniken ab diesem Zeitpunkt geschwächt wird. Anders ausgedrückt, bedeutet dies, dass Krankenhäuser sich Vorhaltevergütungsanteile auch auf dem Wege fehlerhaft zu hoher Abrechnungen sichern könnten (siehe auch Abschnitt III. Zusätzlicher Änderungsbedarf).

Die Sanktionierung von Falschabrechnung ist erst seit 2022 gesetzlich verankert. Die Auswertungen der Jahre 2022 bis 2024 (Jahresstatistik des GKV-SV) haben jedoch gezeigt, dass die Sanktionswirkung des Aufschlags nach § 275c Absatz 3 nahezu durch die Zahlungen der Aufwandspauschalen in Höhe von 300 Euro nach § 275c Absatz 1 Satz 2 aufgehoben wird. Die Aufwandspauschale ist deswegen zu streichen oder zumindest erheblich zu reduzieren.

An dieser Stelle sei noch einmal darauf verwiesen, dass die Rückzahlung des nachweislich zu hoch abgerechneten Rechnungsanteils keineswegs eine Sanktion darstellt, sondern lediglich die Herstellung einer regelkonformen Abrechnung.

Abschließend sollte im Zuge der grundsätzlich befürworteten Stärkung der Anreizstruktur für korrektes Abrechnungsverhalten die Regelung zum Aufrechnungsverbots gemäß § 109 Absatz 6 angepasst werden. In ihrer jetzigen Form hat sie dazu geführt, dass Krankenhäuser einen Großteil der vom Medizinischen Dienst zu ihren Ungunsten geprüften Fälle formal in das bürokratische und Personalressourcen bindende Erörterungsverfahren gemäß § 17c Absatz 2b Satz 1 KHG überführen, ohne

die Erörterung in der Sache zu betreiben. Die Aufhebung des Aufrechnungsverbots – ausschließlich für die vom Medizinischen Dienst geprüften Fälle – würde an dieser Stelle die Qualität der Durchführung des Erörterungsverfahrens und dessen Ergebnis erheblich steigern. Alternativ kann auch eine hälftige Aufrechnungserlaubnis installiert werden, was wiederum die Sozialgerichte entlasten würde, da Abrechnungsstreitigkeiten häufig vergleichsweise beigelegt würden. Das Ergebnis dieser gerichtlichen Beilegung würde mit der hälftigen Aufrechnung somit in vielen Fällen vorweggenommen (siehe auch Abschnitt III. Zusätzlicher Änderungsbedarf).

C Änderungsvorschlag

Streichung der beabsichtigten Neuregelung, stattdessen Umsetzung der Empfehlung der FinanzKommission Gesundheit zum Entfall eines quotierten Prüfregimes.

Hilfsweise Streichung des Absatz 1 Satz 2 (Aufwandspauschale), alternativ wird der Betrag in Höhe von 300 Euro durch 100 Euro ersetzt.

Absatz 6 Nummer 3 (Ausschluss des Vorhaltevergütungsanteils von der einzelfallbezogenen Prüfung):

Der Punkt nach „Krankenhausentgeltgesetzes“ wird durch ein Semikolon ersetzt. Dahinter wird folgender Halbsatz angefügt:

„Prüfergebnisse aus anderweitigen Prüfanlässen sind bei den Vorhaltebewertungsrelationen umzusetzen.“

Der Änderungsvorschlag zur Aufhebung des Aufrechnungsverbots ist im Abschnitt III. Zusätzlicher Änderungsbedarf formuliert.

Nr. 68 § 295 Übermittlungspflichten und Abrechnung bei ärztlichen Leistungen

A Beabsichtigte Neuregelung

a) Die Neuregelung sieht vor, dass die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen verpflichtet werden, auch die Daten zu Zeiten einer Teilarbeitsunfähigkeit nach § 44c (neu) im Rahmen der elektronischen Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten aufzuzeichnen und an die Krankenkassen zu übertragen.

b) Redaktionelle Änderung mit dem Verweis auf § 27b SGB V

B Stellungnahme

zu a) Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung zur Teilarbeitsunfähigkeit.

Mit dieser Neuregelung ist auch eine Anpassung/ Umstellung der derzeitigen digitalen Verfahren zur Übermittlung der AU-Daten vom Arzt an die Krankenkasse und auch im Abrufverfahren zwischen Krankenkasse und Arbeitgeber erforderlich.

Da zunächst im G-BA darüber zu entscheiden ist, in welchem Umfang die AU-Daten bei einer Teilarbeitsunfähigkeit vom Arzt an die Krankenkassen übermittelt werden und danach erst das digitale eAU-Verfahren zwischen Krankenkasse und Arbeitgeber entsprechend erweitert werden kann, wird eine vorgesehene Umsetzung in der Praxis zum 01.01.2027 als nicht realistisch angesehen.

zu b) Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aus § 27b SGB V.

C Änderungsvorschlag

a)
Artikel 8 (Inkrafttreten) wird wie folgt angepasst:

Artikel 8 ist dahingehend anzupassen, dass Artikel 1 Nr. 68 analog Artikel 1 Nr. 17 am 1. Januar 2028 in Kraft tritt.

b)
Kein Änderungsbedarf.

Nr. 69 § 346 Unterstützung bei der elektronischen Patientenakte

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Unterstützungsleistung bei der Erstbefüllung und die für Unterstützungsleistung vorgesehene Vergütung im Zusammenhang mit elektronischen Patientenakte wird für Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Psychotherapeuten sowie Apotheken gestrichen.

Die FKG hatte als Maßnahme Nr. 14 die Rücknahme der Vergütung vorgeschlagen, nicht jedoch die Verpflichtung der Leistungserbringer. Begründet wird dies mit umfassenden Effizienzsteigerungen durch die ePA. Änderungsbedarf: Ergänzend sollte in Abs. 1 Satz 1 die Verpflichtung zur Unterstützung auch bei der Erstbefüllung für GKV-Neuzugänge ergänzt werden. In Absatz 1 Satz 1 werden nach „§§ 347 bis 349 bei der" die Wörter „erstmaligen Befüllung und bei der" ergänzt. Neben der Streichung der Absätze 3 und 5 ist auch eine Streichung der Vergütungsregelung bei den Apotheken vorzunehmen (Abs. 4). Gerade für die noch nicht zu Ende verhandelten Unterstützungsleistungen der Versicherten bei der Verarbeitung arzneimittelbezogener Daten in der elektronischen Patientenakte durch Apotheken ist die Forderung der Apotheken nach einer zusätzlichen Vergütung nach Abs. 4 angesichts der knappen Finanzreserven der GKV nicht vertretbar. Zudem sollte aufgrund der hohen Verbreitung der ePA der zur Arzneimittelabgabe notwendige Dokumentationsaufwand in der ePA (§ 346 Abs 2.) beim Packungsfixum als verpflichtende Leistung inkludiert, eingepreist und damit abgegolten sein. Der Absatz 4 ist danach ebenso zu streichen.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

Die FKG hatte als Maßnahme Nr. 14 die Rücknahme der Vergütung vorgeschlagen, nicht jedoch die Verpflichtung der Leistungserbringer. Begründet wird dies mit umfassenden Effizienzsteigerungen durch die ePA. Allerdings sollte ergänzend in Abs. 1 Satz 1 die Verpflichtung zur Unterstützung auch bei der Erstbefüllung für GKV-Neuzugänge festgehalten werden.

Aufgrund der angedachten Änderung ist darüber hinaus folgerichtig und angezeigt § 129 Abs. 5h Satz 2 Nr. 4 SGB V ersatzlos zu streichen.

C Änderungsvorschlag

In Absatz 1 Satz 1 werden nach „§§ 347 bis 349 bei der" die Wörter „erstmaligen Befüllung und bei der" ergänzt.

§ 129 Abs. 5h Satz 2 Nr. 4 SGB V wird gestrichen.

Nr. 70 § 411 Vergütungsregelungen für Führungskräfte unterhalb der Vorstandsebene (neu)

A Beabsichtigte Neuregelung

Der neu als Übergangsregelung eingefügte § 411 SGB V sieht vor, dass Vergütungserhöhungen für außertariflich bezahlte Führungskräfte auf der Ebene unterhalb der Vorstandsebene bei

- den Krankenkassen und ihren Landesverbänden
- dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen,
- den Medizinischen Diensten und dem Medizinischen Dienst Bund sowie
- den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen

bei zukünftigen und mit Wirkung für am 30. März 2026 (Tag der Veröffentlichung der Vorschläge der FinanzKommission) bestehenden Dienstverträgen nur alle sechs Jahre zulässig sein sollen, soweit bestehenden Verträgen nicht bereits eine Zusage über konkrete Vergütungserhöhungen zu entnehmen ist.
Die nach Ablauf von sechs Jahren mögliche Erhöhung der Grundvergütung ist auf einen Zuschlag auf die zuletzt vereinbarte Grundvergütung nach Maßgabe der durchschnittliche Veränderungsrate gemäß § 71 Abs. 3 SGB V des laufenden Kalenderjahres begrenzt.

B Stellungnahme

Die Regelung wird abgelehnt.

Die Regelung ist ohne erkennbaren Bezug auf den Bericht der FinanzKommission Gesundheit und ohne Begründung, wie dadurch beitragsrelevante Einsparung erreicht werden sollen, aufgenommen. Es werden nicht einmal konkrete Erkenntnisse dargelegt, die die Notwendigkeit einer gesetzgeberischen Maßnahme erkennen lassen. Ebenso wenig lässt der Entwurf erkennen, dass eine nähere Befassung mit den wirtschaftlichen Dimensionen und konkreten Einsparpotentialen stattgefunden hat, so dass von einer Eignung der Neuregelung im Sinne von beitragsrelevanten Einsparungen nicht ausgegangen werden kann. Vergleichbare Regelungen in anderen Bereichen der öffentlichen Haushaltsbereichen (z. B. Bundeshaushalt) existieren nicht, so dass Erforderlichkeit und Eignung auch nicht aus entsprechenden Erfahrungssätzen abgeleitet werden können. Angesichts der nachfolgend beschriebenen Folgewirkungen führt dies bereits zu einer Unverhältnismäßigkeit des mit der Regelung verbundenen Eingriffs.

Durch die Regelung wird

1) die Wettbewerbsfähigkeit der Krankenkassen im Wettbewerb um Führungskräfte massiv beeinträchtigt. Führungskräfte können am Markt deutlich bessere Bedingungen erzielen. Daraus folgen:
   - > eine Abwanderung von Leistungsträgern sowie
   - > erhebliche Probleme bei der Rekrutierung qualifizierten Personals.

2) eine flexibel an den gesetzlichen Aufgaben orientierte Unternehmensausrichtung erschwert. Denn:

- > Der Ausschluss einer Vergütungserhöhung gilt selbst bei einer Aufgabenerweiterung aufgrund von Marktveränderungen oder der Änderung der Unternehmenssituation/-organisation.

3) keine Entlastung der GKV-Finanzen erzielt:
   - > Bei aktuell geschätzt 220 von 60.000 Mitarbeitenden der AOKs (also 0,36 % der Mitarbeitenden) würde das Vergütungserhöhungsverbot bezogen auf diesen Bestand ein Einsparvolumen von unter 1 Mio. Euro p.a. bewirken.
4) es in der Praxis sogar gegenteilig zu höheren Vergütungen kommen. Denn:
   -> Bei zukünftigen Vertragsabschlüssen wird das Vergütungserhöhungsverbot zu erheblich höheren Vergütungsvereinbarungen führen, um das Inflationsrisiko abzufedern.

Darüber hinaus ist das Vergütungserhöhungsverbot über die Dauer von sechs Jahren und der anschließenden Erhöhungsmöglichkeit gemäß der durchschnittlichen Veränderungsrate (§ 71 Absatz 3 SGB V) des laufenden Kalenderjahres sachfremd und erscheint willkürlich. Warum nur jede siebte jährliche Veränderungsraten heranzuziehen sein soll und die jährlichen Veränderungsraten in der Zwischenzeit nicht berücksichtigt werden sollen, ist logisch nicht nachvollziehbar. Dies beeinträchtigt eine willkürlich ausgewählte Personengruppe zudem einseitig, und unzumutbar hinsichtlich der von ihnen nicht beeinflussbaren Vergütungsrisiken, wie z. B. Inflation. Sofern zwischenzeitliche Anpassungen – ähnlich den Tarifsteigerungen – nur im Umfang des Inflationsausgleichs erfolgen, haben diese nicht einmal die Wirkung einer echten Erhöhung, da sie dem Erhalt des Reallohns dienen. Die nun vorgesehene sechsjährige Sperrfrist sowie die enge Begrenzung der Anpassung haben faktisch die Wirkung eines Reallohnverlusts. Die Regelung stellt außerdem einen ungerechtfertigten Eingriff in das Selbstverwaltungsrecht der Krankenkassen dar. Zum Kernbereich der Selbstverwaltung gehört die interne Organisation der Verwaltung einschließlich der personalwirtschaftlichen Kompetenzen.

Die Regelung ist zudem offenkundig verfassungswidrig:

- -> Sie greift in die Berufsausübungsfreiheit der von ihr betroffenen Personen ein, da sie mit der Beeinflussung der arbeitsvertraglichen Vergütungsregelungen objektiv eine berufsregelnde Tendenz aufweist.
- -> Sie behandelt die direkt unterhalb des Vorstandes tätigen AT-Führungskräfte und die entsprechenden Führungskräfte, welche tariflich eingruppiert sind oder der Dienstordnung unterfallen, willkürlich ungleich. Auch behandelt sie Führungskräfte unterhalb der Vorstandsebene und Führungskräfte, die sich organisatorisch mehrere Stufen unterhalb der Vorstandsebene befinden, willkürlich ungleich. Zwangsläufig führt das in eine Situation, in der den betroffenen Körperschaften ein Personalmanagement entlang der geltenden arbeitsrechtlichen Grundsätze (z. B. das Prinzip der gleichen Bezahlung für gleiche oder gleichwertige Arbeit – Equal Pay) ggf. erheblich erschwert wird und es voraussichtlich zu arbeitsrechtlichen Auseinandersetzungen kommen wird. In welchem Verhältnis die dadurch entstehenden negativen Folgewirkungen bzw. -kosten zu den vom Gesetzgeber erwarteten Einsparungen stehen, lässt weder die Neuregelung noch die zugehörige Begründung erkennen.

-> Sie verletzt die durch die allgemeine Handlungsfreiheit geschützte Privatautonomie, indem sie einseitig und mit belastender Wirkung (Reallohnverlust) für Beschäftigte in die Ausgestaltung einer arbeitsrechtlichen Hauptleistungspflicht (Vergütung) bei bestehenden Arbeitsverträgen eingreift.
-> Die mit der Regelung verbundenen Grundrechtseingriffe sind ungerechtfertigt. Nach der Begründung des Gesetzentwurfs verfolgt die Regelung den Zweck, einen weiteren Anstieg der Vergütungen in den Spitzenpositionen zu verhindern, was zu einer dauerhaften Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung beitragen soll. Die Regelung ist bereits nicht geeignet, einen ernstzunehmenden Beitrag zu einer dauerhaften Stabilisierung der Beitragssätze in der GKV zu leisten, da die mit ihr erzielten Finanzwirkungen für den Bereich der GKV allenfalls verschwindend gering sind und zu erheblichen arbeitsrechtlichen Friktionen, verbunden mit Folgewirkungen und -kosten, führen wird (s. o.). Sie ist jedenfalls zur Erreichung des vorgesehen Zwecks nicht erforderlich. Angesichts des gravierenden Eingriffs durch die Vergütungsregelung ist sie für den betroffenen Personenkreis zudem unzumutbar und damit auch unverhältnismäßig im verfassungsrechtlichen Sinne.

C Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

Nr. 71 § 429 Übergangsregelung zum Kombinationsabschlag (neu) und § 430 Evaluierung

A Beabsichtigte Neuregelung

Aufgrund der Streichung des Kombinationsabschlags wird eine Übergangsregelung für bisher abrechnungsfähige Arzneimittelkombinationen eingeführt.

B Stellungnahme

Die Streichung des Kombinationsabschlags wird abgelehnt, denn dies führt zu erheblichen Mehrausgaben für die GKV für Patentarzneimittel. Mit der Streichung wird das Problem von erheblichen Mehrausgaben aufgrund des kombinierten Einsatzes teurer Patentarzneimittel, denen ein unzureichend adäquater Mehrnutzen gegenübersteht, nicht mehr adressiert. Bereits jetzt führt der Kombinationsabschlag zu Erlösen in Höhe von etwa 130 Mio. Euro pro Jahr, die perspektivisch weiter steigen. Daher spricht sich der AOK-Bundesverband für eine Beibehaltung des bestehenden § 130e SGB V aus.

C Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung und Beibehaltung des bestehenden § 130e SGB V.

Artikel 2 Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 1 § 20 Aufbringung der Mittel, Übergangsbereich

A Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahme im Übergangsbereich wird für den Faktor F nicht mehr ein fester Wert in Höhe von 28 %, sondern die Summe aus allgemeinem Beitragssatz nach § 241 SGB V, durchschnittlichem Zusatzbeitragssatz nach § 242a SGB V und 15 % Pauschalbeitragssatz zur Rentenversicherung berücksichtigt.

B Stellungnahme

Der Vorschlag ist sachgerecht und eine Folge der Neuregelung in Artikel 1 Nr. 64 (§ 249b SGB V).

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 2 § 35a Vorstand bei Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie Ersatzkassen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Neufassung von § 35a Abs. 6a Sätze 4 bis 9 sehen über die bisherige Vergütungsregulatorik hinaus weitergehende Regelungen für die Vereinbarung von Vorstandsvergütungen der Krankenkassen vor. Insbesondere werden Vergütungsanpassungen während einer Amtsperiode ausgeschlossen (Satz 5). Eine Erhöhung der Vergütung zu Beginn der Amtszeit eines Vorstandsmitgliedes soll ausschließlich durch einen Zuschlag auf die Grundvergütung möglich sein, wobei die Erhöhung auf die Grundlohnrate, die für das Kalenderjahr gilt, in dem der Vertrag neu abgeschlossen wird, beschränkt wird (Satz 6). Zudem soll der Aufsichtsbehörde zu Beginn einer neuen Amtszeit die Möglichkeit eingeräumt werden, eine niedrigere Vergütung anzuordnen (Satz 9). Nach Satz 7 sollen die Neuregelungen auch für bereits am 30. März 2026 bestehende Vorstandsdienstverträge gelten, es sei denn die Verträge sehen einen Anspruch auf eine konkrete Erhöhung vor.

B Stellungnahme

Die Regelung wird abgelehnt.

Die beabsichtigte Regelung ist weder erforderlich noch geeignet, um im Sinne der Beitragsstabilität eine beitragsrelevante Einsparung zu erzielen. Im Gegenteil: Die Regelung und ihre Begründung widersprechen den Feststellungen der FinanzKommission Gesundheit:

> *„Die Vorstandsvergütungen werden jährlich im Bundesanzeiger veröffentlicht und betrugen im Jahr 2024 GKV-weit insgesamt rund 17 Mio. Euro. Dies entspricht einem Anteil von 0,14 % an den Nettoverwaltungsausgaben und von 0,005 % an den Gesamtausgaben. Demnach kann über eine Reduktion der Vorstandssitze oder eine Begrenzung von deren Vergütungen keine beitragsrelevante Einsparung erreicht werden."* (FinanzKommission Gesundheit | Erster Bericht | 30.03.2026)

Im Übrigen wird zum Verbot der Vergütungserhöhung auf die Ausführungen zu Nr. 71 § 411 SGB V (neu) verwiesen, die hier entsprechend gelten.
Die vorgesehene auf Verlangen vorzulegende unabhängige rechtliche und wirtschaftliche Bewertung der Vorstandsdienstverträge greift in die Kompetenzverteilung zwischen Krankenkassen und den zuständigen Aufsichtsbehörden ein. Es ist eine Kernaufgabe der Rechtsaufsicht, eigenständig die rechtliche Bewertung dessen vorzunehmen, was die Selbstverwaltung mit Vorstandsmitgliedern verhandelt.

C Änderungsvorschlag

Artikel 2 Nummer 2 wird gestrichen.

Artikel 3 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 1 § 5 Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Zuschläge für die Erstbefüllung der ePA sollen ab 2027 entfallen. Die entsprechenden Regelungen zu Zuschlägen für die Erstbefüllung der ePA im Krankenhausbereich sind daher zu streichen.

B Stellungnahme

Die beabsichtige Streichung der Zuschläge wird begrüßt. Die Neuregelung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 2 § 6 Vereinbarung sonstiger Entgelte

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 9 Absatz 1b (Begrenzung des Anstiegs der Erlössumme auf den neugeregelten Veränderungswert).

B Stellungnahme

Die beabsichtige Neuregelung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 3 § 6a Vereinbarung eines Pflegebudgets

A Beabsichtigte Neuregelung

Zu Buchstabe a

Die Regelungen des Absatz 2 zum Pflegebudget sind letztmalig für den Vereinbarungszeitraum 2026 anzuwenden.

Zu Buchstabe b

Das Pflegebudget in seiner bisherigen Form wird ab dem Vereinbarungszeitraum 2027 in ein Pflegebudget überführt, das durch die Kopplung an die Entwicklung der Grundlohnsumme in seiner Refinanzierung durch die Krankenkassen gedeckelt wird. Steigerungen darüber hinaus dürfen von den Kassen nur refinanziert werden, wenn aufgrund rechtlicher oder sonstiger Vorschriften der zusätzliche Aufbau von Pflegefachpersonal notwendig ist. Aufsatzpunkt für das Pflegebudget 2027 ist das Pflegebudget 2026. In den folgenden Jahren ist dementsprechend jeweils das vorjährige Pflegebudget Basis für das folgende Pflegebudget.

B Stellungnahme

Zu Buchstabe a

In den Verhandlungen auf Ortsebene ist aktuell strittig, ob sich die im Zuge des KHAG erfolgte Klarstellung zu Pflegepersonalkosten für Tätigkeiten, die nicht der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen und in Kreißsälen dienen (insbesondere hauswirtschaftliche, logistische, administrative oder technische Tätigkeiten), auch für den Vereinbarungszeitraum 2025 anzuwenden ist. Es ist deswegen eine präzisierende Klarstellung vorzunehmen, die den Vereinbarungszeitraum 2025 ausdrücklich miteinbezieht.

Zu Buchstabe b

Die beabsichtigte Neuregelung wird abgelehnt. Die FinanzKommission Gesundheit hat in seinem ersten Bericht die vollständige Wiedereingliederung der Pflegepersonalkosten in die DRG-Fallpauschalen empfohlen (Reformempfehlung Nr. 27); dieser Vorschlag sollte stattdessen umgesetzt werden.

Das neu geregelte Pflegebudget konserviert die Fehlanreize des bestehenden Pflegebudgets, lediglich die Refinanzierung durch die Krankenkassen erfährt eine Deckelung im Sinne der angestrebten einnahmenorientierten Ausgabenpolitik.

Mit der Fortführung eines gedeckelten Pflegebudgets ist es Krankenhäusern weiterhin möglich, ohne konkreten Bedarfsbezug Pflegefachpersonal am Krankenhaus zu halten. Dies ist auch im Falle absehbarer und nicht nur vorrübergehender Leistungsmengenreduzierungen (z. B. bei Verlust einer Leistungsgruppe) der Fall.

Da das neu geregelte Budget auf dem Pflegebudget 2026 aufsetzt, setzt es zusätzlich den ökonomischen Fehlanreiz zum nicht bedarfsgerechten Aufbau von Pflegefachpersonal noch in 2026. Neben den daraus resultierenden Kostensteigerungen - die jetzt beobachteten Forderungen der Krankenhäuser für das Jahr 2026 liegen im

Bereich von etwa 12 % - führt diese Regelung zu einer zusätzlichen Belastung der schon jetzt schwierigen und sich im Verzug befindenden Budgetverhandlungen.

Im Fall von absehbaren, nicht nur vorübergehenden Leistungsmengenminderungen fehlt es zudem an einer Regelung, diese auch im Pflegebudget abzubilden; der umgekehrte Fall ist hingegen geregelt. Die Voraussetzungen zum Aufbau von Pflegepersonal über die gesetzlich geregelte Steigerungsrate hinaus sind jedoch so allgemein formuliert, dass Streitigkeiten über deren Nachvollziehbarkeit auf der Ortsebene vorprogrammiert sind.

Die angestrebte Fortführung des Pflegebudgets unter leicht geänderten Bedingungen adressiert zudem nicht den wirtschaftlich gebotenen Einsatz dieser wertvollen Ressource, da dessen Refinanzierung von betriebswirtschaftlichen Anreizen (z. B. Steigerung von Produktivität und Effizienz) weiterhin entkoppelt bleibt.

Um die Fehlanreize, die mit der Selbstkostenfinanzierung einhergehen, zu eliminieren, ist es mit Blick auf die Ausgabenentwicklung in diesem Bereich und zu der Schaffung von Anreizen zu einem bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Personaleinsatz geboten, die Kosten für das Pflegefachpersonal wieder in die Fallpauschalen zu integrieren. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund der ab 2028 einsetzenden leistungsgruppenbezogenen Vorhaltefinanzierung relevant. Die Fehlentwicklungen vor Einführung des Pflegebudgets müssen dabei vermieden werden. Dies ist über bestehende und neue Vorgaben zur bedarfsgerechten Vorhaltung von Pflegefachpersonal zu regeln (z. B. Pflegepersonaluntergrenzen, leistungsgruppenbezogene Vorgaben).

Um den Fehlanreizen eines rein wirtschaftlich motivierten Aufblähens des Pflegebudgets 2026 entgegenzuwirken, sollte stattdessen das Pflegebudget 2025 (Ist-Kosten), korrigiert um die Steigerungsrate der Grundlohnsumme für 2026, als Basis herangezogen werden. Für die Kalkulation der Ausgangsgrundlage für 2027 könnte vom Gesetzgeber ein sachgerechter Steigerungswert in § 6a hinterlegt werden, der den personellen Aufwuchs sowie die Einkommenssteigerungen adäquat und bedarfsorientiert abbildet.

Letztlich fordert die AOK-Gemeinschaft der Reformempfehlung der FinanzKommission zum Pflegebudget zu folgen, da diese sowohl die dringend notwendigen Kostendämpfungseffekte verspricht und gleichzeitig einen stärkeren Bedarfsbezug als die hier vorliegende Neureglung vorweist.

C Änderungsvorschlag

Zu Buchstabe a

Die Worte „das Jahr“ werden gestrichen und durch die Worte „***die Jahre 2025 und***“ ersetzt.

Zu Buchstabe b

Streichung der vorgesehenen Regelung.

Hilfsweise sind folgende Änderungen vorzunehmen:

- Klarstellung zur Nichtberücksichtigung von Ausgleichen für vorangegangene Vereinbarungszeiträume für die Ermittlung des Pflegebudgets
- Pflegebudget 2025 als Ausgangsgrundlage für 2027, erhöht um einen sach- und bedarfsgerechten Erhöhungswert
- Klarstellung im Sinne einer „einnahmenorientierten Ausgabenpolitik", dass Tarifsteigerungen der Pflegefachkräfte lediglich im Umfang der Steigerung der Grundlohnsumme refinanziert werden
- Formulierung einer Regelung, die auch eine Reduzierung des Pflegebudgets für den Fall des vorhersehbaren Absinkens der Leistungsmenge, z. B. wegen des Entzugs einer Leistungsgruppe, zwingend bewirken.

Nr. 4 § 6c Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen zur einnahmeorientierten Ausgabenpolitik werden auf die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen übertragen.

Im Buchstaben a) wird der Anstieg der Pflegepersonalkosten auf den Veränderungswert begrenzt. Basis ist die erstmalige Vereinbarung nach Umwandlung in ein süV. Eine Überschreitung ist vorgesehen, wenn dies zur Einhaltung von gesetzlicher oder anderer Personalvorgaben, hierzu zählen auch G-BA Richtlinien, erforderlich ist. Es wird eine Rückzahlungsverpflichtung bei Unterschreitung der vereinbarten Pflegepersonalkosten eingeführt. Überschreiten die Ist-Kosten die Vereinbarung erfolgt kein Ausgleich. Die für das Pflegebudget (vgl. § 6a 2a KHEntgG (neu)) geltenden Regelungen werden vollständig auf süV übertragen.

Buchstabe b) begrenzt die Steigerung des Gesamtvolumens nach der erstmaligen Vereinbarung auf den Veränderungswert. Eine Überschreitung ist nur möglich, wenn sich Art und Menge der voraussichtlich zu erbringenden voll- und teilstationären Leistungen ändern.

B Stellungnahme

Insgesamt werden die Regelungen begrüßt. Kritisch ist für den Bereich der Pflegekosten der Aufsatzpunkt. Ziel der süV wird es sein, einen möglichst hohen Ausgangswert zu vereinbaren. Es fehlt eine Regelung, die eine Absenkung vorsieht, sollte im Ist weniger Kosten entstanden sein als vereinbart. Des Weiteren ist die Menge nicht wirksam begrenzt. Der Bezug auf die Umsetzung gesetzlicher Vorgaben ist zu weit gefasst.

Bei der Vereinbarung des Gesamtvolumens muss in Bezug auf die Möglichkeit, Art und Menge der Mehrleistungen ober des begrenzten Gesamtvolumens zu vereinbaren eine Klarstellung geben, dass diese nur mit den variablen Kosten zu berücksichtigen sind.

Im Referentenentwurf war eine Berücksichtigung der Tariferhöhungsrate nicht vorgesehen. Im Gesetzesentwurf ist die Streichung der Regelung nicht mehr berücksichtigt. Es sollte, analog zum Pflegebudget, eine Klarstellung im Sinne einer „einnahmenorientierten Ausgabenpolitik“ geben, dass Tarifsteigerungen der Pflegefachkräfte lediglich im Umfang der Steigerung der Grundlohnsumme refinanziert werden.

C Änderungsvorschlag

Pflegekosten müssen bereits im ersten Jahr begrenzt werden, damit keine unrealistisch hohen Personalkosten eingerechnet werden.

Bei der Berechnung des Gesamtvolumens dürfen zusätzliche Leistungen nur mit dem variablen Kostenanteil eingerechnet werden.

Nr. 5 § 8 Berechnung der Entgelte

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Einführung der Kurzzeitfallpauschalen werden auch Vorgaben für die Berechnung der Entgelte ergänzt. Mit der Regelung des neuen Absatz 5a wird in Satz 1 vorgegeben, dass die Kurzzeitfallpauschalen nicht abrechenbar sind, wenn die Leistung im Katalog für ambulant durchführbare Operationen, stationsersetzende Eingriffe und stationsersetzende Behandlungen (AOP-Katalog) aufgeführt ist.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht. Die Ablehnung der Kurzzeitfallpauschalen bleibt unabhängig davon bestehen (siehe dazu die Kommentierung unter Artikel 4 Nr. 2 zu den Kurzzeitfallpauschalen).

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 6 § 9 Vereinbarung auf Bundesebene

A Beabsichtigte Neuregelung

zu Buchstabe a, Doppelbuchstabe aa

Die Vertragsparteien auf Bundesebene werden beauftragt, bis zum 30. Juni 2027 ihre bestehenden Abrechnungsbestimmungen in Gestalt der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (Fallpauschalenvereinbarung), die auch Regelungen zur Fallzusammenlegung vorsieht, kritisch zu überprüfen, inwieweit eine Erweiterung der bestehen den Regelungen möglich ist.

zu Buchstabe a, Doppelbuchstabe bb

Die Regelung sieht vor, dass die Vertragsparteien auch zukünftig eine Erhöhungsrate für Tariferhöhungen und ein anteilige Erhöhungsrate vereinbaren. In Folge der Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip wird zukünftig das Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen in die anteilige Tarifrefinanzierung einbezogen.

zu Buchstabe a, Doppelbuchstabe dd

Im Zusammenhang mit der Einführung von Kurzzeitfallpauschalen haben nach § 9 Absatz 1 Nummer 11 die Vertragsparteien auf Bundesebene mit Wirkung für die Vertragsparteien auf Ortsebene nähere Einzelheiten für die Kurzzeitfallpauschalen zu vereinbaren. Die Vereinbarung ist bis zum 30. September 2027 zu treffen, da die Einführung von Kurzzeitfall pauschalen zum Jahr 2028 erfolgen soll und die örtlichen Vertragsparteien genügend Vorlauf haben sollen, sich mit den näheren Einzelheiten vertraut zu machen.

zu Buchstabe b

Die Vorgaben für die Vereinbarung des Veränderungswerts, der die Obergrenze für den Anstieg insbesondere der Landesbasisfallwerte darstellt, werden geändert (Streichung der sog. Meistbegünstigungsklausel). Ist der vom Statistischen Bundesamt ermittelte Orientierungswert höher als die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V, haben die Vertragsparteien auf Bundesebene den Veränderungswert in Höhe der Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V zu vereinbaren (Satz 2). Ist der vom Statistischen Bundesamt ermittelte Orientierungswert geringer als die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V, haben die Vertragsparteienden Veränderungswert in Höhe des Orientierungswerts zu vereinbaren (Satz3).

B Stellungnahme

zu Buchstabe a, Doppelbuchstabe aa

Eine Erweiterung der Regeln zur Fallzusammenführung wird grundsätzlich begrüßt, die beabsichtigte Neuregelung zur Umsetzung auf dem Vereinbarungswege wird jedoch abgelehnt.

Die Reformempfehlung Nr. 30 der FinanzKommission Gesundheit wird nur unvollständig aufgegriffen. Insbesondere das Aushandeln neuer Reglungen zwischen den

Vertragsparteien auf Bundesebene ist nicht zielführend, da davon auszugehen ist, dass die DKG keinerlei Veränderungen zustimmen wird, die mit Mindererlösen verbunden sind. Insofern ist in der Folge davon auszugehen, dass das damit verbundene Einsparziel nicht erreicht wird.

Alternativ sollte erwogen werden, die erweiterten Regeln zur Fallzusammenführung im Falle der Nichteinigung vom Bundesministerium für Gesundheit im Zuge einer Ersatzvornahme festlegen zu lassen. Gegebenenfalls ließe sich die Umsetzung der Regelungen zur Fallzusammenführung und somit auch die gewünschte Finanzwirkung von 2028 auf 2027 vorziehen, wenn das Bundesministerium für Gesundheit einfache Regelungen gesetzlich vorgeben würde. Beispielsweise könnte der Bezug zur oberen Grenzverweildauer bei Fallzusammenführungen gemäß § 2 Absatz 1 Fallpauschalenvereinbarung 2026 gelöst und durch einen nach Tagen bemessenen Wiederaufnahmezeitraum analog § 2 Absatz 2 Fallpauschalenvereinbarung (30 Tage) ersetzt werden.

zu Buchstabe a, Doppelbuchstabe bb

Vgl. hierzu die Stellungnahme zu § 10 Buchstabe d.

zu Buchstabe a, Doppelbuchstabe dd

Die beabsichtigte Neuregelung wird abgelehnt.

Es ist angesichts der weit auseinanderliegenden Interessen nicht erwartbar, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene auf dem Vereinbarungswege eine bedarfsgerechte und wirtschaftlich sinnvolle Fallzahlbegrenzung festlegen werden können. Die Festlegung im Zuge der Schiedsstelle erscheint auch nicht sachgerecht. Hilfsweise ist eine Festlegung der Höchstfallzahlen auf dem Verordnungswege oder eine Festlegung des Vereinbarungsinhalts im Zuge einer Ersatzvornahme durch das Bundesministerium für Gesundheit zu regeln.

zu Buchstabe b

Die vorgesehene Abschaffung der Meistbegünstigungsklausel wird ausdrücklich begrüßt. Die Klausel hat in den vergangenen Jahren sowohl im somatischen Bereich als auch in der Psychiatrie zu nicht sachgerechten Steigerungen der Landesbasisfallwerte geführt und damit die Ausgabendynamik der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erheblich verstärkt. Vor dem Hintergrund der im BStabG-Kabinettsbeschluss verankerten Ziele – Beitragsstabilität, Ausgabenbegrenzung und Vermeidung struktureller Überfinanzierung – ist die Streichung der Meistbegünstigungsklausel ein notwendiger Schritt. Fachlich konsequent wäre in diesem Zusammenhang auch eine vollständige Streichung der Tarifratenrefinanzierung, da diese ebenfalls zu strukturellen Überfinanzierungen beiträgt.

C Änderungsvorschlag

Streichung.

zu Buchstabe a, Doppelbuchstabe bb

Streichung der Nr. 7

zu Buchstabe a, Doppelbuchstabe dd

Streichung. Hilfsweise ist eine Festlegung auf dem Verordnungswege bzw. auf dem Wege einer Ersatzvornahme durch das Bundesministerium für Gesundheit zu regeln.

zu Buchstabe b

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 7 § 10 Vereinbarung auf Landesebene, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Klarstellung zur Gewährleistung, dass die Effekte sinkender Bewertungsrelationen durch Kurzzeitfallpauschalen nicht erhöhend bei der Vereinbarung der Landesbasisfallwerte berücksichtigt werden.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Änderung des § 9 Absatz 1b.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 9 Absatz 1b. Es wird vorgesehen, dass die Veränderung des Basisfallwerts zukünftig durch den gemäß den neuen Vorgaben des § 9 Absatz 1b ermittelten Veränderungswert begrenzt wird.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Klarstellung zur Gewährleistung, dass die Effekte sinkender Bewertungsrelationen durch Kurzzeitfallpauschalen nicht erhöhend bei der Vereinbarung der Landesbasisfallwerte berücksichtigt werden, sondern resultierende Einsparungen zugunsten der Kostenträger realisiert werden.

Zu Buchstabe d

Die bisherige vollständige Finanzierung von Tarifsteigerungen, die oberhalb des Veränderungswerts liegen, wird ab dem Jahr 2026 auf eine anteilige Finanzierung reduziert (Sätze 1 und 2). Da diese anteilige Tarifrefinanzierung der Höhe nach auch für das Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen gilt, ist die bisherige Differenzierung des Pflegepersonals in Satz 3 Nummer 1 nicht mehr erforderlich. Die Sätze 4 bis 8 entsprechen dem bislang geltenden Recht. Der bisherige Satz 5 betraf eine in der Vergangenheit erledigte Verpflichtung der Vertragsparteien und wurde daher im Sinne einer Rechtsbereinigung gestrichen.

Zu Buchstabe e

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Vorgabe, dass das Statistische Bundesamt den Orientierungswert ohne die Kostenentwicklung des Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen ermittelt, wird gestrichen (Satz 1). Auch der Anstieg des Pflegebudgets wird zukünftig durch den Veränderungswert begrenzt. Daher ist es sachgerecht, dass der Orientierungswert, der der Vereinbarung des Veränderungswerts zu Grunde liegt, sofern der Orientierungswert die Grundlohnrate unterschreitet, zukünftig auch die Kostenentwicklung des Pflegepersonals in der unmittelbaren

Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen umfasst. Die Änderungen in den Sätzen 2, 3 und 4 gegenüber dem bisher geltenden Recht dienen der Klarstellung und der Bestätigung der bisherigen Praxis, dass diese Vorschriften für die Weiterentwicklung des Orientierungswertes gelten.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Inhalte der bisherigen Sätze 6 und 7 finden sich in geänderter Fassung in § 9 Absatz 1b Satz 2 und 3.

B Stellungnahme

zu Buchstabe a

Die Regelung wird begrüßt.

zu Buchstabe b

Folgeänderung

zu Buchstabe c

Die Regelungen zu aa) und bb) sind sachgerecht und werden begrüßt.

zu Buchstabe d

Die Regelung ist abzulehnen. Vor dem Hintergrund der im BStabG-Kabinettsbeschluss verankerten Ziele – Beitragsstabilität, Ausgabenbegrenzung und Vermeidung struktureller Überfinanzierung – ist die vollständige Streichung der der Tarifratenrefinanzierung ein notwendiger Schritt, da diese ebenfalls zu strukturellen Überfinanzierungen beiträgt.

Tariftreueregelungen verstärken die Kostendynamik.

Die geltenden Tariftreueregelungen in § 72 und § 82c SGB XI führen ebenfalls dazu, dass Tarifsteigerungen im Krankenhausbereich unmittelbar auf die Pflegeheime durchschlagen. Die dadurch entstehenden Kostensteigerungen haben in den vergangenen Jahren zu massiv steigenden Eigenanteilen der Pflegeheimbewohner geführt. Da die Politik diese Entwicklung als unverhältnismäßig erkannt hat und im Rahmen einer Pflegereform eine Entlastung der Pflegebedürftigen anstrebt, ist eine Begrenzung der Kostendynamik zwingend erforderlich. Diese kann jedoch nicht erreicht werden, wenn im Krankenhausbereich weiterhin eine hälftige Refinanzierung sämtlicher Tarifsteigerungen erfolgt.

Weitere Problemstellung dazu:

Durch das Aufsetzen des Veränderungswertes beim Aufsatzpunkt i.H. des Orientierungswertes entsteht ein falscher Bezugspunkt für die Tarifrate, da dieser Wert Personal- und Sachkosten beinhaltet:

Beispiel für 2026:

Der Orientierungswert (2,98 %) enthält bereits Personalkostensteigerungen von 4,07 %.

Diese 4,07 % werden bei der Berechnung der Tarifrate jedoch nicht berücksichtigt.

Damit würden Personalkostensteigerungen zwischen 2,98 % und 4,07 % doppelt finanziert.

Eine solche Überfinanzierung widerspricht den Grundsätzen einer wirtschaftlichen, zweckmäßigen und sparsamen Mittelverwendung, wie sie im Rahmen der finanzpolitischen Leitlinien des Bundes – einschließlich der im BStabG-Kabinettsbeschluss verankerten Stabilitätsziele – festgelegt sind. Dies widerspricht unmittelbar den fiskalischen Leitlinien des BStabG, dass Doppelstrukturen und Überfinanzierungen ausdrücklich vermeiden soll.

Erforderliche Korrektur

Sollte die Tarifrate nicht vollständig gestrichen werden, muss der Bezugspunkt für 2026 ff. zwingend auf den bereits refinanzierten Personalkostensteigerungen liegen. Nur so kann eine Doppelfinanzierung verhindert werden.

zu Buchstabe e

zu aa)

Regelung, dass der Orientierungswert, der der Vereinbarung des Veränderungswerts zu Grunde liegt, sofern der Orientierungswert die Grundlohnrate unterschreitet, zukünftig auch die Kostenentwicklung des Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen umfasst, ist sachgerecht und wird begrüßt.

zu bb)

Die Streichung der Sätze 6 und 7 ist sachgerecht,

C Änderungsvorschlag

zu a, b, c)

Kein Änderungsbedarf.

zu d)

Ersatzlose Streichung von § 10 Abs. 5

Hilfsweise:

Nach § 10 Abs. 5 Satz 2 in der Fassung des Kabinettsentwurfs wird folgender Satz eingefügt: „Soweit der Veränderungswert dem Orientierungswert entspricht, wird abweichend 50 % des Unterschieds zwischen dem am 30. September vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Teilorientierungswert für Personalkosten und der Tarifrate berücksichtigt.“

zu e)

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 8 § 11 Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus

A Beabsichtigte Neuregelung

In § 11 Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „die Unterlagen nach § 6a Absatz 3 Satz 1 und 2 und den Nachweis nach § 9 Absatz 1 Nummer 7“ durch die Angabe „und die Unterlagen nach § 6a Absatz 3 Satz 1 und 2“ ersetzt.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Streichung von § 9 Absatz 1 Nummer 7.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Artikel 4 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 1 § 17a Finanzierung von Ausbildungskosten

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung. Ausbildungsbudgets nach § 17a KHG sind von der Begrenzung durch den Veränderungswert ausgenommen. Es wird lediglich der Bezug zum neuen § 9 KHEntgG geändert.

B Stellungnahme

Die Regelung wird abgelehnt. Es ist nicht nachzuvollziehen, warum an dieser Stellte von der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik abgewichen wird.

C Änderungsvorschlag

Kosten der Schulen für Gesundheitsberufe (Pflege, Berufe nach §2 KHG) sollen aus Steuermitteln finanziert werden. Die würde die GKV-Finanzen um 1,46 Mrd. Euro p.a. entlasten. (Erforderliche Anpassung in §§26, 33 PflBG, § 17a KHG).

Nr. 2 § 17b Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Ab 2028 sollen Kurzzeitfallpauschalen neben den bisherigen Abrechnungsmöglichkeiten (aDRG-Fallpauschale, Hybrid-DRG) geschaffen werden für somatische Behandlungen im Krankenhaus mit bis zu zwei Übernachtungen bzw. einer Dauer von höchstens drei Kalendertagen. Das InEK wird beauftragt, bis zum 31. März 2027 ein Konzept zu entwickeln, das geeignete Fallgruppen sowie eine gesonderte Kalkulation identifiziert, auf dessen Grundlage die Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 30. April 2027 eine Vereinbarung schließen. Die sich aus der Bewertungsrelation ergebende Vergütungshöhe wird dabei unabhängig von der Verweildauer gezahlt, soweit die Behandlung im oben dargestellten Zeitraum abgeschlossen wird. Die Anwendung von Abschlägen für die Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer wird ausgeschlossen. Für den Fall der Nichteinigung der Vertragsparteien auf Bundesebene entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 innerhalb von drei Wochen nach Ablauf der Frist.

B Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung wird in dieser Form abgelehnt.

Die Einführung von Kurzzeitfallpauschalen führt aufgrund des gleichzeitigen Verzichts auf Abschläge für das Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer im ersten Schritt zu Mehrausgaben. Zudem wird die Annahme, dass sich im Zuge der jährlichen Neukalkulation der Kurzzeitfallpauschalen deren Bewertungsrelation wesentlich absenkt, nicht geteilt, da in den ersten Tagen einer Krankenhausbehandlung gewöhnlicherweise ein Gutteil der Kosten (Diagnostik, Labor, Operation etc.) der Kosten anfällt - unabhängig von der Vergütungslogik. Außerdem ist der Anreiz für eine Kostensenkung zu gering ausgeprägt, weil die Anpassung der Relativge wichte erst mit zwei Jahren Zeitverzug erfolgt.

Um den Anreiz zur Ambulantisierung deutlich zu steigern, wäre stattdessen ein Abschlag auf Kurzliegerfallpauschalen ein wichtiges Instrument, bis in den Kalkulationsdaten die Absenkung der Relativgewichte durch eine deutliche Verkürzung der Liegezeit nachvollzogen werden kann. In der Vergangenheit wurde bereits bei Beleg-DRGs mit pauschalen Abschlägen auf die Hauptabteilungs-DRGs gearbeitet, weil es zu wenige Fälle für eine Kalkulation aller Beleg-DRGs gegeben hat. Eine analoge Vorgehensweise kann eine Finanzwirkung deutlich vor 2030 bewirken.

Anzumerken ist, dass neben den Hybrid-Fallpauschalen und den DRG-Fallpauschalen nun ein drittes DRG-Vergütungssystem eingeführt werden soll, was die Komplexität weiter unnötig erhöht. Die Hybrid-DRGs sollten daher ersatzlos gestrichen und die Vergütung für diese Leistungen auf das Niveau des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) überführt werden, um die massive Übervergütung im vertragsärztlichen Bereich abzuschaffen (siehe dazu die Kommentierung unter Artikel 1 Nr.

42 zu § 115f SGB V) In diesem Fall wäre auch ein Festhalten an den Kurzzeitpauschalen unter Beachtung der oben genannten Restriktionen, die abzustellen wären, denkbar.

Hilfsweise wird vorgeschlagen, gesetzlich dafür Sorge zu tragen, dass die Effekte sinkender Bewertungsrelationen nicht über den Umweg der Landesbasisfallwerte wieder aufgehoben werden (siehe III. Zusätzlicher Änderungsbedarf). Zudem sollte im Falle der Nichteinigung der Vertragsparteien auf Bundesebene die Vereinbarung zur Umsetzung der Kurzzeitfallpauschalen im Zuge einer Ersatzvornahme des Bundesministeriums für Gesundheit erfolgen.

C Änderungsvorschlag

§ 115f SGB V wird gestrichen. Vgl. die Bewertung zu § 115f SGB V.

Buchstabe d

Nach Absatz 7 Satz 1 wird folgender geänderter Satz eingefügt:

„Kommt die in Absatz 2a Satz 1 genannte Vereinbarung nicht fristgerecht zu Stande, nimmt abweichend von Satz 1 legt das Bundesministerium für Gesundheit ohne Antrag innerhalb von drei Wochen nach Fristende die Inhalte auf dem Wege einer Ersatzvornahme fest.“

Nr. 3 § 17c Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Statistik

A Beabsichtigte Neuregelung

a) Sowohl bei einer Schriftlichen Prüfung als auch bei einer Vor-Ort-Prüfung müssen zukünftig zusätzlich entdeckte Auffälligkeiten vom Medizinischen Dienst bei der Abrechnung berücksichtigt werden (siehe Reformempfehlung FKG Nummer 33).

b) Die Selbstverwaltung wird beauftragt, in der Prüfverfahrensvereinbarung bis zum 30.06.2027 den Falldialog zu stärken, sodass dieser häufiger durchgeführt werden kann und den Prüfaufwand für beide Seiten deutlich reduziert.

B Stellungnahme

a) Die Verpflichtung zur Prüfung weiterer entdeckter Auffälligkeiten durch den Medizinischen Dienst bei der Prüfung ist sachgerecht.

b) Eine Stärkung des Falldialoges wird grundsätzlich begrüßt. Durch die Stärkung des Falldialoges wird dem deutlich wirksameren Prüfregime der Privaten Krankenversicherung ohne Einschaltung des häufig überlasteten Medizinischen Dienstes stärker gleichgezogen.

Generell sollte der bürokratiearme Falldialog noch durch eine Anpassung der Aufrechnungsregelungen gestärkt werden. Wird für die Kassen spätestens nach Feststellung einer überhöhten Krankenhausabrechnung durch den Medizinischen Dienst eine Aufrechnungsmöglichkeit wieder eingeführt, wird dadurch für die Krankenhäuser der Falldialog attraktiver.

C Änderungsvorschlag

a) Kein Änderungsbedarf.

b) Daher muss § 17c Absatz 2 noch wie folgt ergänzt werden:

„Die Krankenhäuser und Krankenkassen sind befugt, personen- und einrichtungsbezogene Daten für das Verfahren gemäß Satz 2 Nummer 3 im erforderlichen Umfang zu verarbeiten.“ siehe § 109, III. Zusätzlicher Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes

Artikel 5 Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 1 § 3 Vereinbarung eines Gesamtbetrags

A Beabsichtigte Neuregelung

zu Buchstabe a)
In Absatz 3 wird der Satz 5 neu gefasst, wonach zukünftig nur noch ein Veränderungswert durch die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbart wird. Diese Vereinbarung erfolgt nach den Vorschriften des § 9 Absatz 1b KHEntgG. Die Regelung soll dem diesem Gesetz zugrundeliegenden Grundsatz der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik Geltung geben. Jedoch werden dabei weiterhin eine Reihe von Ausnahmen zugelassen.
Ebenfalls in Absatz 3 werden die Sätze 8 bis 10 neu gefasst. Hier geht es um die ab dem Jahr 2027 verpflichtende Rückzahlung nicht verbrauchter Mittel für vereinbarte, aber nicht besetzte Personalstellen im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum. Bisher hatten die Krankenkassen nur einen Anspruch auf Verhandlungen über die Rückzahlung, jedoch nicht auf die verpflichtende Rückzahlung.

zu Buchstabe b)
In Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 Satz 5 wird jeweils die Angabe „75 %“ durch die Angabe „37,5 %“ ersetzt.

B Stellungnahme

zu Buchstabe a
aa)
Die Regelung in Absatz 3, Satz 5 ist grundsätzlich zu begrüßen, da sie ein Instrument zur Begrenzung der seit einigen Jahren zu beobachtenden zweistelligen Wachstumsraten in der Psychiatrie sein kann. Jedoch werden eine Reihe von Ausnahmen zugelassen, die dieses Ziel konterkarieren. Insbesondere ist hier die Ausnahme nach Satz 4, Nummer 5 zu nennen. Diese betrifft die Regelungen zur G-BA-Richtlinie nach § 136a Abs. 2 SGB V, welche die Personalausstattung in der Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) regelt. Ca. 75 % der Kosten in der Psychiatrie und Psychosomatik werden durch Personal verursacht. Ausnahmen in diesem Bereich wirken unmittelbar auf den Gesamtbereich. Durch diese Ausnahme ist es den Krankenhäusern möglich, durch überzogene Personalforderungen Budgetsteigerungen weit oberhalb der hier festgelegten Obergrenze zu vereinbaren. Grund dafür ist die Möglichkeit der Umsetzung einer gewünschten leitliniengerechten Behandlung durch das Krankenhaus, die in der PPP-RL jedoch nicht definiert ist. Damit können Personalanforderungen in die Budgetverhandlungen eingebracht werden, die weit oberhalb des Mindestpersonalbedarfs liegen, welches sich aus der Anlage 1 der PPP-RL ableitet. Da der Personalbedarf einer leitliniengerechten Behandlung in der PPP-RL nicht definiert ist, kann dem gewünschten Personalbedarf eines Krankenhauses von Seiten der Krankenkassen nicht substantiiert entgegengetreten werden. Wegen dieses Umstands sind mögliche Schiedsstellenverfahren von Seiten der Krankenkassen aussichtslos, den Personalwünschen des Krankenhauses ist somit stattzugeben. In der Folge werden weiterhin zweistellige Budgetsteigerung bei den Krankenhäusern realisierbar sein.

bb)
Die Umsetzung in den Sätzen 8 bis 10 ist eine seit langem erhobene Forderung der AOK und schafft Waffengleichheit bei den Budgetverhandlungen. Gerade bei prospektiven Verhandlungen bedarf es zwingend einer Rückzahlungsverpflichtung, da in der Vergangenheit sehr häufig beobachtet werden konnte, dass die zum Personalaufbau von den Krankenkassen zur Verfügung gestellten Mittel, nicht verbraucht oder für einen anderen Zweck eingesetzt worden sind. Es ist dem Beitragszahler nicht zuzumuten, dauerhaft nicht besetzte Personalstellen im Krankenhaus zu finanzieren. Positiv hervorzuheben ist die Definition des Rechtsbegriffs „vorübergehende Unterschreitung" in der Begründung, die geeignet scheint, Streitigkeiten auf der Ortsebene vorzubeugen.

zu Buchstabe b)
Die Regelung sieht vor, dass die bisherige vollständige Finanzierung von Tarifsteigerungen, die oberhalb des Veränderungswerts liegen, wie für somatische Krankenhäuser auch, auf eine anteilige Finanzierung in Höhe von 50 % reduziert wird. Die Regelung ist abzulehnen. Vor dem Hintergrund der im BStabG-Kabinettsbeschluss verankerten Ziele – Beitragsstabilität, Ausgabenbegrenzung und Vermeidung struktureller Überfinanzierung – ist die vollständige Streichung der der Tarifratenrefinanzierung ein notwendiger Schritt, da diese ebenfalls zu strukturellen Überfinanzierungen beiträgt.

C Änderungsvorschlag

zu Buchstabe a
zu aa) Im Satz 5 Streichung der Ausnahme nach Satz 4 Nummer 5.
zu bb) Kein Änderungsbedarf.

zu Buchstabe b

Ersatzlose Streichung von § 3 Abs. 4

Nr. 2 § 4 Leistungsbezogener Vergleich

A Beabsichtigte Neuregelung

Da der leistungsbezogene Vergleich in der Praxis bislang noch geringe Anwendung findet, wird er zur Verbesserung der Praxistauglichkeit um Kostendaten ergänzt. Damit wird dem Transparenzgedanken, der mit dem leistungsbezogenen Vergleich verbunden ist, Rechnung getragen. Der leistungsbezogene Vergleich soll die Vertragsparteien vor Ort dabei unterstützen, einen leistungsgerechten Gesamtbetrag, einen leistungsgerechten krankenhausindividuellen Basisentgeltwert und sonstige leistungsgerechte krankenhausindividuelle Entgelte zu vereinbaren. Durch den leistungsbezogenen Vergleich soll transparent werden, inwieweit unterschiedliche Budgethöhen auf Leistungsunterschiede, regionale oder strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung oder andere krankenhausindividuelle Aspekte zurückzuführen sind.

B Stellungnahme

Die Erweiterung des leistungsbezogenen Vergleichs um Kostendaten erfüllt eine AOK-Forderung und ist somit zu begrüßen. Bisher wurde der leistungsbezogene Vergleich nur von Krankenhäusern genutzt, zur Anpassung ihres niedrigen Basisentgeltwertes an Krankenhäuser mit einem höheren Basisentgeltwert, welcher mit regionalen und strukturellen Besonderheiten begründet wurde. Eine Absenkung konnten die Krankenkassen, entgegen anderslautender Äußerungen von Krankenhausseite, im leistungsbezogenen Bereich bisher nie erreichen. Insofern besteht die Hoffnung, mit der Lieferung von Kostendaten mehr Transparenz zu erreichen. Sollte in den Folgejahren weiterhin der leistungsbezogene Vergleich nur einseitig genutzt werden können, ist über eine Streichung der Regelung nachzudenken.

Darüber hinaus wird das grundsätzliche Problem der ungleichen Berücksichtigungsmöglichkeiten der Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs bei der Budgetfindung über eine Anpassungsvereinbarung nicht behoben. Während gemäß § 3 Abs. 3 Sätze 6 und 7 BPflV eine Begrenzung der Vergütung erst bei deutlicher Überschreitung (definiert als > 30 v. H.) gilt, gibt es für eine Geltendmachung einer Unterschreitung weder eine Erheblichkeitsschwelle noch eine Begründungspflicht durch die Krankenhäuser (vgl. Gesetzesbegründung). Dies führte bereits zu einer einseitigen Anwendung des leistungsbezogenen Vergleichs zu Gunsten der Krankenhäuser, welche durch die Gesetzesanpassung nicht behoben wird.

C Änderungsvorschlag

Nach § 3 Abs. 3 Satz 7 wird folgender Halbsatz eingefügt: ***„gleichzeitig darf eine Anhebung der bisher vereinbarten Entgelte nur erfolgen, sofern diese die maßgeblichen Vergleichswerte nach § 4 deutlich unterschreiten und wenn der Krankenhausträger schlüssig darlegt, aus welchen Gründen eine Anhebung unabweisbar ist“.***

Nr. 3 § 5 Vereinbarung von Zu- und Abschlägen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Zuschläge für die Erstbefüllung der ePA sollen ab 2027 entfallen. Die entsprechenden Regelungen zu Zuschlägen für die Erstbefüllung der ePA im Krankenhausbereich sind daher zu streichen.

B Stellungnahme

Parallel zur Somatik sollen auch in der Psychiatrie die Zuschläge für die Erstbefüllung der ePA sollen ab 2027 entfallen. Deshalb wird zur Bewertung auf die Stellungnahme zu Artikel 3, Nummer 1 (§5) verwiesen.

C Änderungsvorschlag

Siehe Artikel 3, Nummer 1 (§5)

Nr. 4 § 9 Vereinbarung auf Bundesebene

A Beabsichtigte Neuregelung

Zu Buchstabe a

Streichung der Vorgabe zur Vereinbarung eines gesonderten Veränderungswerts für die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser. Zukünftig gilt für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser auch der Veränderungswert, der für somatische Krankenhäuser gemäß § 9 Absatz 1b Satz 2 und 3 KHEntgG vereinbart wird.

Zu Buchstabe b

Die Streichung der Regelungen zum Veränderungswert ist eine Folgeänderung zur Aufhebung der Vorschrift zur Vereinbarung des Veränderungswerts in § 9 Absatz 1 Nummer 5.

B Stellungnahme

zu a

Die Regelungen werden begrüßt.

zu b

Die Änderung ist sachgerecht

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 5 § 15 Laufzeit

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um die Korrektur eines redaktionellen Fehlers aus dem Gesetzgebungsverfahren zum Krankenhausreformanpassungsgesetz.

B Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Artikel 6 Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Nr. 1 § 23 Aufzubringende Mittel der Krankenkassen für den Innovationsfonds

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der in § 92a Absatz 4 (Aufbringung der Mittel für den Innovationsfonds) neu geregelten alleinigen Aufbringung der Mittel für den Innovationsfonds aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erübrigen sich die Regelungen des bisherigen § 23 RSAV.

B Stellungnahme

Die Streichung des § 23 RSAV ist eine sachgerechte Folgeänderungen aus der geänderten Finanzierung des Innovationsfonds in § 92a SGB V. Auf unsere Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 37 wird verwiesen.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 2 § 27 Übergangsregelung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Übergangsregelung dient der Umsetzung des Jahresausgleichs für das Jahr 2025 im Jahr 2027 in Folge der Änderungen in § 92a Absatz 4 SGB V und Streichung des § 23 RSAV.

B Stellungnahme

Die Aufnahme einer Übergangsregelung für die Durchführung des Jahresausgleichs 2025 im Jahr 2027 ist eine sachgerechte Folgeänderungen aus der geänderten Finanzierung des Innovationsfonds in § 92a SGB V und der der Streichung des § 23 RSAV. Auf unsere Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 37 wird verwiesen.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

III. Zusätzlicher Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes

Abschaffung freie Preisbildung DiGA im ersten Jahr der Listung

§ 134 SGB V - Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Herstellern digitaler Gesundheitsanwendungen über Vergütungsbeträge; Verordnungsermächtigung

Sachstand

DiGA beanspruchen bislang eine initiale Preisfreiheit im ersten Jahr der Listung. Hersteller können somit im Fast-Track-Verfahren ihre Preise frei festsetzen, ohne dass diese in der Einführungsphase ausreichend reguliert oder an einen gesicherten Nutzennachweis gekoppelt sind. In der Praxis hat dies zu deutlich steigenden Ausgaben der GKV geführt, obwohl der tatsächliche Versorgungseffekt vieler Anwendungen begrenzt oder noch nicht abschließend belegt sei. DiGA sind ausdrücklich als Hilfsmittel mit digitalen Skaleneffekten anzusehen, bei denen die variable Kostenstruktur sehr gering ist.

Änderungsbedarf und Begründung

Es besteht ein klarer Reformbedarf, da die bestehende Preisfreiheit wirtschaftlich nicht gerechtfertigt ist und Fehlanreize setzt. Die Kritik richtet sich insbesondere auf den Fakt, dass hohe Preise bereits in der Erprobungsphase zulasten der GKV verfestigt werden und spätere Preissteuerungsinstrumente nur begrenzt korrigierend wirken. Zudem werde der Preis derzeit nicht systematisch an Evidenz, Nutzen oder Abgabemengen gekoppelt.

Digitale Produkte unterliegen aufgrund ihrer theoretisch unbegrenzten Skalierbarkeit keinen vergleichbaren Kostenstrukturen wie klassische Hilfsmittel oder Arzneimittel. Hohe Einstiegspreise seien daher weder durch Produktions- noch durch Vertriebskosten gerechtfertigt. Zudem gefährdet die Preisfreiheit die Finanzstabilität der GKV, da DiGA-Ausgaben dynamisch wachsen, ohne dass ein proportionaler Versorgungsmehrwert nachweisbar sei. Das Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12 SGB V wird bislang nicht ausreichend durchgesetzt.

Änderungsvorschlag

§ 134 Absatz 1

Für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 33a vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hersteller auf Bundesebene eine Rahmenvereinbarung über die verbindliche Preisfindung digitaler Gesundheitsanwendungen.

~~Der Hersteller kann im ersten Jahr nach Aufnahme der digitalen Gesundheitsanwendung in das Verzeichnis nach § 139e Absatz 1 den Preis frei festlegen.~~

Ab dem Tag der Aufnahme in das Verzeichnis nach § 139e Absatz 1 ist der Erstattungsbetrag zwischen dem Hersteller und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu vereinbaren.

Streichung der Erprobungsregelung für DiGA - § 139e SGB V -Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen; Verordnungsermächtigung

Sachstand

Nach geltender Rechtslage (§ 139e SGB V) können digitale Gesundheitsanwendungen auch ohne vollständigen Nachweis eines positiven Versorgungseffekts befristet zur Erprobung in das DiGA Verzeichnis aufgenommen werden. Während dieser Erprobungsphase sind sie voll erstattungsfähig. Die Regelung sollte ursprünglich Innovationen fördern und Evidenzaufbau ermöglichen. In der Praxis hat sich die Erprobung jedoch zu einem dauerhaften Marktzugangsinstrument mit erheblichen Ausgabenwirkungen entwickelt, ohne dass der Nutzennachweis stets zeitnah oder überzeugend gelingt. Die Erprobungsphase ist damit faktisch Teil der Regelversorgung geworden.

Änderungsbedarf und Begründung

Aus Sicht der Krankenkassen besteht ein klarer Reformbedarf, da die Erprobungsregelung ein zentrales Einfallstor für ungesicherte Leistungen im GKV System darstellt. Sie führt zu einer Umkehr des Regel Ausnahme Verhältnisses: Statt nur evidenzbasierte Leistungen zu erstatten, finanziert die GKV zunächst Anwendungen und prüft den (ggf. nicht vorhandenen) Nutzen erst nachgelagert. Die vollständige Erstattung von DiGA ohne gesicherten Nutzennachweis widerspricht dem Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V). Digitale Anwendungen weisen geringe Grenzkosten und hohe Skalierbarkeit auf, sodass Fehlentscheidungen in der frühen Phase zu dauerhaften Ausgabenrisiken führen. Zudem hat sich gezeigt, dass der Evidenzaufbau auch ohne privilegierten Marktzugang möglich ist. Die AOK schließt sich der Forderung der FKG daher ausdrücklich an, die Erprobung nicht innerhalb der Regelversorgung, sondern außerhalb der GKV Erstattung durchzuführen.

Änderungsvorschlag

§ 139e Absatz 4 SGB V (Streichung)

~~Wird der positive Versorgungseffekt noch nicht vollständig nachgewiesen, kann das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte die digitale Gesundheitsanwendung befristet zur Erprobung in das Verzeichnis aufnehmen.~~

§ 139e Absatz 1 Satz 1 (Neufassung)

In das Verzeichnis nach Absatz 1 können nur solche digitalen Gesundheitsanwendungen aufgenommen werden, ***für die ein positiver Versorgungseffekt nach Maßgabe dieses Gesetzbuches nachgewiesen ist***.

§ 33a Absatz 1 Satz 1 SGB V (Klarstellung) mit Verweis auf § 139e SGB V

Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit digitalen Gesundheitsanwendungen, ***soweit deren positiver Versorgungseffekt nachgewiesen ist und sie in das Verzeichnis nach § 139e Absatz 1 aufgenommen wurden.***

Einführung eines 14-tägigen Testzeitraums für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)

Sachstand

Derzeit entsteht der volle Leistungsanspruch auf eine digitale Gesundheitsanwendung mit der vertragsärztlichen Verordnung oder Genehmigung durch die Krankenkasse (§ 33a SGB V). Eine Möglichkeit zur unverbindlichen Erprobung durch Versicherte besteht nicht. In der Praxis zeigt sich jedoch, dass ein erheblicher Teil der DiGA frühzeitig nicht oder nur sehr kurz genutzt wird. Abgaben und Kosten fallen gleichwohl vollständig zulasten der GKV an, unabhängig davon, ob die Anwendung tatsächlich genutzt oder als geeignet empfunden wird.

Änderungsbedarf und Begründung

Aus Sicht der Krankenkassen besteht Bedarf an einem kurzen, vorgeschalteten Testzeitraum, der es Versicherten ermöglicht, eine DiGA kennenzulernen und ihre grundsätzliche Eignung zu prüfen, bevor ein dauerhafter Leistungs- und Vergütungsanspruch ausgelöst wird. Ein 14-tägiger Testzeitraum stärkt die Patientenorientierung, da Versicherte fundiert entscheiden können, ob eine DiGA ihren Erwartungen, technischen Voraussetzungen und individuellen Bedürfnissen entspricht. Gleichzeitig werden Fehlanreize und unnötige Ausgaben reduziert, da Kosten bzw. ein Vergütungsanspruch nur dann entstehen, wenn die Anwendung tatsächlich weiter genutzt wird. Angesichts der geringen Grenzkosten digitaler Anwendungen ist ein zeitlich begrenzter Test wirtschaftlich vertretbar und systemgerecht.

Änderungsvorschlag

§ 33a Absatz 1b SGB V (neu)

Versicherte können eine digitale Gesundheitsanwendung für einen Zeitraum von bis zu 14 Tagen ab erstmaliger Freischaltung zu Testzwecken nutzen (Testzeitraum).

Während des Testzeitraums entsteht kein Anspruch auf Vergütung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung.

Der Anspruch nach Absatz 1 beginnt erst, wenn die versicherte Person nach Ablauf des Testzeitraums die weitere Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendung ausdrücklich bestätigt.

§ 33a Absatz 1c SGB V (neu)

Wird die Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendung nach Ablauf des Testzeitraums nicht fortgesetzt, entfällt der Anspruch auf Vergütung.

Einführung von Zuzahlungen für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) - § 33a SGB V i. V. m. § 61 SGB V

Sachstand

Nach geltender Rechtslage (§ 33a SGB V) sind digitale Gesundheitsanwendungen für Versicherte zuzahlungsfrei. Unabhängig von Preis, Nutzungsdauer oder Therapietreue entstehen für Versicherte keine Eigenbeteiligungen. Die vollständige Kostenübernahme durch die GKV begünstigt eine breite Nutzung, führt jedoch auch zu hohen Abgabemengen, teils ohne gesicherten oder nachhaltigen Versorgungseffekt. Steuerungs- und Wertanreize auf Versichertenseite fehlen bislang vollständig.

Änderungsbedarf und Begründung

Aus Sicht der Krankenkassen besteht ein klarer Änderungsbedarf, da die vollständige Zuzahlungsfreiheit ein zentraler Fehlanreiz im DiGA-System ist. Selbst die FinanzKommission Gesundheit empfiehlt, DiGA nicht länger grundsätzlich von Zuzahlungen auszunehmen, sondern sie – wie andere Hilfsmittel – in die Systematik der Eigenbeteiligung einzubeziehen. Ziel ist eine maßvolle Beteiligung der Versicherten zur Stärkung von Wirtschaftlichkeit und bewusster Nutzung. Die Einführung einer Zuzahlung dient mehreren Zielen:

Erstens stärkt sie die Kosten und Nutzenwahrnehmung bei Versicherten und reduziert ungesteuerte oder kurzfristige Nutzungen. Zweitens trägt sie zur finanziellen Entlastung der GKV bei, ohne den Zugang zu notwendigen Anwendungen grundsätzlich zu gefährden. Drittens schafft sie Systemgerechtigkeit, da DiGA derzeit gegenüber vergleichbaren Hilfsmitteln privilegiert sind. Die Zuzahlung wirkt dabei nicht als Zugangshürde, sondern als Lenkungsinstrument im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 SGB V).

Änderungsvorschlag

§ 33a Absatz 1 Satz 1 SGB V (Ergänzung)

Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit digitalen Gesundheitsanwendungen. ***Für digitale Gesundheitsanwendungen leisten Versicherte eine Zuzahlung nach Maßgabe des Absatzes 1a***.

§ 33a Absatz 1a SGB V (neu)

Versicherte leisten für digitale Gesundheitsanwendungen eine Zuzahlung in Höhe von 10 % des zum Zeitpunkt der Abgabe geltenden Erstattungsbetrages.

Die Zuzahlung entfällt, soweit Versicherte nach § 62 von Zuzahlungen befreit sind. Im Übrigen gelten die Vorschriften über Zuzahlungen entsprechend.

Streichung der nicht kriteriengestützten Förderung ausgewählter Versorgungsstrukturen

Sachstand

Mit dem KHVVG wurden zusätzliche Fördergelder eingeführt, die aus Sicht der AOK sowie der FKG nicht kriteriengestützt und damit nicht zielgerichtet sind.

Änderungsbedarf und Begründung

In den einschlägigen Vorschriften des KHG und des KHEntgG ist klarzustellen, dass die Finanzierung struktureller Vorhaltekosten ausschließlich über die Vorhaltebudgets gemäß den gesetzlichen Regelungen zur Vorhaltefinanzierung erfolgt und zusätzliche, nicht kriteriengestützte Fördertatbestände außerhalb dieses Systems ausgeschlossen sind.

Änderungsvorschlag

Über die Empfehlungen der FKG hinaus spricht sich der der AOK-Bundesverband zudem für die Streichung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben nach § 6b KHG aus. Diese Aufgaben gehen über die in der Regelversorgung vorgesehene Zusammenarbeit der Krankenhäuser hinaus, lassen jedoch keine eindeutige Abgrenzung zu den bestehenden Zentrumsregelungen des G-BA erkennen. Darüber hinaus sieht auch der Gesetzentwurf zur Notfallreform die Übertragung überregionaler Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben auf Rettungsleitstellen vor. Eine zentrale Bündelung landesweiter Koordinierungsaufgaben bei Rettungsleitstellen ist sachgerecht, um eine effiziente Steuerung von Versorgungsprozessen und Kapazitäten sicherzustellen und Doppelstrukturen zu vermeiden. Die Wahrnehmung dieser Aufgaben sollte daher ausschließlich bei den Rettungsleitstellen liegen, da sie die zentrale Steuerungsfunktion in der Notfallversorgung innehaben (vgl. Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes für eine ausführliche Kommentierung).

§ 87 Abs. 2 SGB V Absenkung der Bewertung des technischen Leistungsanteils im EBM

Sachstand

Die Reinerträge ärztliche Praxis ist durch eine erhebliche Spreizung zwischen den Fachgruppen zu Ungunsten der sprechenden Medizin gekennzeichnet. Facharztgruppen mit hohem technischen Leistungsanteil erwirtschaften deutlich höhere Reinerträge. Spitzenreiter sind Praxen mit den Fachgebieten Radiologie, Nuklearmedizin, Strahlentherapie, die ausweislich der Kostenstrukturerhebung 2023 auf einen Reinertrag (Reingewinn nach Abzug aller Kosten und Aufwände) von 1,187 Mio. Euro je Praxis. Dem gegenüber stehen beispielsweise Praxen mit dem Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die auf einen Reinertrag von 208.000 Euro kommen.

Änderungsbedarf und Begründung

Die FKG hat in ihrem Bericht ein relevantes Einsparvolumen in Höhe von bis zu 225 Mio. Euro bei der kurzfristigen Absenkung der Bewertung des technischen Anteils (TL-Anteils) im EBM für technische Facharztgruppen mit besonders hohen Reinerträgen identifiziert. Dadurch kann u. a. die Finanzlast des Maßnahmenpakets gleichmäßiger und gerechter verteilt werden.

Der AOK-Bundesverband stimmt der Analyse und der Schlussfolgerung zu und befürwortet eine gesetzliche Umsetzung der Reformempfehlung.

Wie die FKG ausführt, können die Bewertungen des technischen Leistungsanteils in der EBM Kalkulation höher ausfallen als tatsächliche Kosten entstanden sind. Bedingt ist dies durch eine unzureichende Berücksichtigung bestimmter Faktoren, wie der tatsächlichen Geräteauslastung aufgrund veränderter Praxisstrukturen, der effektiven Nutzungsdauer des Geräts über die kalkulatorische Abschreibungszeit hinaus sowie durch Effizienzgewinne, etwa durch verkürzte Untersuchungszeiten oder automatisierte Abläufe bei der Kalkulation der Leistungen.
Die Kommission empfiehlt eine Absenkung des TL bis zu 30 % für die technischen Fachgruppen der Radiologie, Strahlentherapie und Nuklearmedizin zu prüfen. Grundsätzlich scheint die Höhe der Anpassung noch nicht ausreichend. Perspektivisch wäre angezeigt, für alle Fachgruppen die beschriebenen Effekte (z. B. Praxisgröße, Auslastung, Art der Leistungserbringung) in der Kalkulationsgrundlage zu berücksichtigen und in der Vergütungssystematik anzupassen.
Für die Umsetzung ist ein gesetzlicher Auftrag an den Bewertungsausschuss erforderlich, der die Bewertungen der Leistungen mit medizinisch-technischen Geräten entsprechend absenkt. Hierbei ist die MGV um das reduzierte Vergütungsvolumen zu bereinigen.
Die Absenkung der Vergütung hat keine unmittelbaren Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung. Sie führt zu einer Korrektur der zuvor genannten Faktoren und redu-

ziert Fehlanreize in der Versorgung. Die durch die Streichung entstehenden Einsparungen sind zur Stabilisierung der finanziellen Lage der gesetzlichen Krankenversicherung zu verwenden.

Änderungsvorschlag

Nach § 87 Absatz 2 SGB V Satz 2 wird folgender Satz angefügt:
„Der Bewertungsausschuss hat den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen mit Wirkung zum 1. Januar 2027 dahingehend anzupassen, dass die Bewertungen der Leistungen berücksichtigten Kosten für medizinisch-technische Geräte pauschal um 30 % abgesenkt werden."

§ 87 Abs. 2a SGB V Absenkung der EBM-Ziffern im Zusammenhang mit Katarakt-OPs

Sachstand

Die FKG hat in ihrem Bericht ein relevantes Einsparvolumen in Höhe von 150 Mio. Euro bei einer Absenkung der Bewertung der augenärztlichen Operationen bei grauem Star um 30 % identifiziert.
Der AOK-Bundesverband stimmt der Analyse und der Schlussfolgerung zu und befürwortet eine gesetzliche Umsetzung der Reformempfehlung.

Änderungsbedarf und Begründung

Die Kalkulation der Katarakt-OPs ist aufgrund des technischen Fortschritts und der nicht mehr bestehenden Notwendigkeit zur weiteren Ambulantisierung nicht mehr sachgerecht. Aufgrund der zu hohen Vergütung lassen sich starke Fehlentwicklungen beobachten, die negative Auswirkungen auf die Versorgung und die Versorgungsstrukturen haben.
Wie die Kommission ausführt, betrifft dies sowohl das Auseinanderdriften der Honorare von konservativ tätigen Augenärzten gegenüber ihren operativ tätigen Kollegen als auch die zunehmende Attraktivität für Finanzinvestoren, was bereits zu gebietsweisen monopolartigen Strukturen führt. Diese Fehlentwicklungen führen zu einer starken Mengenausweitung. Hierfür ist ein gesetzlicher Auftrag an den Bewertungsausschuss zur Absenkung der Bewertung in diesem Bereich erforderlich.
Um zu einer sachgerechten Vergütung zu finden, bedarf es eines konkreten Zielwertes, der im oberen Bereich des von der Kommission gesetzten Rahmens bei 40 % liegen sollte.
Die Absenkung der Vergütung hat keine negativen Auswirkungen auf die Versorgung und führt zu einer Korrektur der historisch bedingten Schieflage in Bezug auf die Relation verschiedener Leistungsbewertungen und korrigiert Fehlanreize in der Versorgung. Die durch die Streichung entstehenden Einsparungen sind zur Stabilisierung der finanziellen Lage der gesetzlichen Krankenversicherung zu verwenden. In dem Zusammenhang ist im EBM eine Vergütung für die in der OP verwendeten Linsen in Form einer Sachkostenpauschale in geeigneter Höhe entsprechend der tatsächlich realisierten Preise anzustreben.

Änderungsvorschlag

§ 87 Abs. 2a werden folgende Sätze angefügt:
„Der Bewertungsausschuss hat den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen mit Wirkung zum 1. Januar 2027 dahingehend anzupassen, dass die Bewertungen der intraocularen Eingriffe bei Katarakt sowie die zugehörigen Leistungen für Anästhesie und Narkosemanagement pauschal um 40 % abgesenkt werden.“

§ 87 Abs. 2a SGB V Rücknahme der Hygienezuschläge

Sachstand

Die FKG hat in ihrem Bericht ein relevantes Einsparvolumen in Höhe von 120 Mio. Euro durch Streichung der gesonderten Hygienezuschläge identifiziert.
Der AOK-Bundesverband stimmt der Kommission in der Analyse und der Schlussfolgerung zu und befürwortet eine gesetzliche Umsetzung der Reformempfehlung.

Änderungsbedarf und Begründung

Die Zuschläge wurden ohne gesetzlichen Auftrag vor dem Hintergrund der Novellierung des Infektionsschutzgesetzes beschlossen.
Die Hygienezuschläge sind nicht sachgerecht, da die Kosten in den Vergütungen der ärztlichen Leistungen enthalten sind. Die übliche Refinanzierung der Praxiskosten inkl. Hygieneaufwänden basiert auf Daten des Statistischen Bundesamts (Kostenstrukturerhebung). Durch die jährliche Fortschreibung der ärztlichen Vergütung mit dem Orientierungswert auf Basis der Kostenstrukturerhebungen werden Hygieneaufwände automatisch in den Praxiskosten erfasst. Somit ist gewährleistet, dass die Kosten durch die Fortschreibung der ärztlichen Vergütung vollständig und basierend auf tatsächlichen Kostendaten refinanziert werden. Durch die zusätzliche Vergütung über die sogenannten „Hygienezuschläge" entsteht eine Doppelfinanzierung der Hygienekosten, die zu beenden ist. Mit der Streichung gehen keine Leistungseinschränkungen für die Versicherten einher und aufgrund der bereits berücksichtigten Gegenfinanzierung der Hygienekosten über die Fortschreibung des OW sind auch keine negativen Auswirkungen auf die Versorgung der Versicherten zu erwarten. Vor diesem Hintergrund sollten die Hygienezuschläge gestrichen werden. Die durch die Streichung entstehenden Einsparungen sind zur Stabilisierung der finanziellen Lage der gesetzlichen Krankenversicherung zu verwenden. Es ist darauf hinzuweisen, dass im Bereich des ambulanten Operierens (AOP) gleichfalls Hygienezuschläge bestehen. Diese müssten ebenfalls entfallen, da die Vergütungen der AOP-Leistungen grundsätzlich überproportional hoch sind (siehe Katarakt-OPs).

Änderungsvorschlag

§ 87 Abs. 2a werden folgende Sätze angefügt:
„Ab dem 1. Januar 2027 darf der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen keine Hygienezuschläge enthalten."

§ 35a Absatz 1 SGB V: Einführung einer vollumfänglichen Nutzenbewertung für Orphan Drugs

Sachstand

Orphan Drugs sind Arzneimittel für seltene Leiden. Diese haben derzeit nach §35a Absatz 1 SGB V eine Sonderstellung im Verfahren der frühen Nutzenbewertung durch den G-BA, wonach bei ihnen ein Zusatznutzen grundsätzlich angenommen wird. Erst nach Überschreiten einer Jahresumsatzgrenze von 30 Mio. Euro führt der Gemeinsame Bundesausschuss eine vollumfängliche Neubewertung dieser Arzneimittel durch.

Änderungsbedarf und Begründung

Nach Analysen der Ergebnisse von frühen Nutzenbewertungen von Orphan Drugs konnten diese in der überwiegenden Zahl der Fälle die gesetzliche Zusatznutzenfiktion nicht bestätigen. Darüber hinaus zeigen die Analysen, dass die in diesen Folgeverfahren vorliegenden Daten zumeist auch qualitativ nicht besser oder vollumfänglicher als zum Datenschnitt der Erstbewertung waren. Inzwischen haben sowohl das IQWiG als auch die FKG eine Streichung der gesetzlichen Zusatznutzenfiktion angemahnt. Diese wäre nunmehr dringend geboten angesichts der mit der fehlenden Bewertung einhergehenden Unsicherheit über den tatsächlichen therapeutischen Stellenwert einer Therapie, aber auch aufgrund der fehlenden Anreizwirkung für diese Arzneimittel zur Generierung von vollumfänglicher Evidenz. Eine Berücksichtigung der besonderen Situation dieser Arzneimittel kann im Bewertungsverfahren durch Anpassung der Ansprüche an die vorzuliegende Evidenz erfolgen, in dem auf ein dem Einzelfall angemessenes und sachgerechtes Niveau abgestellt wird. Dabei zeigen Analysen auch, dass auch für zahlreiche diese Arzneimittel oftmals hochwertige Evidenz verfügbar sein könnte.

Änderungsvorschlag

Streichung §35a Abs. 1 Satz 11- 16

§ 129 SGB V Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung, Verordnungsermächtigung

Änderungsbedarf und Begründung

Aufgrund der hohen Verbreitung der elektronischen Patientenakte (ePA) ist davon auszugehen, dass die in § 129 Absatz 5h Satz 2 Nr. 4 SGB V vorgesehene Beratung der Versicherten durch Apotheken weder geeignet noch mehr erforderlich ist. Daher ist es folgerichtig, den § 129 Abs. 5h Satz 2 Nr. 4 SGB V ersatzlos zu streichen.

Änderungsvorschlag

§ 129 Absatz 5h Satz 2 Nr. 4 SGB V wird gestrichen.

§ 305a SGB V: Beratung der Vertragsärzte

Sachstand

Die Krankenkassen sollen insbesondere vor dem Hintergrund der Einführung des § 130e (neu) SGB V in § 305a SGB V das gesetzliche Recht erhalten, die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte zu beraten.

Änderungsbedarf und Begründung

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sind zentrale Akteure der Versorgung von Patientinnen und Patienten. Sie verantworten nicht nur ihre eigenen Leistungen, sondern gestalten die bedarfsgerechte Versorgung durch Verordnungen und Einweisungen. Daher ist ein Dialog zwischen Ärzteschaft und Krankenkasse notwendig und unverzichtbar, denn die Beratung dient der Qualität und der Patientensicherheit. Sie wird von den Vertragsärztinnen und -Ärzten geschätzt und ist für diese freiwillig. Die Anerkennung und Bedeutung der aktuellen Beratungsleistung im bisherigen System wurde bereits 2018 in einer durch die AOK Niedersachsen veranlassten und durch das Marktforschungsinstitut „produkt + markt“ durchgeführten Arztbefragung zum Thema „Zufriedenheit mit der Arztberatung“ deutlich: 85% der teilnehmenden Ärzte befanden die Beratung durch die Krankenkasse für gut oder sehr gut (Ø 1,8 auf einer Skala von 1 bis 5).
Versorgungsorientierte Krankenkassen beraten durch qualifizierte Mitarbeitende die Ärzteschaft unter anderem bei der sinnvollen Verordnung von Leistungen auch im Rahmen der Pharmakotherapieberatung, informieren über Änderungen von Richtlinien oder über besondere Versorgungsangebote der Krankenkassen wie z. B. den Disease-Management-Programmen. Die Beratungen durch Krankenkassen umfassen ein breites Spektrum von wichtigen Fragen der alltäglichen Patientenversorgung und helfen zum Nutzen der Patientinnen und Patienten Komplikationen im Praxisalltag vorzubeugen. Entsprechend schaffen Beratungen Klarheit und helfen, reibungslose Abläufe zwischen Ärztin oder Arzt und Krankenkasse zu sichern z. B., welche Einzelheiten bei der Veranlassung von Leistungen zu berücksichtigen sind. Eine solche Beratung kann auch helfen, die Umsetzung des Vertragskatalogs nach § 130e SGB V zu unterstützen. Da Wirtschaftlichkeitsberatungen durch die Prüfungsstellen erst ansetzen, wenn sich ein Prüfanlass ergibt, i. d. R. also, wenn Auffälligkeiten oder Fehler bestehen, ist die hier aufgenommene Beratung ergänzend zu sehen. Um den Missbrauch der Regelung für Beratung zu anderen Zwecken entgegen zu treten, wird eine entsprechende Klarstellung mit formuliert.

Änderungsvorschlag

Satz 1 wird ergänzt:
Die Kassenärztlichen Vereinigungen ***und die Krankenkassen*** beraten in erforderlichen Fällen die Vertragsärzte auf der Grundlage von Übersichten über die von ihnen im Zeitraum eines Jahres oder in einem kürzeren Zeitraum erbrachten, verordneten oder veranlassten Leistungen über Fragen der Wirtschaftlichkeit.

Satz 7 wird ergänzt:
Eine Beratung des Arztes oder Psychotherapeuten durch die Krankenkasse oder durch einen von der Krankenkasse beauftragten Dritten im Hinblick auf die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen auch mittels informationstechnischer Systeme ist unzulässig.

Mengenbegrenzung bei der stationären Versorgung im Zusammenhang mit der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik

Sachstand

Im Kontext einnahmenorientierte Ausgabenentwicklung ist die Mengenentwicklung nicht ausreichend berücksichtigt. Bis heute haben die Krankenhäuser die Fallmengen nicht auf das Niveau von 2019 angehoben. Die Differenz gegenüber 2019 beträgt nach wie vor 7 bis 8 %.

Ob eine Mengensteigerung erfolgen wird, hängt von verschiedenen Faktoren ab:

- Mit der Einführung des Pflegebudgets wurden bis heute rund 50 Tsd. Pflegekräfte eingestellt, gleichzeitig werden die PpUG nach wie vor nicht besser eingehalten.
- Zudem haben die Krankenhäuser keine Verminderung beim ärztlichen Personal vorgenommen, sodass grundsätzlich ausreichend personelle Ressourcen vorhanden sein müssten, um mehr Krankenhausleistungen zu erbringen.
- Gegen eine Mengensteigerung könnten die „PatientInnenpräferenzen" wirken, weil mit Covid-19 eine gewisse Zurückhaltung von Patientinnen und Patienten gegenüber elektiven Leistungen zu beobachten ist.

Änderungsbedarf und Begründung

Auf der anderen Seite sind die Anreizmechanismen für Mengensteigerungen zu bewerten. Eine Beschränkung der Preiskomponente (Abschaffung Meistbegünstigungsklausel) und eine Absenkung des Pflegebudgets reizen die Mengensteigerung an. Die Regelungen zur Vorhaltefinanzierung im KHAG stellen ebenso einen Mengenanreiz da, weil die Fallmenge bzw. der Casemix für die Höhe des Vorhaltebudgets der Absprungpunkt für die Berechnung sind. In der Summe kann ein Mengen-anstieg nicht ausgeschlossen werden.

Änderungsvorschlag

Um eine Begrenzung des Mengenanstiegs wirkungsvoll zu einzuführen, eignen sich verschiedenen Maßnahmen:

- Ab dem Überschreiten der Leistungsmenge des Vorjahres wird krankenhausbezogen eine prozentuale Degression der DRG-Vergütung gesetzlich festgelegt, sofern der Mengenanstieg nicht auf eine Erweiterung des Versorgungsauftrags durch die Landesregierung zu-rückgeführt werden kann. Die Degression muss dabei spürbar höher sein als die geltenden Mehrerlösausgleiche oder der Fixkostendegressionsabschlag (FDA), z. B. 50 bis 60 %. Dabei darf es keine weiteren breiten Ausnahmeregelungen geben, die die Wirkung des FDA erheblich eingeschränkt haben. Diese Mechanik ist grundsätzlich geeignet, den Anreiz für einen Mengenanstieg zu senken.
- Die konsequentere Variante wäre, eine Vergütung oberhalb der Menge des Vorjahres dadurch zu erschweren, dass bei der Festlegung der Preiskomponente des einzelnen Krankenhauses im nächsten Jahr der rechnerische Differenzbetrag als technischer Effekt vom Basisfallwert der Krankenhäuser abgezogen wird. Auch andere Prozentsätze wären vorstellbar.

§ 10 KHEntgG Landesbasisfallwert

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung soll gewährleisten werden, dass die Einspareffekte, die mit Einführung der Kurzzeitfallpauschalen im Zuge des Absinkens der jährlich kalkulierten Bewertungsrelationen entstehen können, nicht über den Umweg der Landesbasisfallwerte geschmälert oder gar aufgehoben werden.

Änderungsbedarf und Begründung

Die Umsetzung des zusätzlichen Änderungsbedarfs ist sachgerecht.

Sofern auf dem Wege der Kurzzeitfallpauschalen Kostensenkungen generiert werden können sowie die Ambulantisierung bislang unnötigerweise stationär durchgeführter Behandlungen vorangetrieben werden kann, müssen diese Erfolge durch eine Regelung mit Blick auf die Landesbasisfallwerte abgesichert werden.

Änderungsvorschlag

In Absatz 1 Satz 7 werden klarstellend nach den Worten „Fünften Buches Sozialgesetzbuch V“ die Worte „sowie aus § 17b Absatz 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ hinzugefügt.

In Absatz 4 Satz 4 werden klarstellend nach den Worten „nach § 6c“ ein Komma sowie die Worte „Veränderungen gemäß § 17b Absatz 2a Krankenhausfinanzierungsgesetz“ hinzugefügt.

§ 109 SGB V Teilaufrechnung

Beabsichtigte Neuregelung

Das erst seit 2020 geltende strikte Aufrechnungsverbot, dass es Krankenkassen untersagt, gegen Forderungen von Krankenhäusern mit Ansprüchen auf Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen aufzurechnen, soll gestrichen werden. Voraussetzung dafür ist eine leistungsrechtliche Entscheidung der Krankenkasse, basierend auf einem Gutachten des Medizinischen Dienstes.

Alternativ soll das strikte Aufrechnungsverbot in ein Teilaufrechnungsverbot umgewandelt werden, das es den Kassen ermöglicht, bis zur Hälfte der zurückgeforderten Summe aufzurechnen.

Änderungsbedarf und Begründung

Die Umsetzung des zusätzlichen Änderungsbedarfs ist sachgerecht.

Der Entfall des Aufrechnungsverbots in den o. g. Fällen trägt dazu bei, die Anzahl der Klagen der Kassen vor den Sozialgerichten sowie die Anzahl der bürokratisch aufwendigen Erörterungsverfahren zu senken. Darüber bewirkt das Aufrechnungsverbot, dass das Klagerecht sowie das Klagerisiko nach Identifikation der medizinisch fehlerhaften Abrechnung durch den neutralen Medizinischen Dienst wieder auf das Krankenhaus zurückfällt.

Alternativ: Die Einführung eines Teilaufrechnungsverbots in den o. g. Fällen trägt dazu bei, die Anzahl der Klagen der Kassen vor den Sozialgerichten sowie die Anzahl der bürokratisch aufwendigen Erörterungsverfahren hälftig zu senken. Darüber hinaus bewirkt das Teilaufrechnungsverbot, dass das Klagerecht sowie das Klagerisiko gleichmäßig auf die Beteiligten verteilt wird.

Dies erscheint vor allem sinnvoll vor dem Hintergrund, dass ein großer Teil Abrechnungsstreitigkeiten vor den Sozialgerichten mit einem Vergleich abgeschlossen werden. Insofern würde die Teilaufrechnung das Ergebnis lediglich vorwegnehmen und beide Seiten und die Sozialgerichte vom Klageaufwand entlasten.

Sowohl das oben geschilderte Verfahren wie auch die aufgezeigte Alternative erhöht zudem den Anreiz für das Krankenhaus sich mit der Krankenkasse schon im Vorfeld der Prüfung durch den medizinischen Dienst mit der Kasse im Falldialog bei fehlerhaften Abrechnungen zu verständigen.

Änderungsvorschlag

In Absatz 6 wird nach Satz 1 ein neuer Satz 2 eingefügt; die Nummerierung der folgenden Sätze verschiebt sich entsprechend um eine Ziffer:

„Sofern sich gemäß einer leistungsrechtlichen Entscheidung auf Basis einer Prüfung durch den Medizinischen Diensten nach § 275c Absatz 1 ein geminderter Abrechnungsbetrag ergibt, ist abweichend von Satz 1 die Krankenkasse berechtigt, die Differenz zwischen dem abgerechneten und dem geminderten Abrechnungsbetrag mit einer anderen Forderung des Krankenhauses aufzurechnen.“

Alternativ: „Sofern sich gemäß einer leistungsrechtlichen Entscheidung auf Basis einer Prüfung durch den Medizinischen Diensten nach § 275c Absatz 1 ein geminderter Abrechnungsbetrag ergibt, ist abweichend von Satz 1 die Krankenkasse berechtigt, bis zur Hälfte der Differenz zwischen dem abgerechneten und dem geminderten Abrechnungsbetrag mit einer anderen Forderung des Krankenhauses aufzurechnen."

§ 6c KHEntgG Ausnahme der Retaxierungen von Vorhaltevergütungsanteilen von der Ausgleichssystematik

Sachstand

Rückzahlungen von Vorhaltevergütungsanteilen der Krankenhäuser an die Krankenkassen im Zuge der Abrechnungsprüfung gemäß § 275c SGB V unterliegen ab 2028 nicht mehr der Ausgleichssystematik der Krankenhaus-individuellen Vorhaltebudgets.

Änderungsbedarf und Begründung

Um die Anreizwirkung zur korrekten Abrechnung aufrecht zu erhalten, ist es notwendig, die Ausgleichsfähigkeit der Mindererlöse, die im Zuge des Abrechnungsprüfung nach § 275c SGB V entstehen, gesetzlich zu untersagen. Diese Neuregelung beschränkt sich ausschließlich auf die mit Hilfe des Medizinischen Dienstes geprüften Abrechnungen. Rückzahlungen, die z. B. im Zuge des Falldialogs, also ohne gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes geleistet werden, sind von dieser Regelung ausgeschlossen. Dies setzt zudem einen stärkeren finanziellen Anreiz für die Krankenhäuser, den Falldialog mit den Krankenkassen zu intensivieren. Im Übrigen stellt dies auch eine Gleichbehandlung mit psychiatrischen Krankenhäusern dar, die gemäß Bundespflegesatzverordnung abrechnen.

Änderungsvorschlag

In Absatz 5 Satz 1 ist eine neue Nummer 3 einzufügen, die anschließende Nummerierung verschiebt sich entsprechend:

„3. Mindererlöse, die im Zuge der Abrechnungsprüfung gemäß § 275c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entstehen, nicht ausgeglichen werden,“

Sicherung von Ausbildungszuschlägen im Rahmen von Krankenhausinsolvenzen

Sachstand

In vielen Bundesländern werden die Ausbildungskosten nach § 17a Absatz 1 KHG über ein Umlageverfahren finanziert. Dabei werden bei allen Krankenhäusern im Bundesland Ausbildungszuschläge erhoben, die an einen Ausgleichsfonds abgeführt und an die ausbildenden Krankenhäuser im Bundesland ausgezahlt werden. Die Mittel sind zweckgebunden für die Ausbildung zu verwenden.

Im Fall einer Krankenhausinsolvenz besteht die Gefahr, dass die in Rechnung gestellten Ausbildungszuschläge nicht an den Ausgleichsfonds abgeführt werden, sondern in der Insolvenzmasse aufgehen und somit zweckentfremdet werden. Um die zweckentsprechende Mittelverwendung auch im Rahmen einer Insolvenz sicherzustellen, sollten die Beteiligten auf Landesebene in den Verfahrensregelungen im Zusammenhang mit dem Ausgleichsfonds sicherstellen, dass während des Insolvenzverfahrens die vom Krankenhaus in Rechnung zu stellenden Zuschläge, die an den Ausgleichsfonds abzuführenden Zahlungen sowie die bei einem ausbildenden Krankenhaus aus dem Ausgleichsfonds auszuzahlenden Raten ausgesetzt werden.

Das gleiche Problematik besteht beim Umlageverfahren nach dem Pflegeberufegesetz. Auch hier sollten deshalb in den Verfahrensregelungen auf Landesebene Regelungen für den Insolvenzfall aufgenommen werden.

Änderungsbedarf und Begründung

Die Wiederaufnahme aller Zahlungsströme nach Beendigung des Insolvenzverfahrens sowie ein Ausgleich etwaiger Differenzen aufgrund der Aussetzung der Zahlungen, können ebenfalls in den Verfahrensregelungen bestimmt werden. Hierzu bedarf es keiner Erweiterung der Rechtsgrundlage, da beispielsweise der Ausgleich der Differenz zwischen den abgerechneten Zuschlägen eines Krankenhauses und den an den Fonds abgeführten Mitteln bereits heute in den Verfahrensregelungen vieler Länder enthalten ist.

Änderungsvorschlag

Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)

In § 17a Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 KHG wird vor dem Punkt am Ende folgender Satzteil eingefügt***: „sowie Vorgaben zur Aussetzung der in Rechnung zu stellenden Zuschläge, der nach Absatz 6 Satz 4 an den Ausgleichsfonds abzuführenden Zahlungen und der aus dem Ausgleichsfonds nach Satz 5 zu zahlenden monatlichen Raten, wenn ein Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens über das Vermögen des Trägers eines Krankenhauses gestellt wurde"***

Pflegeberufegesetz (PflBG)

In § 33 Absatz 6 Satz 2 PflBG wird vor dem Punkt am Ende ein Komma und der folgende Satzteil eingefügt: ***„sowie Vorgaben zur Aussetzung der in Rechnung zu stellenden Zuschläge, wenn ein Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens über das Vermögen des Trägers einer Einrichtung nach § 7 Absatz 1 gestellt wurde"***

Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung (PfAFinV)

Die Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung (PflAFinV) wird wie folgt geändert:
In § 15 wird folgender neuer Absatz 3 eingefügt:
„***Wurde durch einen Träger der praktischen Ausbildung ein Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens über sein Vermögen gestellt, setzt die zuständige Stelle die Zahlung der Ausgleichszuweisungen ab Antragstellung aus.***"
In § 19 Absatz 1 werden vor dem Komma die Wörter „***oder als Träger einer Einrichtung nach § 7 Absatz 1 PflBG einen Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens über sein Vermögen stellt***" eingefügt.

Wiederherstellung der Prüf- und Steuerungsmöglichkeiten der Krankenkassen bei Leistungen zur medizinischer Rehabilitation - § 40 SGB V

Sachstand

Mit dem GKV-IPReG wurden im Bereich der medizinischen Rehabilitation nicht nur vergütungsbezogene Änderungen vorgenommen, sondern auch die Prüf- und Steuerungsmöglichkeiten der Krankenkassen eingeschränkt. Nach geltender Rechtslage gem. § 40 Abs. 3 S. 2 ff. SGB V wird bei einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation unter den gesetzlichen Voraussetzungen nicht mehr überprüft, ob diese medizinisch erforderlich ist. Zudem wurde gem. § 40 Abs. 3 S. 10 SGB V der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, festzulegen, in welchen Fällen Anschlussrehabilitationen ohne vorherige Überprüfung der Krankenkasse erbracht werden können.
Ziel der Regelung war es, den Zugang zur Rehabilitation zu erleichtern und Verzögerungen im Genehmigungsverfahren zu vermeiden. Dieses Ziel bleibt grundsätzlich nachvollziehbar und angemessen. Die Entwicklungen seit Inkrafttreten des IPReG zeigen jedoch, dass der tatsächliche Zugang zur Rehabilitation nicht durch eine breite Fallzahlausweitung abzulesen ist. In der Anschlussrehabilitation sind die Fallzahlen den amtlichen Statistiken zufolge von 2019 bis 2025 rückläufig. In der Geriatrie zeigt sich ein differenziertes Bild: in der med. Rehabilitation sind die Zahlen deutlich gestiegen, in der Anschlussrehabilitation sind die Zahlen rückläufig. Gleichzeitig sind die Kosten und insbesondere die Wartezeiten im Rehabilitationsbereich deutlich gestiegen. Diese Entwicklungen machen deutlich, dass nicht allein durch den Abbau von Prüfschritten der Zugang zur Rehabilitation verbessert wird. Maßgeblich ist vielmehr, ob die vorhandenen Reha-Kapazitäten zielgenau, bedarfsgerecht und wirtschaftlich eingesetzt werden können.

Änderungsbedarf und Begründung

Die geltende Regelung führt zu einem strukturellen Missverhältnis: Die Krankenkassen tragen weiterhin Finanzierungs- und Mitverantwortung für die rehabilitative Versorgung, können aber in den betroffenen Fallgruppen nicht mehr ausreichend prüfen, ob die beantragte Leistung medizinisch erforderlich ist, ob die gewählte Indikation zutrifft und ob die beantragte Versorgungsform im Einzelfall geeignet ist. Damit fallen Verantwortung und Steuerungsmöglichkeit auseinander.
Gerade bei langen Wartezeiten, begrenzten Kapazitäten und steigenden Ausgaben ist eine fachliche Einzelfallsteuerung erforderlich. Fehlsteuerungen können knappe Reha-Kapazitäten binden und den Zugang für Versicherte erschweren, die eine bestimmte Rehabilitationsleistung tatsächlich und zeitnah benötigen. Die Wiederherstellung der Prüfmöglichkeiten ist daher nicht als pauschale Zugangshürde zu verstehen. Ziel ist vielmehr, den Zugang zu medizinisch erforderlicher Rehabilitation durch eine passgenaue Steuerung zu sichern.

Die Krankenkassen müssen wieder in die Lage versetzt werden, die medizinische Erforderlichkeit, die zutreffende Indikation und die geeignete Versorgungsform im Einzelfall zu prüfen. Dies stärkt eine bedarfsgerechte Versorgung, vermeidet Fehlallokationen, unterstützt das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V und leistet einen Beitrag zur finanziellen Stabilisierung der GKV, ohne das Leistungsniveau für Versicherte mit medizinisch erforderlichem Rehabilitationsbedarf einzuschränken. Die durch das IPReG eingeführten Einschränkungen in § 40 Absatz 3 SGB V sollten daher zurückgenommen werden. Folgeanpassungen in der Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses sind anschließend vorzunehmen.

Änderungsvorschlag

§ 40 Absatz 3 SGB V wird wie folgt geändert:

- Die Sätze 2 bis 10 werden aufgehoben.
- Im bisherigen Satz 12, künftig Satz 3, wird die Angabe „Satz 11“ durch die Angabe „Satz 2“ ersetzt.
- Im bisherigen Satz 13, künftig Satz 4, wird die Angabe „Satz 11“ durch die Angabe „Satz 2“ ersetzt.
- Der bisherige Satz 18 wird aufgehoben.

Nationale Umsetzung der Richtlinie (EU) 2026/799 zur Harmonisierung bestimmter Aspekte des Insolvenzrechts

Sachstand

Nach derzeit geltender Rechtslage sind die Sozialversicherungsträger in Deutschland in Insolvenzverfahren den einfachen Insolvenzgläubigern gleichgestellt. Dies führt dazu, dass bereits gezahlte Sozialversicherungsbeiträge im Wege der Insolvenzanfechtung von Insolvenzverwaltern zurückgefordert und der Insolvenzmasse zugeführt werden können.

Änderungsbedarf und Begründung

Durch diese Insolvenzanfechtungen werden den Krankenkassen (und damit auch den AOKs) und den übrigen deutschen Sozialversicherungsträgern insgesamt jährlich Beitragsmittel in Höhe von mehreren 100 Mio. Euro zweckentfremdend und zur Aufstockung der Insolvenzmasse entzogen.

Änderungsvorschlag

Die langjährige Forderung der deutschen Sozialversicherung, dass Sozialversicherungsbeiträge, die von später insolventen Unternehmen gezahlt wurden, von der Anfechtung durch Insolvenzverwalter ausgenommen werden können, fand nun Eingang in die EU-Richtlinie zur Harmonisierung bestimmter Aspekte des Insolvenzrechts. Mit der Veröffentlichung der neuen EU-Insolvenz-Richtlinie im EU-Amtsblatt besteht nun die Möglichkeit, die in Artikel 7 Absatz 3 der Richtlinie formulierte Ausnahme in deutsches Recht umzusetzen. Die Richtlinie eröffnet die Möglichkeit, Zahlungen an Sozialversicherungsträger von der Insolvenzanfechtung auszunehmen oder bevorzugt zu behandeln und damit den Sozialversicherungsträgern und damit auch den Krankenkassen zur Verfügung zu stellen. Dieser Gestaltungsspielraum muss genutzt werden, um die Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme zu stabilisieren.

§ 275a Absatz 4 SGB V | MD-QPortal: notwendige Zugriffserweiterungen auf die Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen

Sachstand

Nach § 283 Absatz 5 SGB V führt der Medizinische Dienst eine Datenbank u. a. zu den Prüfungen der Erfüllung der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen („Leistungsgruppenprüfungen"). Die Datenbank „MD-QPortal" hat der Medizinische Dienst Bund zum 12.12.2025 in Betrieb genommen. Mit Inkrafttreten der LOPS-Richtlinie sind die Medizinischen Dienste verpflichtet, die Ergebnisse dieser Prüfungen an das MD-QPortal zu übermitteln. Nach Information des MD-Bund sind folgende Institutionen für das MD-QPortal zugangsberechtigt: Die Medizinischen Dienste in den Ländern, die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und seine Landesausschüsse, das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG). Für die Landesverbände der Krankenkassen ergibt sich die Erforderlichkeit eines Zugriffs auf die Ergebnisse der Leistungsgruppenprüfungen insbesondere

- durch ihre gesetzlich vorgesehene Einbindung bei Leistungsgruppenzuweisungen trotz Nicht-Erfüllung der Qualitätskriterien nach § 6a Absatz 4 KHG,
- durch ihre weitere Beteiligung an den Krankenhausplanungsprozessen in den Ländern,
- im Hinblick auf die Überprüfung der Erfüllung der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen von Krankenhäusern, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht bzw. abgeschlossen werden soll (§ 108 Nr. 3 i. V. m § 109 SGB V) sowie
- durch ihre Verantwortung gegenüber ihren Versicherten für eine qualitativ-hochwertige Versorgung.

Änderungsbedarf und Begründung

Aufgrund der gegebenen Strukturen in den AOKs und der technischen Voraussetzungen für einen Abruf der Daten zu den Leistungsgruppenprüfungen, war ein Abruf der Daten durch die AOKs bislang nicht möglich. Eine mögliche Lösung stellt einen Abruf über den AOK-Bundesverband dar, welcher die Daten anschließend an die AOKs übermittelt. Dies wurde durch den MD-Bund mit Verweis auf die gesetzlich abschließend definierten Adressaten in § 275a Absatz 11 SGB V und § 283 SGB V abgelehnt. Da die Frist für den Abschluss der erstmaligen Leistungsgruppenprüfungen durch die MDs am 31.07.2026 endet und bis auf Niedersachsen und NRW alle Länder beabsichtigen, die erstmaligen Zuweisungen der Leistungsgruppen bis Ende des Jahres und teilweise auch bereits vorher abzuschließen, sollte es den Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen ebenfalls ermöglicht werden, für eine Weiterleitung der Daten Zugriff zu erhalten. Von einer solchen Anpassung würde mutmaßlich nicht nur das AOK-System, sondern auch die weiteren Kassenarten profitieren. Die Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen sollten dementsprechend in § 275a Absatz 4 SGB V sowie in § 283 Absatz 5 SGB V als Empfänger der MD-Gutachten ergänzt werden.

Weiterhin sollte den AOKs Zugriff auf die bundesweiten Daten gewährt werden. Insbesondere in Grenzregionen der Länder versorgen Krankenhäuser Patientinnen und Patienten aus angrenzenden Bundesländern mit. Darüber hinaus sind Versicherte der AOKs auch außerhalb der Länder, in denen sie ihre Landesverbände haben, wohnhaft und werden in Krankenhäusern dieser Länder versorgt. Dementsprechend sollten die AOKs Kenntnis darüber erhalten, inwieweit die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen in diesen Krankenhäusern erfüllt werden. Durch die derzeitigen Regelungen kommt es zu einer Schlechterstellung des AOK-Systems gegenüber den bundesweiten Kassen, die Zugriff auf die bundesweiten Daten erhalten. Hierdurch entsteht ein Wettbewerbsnachteil für das AOK-System, den es zu beseitigen gilt.

Änderungsvorschlag

§ 275a SGB V Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 wird wie folgt geändert:

2. die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen ***oder die von diesen beauftragten Arbeitsgemeinschaften,***

§ 283 Abs. 5 Satz 8 SGB V wird wie folgt geändert:

Der Medizinische Dienst Bund gewährt hinsichtlich der in § 275a Absatz 11 genannten Übermittlungen, Mitteilungen oder Informationen dem jeweiligen Empfänger ***oder der beauftragten Arbeitsgemeinschaft*** Zugang zu den für ihn entsprechend seiner örtlichen Zuständigkeit relevanten und für die Erfüllung seiner gesetzlichen Aufgaben erforderlichen Daten.

Deutscher Bundestag

Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(14)

zur öffentl. Anh. am 22.06.2026

18.06.2026

STELLUNGNAHME

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

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz – GKV-BStabG, Kabinettsversion vom 29. April 2026)

Berlin, Juni 2026

I. Vorbemerkung

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

Den im Rahmen der Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages eingebrachten Änderungsantrag der Fraktion Bündnis 90/ DIE GRÜNEN unterstützen wir grundsätzlich, insbesondere die Forderung, „die Reformen so auszugestalten, dass sie die größtmögliche Wirkung im System entfalten, dabei sozial ausgewogen sind und die Gesundheitsversorgung nachhaltig verbessern“. Die DGKJ erkennt die strukturelle Finanzierungssituation der GKV an und unterstützt das Ziel, die Beitragsstabilität zu sichern. Der vorliegende Gesetzentwurf enthält in mehreren Bereichen Regelungen, die die Gesundheitsversorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Familien strukturell beeinträchtigen können. Die DGKJ nimmt dazu im Folgenden Stellung.

Die Pädiatrie nimmt innerhalb der Krankenhauslandschaft eine strukturelle Sonderstellung ein. Sie ist durch vergleichsweise geringe Fallzahlen, hohe Personalintensität, hohe Vorhaltebedarfe und einen ausgeprägten Spezialisierungsgrad gekennzeichnet. Steuerungsinstrumente der Erwachsenenmedizin sind daher auf die Pädiatrie nur eingeschränkt übertragbar. Die Zahl pädiatrischer Standorte ist seit Jahrzehnten kontinuierlich zurückgegangen; ein weiterer Konzentrationsbedarf besteht in diesem Bereich nicht. Die Sicherung bestehender Strukturen ist Voraussetzung für eine flächendeckende und qualitativ hochwertige Versorgung.

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Ausgabenbegrenzungen, die die pädiatrische Versorgungsstruktur weiter schwächen, sind mit dem Ziel einer bedarfsgerechten Kinder- und Jugendgesundheitsversorgung nicht vereinbar.

Die nachfolgenden Ausführungen aktualisieren und ergänzen die DGKJ-Stellungnahme vom 20. April 2026 auf der Grundlage des Kabinettsentwurfs vom 29. April 2026 und des aktuellen Stands des parlamentarischen Verfahrens. Der Kabinettsentwurf hat gegenüber dem Referentenentwurf in einzelnen Punkten Änderungen vorgenommen, insbesondere die Streichung der geplanten Krankengeldabsenkung und den Verzicht auf die Kürzung des Kinderkrankengeldes. Diese Änderungen werden zur Kenntnis genommen.

II. Zu den geplanten Maßnahmen im Einzelnen

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

Die besondere Förderung der stationären Pädiatrie folgt einer gestuften Regelungsarchitektur. Das ursprünglich für 2023 und 2024 befristete gesonderte Erlösvolumen nach § 4a KHEntgG (300 Mio. € jährlich, basierend auf Fallzahlen 2019) ist ausgelaufen. Für 2025 und 2026 übernimmt ein Übergangszuschlag nach § 5 Abs. 3k KHEntgG die Brückenfunktion bis zur strukturellen Nachfolgeregelung.

Strukturelle Nachfolgeregelung ist der mit dem KHVVG eingeführte Pädiatrie-Förderbetrag von 288 Mio. € jährlich nach § 39 KHG, der – durch das KHAG bereits einmal auf 2028 verschoben – über erhöhte Vorhaltebewertungsrelationen der pädiatrischen Leistungsgruppen dauerhaft wirken soll. Die volle Finanzwirksamkeit der Vorhaltevergütung ist erst ab 2030 vorgesehen.

Die allgemeine Ausgabenbremse und Grundlohnratenbindung im GKV-BStabG gefährdet diese Stufenarchitektur. Sie dürfte den Übergangszuschlag 2025/2026 faktisch mindern und die planmäßige Einführung des strukturellen Förderbetrags nach § 39 KHG unterlaufen. Kinderkliniken, die bereits heute überwiegend defizitär wirtschaften, wären davon überproportional betroffen.

Die im KHVVG angelegte Abschaffung der Abschläge bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer für Kinder und Jugendliche – ebenfalls durch das KHAG auf 2028 verschoben – sollte zeitnah umgesetzt werden. Eine frühzeitige Entlassung in das familiäre

Umfeld ist aus pädiatrischer Sicht in vielen Fällen medizinisch unbedenklich und wirkt sich positiv auf Genesung und Entwicklungsverlauf aus.

> **Empfehlung: Der Übergangszuschlag nach § 5 Abs. 3k KHEntgG ist von der allgemeinen Ausgabenbremse des GKV-BStabG auszunehmen. Der strukturelle Pädiatrie-Förderbetrag nach § 39 KHG (288 Mio. € jährlich) ist planmäßig ab 2028 einzuführen und nicht erneut zu verzögern oder durch Ausgabenobergrenzen zu begrenzen. Die Abschaffung der pädiatrischen Grenzverweildauerabschläge ist zeitnah umzusetzen.**

2. Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen

Kinder stellen in der Notfallversorgung eine besonders vulnerable Patientengruppe dar. Sie benötigen altersangepasste diagnostische Verfahren, spezifische Medikation, kindgerechte Ausstattung sowie Personal mit pädiatrischer Expertise. Diese Anforderungen unterscheiden sich von der Notfallversorgung Erwachsener. Die Ausgabenbremse des GKV-BStabG sollte nicht dazu führen, dass pädiatrische Notfallkapazitäten weiter zurückgehen. Dort, wo spezialisierte pädiatrische Notfallstrukturen aufgrund regionaler Gegebenheiten oder begrenzter personeller Ressourcen nicht vorgehalten werden können, ist eine verbindliche telemedizinische Anbindung an pädiatrische Strukturen vorzusehen.

> **Empfehlung: Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen in der Notfallversorgung ist von pauschalen Ausgabenbegrenzungen auszunehmen. Pädiatrische Notfallkapazitäten sind strukturell zu erhalten.**

3. Grundlohnratenbindung bei Heilmitteln

Der Entwurf sieht vor, Vergütungssteigerungen für Heilmittelerbringer auf die Grundlohnrate zu deckeln und die vollständige Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen zu beenden. Kinder mit Entwicklungsstörungen, Behinderungen und chronischen Erkrankungen sind in besonderem Maße auf Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie angewiesen. Diese Versorgung wird in enger Kooperation mit Sozialpädiatrischen Zentren und in Praxen niedergelassener Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte erbracht. Bleibt die Vergütung von Heilmittelerbringern strukturell hinter der Kostenentwicklung zurück, ist mit einem weiteren Rückgang von Therapieplätzen und einer Verlängerung bestehender Wartezeiten zu rechnen.

Heilmittelversorgung bei pädiatrischen Indikationen, insbesondere im Bereich der Frühförderung, hat nachweislich positive Langzeiteffekte auf Entwicklung, Teilhabe und spätere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen.

> **Empfehlung: Für pädiatrische Indikationen sind differenzierte Vergütungsregelungen vorzusehen, die eine bedarfsgerechte Versorgung gewährleisten.**

4. Vergütungsbegrenzung für Sozialpädiatrische Zentren

Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) nach § 119 SGB V versorgen in bundesweit rund 162 zugelassenen Einrichtungen Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen, Behinderungen sowie psychischen und seelischen Störungen. Ihre multiprofessionellen Teams – bestehend aus Ärztinnen und Ärzten, Psychologinnen und Psychologen, Logopädinnen, Ergo- und Physiotherapeutinnen sowie Sozialpädagoginnen – setzen eine kostendeckende Refinanzierung voraus, da Personalkosten den weitaus größten Kostenblock bilden. Eine Deckelung auf die Grundlohnrate bei gleichzeitig darüber liegenden Tariflohnsteigerungen würde zu struktureller Unterfinanzierung führen, die mittelfristig Standortschließungen zur Folge haben könnte.

> **Empfehlung: Für SPZ sind eigenständige Vergütungsregelungen vorzusehen, die eine kostendeckende Finanzierung sicherstellen.**

5. Kinderkrankenpflege

Eine qualitativ hochwertige stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen setzt spezialisiertes Pflegepersonal voraus. Die pflegerische Versorgung von Kindern erfordert spezifische fachliche, entwicklungsbezogene und psychosoziale Kompetenzen, die sich von der Pflege Erwachsener unterscheiden. Im pädiatrischen Pflegebereich bestehen bereits erhebliche Personalengpässe; das Bündnis Kinder- und Jugendgesundheit weist auf deren versorgungsrelevante Ausmaße hin. Eine Deckelung der Vergütungssteigerungen auf die Grundlohnrate dürfte die Attraktivität pädiatrischer Stationen als Arbeitgeber weiter verringern und bestehende Engpässe verstärken.

> **Empfehlung: Die Finanzierung pädiatrischer Pflegekapazitäten sollte im GKV-BStabG gesondert geregelt werden. Das Wahlrecht auf einen spezialisierten Abschluss in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege nach § 59 PflBG ist beizubehalten.**

6. Arzneimittelversorgung für Kinder und Jugendliche

Mit dem Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz (ALVVG, 2023) hat der Gesetzgeber für Kinderarzneimittel Schutzregelungen eingeführt: Festbetragsbildung und Rabattverträge wurden abgeschafft, pharmazeutische Unternehmen können die Abgabepreise um bis zu 50 % des zuletzt geltenden Festbetrags anheben. Ziel

dieser Regelungen ist die Bekämpfung von Lieferengpässen und die Stärkung der Versorgungssicherheit.

Der GKV-BStabG sieht u. a. eine Verdoppelung des Herstellerrabatts nach § 130a SGB V von 7 auf 14 % vor. Diese Maßnahme gilt grundsätzlich für alle Arzneimittel. Eine pauschale Anwendung auf Kinderarzneimittel steht in einem Spannungsverhältnis zu den ALVVG-Schutzregelungen: Die mit dem ALVVG eingeführte Preisflexibilität auf Herstellerseite würde durch die Rabatterhebung teilweise kompensiert. Dies könnte die wirtschaftlichen Anreize zur Versorgung des deutschen Markts mit Kinderarzneimitteln verringern.

Das Problem der Off-Label-Verschreibung von Arzneimitteln im Kindesalter bleibt strukturell ungelöst. Die DGKJ spricht sich für eine dauerhafte öffentliche Förderung der Arzneimitteldatenbank Kinderformularium (www.kinderformularium.de) aus. Die Datenbank stellt Dosierungsempfehlungen für Kinder einschließlich Off-Label-Anwendungen bereit und wird in vergleichbaren europäischen Ländern – darunter die Niederlande, Norwegen und Österreich – öffentlich finanziert. Der jährliche Förderbedarf beträgt rund 300.000 €.

> **Empfehlung: Kinderarzneimittel sind von der Herstellerrabatterhebung nach § 130a SGB V auszunehmen oder es sind Ausgleichsmechanismen zu schaffen, die die ALVVG-Schutzwirkung erhalten. Das Kinderformularium (https://kinderformularium.de) sollte dauerhaft öffentlich gefördert werden (rund 300.000 € jährlich).**

7. Frühe Hilfen

Die Frühen Hilfen stellen einen zentralen Baustein der Verhältnisprävention dar und leisten einen wesentlichen Beitrag zur Förderung eines gesunden Aufwachsens von Kindern. Präventive Maßnahmen entfalten nachweislich größere Wirkung, je früher sie einsetzen, und verringern langfristig die Inanspruchnahme kostenintensiverer Leistungen. Regionale Unterschiede in Umfang, Erreichbarkeit und personeller Ausstattung führen bereits zu ungleichen Versorgungslagen. Eine nachhaltige Finanzierung und strukturelle Absicherung der Frühen Hilfen auf Bundesebene sind erforderlich. Das GKV-BStabG sollte keine Regelungen enthalten, die die bestehenden Strukturen beeinträchtigen.

> **Empfehlung: Die Frühen Hilfen sind von pauschalen Ausgabenbegrenzungen auszunehmen. Eine nachhaltige Bundesfinanzierung als gesamtgesellschaftliche Präventionsaufgabe ist sicherzustellen.**

8. Beitragspflicht für mitversicherte Ehepartner

Die geplante Einführung einer Beitragspflicht für bisher beitragsfrei familienversicherte Ehepartner betrifft in besonderem Maße Familien, in denen ein Elternteil aufgrund von Kindererziehung oder der Pflege eines behinderten Kindes nicht oder nur in Teilzeit erwerbstätig ist. Die wissenschaftliche Evidenz zeigt einen Zusammenhang zwischen sozioökonomischer Lage und Kindergesundheit. Finanzielle Mehrbelastungen dieser Haushalte können sich auf die gesundheitliche Versorgung der betroffenen Kinder auswirken.

Der Kabinettsentwurf hat die im Referentenentwurf vorgesehene Kürzung des Kinderkrankengeldes nicht übernommen. Die vorgesehene Änderung der Familienversicherungsregelung hat gleichwohl strukturelle Auswirkungen für Familien mit chronisch kranken oder behinderten Kindern.

> **Empfehlung: Gezielte Ausnahmeregelungen für Familien mit chronisch kranken oder behinderten Kindern sind vorzusehen. Eine soziale Folgenabschätzung sollte verbindlicher Bestandteil des weiteren Gesetzgebungsverfahrens sein.**

9. Strukturelle Finanzierung der GKV

Die DGKJ teilt die im Entwurf dargelegte Einschätzung einer strukturellen Deckungslücke in der GKV. Die seit Jahren bekannte Unterfinanzierung durch nicht kostendeckende Pauschalbeiträge für Bürgergeldempfängerinnen und -empfänger – nach Angaben des BMG rund 10 Milliarden Euro jährlich – stellt eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar, die aus allgemeinen Steuermitteln zu finanzieren ist.

Der im Kabinettsentwurf vorgesehene Einstieg in die Steuerfinanzierung der Gesundheitsversorgung von Bürgergeldbeziehern (250 Mio. € für 2027, 500 Mio. € für 2028) ist ein erster Schritt; der Umfang bleibt deutlich hinter dem strukturellen Bedarf zurück. Die Verschiebung der Rückzahlung von Darlehensverbindlichkeiten auf die Jahre 2035 bis 2039 stellt keine strukturelle Finanzierungskorrektur dar. Die dauerhafte Kürzung des Bundeszuschusses um 2 Milliarden Euro auf 12,5 Milliarden Euro ist aus Sicht der Versorgungsqualität kritisch zu bewerten.

> **Empfehlung: Der Bund sollte seinen Finanzierungsbeitrag für versicherungsfremde Leistungen substanziell erhöhen. Die Steuerfinanzierung der Gesundheitsversorgung von Bürgergeldbeziehern sollte schrittweise ausgebaut werden. Die Verschiebung von Darlehensverbindlichkeiten ersetzt keine strukturelle Finanzierungsreform.**

III. Zusammenfassung der Empfehlungen

Die DGKJ empfiehlt im Rahmen der Anhörung des Gesundheitsausschusses am 22. Juni 2026 folgende Änderungen am Kabinettsentwurf:

- Stationäre Finanzierung: Übergangszuschlag (§ 5 Abs. 3k KHEntgG) von der Ausgabenbremse ausnehmen; Pädiatrie-Förderbetrag nach § 39 KHG (288 Mio. €/Jahr) planmäßig ab 2028 einführen; Grenzverweildauerabschläge zeitnah aufheben.
- Notfallversorgung: Pädiatrische Notfallkapazitäten von pauschalen Ausgabenbegrenzungen ausnehmen; telemedizinische Anbindung an pädiatrische Zentren verbindlich regeln.
- Heilmittel: Differenzierte Vergütungsregelungen für pädiatrische Indikationen vorsehen; strukturelle Unterfinanzierung durch Grundlohnratenbindung vermeiden.
- Sozialpädiatrische Zentren: Eigenständige Vergütungsregelungen vorsehen, die eine kostendeckende Finanzierung sicherstellen.
- Kinderkrankenpflege: Finanzierung pädiatrischer Pflegekapazitäten gesondert regeln; spezialisierten Pflegeabschluss nach § 59 PflBG beibehalten.
- Arzneimittel: Kinderarzneimittel von der Herstellerrabatterhebung (§ 130a SGB V) ausnehmen oder Ausgleichsmechanismen schaffen; Spannungsverhältnis zu ALVVG-Schutzregelungen auflösen; Kinderformularium dauerhaft öffentlich fördern (rund 300.000 €/Jahr).
- Frühe Hilfen: Pauschale Ausgabenbegrenzungen ausschließen; nachhaltige Bundesfinanzierung als gesamtgesellschaftliche Präventionsaufgabe sicherstellen.
- Familienversicherung: Ausnahmeregelungen für Familien mit chronisch kranken oder behinderten Kindern vorsehen; soziale Folgenabschätzung verbindlich im Gesetzgebungsverfahren verankern.
- Strukturelle Bundesfinanzierung: Beitrag des Bundes für versicherungsfremde Leistungen erhöhen; Steuerfinanzierung der Gesundheitsversorgung von Bürgergeldbeziehern schrittweise ausbauen.
- Verfahren: DGKJ als Sachverständige zur Anhörung am 22. Juni 2026 einladen; sachgerechte Beteiligungsfristen im weiteren Verfahren gewähren.

Die DGKJ steht dem Deutschen Bundestag und der Bundesregierung als sachverständige Gesprächspartnerin zur Verfügung und bittet darum, die vorstehenden Positionen im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu berücksichtigen.

Kontakt:

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

Prof. Dr. Ursula Felderhoff-Müser, Präsidentin

PD Dr. med. Burkhard Rodeck, Generalsekretär

Geschäftsstelle: Chausseestr. 128/129, 10115 Berlin

Tel. 030 308 7779-0

politik@dgkj.de | www.dgkj.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(15)
gel. VB zur öffent. Anh. am
22.06.2026 - GKV
18.06.2026

ADAC Luftrettung

Stellungnahme ADAC Luftrettung gGmbH zum Entwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)

Stand: 16. Juni 2026

Zusammenfassung

- **Rettungsdienst und Luftrettung sind Teil der öffentlichen Sicherheit.**
  Sie schaffen **Vertrauen**: Wenn ein akuter Notfall eintritt, muss auf dieses System Verlass sein – besonders in **ländlichen Regionen**.
- **Dieses System wurde über Jahrzehnte maßgeblich von gemeinnützigen Organisationen aufgebaut.**
  ADAC Luftrettung und DRF Luftrettung haben in rund 50 Jahren über **750 Mio. Euro Eigenmittel** in die Luftrettung eingebracht. Entstanden ist eine **kritische Infrastruktur**, von der die gesamte Bevölkerung heute verlässlich profitiert.
- **Der Referentenentwurf gefährdet diese Struktur.**
  Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz fixiert die **Grundlohnsumme** als **starre Obergrenze** der jährlichen Refinanzierung. Für 2027 bis 2029 soll diese Obergrenze künstlich **zusätzlich** um jeweils **einen Prozentpunkt abgesenkt** werden. Dies gilt auch für Rettungsdienst und **Luftrettung**.
- **Die Kostensteigerungen sind weit überwiegend extern verursacht.**
  Dazu zählen **allgemeine Preisentwicklung**, **gesetzliche** und **staatliche Vorgaben**, Tarifentwicklung, Technik, Wartung, Energie, Infrastruktur und Fachkräfte. Die **reale Kostenentwicklung** der Luftrettung liegt regelmäßig **über** der **Grundlohnsummenentwicklung** – im Durchschnitt um rund 3 bis 5 Prozentpunkte pro Jahr.
- **Damit entsteht eine strukturelle Finanzierungslücke.**
  Nicht refinanzierte Kostensteigerungen werden in die Folgejahre fortgeschrieben. Die **Lücke wächst** kontinuierlich – bis 2031 auf rund 221 Mio. Euro kumuliert. Gemeinnützige Betreiber können sie nicht dauerhaft schultern.
- **Ohne Anpassung wird Einsatzfähigkeit verloren gehen.**
  Die Folgen wären **Einschränkungen** der Leistung, geringere Flächenabdeckung, längere Eintreffzeiten und im Ergebnis auch Standortschließungen. **Besonders** betroffen wären **ländliche Regionen**.
- **Kostenbegrenzung bleibt richtig – aber sie muss dort ansetzen, wo Kosten steuerbar sind.**
  Ausschreibungen sollten auf die **notwendigen Anforderungen reduziert** werden**, kein** unreflektiertes „**höher, schneller, weiter**“. **Weniger Bürokratie** und verhältnismäßige Anforderungen sind ohne Leistungsminderung möglich. Eine starre Deckelung trifft dagegen nicht Ineffizienz, sondern notwendige Vorhaltung.
- **Die Bundesländer teilen die Kritik und die Argumentation der Rettungsdienste.**
  In seiner Stellungnahme zum GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz bekräftigt der Bundesrat seine Ablehnung gegenüber den geplanten Neufassungen der §§ 71 und 133 SGB V und stellt fest, dass die verlässliche, flächendeckende rettungsdienstliche Versorgung, vor allem in ländlichen und strukturschwachen Regionen, nachhaltig gefährdet wäre.
- **Erforderlich ist eine gesetzliche Ausnahme für die medizinische Notfallrettung von der Grundlohnrate.**
  Die **Vergütung muss** notwendige, nachgewiesene und nicht beeinflussbare **Kostensteigerungen abbilden** können. Die GKV wird dadurch dennoch nicht mit beliebigen Kosten belastet; **Wirtschaftlichkeit** und Nachweisbarkeit bleiben **Voraussetzung**.
- **Formulierungsvorschlag für § 133 SGB V:**

  „(2a) Für Vereinbarungen über die Vergütung von Leistungen der medizinischen Notfallrettung können die Vertragspartner abweichend von § 71 Absatz 2 und 3 eine darüber hinausgehende Veränderung der Vergütung vereinbaren.“
- **Conclusio: Beitragssatzstabilität** und **Versorgungssicherheit** dürfen **nicht gegeneinander ausgespielt** werden. Die Notfallrettung braucht eine Ausnahme von der starren Deckelung, damit sie wirtschaftlich tragfähig, flächendeckend verfügbar und für die Bevölkerung verlässlich bleibt.

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

ADAC

1. Ausgangslage

Die Kostenentwicklung der vergangenen Jahre war in nahezu allen Lebensbereichen außergewöhnlich dynamisch. Zunächst haben die Pandemie und ihre Folgewirkungen, später die weltpolitische Lage, Energiepreisschocks, Lieferkettenprobleme, Inflation und steigende Personalkosten zu erheblichen Kostensteigerungen geführt. Zwischen 2020 und 2024 erhöhten sich die Verbraucherpreise in Deutschland deutlich. Besonders betroffen waren grundlegende Lebens- und Kostenbereiche:
Nahrungsmittel und alkoholfreie Getränke verteuerten sich im Jahresdurchschnitt um rund 33 %, Gaststätten- und Beherbergungsdienstleistungen um rund 27 %, Verkehr um rund 25 % sowie Wohnung, Wasser, Strom, Gas und andere Brennstoffe um rund 21 %. Auch die Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung stiegen im gleichen Zeitraum – von rund 249 Mrd. Euro im Jahr 2020 auf rund 312 Mrd. Euro im Jahr 2024, also um rund 25 %.

Vor diesem Hintergrund ist es richtig und notwendig, der weiteren Kostenentwicklung im Gesundheitswesen frühzeitig, strukturell und wirksam zu begegnen. Das Ziel, die Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung zu stabilisieren und eine nachhaltige Ausgabenentwicklung sicherzustellen, wird von der ADAC Luftrettung ausdrücklich unterstützt. Um kurzfristig den Beitragssatz zu stabilisieren, sollen Ausgaben reduziert werden. Erforderlich ist jedoch zugleich eine seit Jahren anstehende Strukturreform des Gesundheitswesens. Diese soll in einem zweiten Schritt folgen. Entsprechend ist die Finanzkommission aufgefordert, bis Ende 2026 Eckpunkte vorzulegen. Entscheidend ist, dass die Ausgabenpolitik bedarfsgerecht, strukturell wirksam und versorgungssicher ausgestaltet wird.

2. Problemstellung

Der aktuelle Referentenentwurf zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz deckelt die Refinanzierungsentwicklung im Gesundheitswesen verbindlich mit der Grundlohnsumme und reduziert diese in den Jahren 2027 bis 2029 zusätzlich um jeweils einen Prozentpunkt. Diese Regelung gilt auch für Leistungen des Rettungsdienstes einschließlich der Luftrettung.

Für die Luftrettung entsteht daraus ein strukturelles Problem: Die Kostenentwicklung (Technik, Wartung, Kerosin, Infrastruktur und Personal) liegt dauerhaft oberhalb der Steigerungsrate der Grundlohnsumme. Gleichzeitig handelt es sich um eine Vorhalteleistung mit begrenzten Einsparpotenzialen. Eine rechtlich fixierte Begrenzung der Einnahmen führt daher zwangsläufig zu einer dauerhaften Unterdeckung, die sich jährlich verschlimmert („negativer Zinseszinseffekt“). Damit kann das bestehende Leistungsangebot – sowohl in der Qualität als auch insbesondere im Umfang der geographischen Abdeckung – nicht mehr verlässlich gewährleistet werden.

Bereits heute unterliegt die Luftrettung strikten Wirtschaftlichkeitsanforderungen und verfügt über keinen „Freifahrtschein“ bei der Finanzierung. Die Vergütungsentwicklung orientiert sich schon heute grundsätzlich an der Grundlohnsumme, während Kosten als angemessen nachzuweisen und jedes Jahr im Rahmen von Verhandlungen mit den Krankenkassen neu zu vereinbaren sind. Damit besteht bereits seit Jahrzehnten ein regulierter und kontrollierter Refinanzierungsmechanismus, der nach der bisherigen Definition des SGB V eine „wirtschaftliche Leistungserbringung“ sicherstellt.

3. Hintergrund und strukturelle Einordnung

Die Luftrettung ist ein zentraler Bestandteil der notfallmedizinischen Versorgung in Deutschland und insbesondere in ländlichen Regionen und zur leitliniengerechten Notfallmedizin (Eintreffzeit und Prähospitalzeit) unverzichtbar. Sie zeichnet sich an vielen Standorten durch eine 24/7-Vorhaltung, sehr hohe Fixkosten (>70 %) und langfristige Investitionszyklen in Luftfahrzeuge, Medizintechnik, Infrastruktur und spezialisierte Ausbildung aus.

Im System der Notfallversorgung besteht eine Aufgabenteilung zwischen Bedarfsträgern (Beauftragung), Kostenträgern (Finanzierung) und Leistungserbringern (Betrieb). Der Gesetzentwurf greift ausschließlich in die Finanzierungsdimension ein, ohne die zugrunde liegende Versorgungslogik oder Beauftragungsstruktur anzupassen. Gleichzeitig steigen die Anforderungen an die Luftrettung. Sowohl die Krankenhausreform als auch die Notfallreform werden voraussichtlich zu einer stärkeren Konzentration medizinischer Versorgungsstrukturen und damit zu längeren Transportwegen führen. Dadurch gewinnt die Luftrettung als

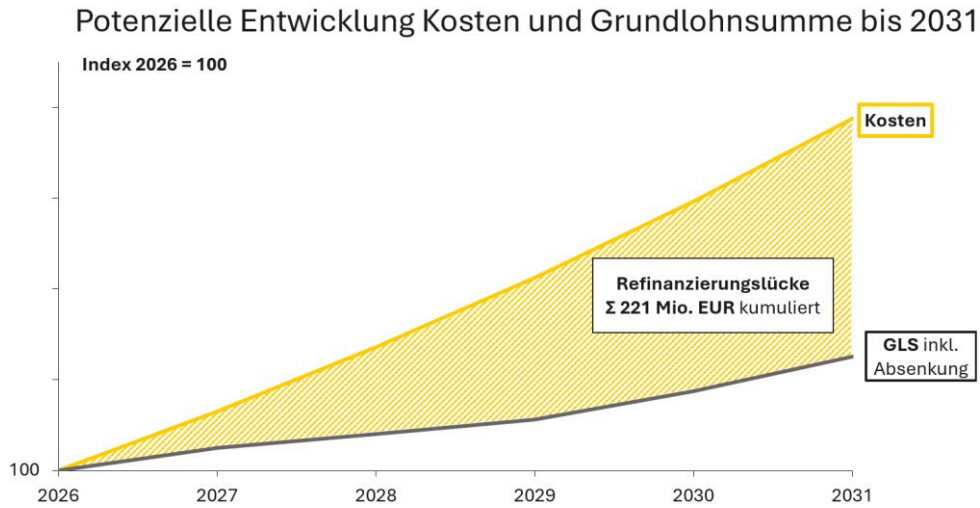
schneller, qualifizierter und flächendeckend verfügbarer Bestandteil der Notfallversorgung weiter an Bedeutung.

Zusammengefasst würde der aktuelle Gesetzentwurf die Refinanzierung der Luftrettung zunehmend von der tatsächlichen bedarfs- und preisbedingten Kostenentwicklung entkoppeln. Dies betrifft einen Leistungsbereich, dessen Umfang, Qualität und Verfügbarkeit jedoch maßgeblich durch öffentliche Beauftragung, regulatorische Anforderungen und medizinische Versorgungsnotwendigkeiten bestimmt werden.

4. Quantitative Einordnung

Den öffentlich verfügbaren Quellen ist zu entnehmen, dass die jährlichen Kosten der gesamten Luftrettung in Deutschland derzeit bei rund 290 Mio. Euro liegen. Auf dieser Basis verdeutlicht die folgende Modellrechnung den beschriebenen Mechanismus: Die tatsächliche Kostenentwicklung der Luftrettung entfernt sich zunehmend von der gesetzlich gedeckelten Vergütungsentwicklung (Grundlohnsumme – kurz: GLS). Die daraus entstehende Differenz wächst jährlich an und wird in den Folgejahren fortgeschrieben.

Die Grundlohnsummenrate ist aktuell erhöht, wird sich jedoch mittelfristig wieder normalisieren. Durch die vorgesehene gesetzliche Absenkung in den Jahren 2027 bis 2029 wird die Refinanzierungsbasis zusätzlich reduziert. Aufgrund des Zinseszinseffekts wirkt dies über den Dreijahreszeitraum hinaus strukturell fort.



In der Modellrechnung ergibt sich bereits für das Jahr 2029 eine jährliche Refinanzierungslücke von rund 45 Mio. Euro. Bis 2031 steigt die jährliche Lücke auf rund 76 Mio. Euro an. Kumuliert ergibt sich für die Jahre 2027 bis 2031 eine potenzielle Refinanzierungslücke von rund 221 Mio. Euro. Diese Größenordnung ist für gemeinnützige Betreiber wirtschaftlich nicht tragfähig.

Gleichzeitig macht die Luftrettung in Deutschland rund 0,1 % der GKV-Leistungsausgaben aus. Den Kosten der Luftrettung von rund 290 Mio. Euro im Jahr 2024 stehen GKV-Leistungsausgaben von rund 312,3 Mrd. Euro gegenüber. Der fiskalische Entlastungseffekt einer starren Deckelung der Luftrettungsvergütung wäre damit für die GKV marginal, die potenziellen Auswirkungen auf Versorgungssicherheit, Flächenabdeckung und notfallmedizinische Leistungsfähigkeit hingegen erheblich.

5. Wirkmechanismus der Unterfinanzierung

Die Grundlohnsummenrate lag in den vergangenen zehn Jahren im Durchschnitt bei rund 3,2 % und wird sich voraussichtlich wieder normalisieren. Der Referentenentwurf fixiert sie jedoch als starre Obergrenze der jährlichen Refinanzierung und sieht für 2027 bis 2029 zusätzlich eine künstliche Absenkung um jeweils einen Prozentpunkt vor. Damit bleibt die zulässige Vergütungsentwicklung dauerhaft hinter der tatsächlichen Kostenentwicklung zurück.

Das zentrale Problem: Die Finanzierungslücke wächst nicht linear, sondern exponentiell – ein klassischer Zinseszinseffekt. Jede jährliche Unterdeckung bildet die Basis für weitere Unterdeckungen in den Folgejahren. So entsteht systemisch eine strukturelle und dauerhafte Unterfinanzierung der Luftrettung, die zwangsläufig zu einer Reduzierung der Einsatzfähigkeit führen muss.

Hinzu kommt ein weiterer systemischer Aspekt: Krisenresilienz, Bevölkerungsschutz und Zivilschutz sind keine Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung und dürfen auch nicht über die GKV zusätzlich finanziert werden. Zugleich greifen sie in der praktischen Einsatzrealität auf dieselben bereits vorhandenen Strukturen zurück, die für die reguläre rettungsdienstliche Versorgung zwingend vorgehalten werden: Organisationen, Einsatzmittel, (Luft-)Fahrzeuge, Leitstellenprozesse, Ausbildungsstrukturen und qualifiziertes Personal. Ohne eine wirtschaftlich tragfähige Vorhaltestruktur des regulären Rettungsdienstes und der Luftrettung fehlt damit zugleich die operative Basis, auf die Staat und Gesellschaft in Katastrophen-, Zivil- und Krisenschutzlagen zurückgreifen können.

6. Einordnung möglicher Einsparpotenziale

Die Kostenentwicklung der Luftrettung wird überwiegend durch externe, strukturelle Faktoren bestimmt und ist nur begrenzt durch die Leistungserbringer beeinflussbar. Effizienz- und Steuerungspotenziale bestehen zwar punktuell, können jedoch systembedingt keine strukturelle Finanzierungslücke ausgleichen.

Ansatzpunkte liegen insbesondere in Leistungsplanung, Ausschreibungsgestaltung und Anforderungsdefinition durch die behördlichen Aufgabenträger. Kostensteigerungen resultieren dabei nicht nur aus allgemeinen Preisentwicklungen, sondern in besonderem Maße auch aus immer weiter steigenden Anforderungen an Einsatzmittel, Personalqualifikation und technische Fähigkeiten, die durch Bedarfsträger vorgegeben werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Luftrettung in Deutschland bereits heute ein sehr hohes Sicherheits- und Qualitätsniveau aufweist. Die ADAC Luftrettung hat in über 55 Jahren mehr als 1,3 Millionen Einsätze durchgeführt und trägt damit wesentlich zur flächendeckenden notfallmedizinischen Versorgung bei.

Weiterentwicklung und Innovation bleiben wichtig. Zusätzliche Anforderungen sollten jedoch in einem angemessenen Verhältnis zu ihrem tatsächlichen versorgungspraktischen Nutzen stehen. Bereits die Sicherung des heutigen hohen Niveaus stellt einen erheblichen Wert für die Versorgungssicherheit dar. Problematisch sind Ausschreibungen, die einer Logik des „höher, schneller, weiter“ folgen, ohne den konkreten Zusatznutzen ausreichend gegen die entstehenden Mehrkosten abzuwägen. So führen etwa größere oder leistungsfähigere Hubschraubertypen regelmäßig zu deutlich höheren Anschaffungs-, Betriebs- und Ausbildungskosten, ohne dass der Zusatznutzen in allen Versorgungskontexten proportional ist.

Ähnliches gilt für steigende Anforderungen an fliegerisches und medizinisches Personal. Die hierfür erforderlichen Qualifikationen sind nur begrenzt verfügbar und mit erheblichem Zeit- und Kostenaufwand aufzubauen, was zusätzliche, kurzfristig kaum steuerbare Kosten verursacht und den Fachkräftemarkt belastet. Besonders kritisch sind Anforderungen für zukünftige Einsatzszenarien, deren praktische Nutzbarkeit aktuell noch eingeschränkt ist (z. B. IFR-Verfahren). Werden solche Fähigkeiten bereits heute flächendeckend vorausgesetzt, entstehen erhebliche Mehrkosten ohne kurzfristig entsprechenden Nutzen.
Weitere Effizienzpotenziale bestehen in regulatorischen und administrativen Bereichen. Komplexe rechtliche Vorgaben, Berichtspflichten sowie aufwändige Ausschreibungs- und Vertragsprozesse verursachen zusätzliche Kosten. Gleichzeitig sind zentrale Kostentreiber wie Energiepreise, Material- und Wartungskosten oder marktbedingte Abhängigkeiten exogen geprägt und kaum kurzfristig steuerbar.

Insgesamt gilt: Effizienzmaßnahmen der Leistungserbringer können punktuelle Entlastungen schaffen, sind jedoch nicht geeignet, die strukturelle Differenz zwischen tatsächlicher Kostenentwicklung und gedeckelter Vergütungsentwicklung zu kompensieren.

7. Bewertung und Lösungsvorschlag

Der Gesetzentwurf führt zu einem strukturellen Zielkonflikt zwischen Beitragssatzstabilität und Versorgungssicherheit. Die Regelung bildet die tatsächliche Kostenentwicklung der vorhaltebasierten Luftrettung nicht ab und verstärkt bestehende Systembrüche zwischen Beauftragung und Finanzierung. Zudem steht

sie im Widerspruch zu gleichzeitig steigenden Anforderungen an die Luftrettung infolge der Krankenhaus- und Notfallreform.

Die Bundesländer teilen diese Argumention. Der Bundesrat hat daher am 12. Juni 2026 seine Ablehnung gegenüber den geplanten Neufassungen der §§ 71 und 133 SGB V deutlich bekräftigt. In seiner Stellungnahme zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz stellt der Bundesrat fest, dass eine pauschale Begrenzung der Vergütungsvereinbarungen der besonderen Kosten- und Vorhaltestruktur des Rettungsdienstes nicht gerecht wird und die verlässliche, flächendeckende Versorgung, vor allem in ländlichen und strukturschwachen Regionen, nachhaltig gefährdet.

Erforderlich ist die Einführung einer Ausnahmeregelung in § 133 SGB V, um notwendige, nachgewiesene und versorgungsrelevante Kostensteigerungen der Notfallrettung rechtssicher abbilden zu können und den bislang bewährten Verhandlungs- und Ermessensspielraum zu erhalten.

Folgerichtig sollte **§ 133 SGB V** um folgenden Absatz **ergänzt** werden:

> ***„(2a) Für Vereinbarungen über die Vergütung von Leistungen der medizinischen Notfallrettung können die Vertragspartner abweichend von § 71 Absatz 2 und 3 eine darüber hinausgehende Veränderung der Vergütung vereinbaren.“***

Ohne Anpassung des Gesetzentwurfs entsteht eine strukturell bedingte, weiter wachsende Unterfinanzierung der Luftrettung mit spürbaren Folgen für die Versorgungsstruktur. Dazu zählen Einschränkungen der Leistungsfähigkeit bis hin zur Schließung von Luftrettungsstandorten, eine Ausdünnung der Versorgungsfläche sowie verlängerte Eintreffzeiten – insbesondere im ländlichen Raum.

Eine klare gesetzliche Ausnahme stellt daher einen sachgerechten und verhältnismäßigen Ansatz dar, um Finanzstabilität und Versorgungssicherheit nachhaltig in Einklang zu bringen.

Herausgeber:
ADAC Luftrettung gGmbH
Geschäftsführung: Frédéric Bruder (Vorsitzender), Denis Benk
Claude-Dornier-Str. 420
82234 Weßling
E-Mail: interessensvertretung@luftrettung.adac.de
Eingetragen im Lobbyregister nach dem Lobbyregistergesetz, Registernummer: R003423
Die Interessensvertretung wird auf der Grundlage des Verhaltenskodex nach dem Lobbyregistergesetz und dem ADAC Verhaltenskodex Interessensvertretung betrieben.

Stellungnahme des Bund Deutscher Cannabis-Patienten e. V. (BDCan) zum Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung

GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz – BT-Drucksache 21/6130

Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am 22. Juni 2026

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(16)
gel. VB zur öffent. Anh. am
22.06.2026 - GKV
18.06.2026

Essen, 18. Juni 2026

I. Kurzbewertung

Der Bund Deutscher Cannabis-Patienten e. V. (BDCan) nimmt zum Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung Stellung, soweit dieser die Versorgung schwer erkrankter Versicherter mit Cannabisarzneimitteln betrifft.

Der BDCan lehnt die im Gesetzentwurf vorgesehene Streichung der Erstattungsfähigkeit von Cannabis in Form getrockneter Blüten zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung ab.

Der Gesetzentwurf sieht in Artikel 1 Nummer 12 eine Neufassung von § 31 Absatz 6 SGB V vor. Cannabis in Form von getrockneten Blüten soll danach aus dem Anspruch nach § 31 Absatz 6 SGB V gestrichen werden. Der neu gefasste Anspruchstatbestand nennt nur noch Cannabis in Form von Extrakten in standardisierter Qualität sowie Arzneimittel mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabilon; die Begründung des Gesetzentwurfs beschreibt den verbleibenden Leistungsbereich darüber hinaus unter Einbeziehung von Fertigarzneimitteln.

Aus Sicht des BDCan ist diese Änderung medizinisch nicht sachgerecht, sozial unausgewogen und auch unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten nicht tragfähig. Sie betrifft eine besonders schutzbedürftige Patientengruppe: schwer und chronisch erkrankte gesetzlich Versicherte, deren Therapie regelmäßig erst nach ärztlicher Begründung, Krankenkassengenehmigung und gegebenenfalls Begutachtung durch den Medizinischen Dienst begonnen wurde.

Der BDCan fordert daher:

1. Die Streichung der Erstattungsfähigkeit von Cannabisblüten aus § 31 Absatz 6 SGB V-E darf nicht umgesetzt werden.
2. Hilfsweise muss mindestens ein verbindlicher Bestandsschutz für bereits genehmigte Blütentherapien geschaffen werden.
3. Die inhalative Anwendung cannabinoidhaltiger Therapien darf bei medizinischer Erforderlichkeit nicht faktisch aus der GKV-Versorgung verdrängt werden.
4. Eine Umstellung bestehender Therapien darf nur nach individueller ärztlicher Prüfung erfolgen, nicht durch pauschalen gesetzlichen Ausschluss einer Darreichungsform.
5. Cannabisblüten dürfen nicht aus der GKV-Erstattung gestrichen werden, solange für medizinisch notwendige inhalative Anwendungen keine gleichwertige, sicher anwendbare und verlässlich erstattungsfähige Alternative einschließlich zertifizierter Applikationsgeräte besteht.

II. Die Regelung trifft schwer kranke Patientinnen und Patienten in laufender Therapie

Die Versorgung mit Cannabisarzneimitteln nach § 31 Absatz 6 SGB V betrifft keine Bagatellbehandlungen. Voraussetzung ist bereits nach geltendem Recht eine schwerwiegende Erkrankung. Zusätzlich muss entweder eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung stehen oder im konkreten Einzelfall nach ärztlicher Einschätzung nicht zur Anwendung kommen können. Außerdem muss eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome nachgewiesen werden.

Diese Voraussetzungen sollen nach dem Gesetzentwurf für die verbleibenden cannabinoidhaltigen Therapieoptionen – insbesondere Cannabisextrakte in standardisierter Qualität, Fertigarzneimittel sowie Arzneimittel mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabilon – im Kern erhalten bleiben.

Bei vielen Betroffenen handelt es sich um Patientinnen und Patienten mit langjährigen Krankheitsverläufen, multimorbiden Versorgungssituationen, erheblichen Schmerzen, Spastiken, Übelkeit, Appetitlosigkeit, Nebenwirkungen konventioneller Arzneimittel oder komplexen palliativ- und schmerzmedizinischen Behandlungsverläufen. Häufig wurden vor Beginn der Cannabistherapie zahlreiche andere Therapien versucht, abgebrochen oder wegen fehlender Wirkung beziehungsweise erheblicher Nebenwirkungen nicht fortgeführt.

Eine pauschale Streichung der Blütenerstattung greift daher nicht in eine beliebige Produktwahl ein. Sie greift in vielfach langjährig stabilisierte Behandlungskonzepte ein.

III. Cannabisblüten sind nicht regelhaft durch orale oder noch nicht verlässlich geregelte inhalative Alternativen ersetzbar

Für die betroffenen Patientinnen und Patienten steht nicht die Produktkategorie im Vordergrund, sondern der therapeutisch erforderliche Anwendungsweg. Cannabisblüten werden in der medizinischen Versorgung regelmäßig mittels Verdampfer angewendet. Der entscheidende Unterschied zu oralen Darreichungsformen liegt daher nicht allein im Arzneimittel, sondern in der inhalativen Anwendung.

Die inhalative Anwendung kann insbesondere aus folgenden Gründen medizinisch erforderlich sein:

- schneller Wirkeintritt, etwa bei Schmerzspitzen, Spastiken oder anderen akut belastenden Symptomen,
- Umgehung des Magen-Darm-Trakts, etwa bei Übelkeit, gastrointestinalen Erkrankungen, Schluckproblemen oder belastender Begleitmedikation,
- Vermeidung verzögerter und schwerer kalkulierbarer Wirkung, wie sie bei oralen cannabinoidhaltigen Arzneimitteln auftreten kann,
- praktische Relevanz in multimorbiden Behandlungssituationen, in denen die Verträglichkeit einzelner Darreichungsformen entscheidend ist.

Ein Verweis auf verbleibende Cannabisarzneimittel reicht daher nur aus, wenn für Patientinnen und Patienten mit medizinisch notwendiger inhalativer Anwendung ein tatsächlich sicher anwendbarer, ärztlich handhabbarer und verlässlich erstattungsfähiger Versorgungsweg bestünde. Das ist derzeit aber nicht der Fall.

Inhalative Extraktanwendungen können zukünftig eine wichtige zusätzliche Option sein. Sie rechtfertigen aber heute keinen pauschalen Ausschluss von Cannabisblüten, da sie derzeit nicht mit medizinisch zertifizierten Applikationsgeräten verlässlich verordnet, angewendet und erstattet werden können.

Cannabisblüten, Cannabisextrakte und isolierte Cannabinoide stellen unterschiedliche Zubereitungen dar. Ein für Cannabisblüten medizinisch zertifiziertes Gerät stellt weder rechtlich noch medizinisch einen gesicherten Versorgungsweg für inhalative Extrakte dar. Vor diesem Hintergrund gibt es derzeit keine Kombination von Extrakten und Inhalator, die medizinisch zertifiziert und daher von den GKV erstattet werden können.

Solange diese Fragen nicht geklärt sind, würde die Streichung der Blütenerstattung nicht zu einer geordneten Umstellung auf gleichwertige inhalative Alternativen führen. Sie würde die derzeit wichtigste inhalative Therapieoption in der GKV-Versorgung entfernen und damit gerade diejenigen Patientinnen und Patienten gefährden, bei denen die Inhalation medizinisch erforderlich ist.

Der BDCan stellt ausdrücklich nicht infrage, dass Cannabisextrakte, Dronabinol oder zugelassene Fertigarzneimittel in geeigneten Fällen wichtige Behandlungsoptionen sein können. Entscheidend ist jedoch die ärztliche Prüfung im Einzelfall. Nicht sachgerecht ist eine gesetzliche Vorentscheidung, die die Erstattungsfähigkeit von Cannabisblüten unabhängig von Indikation, Verlauf, Verträglichkeit und bisherigem Therapieerfolg ausschließt.

Quellenhinweis zu Abschnitt III: Cirillo et al., White Paper zur MDR-Klassifizierung von Vaporisatoren zum Verdampfen cannabinoidhaltiger Zubereitungen oder Cannabisblüten zur inhalativen Verabreichung, Fassung vom 28.12.2025

IV. Die geplante Regelung gefährdet Versorgungskontinuität

Besonders problematisch ist der Eingriff bei bereits genehmigten Blütentherapien. Viele Patientinnen und Patienten verfügen über eine ausdrückliche Kostenübernahme ihrer Krankenkasse. Diese Genehmigungen wurden in der Vergangenheit nicht leichtfertig erteilt, sondern regelmäßig nach penibler Prüfung der gesetzlichen Voraussetzungen.

Eine pauschale Streichung ohne klaren Bestandsschutz hätte erhebliche Folgen:

1. Patientinnen und Patienten müssten eine medizinisch wirksame und oft langjährig stabile Therapie verlassen.
2. Ärztinnen und Ärzte müssten unter Zeitdruck Umstellungen auf andere Präparate versuchen, auch wenn medizinisch kein Anlass zur Änderung besteht.
3. Krankenkassen und Medizinischer Dienst würden mit neuen Anträgen, Umstellungsbegründungen und Folgeprüfungen belastet.
4. Bei fehlgeschlagenen Umstellungen drohen Verschlechterungen des Gesundheitszustands, zusätzliche Arztkontakte, Krankenhausbehandlungen, Schmerzeskalationen oder Rückgriffe auf schlechter verträgliche Arzneimittel.
5. Finanziell eingeschränkte Patientinnen und Patienten wären besonders betroffen, weil Selbstzahlung für sie regelmäßig ausgeschlossen ist.

Damit würde die Regelung gerade diejenigen Menschen treffen, die auf die solidarische Absicherung der gesetzlichen Krankenversicherung besonders angewiesen sind und bei denen politische Missbrauchsverdächtigungen am allerwenigsten angebracht sind.

V. Die Maßnahme ist sozial unausgewogen

Die Streichung der GKV-Erstattung von Cannabisblüten würde nicht alle Patientinnen und Patienten gleichermaßen treffen.

Privatversicherte und Selbstzahlende wären von der Änderung nicht in gleicher Weise betroffen. Die Belastung träfe vor allem gesetzlich Versicherte, darunter viele schwer chronisch kranke, erwerbsgeminderte oder finanziell eingeschränkte Menschen.

Das führt zu einer sachlich nicht gerechtfertigten Ungleichbehandlung innerhalb der Versorgung mit Cannabisarzneimitteln: Wer sich eine Blütentherapie privat leisten kann, könnte diese fortführen. Wer auf eine GKV-Kostenübernahme angewiesen ist, müsste trotz ärztlich begründeter Therapie auf andere Darreichungsformen ausweichen oder die Behandlung verlieren.

Eine Beitragssatzstabilisierung darf nicht dadurch erreicht werden, dass schwer erkrankte Patientinnen und Patienten aus einer bestehenden Versorgung gedrängt werden.

VI. Die behauptete Wirtschaftlichkeit ist hoch zweifelhaft

Der Gesetzentwurf verfolgt insgesamt das Ziel, die Ausgabendynamik der gesetzlichen Krankenversicherung zu begrenzen. Der BDCan erkennt an, dass die finanzielle Stabilität der GKV ein legitimes gesetzgeberisches Ziel ist.

Die Streichung der Blütenerstattung ist hierfür jedoch kein geeignetes Instrument, solange nicht belastbar nachgewiesen ist, dass dadurch tatsächlich Einsparungen ohne Versorgungsverschlechterung entstehen.

Aus Sicht des BDCan bestehen erhebliche Zweifel an der fiskalischen Logik der Maßnahme. Zu erwarten sind insbesondere:

- zusätzlicher ärztlicher, administrativer und gutachterlicher Aufwand bei Therapieumstellungen,
- Mehrkosten durch hochpreisige alternative cannabinoidhaltige Arzneimittel,
- Kosten durch gescheiterte Umstellungen,
- mögliche Rückkehr zu anderen, teils nebenwirkungsreicheren Arzneimitteltherapien,
- Folgekosten durch Verschlechterung bislang stabilisierter Krankheitsverläufe.

Eine reine Betrachtung der Arzneimittelkosten greift zu kurz. Maßgeblich ist die Gesamtversorgung der Patientinnen und Patienten. Wenn eine funktionierende Therapie ersetzt wird, entstehen nicht nur Kosten für ein anderes Präparat, sondern auch Kosten für Umstellung, Begleitung, Kontrolle und Behandlung möglicher Verschlechterungen.

Soweit die erwartete Entlastung wesentlich dadurch entsteht, dass bisher genehmigte Therapien nicht mehr solidarisch finanziert werden, handelt es sich nicht um eine Effizienzsteigerung. Es handelt sich um eine Kostenverlagerung auf schwer kranke Menschen.

Der BDCan hält es deshalb für nicht tragfähig, Cannabisblüten pauschal als verzichtbaren Kostenfaktor zu behandeln. Wirtschaftlich und medizinisch zielführender wäre eine Fortführung der Blütenerstattung bei gleichzeitiger Reduktion der Diskrepanz zwischen GKV- und Selbstzahlerpreisen in der Cannabisblütentherapie.

VII. Qualitätssteuerung statt pauschaler Ausschluss

Sollte der Gesetzgeber Fehlentwicklungen in der Versorgung mit Cannabisblüten sehen, stehen mildere und sachgerechtere Instrumente zur Verfügung.

In Betracht kommen insbesondere:

1. klarere ärztliche Begründungsanforderungen bei Erstverordnungen,
2. Dokumentation des Therapieziels und des Therapieverlaufs,
3. ärztliche Überprüfung der Darreichungsform bei Folgeverordnungen,
4. Stärkung fachärztlicher Kompetenz, ohne die Versorgung unnötig zu verengen,
5. Evaluation der Wirtschaftlichkeit verschiedener Cannabistherapien anhand realer Versorgungskosten,
6. Vermeidung missbräuchlicher Verordnungswege, ohne schwer kranke Bestandspatientinnen und Bestandspatienten zu treffen,
7. Klärung der regelhaften Erstattungsfähigkeit und medizinprodukterechtlichen Absicherung inhalativer Alternativen einschließlich zertifizierter Applikationsgeräte, bevor bestehende Blütentherapien eingeschränkt werden.

Der BDCan unterstützt eine qualitätsgesicherte Versorgung. Er lehnt jedoch eine Regelung ab, die Qualitätssicherung durch Leistungsausschluss ersetzt.

VIII. Erforderlicher Bestandsschutz

Sollte der Gesetzgeber trotz der genannten Einwände an einer Einschränkung der Blütenerstattung festhalten, ist ein verbindlicher Bestandsschutz zwingend erforderlich.

Dieser Bestandsschutz muss mindestens folgende Fälle erfassen:

- bereits vor Inkrafttreten genehmigte Blütentherapien,
- laufende ärztlich begründete Behandlungen,
- Patientinnen und Patienten, bei denen orale oder andere Darreichungsformen nicht ausreichend wirken oder nicht vertragen werden,
- Patientinnen und Patienten, bei denen die inhalative Anwendung aus ärztlicher Sicht medizinisch erforderlich ist,
- Patientinnen und Patienten, für die keine gleichwertige, sicher anwendbare und verlässlich erstattungsfähige inhalative Alternative einschließlich zertifizierter Applikationsgeräte besteht.

Ein Bestandsschutz darf nicht nur formal bestehen. Er muss praktisch verordnungsfähig sein. Deshalb muss klargestellt werden, dass Folgeverordnungen, Dosisanpassungen sowie medizinisch notwendige Sorten- oder Produktwechsel innerhalb einer bestehenden genehmigten Therapie nicht durch neue Genehmigungs- oder Prüfunsicherheiten blockiert werden.

IX. Schlussfolgerung

Der BDCan fordert den Deutschen Bundestag auf, die geplante Streichung der Erstattungsfähigkeit von Cannabisblüten aus dem GKV-Leistungsanspruch nicht zu beschließen.

Die vorgeschlagene Regelung würde schwer und chronisch kranke gesetzlich Versicherte treffen, ohne dass ein belastbarer Versorgungsnutzen erkennbar ist. Sie würde ärztliche Therapiefreiheit einschränken, erfolgreiche Behandlungen gefährden, sozial ungleiche Folgen erzeugen und voraussichtlich erhöhte Folgekosten auslösen.

Besonders schwer wiegt, dass mit Cannabisblüten die derzeit wichtigste inhalative Therapieoption in der GKV-Versorgung wegfallen würde – bevor gesichert ist, dass inhalierbare Extrakte einschließlich zertifizierter Applikationsgeräte verlässlich verordnet, angewendet und erstattet werden können. Für Patientinnen und Patienten, bei denen die inhalative Anwendung medizinisch erforderlich ist, wäre dies keine bloße Umstellung. Es wäre eine schwere Versorgungslücke.

Eine stabile Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung ist wichtig. Sie darf jedoch nicht dadurch erreicht werden, dass eine schutzbedürftige Patientengruppe eine im Einzelfall medizinisch notwendige Therapieoption verliert.

Der sachgerechte Weg ist Qualitätssicherung, Evaluation und gezielte Steuerung der Versorgung, nicht der pauschale Ausschluss von Cannabisblüten aus der GKV-Erstattung.

X. Offenlegung von Interessenverknüpfungen

Daniela Joachim wird seit 2018 aufgrund einer schwerwiegenden Erkrankung ärztlich mit Medizinalcannabis behandelt und ist seit 2023 ehrenamtliche Vorstandsvorsitzende des Bund Deutscher Cannabis-Patienten e. V. (BDCan). Ihre persönliche Erfahrung und fachliche Sachkenntnis mündete 2020 in einer Angestelltentätigkeit beim Verband der Cannabis versorgenden Apotheken e. V. (VCA). Der VCA vertritt Apotheken, die unter anderem Patientinnen und Patienten mit Medizinalcannabis versorgen.

Die vorliegende Stellungnahme wurde innerhalb des BDCan als Patient:innenverband abgestimmt und abgegeben. Eine Vergütung für die Abgabe dieser Stellungnahme oder die Teilnahme an der Anhörung erfolgt weder von außen noch innerhalb des BDCan.

XI. Kontakt für Rückfragen

Bund Deutscher Cannabis-Patienten e.V. (BDCan)
Niebuhrstraße 33
45144 Essen

Vereinsregister: VR 6003, Amtsgericht Essen

Telefon: 0201 6485 0852
E-Mail: info@bdcan.de
Web: bdcan.de

Ansprechperson:
Daniela Joachim
Vorstandsvorsitzende
E-Mail: daniela.joachim@bdcan.de

DIE KATHOLISCHEN
KRANKENHÄUSER
Kath. Krankenhausverband Deutschland e.V.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(18)
gel. VB zur öffent. Anh. am
22.06.2026 - GKV
18.06.2026

STELLUNGNAHME

zum Kabinettsentwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)

Stand: 17.06.2026

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

DIE KATHOLISCHEN KRANKENHÄUSER
Kath. Krankenhausverband Deutschland e.V.

INHALT

Präambel **3**

Bewertung der Regelungsinhalte im Einzelnen **6**

Begrenzung der Vergütungsanstiege **6**

Streichung bzw. Umkehr der Meistbegünstigungsklausel **7**

Tarifrefinanzierung **9**

MD-Prüfungen **11**

Pflegebudget **15**

Psychiatrie und Psychosomatik **18**

Kurzzeitpauschalen **18**

Zweitmeinungsverfahren **20**

Versorgungsverträge Rehabilitation **23**

Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf **24**

Sofortige Deregulierung und Entbürokratisierung im Krankenhausbereich **24**

Präambel

Der Katholische Krankenhausverband Deutschland (KKVD) unterstützt ausdrücklich das Ziel, einen weiteren Anstieg der Zusatzbeiträge für die Versicherten zu vermeiden und die Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nachhaltig zu stabilisieren.

Die im Kabinettsentwurf vorgesehenen Maßnahmen verlagern die Konsolidierungslasten jedoch in erheblichem Umfang auf die Krankenhäuser. Diese sollen bereits im Jahr 2027 Kürzungen von rund fünf Milliarden Euro tragen. Nach den vorliegenden Berechnungen steigt die Belastung in den Folgejahren weiter an und wird bis 2030 voraussichtlich rund zehn Milliarden Euro jährlich erreichen. Damit werden Krankenhäuser, die sich bereits heute in einer wirtschaftlich äußerst angespannten Lage befinden, überproportional zur Finanzierung der GKV-Stabilisierung herangezogen.

Demgegenüber leisten andere Leistungsbereiche einen deutlich geringeren Beitrag zu den vorgesehenen Einsparungen. Gleichzeitig wird der Bundeshaushalt faktisch zulasten der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler entlastet. Insbesondere die Finanzierung der Gesundheitskosten von Grundsicherungsempfängerinnen und -empfängern durch den Bund bleibt weiterhin deutlich hinter den tatsächlichen Ausgaben der GKV zurück.

Der Bundesrat teilt diese Einschätzung ausdrücklich und fordert eine Dynamisierung des Bundeszuschusses zum Gesundheitsfonds sowie eine kostendeckende Finanzierung der Gesundheitsausgaben von Bürgergeldempfängerinnen und -empfängern durch den Bund. Nach Berechnungen der Finanzkommission Gesundheit könnten hierdurch rund 12 Milliarden Euro jährlich zur Stabilisierung der GKV-Finanzen mobilisiert werden.

Besonders kritisch ist, dass auch der Kabinettsentwurf die tatsächliche wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser unzureichend berücksichtigt und direkt in den laufenden Transformationsprozess eingreift. Die mit der Krankenhausreform (KHVVG/KHAG) angestrebten Effizienzgewinne durch Spezialisierung und Strukturveränderungen können unter diesen Rahmenbedingungen nicht realisiert werden.

Zudem bleiben vorhandene Einsparpotenziale ungenutzt. Insbesondere Maßnahmen zum Bürokratieabbau, zur Reduktion kostenintensiver Vorgaben und zur Stärkung unternehmerischer Handlungsspielräume der Krankenhäuser werden nicht aufgegriffen. Für zusätzliche Sparmaßnahmen besteht im Krankenhaussektor faktisch kein Spielraum mehr. Weitere finanzielle Belastungen gefährden unmittelbar die Versorgungssicherheit.

Dies gilt in besonderem Maße für freigemeinnützige Träger, die einen wesentlichen Beitrag zur flächendeckenden Versorgung leisten, jedoch – anders als andere Trägerformen – weder über einen gesicherten Zugang zum Kapitalmarkt noch über eine kommunale Steuerfinanzierung verfügen.

Erforderlich ist stattdessen ein ausgewogenes Reformpaket, das die wirtschaftliche Stabilität der Krankenhäuser sichert.

Der KKVD führt folgende Kritikpunkte an:

1. Der Gesetzentwurf verkennt die dramatische wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser, die bereits heute flächendeckend unter massivem finanziellem Druck stehen und vielfach existenzgefährdet sind.
2. Die freigemeinnützigen und tarifgebundenen Träger sind von den Regelungen in besonderer Weise betroffen und dürften zu den ersten gehören, die wirtschaftlich an ihre Grenzen geraten und sich aus der Versorgung zurückziehen müssen. Dadurch wird eine schleichende Verstaatlichung der Krankenhauslandschaft begünstigt, ohne dass hiermit ein Gewinn an Effizienz oder Versorgungsqualität verbunden wäre.[1]
3. Die vorgesehenen Regelungen stellen keine echten Einsparungen dar, da es keine Hinweise oder Möglichkeiten enthält, wie die Krankenhäuser ihrerseits Effizienzpotentiale heben könnten. Stattdessen werden weiterhin höhere Anforderungen an Personalstruktur, neuen Dokumentations- und Nachweisverpflichtungen eingeführt. Damit führt das Gesetz lediglich zu unverhältnismäßig hohen, pauschalen Vergütungskürzungen in Höhe von rund 5 Milliarden Euro zulasten der Krankenhäuser, die sich bis 2030 auf rund 10 Milliarden Euro summieren.
4. Substanzielle Reformansätze zur tatsächlichen Effizienzsteigerungen fehlen vollständig, insbesondere zum Abbau kostenintensiver Bürokratie.
5. Die Folgen dieser Budgetkürzungen werden sich unmittelbar im Abbau wirtschaftlich nicht tragfähiger Angebote und längere Wartezeiten niederschlagen sowie das Risiko für Versorgungslücken steigern.
6. Besonders betroffen werden personalintensive Versorgungsbereiche sein, die bereits heute wirtschaftlich unter Druck stehen und bei weiter steigender Unterfinanzierung infolge der Aufhebung der Tariftreueregelungen zu den ersten gehören, die reduziert oder geschlossen werden müssen. Hierzu zählen die Palliativmedizin mit sehr hohen Personalschlüsseln (z. B. 3:1), die Geriatrie, die Psychiatrie, die Pädiatrie sowie die Geburtshilfe. Damit werden ausgerechnet diejenigen Leistungen zurückgedrängt, die gesellschaftlich besonders sensibel sind und für eine flächendeckende Versorgung dringend benötigt werden.
7. Auch die Beschäftigten werden die Auswirkungen unmittelbar spüren: Der wirtschaftliche Druck wird über Arbeitsverdichtung, verzögerte Nachbesetzungen und Einsparmaßnahmen weitergegeben.

[1] Siehe „englische Verhältnisse“, womit die Erfahrungen und Erkenntnisse mit dem britischen Gesundheitssystem (NHS – National Health Service) gemeint sind, das gekennzeichnet ist von starker Zentralisierung/Verstaatlichung, Budgetierung und knappen Ressourcen, lange Wartezeiten, Rationierung von Leistungen sowie Personalmangel und Arbeitsbelastung.

8. Die Versorgungsqualität wird – entgegen den politischen Behauptungen – sinken, da geringere Personalressourcen, steigender Dokumentationsaufwand und reduzierte Handlungsspielräume die patientennahe Versorgung unmittelbar beeinträchtigen.
9. Der Gesetzentwurf konterkariert die Krankenhausreform, da er den Einrichtungen die notwendigen finanziellen Spielräume entzieht, um in Spezialisierung, Personal, Digitalisierung und strukturelle Weiterentwicklung zu investieren und damit die Umsetzung der Reform erheblich gefährdet.
10. Durch die massiven Kürzungen werden weitere zentrale gesundheitspolitische Vorhaben, insbesondere die ambulante Notfallreform, der Aufbau von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (SüV) sowie notwendige Investitionen in Nachhaltigkeit und Resilienz in Frage gestellt, da sich die Krankenhäuser angesichts der finanziellen Unsicherheit auf die Aufrechterhaltung ihrer Kernversorgung beschränken müssen.

Vor diesem Hintergrund sehen die katholischen Krankenhäuser in den vorgeschlagenen Maßnahmen erheblichen Anpassungsbedarf.

Bewertung der Regelungsinhalte im Einzelnen

Begrenzung der Vergütungsanstiege

§ 71 SGB V – Veränderungsrate

Die vorgesehenen Änderungen des § 71 SGB V werden abgelehnt. Sie verstärken die bereits bestehende systematische und strukturelle Unterfinanzierung der Krankenhäuser und verschärfen die wirtschaftliche Krise im Krankenhausbereich weiter.

Die geplante dauerhafte Begrenzung der Vergütungsentwicklung auf die Veränderungsrate (durch die Streichung der Ausnahme in Absatz 2 Satz 2), die Nichtberücksichtigung der Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in den Jahren 2028 und 2029 bei der Festlegung der Veränderungsrate sowie der zusätzliche Abschlag von einem Prozentpunkt in den Jahren 2027 bis 2029 führen zu einer fortschreitenden Entkopplung von tatsächlicher Kostenentwicklung und Refinanzierung.

Krankenhäuser sind jedoch unmittelbar und in vollem Umfang von Kostensteigerungen betroffen, insbesondere bei tariflich gebundenen Personalkosten sowie bei Energie- und Sachkosten, gerade vor dem Hintergrund des Irankrieges, der die Energiekosten drastisch steigern lässt. Diese steigen ohne zeitlichen Verzug, während die Refinanzierung systembedingt verzögert erfolgt und durch die vorgesehenen Regelungen zusätzlich begrenzt wird.

Die Folge ist eine sich weiter vertiefende Finanzierungslücke, die von zahlreichen Einrichtungen bereits heute nicht mehr aus eigener Kraft kompensiert werden kann. Dies beeinträchtigt nicht nur die wirtschaftliche Stabilität der Krankenhäuser, sondern auch ihre Fähigkeit, notwendige Investitionen, Transformationsprozesse und Personalbindung verlässlich zu finanzieren.

Auch der Bundesrat lehnt die vorgesehene Begrenzung der Vergütungsentwicklung sowie den zusätzlichen Abschlag von einem Prozentpunkt ausdrücklich ab. Er warnt vor einer dauerhaften Unterfinanzierung der Krankenhäuser und einer weiteren Verschärfung der wirtschaftlichen Lage der Einrichtungen.

<u>Wir schlagen folgende Änderungen in § 71 SGB V vor:</u>

Absatz 2 Satz 2 (keine Streichung):
„Abweichend von Satz 1 ist eine Überschreitung zulässig, wenn die damit verbundenen Mehrausgaben durch vertraglich abgesicherte oder bereits erfolgte Einsparungen in anderen Leistungsbereichen ausgeglichen werden.“

Absatz 3 Satz 3 und 4 (Streichung der neuen Sätze):

„~~Die durchschnittliche Veränderungsrate nach Satz 1 wird für die Jahre 2028 und 2029 ohne die Wirkung der außerordentlichen Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in § 223 Absatz 4 Satz 1 ermittelt. Das Ergebnis der Ermittlung nach Satz 1 ist in den Jahren 2027, 2028 und 2029 jeweils um einen Prozentpunkt zu mindern. Die durchschnittliche Veränderungsrate nach den Sätzen 1 bis 4 wird durch Veröffentlichung im Bundesanzeiger bekannt gemacht~~."

§ 120 SGB V – Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen

Die vorgesehene Ergänzung, wonach für die Vergütungsregelungen nach § 120 Absatz 2 künftig die Vorgaben des § 71 Absatz 1 bis 3 SGB V gelten sollen, ist kritisch zu bewerten.

Mit der Einbeziehung der Veränderungsrate als verbindliche Obergrenze wird ein bereits im Krankenhausbereich bestehendes Problem systematisch auf weitere Leistungsbereiche übertragen: die Entkopplung von tatsächlicher Kostenentwicklung und Refinanzierung. Gerade in den von § 120 SGB V erfassten Bereichen – insbesondere im Zusammenspiel von ambulanter und stationärer Versorgung – sind die Kostenstrukturen heterogen und dynamisch. Eine pauschale Deckelung über die Veränderungsrate wird dieser Komplexität nicht gerecht und verhindert sachgerechte, leistungsorientierte Vergütungsvereinbarungen. Besonders kritisch ist, dass damit erneut ein Mechanismus angewendet wird, der bereits strukturelle Schwächen aufweist. Die Veränderungsrate basiert auf vergangenen Daten und bildet aktuelle Kostensteigerungen – insbesondere im Personalbereich – nur verzögert und unvollständig ab. Die Folge ist eine systematische Unterfinanzierung, die sich mit jeder weiteren Anwendung dieses Mechanismus verstärkt.

Wir schlagen folgende Änderungen in § 120 SGB V vor:

Absatz 2 Satz 2 (Streichung des neuen Halbsatzes):
„Die Vergütung wird von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Hochschulen oder Hochschulkliniken, den Weiterbildungsambulanzen, den Krankenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen im Land vereinbart; die Höhe der Vergütung für die Leistungen der jeweiligen Hochschulambulanz gilt auch für andere Krankenkassen im Inland, wenn deren Versicherte durch diese Hochschulambulanz behandelt werden; ~~§ 71 Absatz 1 bis 3 gilt.~~

Streichung bzw. Umkehr der Meistbegünstigungsklausel

§ 9 Absatz 1b KHEntgG und § 10 Absatz 6 KHEntgG sowie § 9 BPflV – Dauerhafte Streichung der Meistbegünstigungsklausel

Die vorgesehene dauerhafte Streichung der Meistbegünstigungsklausel wird entschieden abgelehnt, da sie zu einer dauerhaften, basiswirksamen Kürzung der Betriebsmittel

der Krankenhäuser führt und sich damit unmittelbar negativ auf die Versorgung auswirkt.
Der Bundesrat fordert ebenfalls die Beibehaltung der bisherigen Regelung. Nach seiner Auffassung drohen bei einer Abschaffung der Meistbegünstigungsklausel zusätzliche Insolvenzen sowie eine Verlagerung der finanziellen Belastungen auf Länder, Kommunen sowie freigemeinnützige und private Träger.

Die Meistbegünstigungsklausel ist ein zentraler Ausgleichsmechanismus innerhalb der bestehenden Finanzierungslogik. Bislang bildete der Orientierungswert die tatsächliche Kostenentwicklung der Krankenhäuser auch nur unzureichend ab: Es fehlt der direkte Bezug zu tatsächlichen Kostensteigerungen, die Berücksichtigung von Sachkosten ist unzureichend und ein spezifischer Krankenhauswarenkorb etc. fehlt weiterhin.

Durch die Meistbegünstigungsklausel konnten in der Vergangenheit zumindest in gewissen Maßen diese Systemdefizite kompensiert werden, indem es gewisse Spielräume gab. Erst mit dem KHVVG wurde die Kappung des Verhandlungskorridors[2], wenn der Orientierungswert über der Veränderungsrate lag, aufgehoben. Zuvor führte die Regelung über Jahre dazu, dass selbst nachgewiesene Kostensteigerungen nicht vollständig refinanziert wurden.

Selbst wenn die Datengrundlage zur Ermittlung des Orientierungswerts verbessert und eine realitätsnähere Kostenschätzung ermöglicht würde, bliebe das Grundproblem bestehen: Solange die Veränderungsrate als starre Obergrenze wirkt und bei Unterschreiten des Orientierungswertes greift, werden tatsächliche Kostensteigerungen weiterhin gedeckelt.

Damit werden den Krankenhäusern dauerhaft und basiswirksam notwendige Betriebsmittel entzogen. Eine solche Systematik ist weder sachgerecht noch mit den realen Rahmenbedingungen der Krankenhäuser vereinbar.

Eine solche systematische Begrenzung der Erlöse widerspricht zudem den Grundsätzen einer ordnungsgemäßen wirtschaftlichen Betriebsführung. Kosten, die den Krankenhäusern durch die Leistungserbringung entstehen, müssen vollständig und verlässlich refinanziert werden.

Die geplante Regelung würde die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser weiter verschärfen und das Risiko flächendeckender Insolvenzen deutlich erhöhen. Insbesondere freigemeinnützige Krankenhäuser wären hiervon in besonderem Maße betroffen. Statt bestehende Ausgleichsmechanismen abzubauen, müssen die Finanzierungsstrukturen nachhaltig und verlässlich gestaltet werden. Erforderlich ist insbesondere eine

[2] Verhandlungs- bzw. Korridorobergrenze: Veränderungsrate (Grundlohnrate) plus ein Drittel der Differenz von Orientierungsrate und Veränderungsrate

zeitnähere Abbildung der tatsächlichen Kostenentwicklung, beispielsweise durch flexiblere Anpassungsmöglichkeiten der Landesbasisfallwerte.
Eine dauerhafte Unterfinanzierung infolge der Streichung der Meistbegünstigungsklausel und weiterer Refinanzierungsmechanismen würde zwangsläufig zu Personalabbau und damit zu einer Gefährdung der Versorgungsqualität führen. Wir fordern daher den Erhalt der Meistbegünstigungsklausel.

Wir schlagen folgende Änderungen in § 9 und § 10 KHEntgG vor:

§ 9 Absatz 1b:
Kein neuer Absatz 1b.

§ 10 Absatz 6:
Kein neuer Absatz 6.

Wir schlagen folgende Änderungen in § 9 BPflV vor:

Absatz 1:
Keine Streichung von Nummer 5.

Tarifrefinanzierung

§ 10 Abs. 5 KHEntgG und § 3 Abs. 4 Satz 1 BPflV – Anrechnung „Tarifrate“

Die vorgesehene Reduzierung der Tarifrefinanzierung auf lediglich 50 Prozent der Erhöhungsrate wird aus Sicht der katholischen Krankenhäuser entschieden abgelehnt. Tarifvertraglich vereinbarte Vergütungssteigerungen sind für die Krankenhäuser nicht beeinflussbar und müssen vollständig umgesetzt werden. Sie stellen keine freiwilligen Mehrausgaben dar, sondern sind zwingende Folge tarifvertraglicher Verpflichtungen und Voraussetzung für die Gewinnung und Bindung qualifizierter Fachkräfte.

Gerade die katholischen Krankenhäuser sind in besonderem Maße betroffen: Rund 99 Prozent der Einrichtungen wenden die Arbeitsvertragsrichtlinien (AVR) des Deutschen Caritasverbandes an. Sie ist das maßgebliche Tarifwerk für die rund 204.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die dort vereinbarten Vergütungssteigerungen müssen unabhängig davon finanziert werden, ob die Kosten vollständig refinanziert werden oder nicht. Eine Kürzung der Tarifrefinanzierung führt deshalb unmittelbar zu Finanzierungslücken.

Der Bundesrat weist in seiner Stellungnahme auch darauf hin, dass mehrere Maßnahmen des Gesetzentwurfs tarifgebundene Einrichtungen strukturell benachteiligen. Tarifbindung sei jedoch eine wesentliche Voraussetzung für Fachkräftesicherung und Versorgungsstabilität.

Dies wiegt umso schwerer, als Personalkosten den mit Abstand größten Kostenblock der Krankenhäuser darstellen. In Allgemeinkrankenhäusern entfallen regelmäßig rund 60 Prozent der Gesamtkosten auf das Personal, in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen sogar bis zu 80 Prozent. Tarifsteigerungen wirken sich daher unmittelbar und dauerhaft auf die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser aus.

Die Tarifrate nach § 10 Abs. 5 KHEntgG trägt genau diesem Umstand Rechnung. Sie soll den Teil der Tarifsteigerungen berücksichtigen, der oberhalb des Veränderungswertes liegt und andernfalls nicht refinanziert würde. Eine Kürzung auf 50 Prozent bedeutet, dass Krankenhäuser einen erheblichen Teil der tarifbedingten Mehrkosten dauerhaft selbst tragen müssen.

Dabei handelt es sich nicht um einmalige Belastungen. Die Tarifrate fließt in den Landesbasisfallwert ein und prägt damit auch die Finanzierungsgrundlage der Folgejahre. Nicht refinanzierte Tarifsteigerungen führen daher zu einer dauerhaften strukturellen Unterdeckung, die sich Jahr für Jahr fortschreibt.

Besonders kritisch ist, dass der Gesetzgeber erst mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) die nahezu vollständige Berücksichtigung der Tarifentwicklung wiederhergestellt hat. Die langjährige Unterfinanzierung tarifbedingter Personalkosten hat wesentlich zur heutigen wirtschaftlichen Schieflage vieler Krankenhäuser beigetragen. Eine erneute Kürzung würde diesen Fehler wiederholen und die finanzielle Stabilisierung der Krankenhäuser konterkarieren.

Krankenhäuser haben kaum Möglichkeiten, solche Finanzierungslücken auszugleichen. Sie können ihre Preise nicht frei festsetzen, sind mit steigenden Sach- und Energiekosten konfrontiert und leiden weiterhin unter einer unzureichenden Investitionsfinanzierung durch die Länder. Die Folge wären steigende Defizite, zusätzliche Liquiditätsprobleme, ein weiterer Investitionsstau und zunehmender wirtschaftlicher Druck auf die Einrichtungen.

Aus Sicht des Katholischen Krankenhausverbandes Deutschlands ist daher eine vollständige Berücksichtigung der Tarifrate erforderlich. Nur eine 100-prozentige Anrechnung stellt sicher, dass tarifvertraglich unvermeidbare Personalkostensteigerungen sachgerecht refinanziert werden und die personellen Grundlagen der Krankenhausversorgung dauerhaft gesichert bleiben.

<u>Wir schlagen folgende Änderungen in § 10 KHEntgG vor:</u>

Absatz 5 Satz 2:
Kein Ersatz der Angabe „100 Prozent“ durch die Angabe „50 Prozent“.

Wir schlagen folgende Änderungen in § 3 BPflV vor:

Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 Satz 5:
Kein Ersatz der Angabe „75 Prozent“ durch die Angabe „37,5 Prozent“.

MD-Prüfungen

§ 275c Absatz 2 SGB V – Änderung der MD-Prüfquoten

Die vorgesehenen Änderungen des § 275c Absatz 2 SGB V sind aus Sicht des Katholischen Krankenhausverbandes klar abzulehnen.

Zwar bleibt die Systematik der gestuften Prüfquoten formal bestehen, tatsächlich werden jedoch die maßgeblichen Parameter einseitig zulasten der Krankenhäuser verschärft. Dies führt zu einer erheblichen Ausweitung von Prüfungen, Bürokratie und Rechtsunsicherheit, ohne dass im Referentenentwurf eine hinreichend belastbare Begründung erkennbar wäre.

Auf den ersten Blick mag die Beibehaltung einer Prüfquote von 5 Prozent für Krankenhäuser mit hoher Abrechnungsqualität wie Kontinuität erscheinen. Tatsächlich wird diese Schwelle jedoch von bisher 60 Prozent auf 80 Prozent unbeanstandeter Abrechnungen angehoben. Damit wird es für viele Häuser deutlich schwieriger, überhaupt noch in der günstigsten Prüfquotenstufe zu verbleiben.

Zugleich werden die Prüfquoten der mittleren und höheren Stufen deutlich erhöht: von bislang 10 auf 15 Prozent beziehungsweise von 15 auf 25 Prozent. Die vorgesehene Anpassung führt damit faktisch zu einer erheblichen Ausweitung der Prüfdichte und für zahlreiche Krankenhäuser zu einer Verdoppelung oder sogar Verdreifachung der Prüfungen.

Der Neuregelung liegt offenkundig die Annahme zugrunde, dass die Krankenhäuser in größerem Umfang fehlerhaft abrechnen und die Krankenkassen durch das bestehende Prüfquotensystem an berechtigten Rückforderungen gehindert würden. Eine entsprechende Evidenz für eine solche pauschale Verschärfung wird im Entwurf jedoch nicht substantiiert dargelegt.[3] Im Gegenteil: Die vorliegenden Daten sprechen für eine insgesamt hohe Abrechnungsqualität der Krankenhäuser. Die durchschnittliche Prüfquote liegt derzeit bei etwa 8 bis 8,5 Prozent. Rund 40 bis 45 Prozent der Krankenhäuser liegen in der niedrigsten Prüfquote von 5 Prozent. Darüber hinaus wurden im Jahr 2024 bei insgesamt 1.192.500 MD-Gutachten lediglich 45 Anzeigen wegen besonders schlechter

[3] Siehe Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zu den Empfehlungen der FinanzKommission Gesundheit vom 14.02.206

Abrechnungsqualität registriert. Dies entspricht lediglich 0,004 Prozent aller geprüften Fälle. Die vorhandenen Daten zeigen somit kein strukturelles Qualitätsproblem, das eine Ausweitung der Prüfquoten rechtfertigen würde.[4]

Eine nochmalige Ausweitung des Prüfaufwands bindet personelle Ressourcen, die an anderer Stelle dringend benötigt werden. Jede MD-Prüfung verursacht erheblichen Aufwand durch die Zusammenstellung von Falldokumentationen, die Bearbeitung von Rückfragen, die Erstellung von Stellungnahmen sowie die Begleitung von Widerspruchs- und Streitverfahren. Dieser Aufwand entsteht unabhängig davon, ob die Prüfung am Ende zu einer Rechnungskorrektur führt oder nicht. Die Neuregelung führt daher vor allem zu zusätzlicher Bürokratie, ohne einen erkennbaren Mehrwert für die Patientenversorgung zu schaffen.

Der Bundesrat kommt zu einer vergleichbaren Bewertung. Er sieht in den geplanten höheren Prüfquoten und Schwellenwerten eine erhebliche Ausweitung des bürokratischen Aufwands sowohl für die Krankenhäuser als auch für den Medizinischen Dienst und fordert eine deutlich bürokratieärmere Ausgestaltung der Prüfungen.

Darüber hinaus belastet eine Ausweitung der Prüfquoten nicht nur die Krankenhäuser, sondern das gesamte Gesundheitssystem. Schätzungen zufolge würde die Zahl der MD-Prüfungen von derzeit rund 1,1 Millionen auf bis zu 3,4 Millionen Fälle ansteigen. Dies entspräche rund 2,3 Millionen zusätzlichen Prüfungen pro Jahr. Allein bei den Medizinischen Diensten würden hierdurch zusätzliche Kosten von rund 900 Millionen Euro entstehen. Hinzu kommen die Kosten durch den massiven Personalaufbau im Medizincontrolling in den Krankenhäusern und den Kassen zur Prüfungsvorbereitung und Klärung strittiger Fälle. Das würde vermutlich Kosten in nochmal ähnlicher Höhe erzeugen.[5]

Auch die vorgesehene Anhebung der Schwellenwerte für Vollprüfungen ist kritisch zu bewerten. Sie verschärft den Sanktionscharakter des Systems, obwohl die Zahl der Krankenhäuser mit tatsächlich gravierenden Abrechnungsmängeln verschwindend gering ist. Die höheren Schwellenwerte führen vor allem zu zusätzlichem Dokumentationsaufwand, mehr Streitverfahren, höheren finanziellen Risiken und einer zunehmend defensiven Kodierungspraxis. Betroffen sind damit überwiegend Krankenhäuser mit bereits hoher Abrechnungsqualität, während die wenigen tatsächlichen Problemfälle nicht gezielter adressiert werden.

Zur Erreichung möglicher Einsparziele wäre daher ein anderer Weg sachgerechter: Die bestehenden Prüfquoten und Schwellenwerte sollten beibehalten und stattdessen die Sanktionen bei nachgewiesenen schweren oder wiederholten Abrechnungsverstößen zielgerichtet verschärft werden. Dadurch würden diejenigen Krankenhäuser stärker

[4] Siehe DKG-Änderungsanträge
[5] Vgl. Schroeders: MD-Prüfungen würden sich verdreifachen, in f&w am 06.05.2026, online unter https://www.bibliomedmanager.de/news/md-pruefungen-krankenhaus-buerokratie-kosten

belastet, die tatsächlich fehlerhaft abrechnen, ohne den Prüf- und Bürokratieaufwand für die große Mehrheit der korrekt abrechnenden Krankenhäuser auszuweiten.

Wir schlagen folgende Änderungen in § 275c SGB V vor:

Absatz 2 Satz 4 (Streichung des neuen Satzes):
„~~Die quartalsbezogene Prüfquote nach Satz 2 wird vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen für jedes Quartal auf der Grundlage der Prüfergebnisse des vorvergangenen Quartals ermittelt und beträgt ab dem 1. Januar 2027:~~

1. ~~bis zu 5 Prozent für ein Krankenhaus, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen an allen durch den Medizinischen Dienst geprüften Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung bei 80 Prozent oder mehr liegt,~~
2. ~~bis zu 15 Prozent für ein Krankenhaus, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen an allen durch den Medizinischen Dienst geprüften Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung zwischen 60 Prozent und unterhalb von 80 Prozent liegt,~~
3. ~~bis zu 25 Prozent für ein Krankenhaus, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen an allen durch den Medizinischen Dienst geprüften Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung unterhalb von 60 Prozent liegt.~~“

Absatz 2 Satz 6:
Kein Ersatz der Angabe „20 Prozent“ durch die Angabe „40 Prozent“.
Hinzu kommt, dass die Erhöhung der Prüfquoten[6] in Verbindung mit der Ausweitung des Prüfgegenstands (§ 17c Absatz 1 KHG) zu einer erheblichen Verschärfung des Prüfregimes führt. In Kombination mit bestehenden restriktiven Regelungen entsteht ein einseitig belastendes System:

- Nachträgliche Rechnungskorrekturen sind nur unter engen Voraussetzungen und kurzen Fristen möglich und in der Praxis stark eingeschränkt.
- Abrechnungsunterlagen unterliegen strengen Fristen; verspätete Nachweise werden regelmäßig nicht mehr berücksichtigt, auch nicht im Gerichtsverfahren.
- Der MD kann Abrechnungen zulasten der Krankenhäuser korrigieren, ohne dass eine entsprechende Korrekturmöglichkeit zugunsten der Krankenhäuser besteht.

Damit entsteht ein strukturell asymmetrisches Prüfverfahren zulasten der Krankenhäuser.

Ergänzende Forderung zu § 275c SGB V vor:

1. Symmetrische Korrekturmöglichkeiten im Prüfverfahren

[6] Die FinanzKommission geht in ihren Ersten Bericht auf Seite 231 in 2027 von einer Verdopplung des im Jahr 2024 realisierten Prüfumfangs auf zusätzlich 1,3 Millionen Fälle aus.

Der MD muss verpflichtet werden, im Prüfverfahren auch Abrechnungsfehler zugunsten der Krankenhäuser zu berücksichtigen. Krankenhäuser müssen die Möglichkeit erhalten, nachweislich zu niedrig angesetzten Abrechnungen im laufenden Verfahren zu korrigieren. Dies ist Voraussetzung für ein faires und gerichtsfestes Prüfverfahren.

2. Grundsätzliche Reform des Prüfregimes
Das stark einzelfallbezogene und nachgelagerte Prüfsystem verursacht hohen bürokratischen Aufwand ohne erkennbaren Mehrwert für die Versorgungsqualität. Stattdessen sollten qualitäts- und strukturorientierte Ansätze gestärkt werden. Ein mögliches Vorbild ist das Schweizer Modell mit regelmäßigen externen Qualitäts- und Zertifizierungsprüfungen.

§ 17c Absatz 1 KHG – Ausweitung des Prüfgegenstands

Die vorgesehene Ausweitung des Prüfauftrags des Medizinischen Dienstes (MD) bewerten wir äußerst kritisch.

Während sich die Prüfung bislang primär auf den konkreten Prüfauftrag beschränkte, soll sie künftig alle abrechnungsrelevanten Auffälligkeiten umfassen, die im Rahmen der Prüfung festgestellt werden, unabhängig vom ursprünglichen Anlass. Damit droht eine weitere Ausuferung der Prüfverfahren.

Der immense Bürokratieaufwand lähmt jetzt schon die Kliniken und ist organisatorisch, personell und auch finanziell kaum noch zu stemmen. Die geplante Regelung, dem MD faktisch die Befugnis zu erteilen, ohne konkreten Anlass jegliche Aspekte einer Abrechnung zu prüfen, käme einem „Freifahrtschein“ für permanente Vollprüfungen gleich. Dies konterkariert das Ziel einer vertrauensvollen Zusammenarbeit und ist daher komplett abzulehnen.

Bereits heute verwenden Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte im Durchschnitt rund drei Stunden ihrer täglichen Arbeitszeit für Dokumentationspflichten. Anstatt diese Belastung weiter zu erhöhen, ist das Gegenteil erforderlich: ein konsequenter Bürokratieabbau – zur Steigerung der Effizienz, zur Steigerung der Arbeitszufriedenheit und zur Begegnung – zumindest teilweise – des Fachkräftemangels. Nach Berechnungen des DKI würde bereits eine Entlastung von nur einer Stunde Bürokratie pro Tag rechnerisch Kapazitäten von rund 21.600 Vollkräften im ärztlichen Bereich und etwa 47.000 Vollkräften im Pflegedienst freisetzen. [7]

<u>Wir schlagen folgende Änderungen in § 17c KHG vor:</u>

Absatz 1 nach Satz 2 (Streichung des neuen Satzes):

[7] Vgl. DKI-Umfrage (2024): Aktuelle Bürokratiebelastung in den Krankenhäusern

„~~Der Medizinische Dienst hat abrechnungsrelevante Auffälligkeiten, die er im Rahmen der Prüfung feststellt, in seine Prüfung einzubeziehen, auch wenn die Auffälligkeiten nicht Anlass der Einschaltung des Medizinischen Dienstes sind.~~“

Pflegebudget

§ 6a KHEntgG – Pflegebudget

Die vorgesehenen Änderungen zum Pflegebudget sind aus Sicht der katholischen Krankenhäuser abzulehnen.

Das Pflegebudget wurde eingeführt, um die Pflegepersonalkosten aus dem ökonomischen Wettbewerbsdruck des Fallpauschalen-Systems herauszulösen und die Versorgungsqualität strukturell abzusichern. Es fungiert als qualitätspolitischer Schutzmechanismus. Mit der geplanten Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip und der Einführung eines gedeckelten Fortschreibungssystems ab 2027 wird die Finanzierung der Pflege jedoch von einer bedarfsgerechten Refinanzierungslogik auf eine reine Ausgabenbegrenzung umgestellt. Damit würde die Pflege erneut fiskalischen Begrenzungslogiken unterworfen. Dies widerspricht dem Ziel einer verlässlichen, am Versorgungsbedarf orientierten Patientenversorgung.

Der Bundesrat betont ausdrücklich, dass die Einführung der Pflegebudgets einen wesentlichen Reformschritt in der Krankenhausfinanzierung darstellt. Ziel sei die nachhaltige Verbesserung der Personalausstattung und der Arbeitsbedingungen in der Pflege gewesen. Diese Zielsetzungen dürften auch im Rahmen notwendiger Einsparmaßnahmen nicht gefährdet werden.

Die Orientierung am Vorjahresbudget mit Begrenzung durch den Veränderungswert führt zu einem schrittweisen Abschmelzen der Pflegebudgets. Steigende Personalkosten, insbesondere durch Tarifentwicklungen, werden nicht mehr vollständig refinanziert, während Minderkosten weiterhin abgeschöpft werden. Mehrkosten bei einer Überschreitung der vereinbarten Pflegepersonalkosten durch die tatsächlichen Pflegepersonalkosten sollen künftig gerade nicht mehr ausgeglichen werden. Dies führt zu einer strukturellen Unterfinanzierung der Pflege und gefährdet die Personalentwicklung und konterkariert die pflegepolitisch gewollte Stärkung des Berufsfeldes.

Zudem bleiben notwendige Strukturveränderungen infolge der Krankenhausreform unberücksichtigt. Die Regelung ist damit weder bedarfsgerecht noch zukunftsfähig.

Anstelle einer starren Deckelung des Pflegebudgets sprechen wir uns für ein temporäres Einfrieren auf dem aktuellen Niveau mit automatischer Fortschreibung aus. Ausgangsbasis sollten die vom Jahresabschlussprüfer testierten Pflegepersonalkosten des Jahres

2026 sein. Diese Grundlage ist belastbar, nachvollziehbar und vermeidet jährlich wiederkehrende, aufwändige Budgetverhandlungen.

Die so festgelegte Basis muss in den Folgejahren vollständig um die tarifliche Kostenentwicklung in der Pflege fortgeschrieben werden. Dadurch wird sichergestellt, dass tarifbedingte Kostensteigerungen refinanziert werden, ohne dass hierfür jedes Jahr neue Verhandlungen erforderlich sind. Dies schafft Planungssicherheit für Krankenhäuser und Kostenträger gleichermaßen.

Gleichzeitig muss das System ausreichend flexibel bleiben, um auf tatsächliche Veränderungen des Versorgungsbedarfs reagieren zu können. Verändern sich durch Leistungsgruppen, Fallzahlen oder Leistungsverschiebungen die pflegerischen Anforderungen eines Krankenhauses, muss eine entsprechende Anpassung des Pflegebudgets möglich sein. Andernfalls droht eine strukturelle Unterfinanzierung notwendiger Pflegeleistungen.

Für die transparente Abbildung des Pflegebedarfs bleibt die Pflegepersonalregelung PPR 2.0 von zentraler Bedeutung. Im Gegensatz zu den Pflegepersonaluntergrenzen basiert die PPR 2.0 auf einer pflegefachlich fundierten Ermittlung des tatsächlichen Pflegebedarfs der Patientinnen und Patienten. Sie ermöglicht eine nachvollziehbare Verbindung zwischen Versorgungsbedarf und Personaleinsatz und schafft damit die Grundlage für eine sachgerechte Weiterentwicklung der Pflegefinanzierung.
Perspektivisch sollte die PPR 2.0 dazu genutzt werden, parallele Steuerungs- und Nachweisinstrumente wie die Pflegepersonaluntergrenzen schrittweise abzulösen und Doppelregulierungen abzubauen. Dadurch können Bürokratiekosten reduziert, die Transparenz über den tatsächlichen Pflegebedarf erhalten und die vorhandenen Personalressourcen stärker für die unmittelbare Patientenversorgung genutzt werden.

Ein solches Modell begrenzt die Ausgabendynamik, vermeidet jedoch eine pauschale Unterfinanzierung der Pflege. Es verbindet wirtschaftliche Stabilität mit bedarfsgerechter Finanzierung und schafft Einsparpotenziale, ohne die Transparenz über den tatsächlichen Pflegebedarf zu beeinträchtigen.

<u>Wir schlagen folgende Änderungen in § 6a KHEntgG vor:</u>

Absatz 2:
Kein Einfügen von Satz 12 (bzw. Streichung von Satz 12).

Absatz 2a:
§ 6a Absatz 2a wird wie folgt gefasst:
„(2a) [1]Für die Vereinbarung der Pflegebudgets für die Jahre 2027 und 2028 sind die für das Jahr 2026 nach Absatz 3 Satz 4 bestätigten Pflegepersonalkosten Ausgangsgrundlage. [2]Soweit die Bestätigung nach Absatz 3 Satz 4 für das Jahr 2026 zum Zeitpunkt der

Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2027 noch nicht vorliegt, ist das Pflegebudget für das Jahr 2027 zunächst auf Grundlage der zuletzt vereinbarten oder festgesetzten Pflegepersonalkosten als vorläufige Ausgangsgrundlage zu vereinbaren. [3] Abweichungen zwischen der vorläufigen Ausgangsgrundlage und den nach Absatz 3 Satz 4 bestätigten Pflegepersonalkosten des Jahres 2026 sind im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum vollständig auszugleichen. [4]Die Ausgangsgrundlage nach Satz 1 ist für die Jahre 2027 und 2028 jeweils automatisch um die Tarifentwicklung für das Pflegepersonal nach § 10 Absatz 5 Satz 3 Nummer 1 fortzuschreiben; einer gesonderten Vereinbarung der Vertragsparteien nach § 11 bedarf es insoweit nicht. [5]Der für Maßnahmen zur Entlastung von Pflegepersonal nach Absatz 2 Satz 10 erhöhend zu berücksichtigende Betrag bleibt für die Vereinbarungsjahre 2027 und 2028 Bestandteil der fortzuschreibenden Ausgangsgrundlage. [6]Eine zusätzliche tätigkeitsbezogene Abgrenzung von Pflegepersonalkosten für Tätigkeiten, die nicht der unmittelbaren Patientenversorgung dienen, findet für die Jahre 2027 und 2028 nicht statt. [7]Für die Vereinbarungsjahre 2027 und 2028 ist ein Nachweis der tatsächlich entstandenen Pflegepersonalkosten nicht erforderlich. [8]Soweit sich infolge krankenhausplanerischer Entscheidungen durch die Zuweisung von Leistungsgruppen relevante Veränderungen der Leistungsstruktur oder der Fallzahlen ergeben, können die Vertragsparteien nach § 11 für die Jahre 2027 und 2028 zusätzlich zu der Fortschreibung nach Satz 4 eine leistungsbezogene Erhöhung des Pflegebudgets vereinbaren. [9]Diese Erhöhung kann die nach Satz 4 fortgeschriebene Ausgangsgrundlage überschreiten. [10]Als Orientierungsgröße können insbesondere die im Pflegeerlöskatalog ausgewiesenen Pflegebewertungsrelationen oder andere vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus auszuweisende pflegerelevante Bewertungsrelationen herangezogen werden.“

Absatz 4:

§ 6a Absatz 4 Satz 5 und 6 werden wie folgt gefasst:

„Ab dem Tag des Inkrafttretens der Vereinbarung einer Erhöhungsrate für Tariferhöhungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 ist abweichend von Satz 3 für den Rest des jeweiligen Jahres der krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert nach Satz 3 erhöht um die Tariferhöhung für den in § 10 Absatz 5 Satz 3 Nummer 1 genannten Bereich anzuwenden. Dabei ist der für das restliche Kalenderjahr anzuwendende krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert infolge der unterjährigen Vereinbarung entsprechend zu erhöhen.“

Absatz 5:

In § 6a Absatz 5 Satz 3 werden nach dem Wort „abzuwickeln“ die Wörter eingefügt:

„; für die Jahre 2027 und 2028 findet ein Ausgleich tatsächlicher Mehr- oder Minderkosten des Pflegepersonals nicht statt.“

Psychiatrie und Psychosomatik

§ 3 Absatz 3 BPflV – Rückzahlung bei Unterschreitung der vereinbarten Stellenzahl

Die Pflicht zur Rückzahlung nicht zweckentsprechend verwendeter Mittel ist zwar grundsätzlich nachvollziehbar, führt in der Praxis jedoch zu unverhältnismäßiger Bürokratie, finanzieller Unsicherheit und eingeschränkter Flexibilität. Gerade katholische Krankenhäuser, die einen umfassenden Versorgungsauftrag erfüllen, benötigen Spielräume, um Mittel bedarfsgerecht im Sinne der Patientinnen und Patienten einsetzen zu können.

Wir schlagen folgende Änderungen in § 3 BPflV vor:

Absatz 3 (Streichung der neuen Sätze):
Keine neuen Sätze 8 bis 10.

§ 4 BPflV – Leistungsbezogener Vergleich

Die geplante Einbeziehung von Kostendaten wird zwangsläufig dazu führen, dass die Budgetverhandlungen noch kleinteiliger, zeitintensiver und streitbehafteter werden. Dies widerspricht dem Ziel einer bürokratiearmen Krankenhausverwaltung und wird aus diesem Grund abgelehnt.

Wir schlagen folgende Änderungen in § 4 BPflV vor:

Absatz 1 Satz 2:
Streichung der Worte „und Kosten“ in Nummer 1:
„1. die der letzten Budgetvereinbarung zugrunde gelegten Leistungen ~~und Kosten~~,“

Kurzzeitpauschalen

17b Absatz 2a KHG – Einführung von Kurzzeitpauschalen

Die Einführung eines Kurzliegerbereichs für stationäre Behandlungsfälle mit einer Aufenthaltsdauer von maximal drei Kalendertagen (zwei Übernachtungen) wurde von uns wiederholt gefordert und wird ausdrücklich begrüßt.

Um die Fehlanreize des Hybrid-DRG-Bereichs hierbei nicht zu wiederholen, ist es notwendig, Fälle mit sehr kurzen Verweildauern systematisch in den Krankenhäusern zu belassen und sie nicht einer einseitigen „Rosinenpickerei“ durch niedergelassene Ärzte auszusetzen. Nur wenn echte Anreize für Krankenhäusern geschaffen werden, wie z. B. durch den Wegfall der unteren Verweildauern, und den Krankenhäusern eine ausreichende Flexibilität eingeräumt wird, die Verweildauer im Kurzliegerbereich unter medizinischen Gesichtspunkten an den individuellen Behandlungsbedarf anzupassen, gelingt

es, das Ambulantisierungspotenzial auszubauen, ohne Risiken für die Versorgungsqualität einzugehen.

Entscheidend ist zudem ein sachgerechtes und praxistaugliches Zusammenspiel von AOP, Hybrid-DRG und Kurzliegerbereich. Die Fehlentwicklung einer überhasteten Ausgliederung von Fallzahlen wie im Hybrid-DRG sollten hier nicht wiederholt werden und zudem muss eine leistungsgerechte Vergütung erfolgen und nicht wie beim Hybrid-DRG-Bereich eine Übervergütung einfacher Fälle erfolgen, die in den niedergelassenen Bereich wandern, und eine Untervergütung von komplexen Fällen, die weiterhin am Krankenhaus verbleiben.

§ 8 Absatz 5a KHEntgG – Ausschluss von Kurzzeitpauschalen

Die vorgesehene Regelung in § 8 Absatz 5a KHEntgG wird kritisch gesehen. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Abrechnung von Kurzzeitpauschalen ausgeschlossen ist, wenn die jeweilige Leistung im AOP-Katalog enthalten ist.

Durch diese strikte Trennung entstehen faktisch drei parallele Vergütungssysteme (AOP, Hybrid-DRG, Kurzliegerbereich) mit unterschiedlichen und nicht ausreichend aufeinander abgestimmten Übergängen. Während perspektivisch Leistungen aus dem Kurzliegerbereich in den ambulanten Bereich überführt werden können, fehlt es im Gegenzug an einer ausreichenden Durchlässigkeit in den Kurzliegerbereich.

Gerade im AOP-Katalog enthaltene Leistungen können im Einzelfall mit einem erhöhten Ressourcenaufwand verbunden sein, der eine (kurz-)stationäre Behandlung erforderlich macht (Behandlung innerhalb eines Belegungstages). In diesen Fällen muss es möglich sein, diese Leistungen sachgerecht im Kurzliegerbereich abzubilden und zu vergüten.

Die Krankenhäuser benötigen hier mehr Flexibilität: Einerseits trägt der Kurzliegerbereich dazu bei, Verweildauern zu reduzieren, andererseits muss gewährleistet sein, dass ambulante Fälle bei erhöhtem Behandlungsaufwand unkompliziert im Kurzliegerbereich abgerechnet werden können. Ohne eine solche beidseitige Durchlässigkeit steigt das Risiko von Fehlsteuerungen und Fehlabrechnungen erheblich.

<u>Wir schlagen folgende Änderungen in § 8 KHEntgG vor:</u>

Absatz 5a:
Einfügen des Wortes „nicht“ in Satz 1:
„(5a) Die Berechnung der Kurzzeitpauschalen im Sinne des § 17b Absatz 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ist **nicht** ausgeschlossen, wenn die Leistung in dem Katalog nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch enthalten ist. Näheres regeln die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.“

Zweitmeinungsverfahren

§ 27b SGB V – Zweitmeinung

Wir unterstützen ausdrücklich das Ziel, die Patientensouveränität zu stärken, die Qualität medizinischer Entscheidungen zu sichern und Transparenz im Behandlungsprozess zu fördern. Das bestehende Zweitmeinungsverfahren hat sich hierfür als geeignetes Instrument etabliert und wird von den Einrichtungen aktiv getragen.

Die nun vorgesehene Weiterentwicklung des § 27b SGB V, insbesondere die Verknüpfung der Vergütung einzelner Eingriffe mit einer zwingend nachzuweisenden Einholung einer Zweitmeinung, ist jedoch differenziert zu bewerten.

Der Gesetzentwurf geht ausdrücklich davon aus, dass im Bereich planbarer Eingriffe ein strukturelles Problem übermäßiger oder nicht indizierter Leistungen besteht, dem durch eine verschärfte Ausgestaltung des Zweitmeinungsverfahrens begegnet werden müsse. Diese Annahme greift zu kurz.

Bereits heute bestehen in der Versorgung mehrstufige Prüfmechanismen: Die Indikationsstellung erfolgt in der Regel im vertragsärztlichen Bereich und wird im Krankenhaus nochmals fachlich überprüft, häufig auch interdisziplinär. Faktisch existieren damit bereits Zweitmeinungsverfahren in der Versorgung. Diese Verfahren sind zwar nicht mit der Zweitmeinung nach § 27b SGB V gleichzusetzen; sie zeigen jedoch, dass medizinische Entscheidungen in der Praxis regelmäßig nicht eindimensional, sondern unter zusätzlicher fachlicher Kontrolle getroffen werden.
Eine pauschale Verpflichtung zur Zweitmeinung verkennt diese bestehenden Prozesse und suggeriert ein generelles Misstrauen gegenüber ärztlichen Entscheidungen. Das bisherige Zweitmeinungsverfahren ist bewusst als freiwilliges Instrument ausgestaltet, das auf dieser Grundlage gestärkt werden sollte. Diese Ausrichtung entspricht einem modernen Verständnis von Patientenautonomie.

Die vorgesehene verbindliche Verknüpfung der Vergütung mit dem Nachweis einer eingeholte Zweitmeinung stellt einen Paradigmenwechsel dar. Sie zwingt Patientinnen und Patienten unabhängig von der individuellen Situation zu zusätzlichen Arztkontakten und verzögert unter Umständen notwendige Behandlungen.

Zudem bestehen erhebliche Zweifel an der praktischen Umsetzbarkeit. Bereits heute ist die Zahl qualifizierter Zweitmeinungsanbieter begrenzt. Eine kurzfristige Ausweitung würde zwangsläufig zu verlängerten Wartezeiten führen, insbesondere in ländlichen Regionen.

Konkrete Versorgungsdaten verdeutlichen die strukturelle Problematik: Bundesweit stehen jährlich lediglich 551 registrierte Zweitmeinungsärzte[8] für 229.834 Knieendoprothesen im Jahr 2025 zur Verfügung. Dies entspricht rechnerisch rund 417 Verfahren je Arzt und Jahr – zusätzlich zur regulären Versorgung. Eine flächendeckende und zeitnahe Durchführung erscheint vor diesem Hintergrund kaum realistisch.

Auch regional zeigt sich die Unumsetzbarkeit deutlich: Selbst in Großstädten mit mehreren spezialisierten Einrichtungen ist nicht ersichtlich, dass ausreichende Kapazitäten für ein verpflichtendes Zweitmeinungsverfahren kurzfristig in dem erforderlichen Umfang aufgebaut werden könnten, während bereits ein einzelnes großes Krankenhaus mehrere hundert entsprechende Fälle jährlich behandelt. Dies führt zwangsläufig zu erheblichen Wartezeiten und Versorgungsengpässen.

Diese Verzögerungen sind medizinisch keineswegs neutral. Ein erheblicher Anteil der Patientinnen und Patienten befindet sich bereits in fortgeschrittenen Krankheitsstadien, in denen konservative Therapieoptionen ausgeschöpft sind. Gerade bei Knieendoprothesen liegt der Anteil dieser Fälle bei etwa 70 bis 80 %. Für diese Patientengruppe stellt eine Verzögerung keine bloße Verschiebung dar, sondern kann zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands führen und im Einzelfall sogar invasivere Eingriffe erforderlich machen. In der Praxis entstehen dadurch zusätzliche Verzögerungsketten: Da Patienten zunächst aus dem Behandlungsprozess herausgenommen, zurückgestellt und für die Wartezeit auf Zweitmeinungstermine in konservative Therapiepfade gelenkt werden. In Fallkonstellationen, in denen die konservative Therapie ausgeschöpft ist und eine OP somit unausweichlich indiziert ist, muss daher grundsätzlich auf ein Zweitmeinungsverfahren verzichtet werden.

Überdies führen begrenzte physiotherapeutische Kapazitäten[9] sowie organisatorische Fristen dazu, dass sich medizinisch notwendige Behandlungen nun um Wochen oder Monate verschieben. Die Annahme, konservative Therapien stünden als Alternative kurzfristig und flächendeckend zur Verfügung, ist somit nicht realistisch. Vielmehr kommt es zu weiteren Verzögerungen, die eine Verschlechterung des Gesundheitszustands, längere Krankenhausaufenthalte und steigende Komplikationsraten zur Folge haben können.

Die wirtschaftlichen Auswirkungen auf die Kliniken sind ebenfalls erheblich: Bis zur Einholung der Zweitmeinung der Patienten sind die Kliniken gezwungen OP-Termine auf

[8] Vgl. G-BA, Zweimeinungsverfahren: Zahl der Zweitmeinenden steigt weiter, https://www.g-ba.de/service/fachnews/239/

[9] Offene Stellen bleiben im Schnitt rund 280 Tage unbesetzt, viele Praxen melden Vakanzen aufgrund fehlender Erfolgsaussichten gar nicht mehr. Vgl. Deutscher Verband für Physiotherapie unter https://www.physio-deutschland.de/fachkreise/news-bundesweit/einzelansicht/artikel/offener-brief-an-die-bundesgesundheitsministerium-1.html

unbestimmte Zeit zu reservieren. Dadurch entstehen ihnen Erlösverschiebungen in Millionenhöhe.

Hinzu kommt, dass insbesondere qualitätsgesicherte Einrichtungen – etwa zertifizierte Endoprothetikzentren – bereits heute umfassende mehrstufige Prüfprozesse etabliert haben. Das verpflichtende Zweitmeinungsverfahren trifft damit gerade jene Häuser, die bereits ein hohes Maß an Qualitätssicherung gewährleisten, ohne einen zusätzlichen medizinischen Mehrwert zu schaffen.

Zudem ist davon auszugehen, dass ein erheblicher Teil der erwarteten Einsparungen durch zusätzliche Kosten für Organisation, Bürokratie und verlängerte Behandlungsverläufe kompensiert wird.

Sachgerechter wäre es, das bestehende freiwillige Zweitmeinungsverfahren qualitativ weiterzuentwickeln, die Information der Versicherten zu verbessern und digitale bzw. telemedizinische Zugänge auszubauen, ohne die Vergütung des Eingriffs vom Vorliegen eines externen Zweitmeinungsnachweises abhängig zu machen.

Ergänzende Forderungen zum Zweitmeinungsverfahren nach § 27b SGB V:

1. Einführung verbindlicher Fristen und Ausnahmeregelungen
Das Zweitmeinungsverfahren muss mit klaren Fristen ausgestaltet werden, um Versorgungssicherheit zu gewährleisten. Patientinnen und Patienten müssen innerhalb eines angemessenen Zeitraums – etwa vier Wochen – Zugang zu einer Zweitmeinung oder ggf. konservativen Therapie erhalten.

Ist dies aufgrund begrenzter Kapazitäten oder fehlender Termine nicht möglich, muss eine verbindliche Ausnahmeregelung greifen: Der Eingriff ist in diesen Fällen auch ohne Nachweis einer Zweitmeinung zu vergüten.

Ohne eine solche Regelung drohen Versorgungsverzögerungen mit negativen gesundheitlichen Folgen.

2. Sicherstellung der wirtschaftlichen Stabilität bei Fallverschiebungen
Ein verpflichtendes Zweitmeinungsverfahren führt zwangsläufig zu Fallverschiebungen und einer stärkeren Konzentration von Leistungen. Gleichzeitig müssen einzelne Häuser – etwa bei Standortschließungen – kurzfristig zusätzliche Patientinnen und Patienten versorgen.

In diesen Fällen ist sicherzustellen, dass entstehende Mehrerlöse vollständig im Krankenhaus verbleiben und nicht abgeschöpft werden. Gerade in der Knieendoprothetik können so schnell zusätzliche Erlöse in Millionenhöhe entstehen, die zur Absicherung der erweiterten Versorgung zwingend erforderlich sind.

Eine Abschöpfung dieser Mittel würde die Aufnahme zusätzlicher Patienten wirtschaftlich unattraktiv machen und die Versorgungssteuerung konterkarieren.

Versorgungsverträge Rehabilitation

§ 111 SGB V – Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

Die vorgesehene Regelung, wonach die Veränderungsrate nach § 71 SGB V künftig wieder die verbindliche Obergrenze für Vergütungssteigerungen im Bereich der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen darstellt, lehnen wir ab.

Die bislang geltende – und erst vor sechs Jahren mit dem GKV-IPREG eingeführte Ausnahme hatte zum Ziel, die Qualität der Versorgung dauerhaft zu sichern. Sie ist notwendig, um die Anforderungen, die in den RE-Rehabilitation mit dem GKV-SV vereinbart wurden, zu erfüllen. Die Notwendigkeit dieser Ausnahme ist seit Inkrafttreten des GKV-IPREG nicht entfallen. Die aktuell geltende Regelung konnte bislang noch keine umfassende Wirkung in den Verhandlungen entfalten, da die mit dem GKV-IPREG ebenfalls eingeführten Rahmenempfehlungen für die Vergütungssatzverhandlungen erst in diesem Jahr abgeschlossen werden konnten.

Die vorgesehene Kopplung an die Veränderungsrate nach § 71 SGB V führt darüber hinaus zu einer strukturellen Entkopplung von tarifbedingter Kostenentwicklung und Refinanzierung. Gerade die tarifgebundenen katholischen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sind in besonderem Maße von steigenden Personalkosten betroffen. Diese Kostenentwicklungen werden durch die Veränderungsrate systembedingt nur verzögert und häufig unvollständig abgebildet. Eine starre Deckelung der Vergütungssteigerungen führt daher zwangsläufig zu Finanzierungslücken. Eine weitere Begrenzung der Vergütungsentwicklung gefährdet die wirtschaftliche Stabilität der freigemeinnützigen Einrichtungen und damit auch die Sicherstellung der rehabilitativen Versorgung

Insbesondere vor dem Hintergrund, dass Rehabilitationsmaßnahmen keine kurzfristigen Ausgaben ohne nachhaltigen Effekt darstellen, ist die vorgesehene Änderung nicht nachvollziehbar. Rehabilitation reduziert Arbeitsunfähigkeitszeiten und Krankenhausaufenthalte. Sie verhindert Pflegebedürftigkeit, stabilisiert chronische Erkrankungen und trägt dazu bei, Frühverrentungen zu vermeiden. Die Gesetzliche Krankenversicherung sowie die Renten- und Pflegesysteme werden langfristig entlastet.

<u>Wir schlagen folgende Änderungen in § 111 SGB V vor:</u>

Absatz 5 Sätze 2 und 3 (Beibehaltung der ursprünglichen Fassung):

[2]Für Vereinbarungen nach Satz 1 gilt § 71 nicht. [3]Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglicher Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden.
~~„Bei der Vergütungsvereinbarung nach Satz 1 stellt die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 die Obergrenze für Vergütungssteigerungen dar. § 71 Absatz 1 bis 3 gilt.~~“

Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf

Sofortige Deregulierung und Entbürokratisierung im Krankenhausbereich

Der KKVD sieht ganz erhebliches Potential für echte Einsparungen im Krankenhausbereich durch die konsequente Umsetzung eines Bürokratieabbaus. Allein durch die Umsetzung der vorgeschlagenen 25 Forderungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft ließen sich bis zu 15 Milliarden Euro pro Jahr einsparen.[10]

Besonders dringlich ist der Abbau kostenintensiver Personalvorgaben. In den vergangenen Jahren wurden immer neue Personalbemessungsinstrumente, Nachweispflichten und Kontrollsysteme geschaffen. Die Folge ist, dass ein erheblicher Teil der Personalressourcen nicht mehr in die Patientenversorgung, sondern in Dokumentation, Meldungen und Prüfverfahren fließt. Die DKG schätzt, dass allein durch eine bürokratiearme Ausgestaltung der Personalvorgaben und einen Ganzhausansatz statt kleinteiliger Stations- und Schichtvorgaben rund 11.000 ärztliche und 42.000 pflegerische Vollkräfte für die Versorgung freigesetzt werden könnten. Das jährliche Einsparpotenzial beträgt allein im ärztlichen und pflegerischen Bereich rund 4,8 Milliarden Euro.

Handlungsbedarf besteht auch bei den Strukturvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses. Unbestimmte Vorgaben wie die Forderung nach einer Verfügbarkeit von Fachärzten „bei Bedarf jederzeit (24/7)“ führen in der Praxis häufig zu überzogenen Personalvorhaltungen. Die DKG weist darauf hin, dass bereits die Umstellung von Rufbereitschaft auf Bereitschaftsdienst Mehrkosten von bis zu 1,57 Milliarden Euro pro Jahr verursachen kann. Stattdessen sollten Krankenhäuser selbst entscheiden können, ob die Versorgung durch Präsenzdienst, Bereitschaftsdienst oder Rufbereitschaft sichergestellt wird.

Die Verantwortung für Personalsteuerung und Versorgungsorganisation muss wieder stärker bei den Trägern und Krankenhausleitungen vor Ort liegen. Sie kennen die regionalen Versorgungsbedarfe, die verfügbaren Fachkräfte und die tatsächlichen Anforderungen ihrer Patienten besser als zentrale Regulierungsinstanzen. Mehr Vertrauen in die

[10] Vgl. DKG (2026): Deregulierung und Kostensenkung jetzt! 25 Forderungen der Krankenhäuser zur sofortigen Umsetzung, online unter https://www.dkgev.de/fileadmin/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemitteilungen/2026/2026-05-08_Anlage_DKG-Stellungnahme_GE_GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz_Deregulierung.pdf

Verantwortlichen vor Ort ermöglicht einen flexibleren Personaleinsatz, innovative Versorgungskonzepte und wirtschaftlichere Strukturen.

Weitere kurzfristig umsetzbare Maßnahmen sind:

- PPUG (Pflegepersonaluntergrenzen) aussetzen bzw. Krankenhäuser bei erfüllter PPR 2.0 davon befreien,
- PPQ (Pflegepersonalquotient) abschaffen,
- stations- und schichtbezogene Nachweise durch standortbezogene Jahresnachweise auf Ganzhausebene ersetzen,
- parallele Dokumentations-, Nachweis- und Meldepflichten streichen,
- Aussetzung zusätzlicher Personalmeldepflichten für den Bundes-Klinik-Atlas,
- Abschaffung des Psych-Personalnachweises,
- Deregulierung der PPP-RL in Psychiatrie und Psychosomatik,
- Abschaffung täglicher Krankenhauskapazitätsmeldungen aus der Pandemiezeit,
- Vereinfachung von Strukturvorgaben und Leistungsgruppen,
- Anpassung der Krankenhausstandortdefinition zur Vermeidung teurer Doppelstrukturen.

Wer die Finanzierungsprobleme der Krankenhäuser lösen will, muss deshalb zuerst die Bürokratiekosten senken. Jede Stunde, die Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte weniger mit Dokumentation und Nachweisen verbringen, steht unmittelbar für die Versorgung der Patienten zur Verfügung. Deregulierung bedeutet daher nicht weniger Qualität, sondern mehr Zeit für Versorgung, geringere Verwaltungskosten und mehr Handlungsspielraum für die Krankenhäuser.

Die Forderung nach einem umfassenden Bürokratieabbau wird ausdrücklich durch den Bundesrat unterstützt. Dieser stellt fest, dass der Krankenhaussektor dringend und nachhaltig von überbordenden bürokratischen Anforderungen entlastet werden muss, um seine wirtschaftliche Leistungsfähigkeit zu erhalten.

Der Bundesrat fordert darüber hinaus, die durch das Krankenhausreformanpassungsgesetz eingeführte Verschärfung der Verknüpfung von Leistungsgruppen mit dem monatsscharfen Nachweis der Pflegepersonaluntergrenzen zurückzunehmen und das entsprechende Qualitätskriterium aus Anlage 1 zu § 135e SGB V zu streichen.

DIE KATHOLISCHEN KRANKENHÄUSER
Kath. Krankenhausverband Deutschland e.V.

Kontakt:
Katholischer Krankenhausverband Deutschland e. V.
Bernadette Rümmelin
Geschäftsführerin
Tel. 030 240 83 68-10
kkvd@caritas.de

Der **Katholische Krankenhausverband Deutschland e. V.** vertritt als Fachverband bundesweit 244 Krankenhäuser an 320 Standorten sowie 52 Reha-Einrichtungen mit insgesamt 204.000 Mitarbeitenden. Jährlich werden hier 3 Millionen Patient:innen stationär und 2,5 Millionen Patient:innen ambulant versorgt. Mit Umsätzen von 16 Milliarden Euro pro Jahr sind die katholischen Krankenhäuser zudem ein wichtiger Wirtschaftsfaktor.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(19)
gel. VB zur öffent. Anh. am
22.06.2026 - GKV
18.06.2026

BWV

Der Bundesbeauftragte
für Wirtschaftlichkeit in
der Verwaltung

Gutachten
des Bundesbeauftragten für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung

Regierungsentwurf eines GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (BStabG-RegE)

Entwurf der Bundesregierung zu einem Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 29. April 2026

8. Juni 2026

Geschäftszeichen: IX 1 - 05 20 03 10 - 145/2026

Inhaltsverzeichnis

0 Zusammenfassung 7

1 Einleitung 11

2 Zuschuss für versicherungsfremde Leistungen an die GKV und Beiträge des Bundes zur Krankenversicherung für Grundsicherungsgeldbezieherinnen und -bezieher 12

2.1 Abgeltung versicherungsfremder Leistungen 12

2.2 Zuweisungen des Bundes an die GKV sollen insgesamt abgesenkt werden 13

2.3 Haushaltskonsolidierung auf Kosten der GKV 13

3 Bundesdarlehen 14

3.1 Mehrere Darlehen des Bundes an den Gesundheitsfonds 14

3.2 Darlehensrückzahlung soll verschoben werden 15

3.3 Neue Rückzahlungsfristen verlagern finanzielle Probleme in die Zukunft 15

4 Neuregelungen zur extrabudgetären Vergütung 16

4.1 Derzeitiges Vergütungssystem: Budgetierte und unbudgetierte Leistungen 16

4.2 Bundesrechnungshof sah Ausgabenkontrolle zunehmend vernachlässigt 17

4.3 Ausgabenkontrolle soll wieder gestärkt werden 18

4.4 BWV sieht Verbesserungspotenzial 19

5 Gewährung von Krankengeld sowie Erweiterung der Mitwirkungspflichten 20

5.1 Anspruch auf Krankengeld 20

5.2 Teilarbeitsunfähigkeit, Teilkrankengeld und straffere Verfahren geplant 21

5.3 Langjährige Empfehlungen umsetzen 21

6 Prüfung von Krankenhausabrechnungen 23

6.1 Derzeitiges System der Abrechnungsprüfung 23

6.2 Änderung des Prüfquotensystems geplant 23

6.3 Wirksame Prüfung von Krankenhausabrechnungen stärken 24

7 Festbeträge für Hilfsmittel 26

7.1 Derzeitige Festsetzung von Festbeträgen für Hilfsmittel 26

7.2 Eigene Rechtsgrundlage für die Bestimmung von Festbeträgen geplant 26
7.3 Wirtschaftliche Versorgung durch Festbeträge sichern 26

8 Kieferorthopädische Behandlungen 28
8.1 Derzeit viele Behandlungen, hohe Ausgaben und unklare Ergebnisqualität 28
8.2 Umstellung auf Leistungskomplexe geplant 29
8.3 Patientensouveränität und Beratungskompetenz stärken 29
8.4 Versorgungsforschung in Überarbeitung der Kfo-RL einbeziehen 30

9 Homöopathische und anthroposophische Leistungen in der GKV 31
9.1 Bestehende Erstattungsfähigkeit 31
9.2 Erstattungsfähigkeit soll ausgeschlossen werden 32
9.3 Minderausgaben führen zu keinen nennenswerten Einsparungen 32

10 Refinanzierung von Tariflöhnen 32
10.1 Derzeit vollständige Refinanzierung von Tariferhöhungen 32
10.2 Nur noch hälftige Refinanzierung geplant 32
10.3 Sinnvolle Maßnahme zur Förderung der Wirtschaftlichkeit 33

11 Strukturelle Reformen notwendig 33

12 Abschließende Bewertung durch den BWV 34

Abkürzungsverzeichnis

B

BMG *Bundesministerium für Gesundheit*
BStabG-RegE *Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)*
BWV *Bundesbeauftragter für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung*

E

EBV *Extrabudgetäre Vergütung*

F

FKG *FinanzKommission Gesundheit*
FKG-Bericht *Bericht der FinanzKommission Gesundheit*

G

G-BA *Gemeinsamer Bundesausschuss*
GKV *Gesetzliche Krankenversicherung*

K

Kfo-RL *Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für die kieferorthopädische Behandlung (Kieferorthopädie-Richtlinien)*
KHEntgG *Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz)*
KHVVG *Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz)*
KIG *Kieferorthopädische Indikationsgruppen*
Krankenkassen *Gesetzliche Krankenkassen*
KV *Kassenärztliche Vereinigung*

M

MDK-Reformgesetz *Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz)*
MGV *Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung*

S

SGB V *Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung*

T

TSVG *Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz)*

0 Zusammenfassung

Die Bundesregierung hat am 29. April 2026 den Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz – BStabG-RegE) vorgelegt. Der Bundesbeauftragte für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung (BWV)[1] nimmt seine Erkenntnisse zum Anlass, in ausgewählten Bereichen auf Schwachstellen und Verbesserungsmöglichkeiten hinzuweisen.

0.1

Grundlage des BStabG-RegE ist ein erster Bericht der FinanzKommission Gesundheit (FKG) vom März 2026. Diese wissenschaftliche Kommission hat die Bundesregierung im Herbst 2025 eingesetzt. Sie soll konkrete Maßnahmen vorschlagen, um die strukturelle Deckungslücke zwischen Einnahmen und Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu schließen. Laut BStabG-RegE droht ohne Maßnahmen zur Beitragssatzstabilisierung bereits im Jahr 2030 eine Deckungslücke von 40 Mrd. Euro und ein durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz von 4,7 %. Dies deckt sich mit Feststellungen des Bundesrechnungshofes. (Tnr. 1)

0.2

Der Bund zahlt derzeit jährlich 14,5 Mrd. Euro an den Gesundheitsfonds zur Abgeltung versicherungsfremder Leistungen. Dieser Zuschuss soll zur Konsolidierung des Bundeshaushalts ab dem Jahr 2027 auf jährlich 12,5 Mrd. Euro sinken. Zuweisungen des Bundes für die Krankenversicherungsbeiträge von Grundsicherungsgeldbezieherinnen und -beziehern sollen im Gegenzug bis zum Jahr 2031 schrittweise um im Ergebnis 2 Mrd. Euro steigen. Die Zahlungen des Bundes würden insgesamt erst im Jahr 2031 wieder den Stand des Jahres 2026 erreichen. In den Jahren 2027 bis 2030 erhielte die GKV – aufgrund der nur schrittweisen Erhöhungen – in Summe 4,75 Mrd. Euro Bundesmittel weniger. Die Haushaltskonsolidierung ginge im Ergebnis also zu Lasten der Beitragsgemeinschaft. Der BWV hält dies mit dem Ziel der Bundesregierung für kaum vereinbar, die Versichertenbeiträge zu stabilisieren. (Tnr. 2)

[1] Der Bundesrechnungshof hat seit dem 1. Juni 2026 einen neuen Präsidenten. Über seine Ernennung zum BWV hat die Bundesregierung noch nicht entschieden. Solange nimmt die Vizepräsidentin des Bundesrechnungshofes die Aufgaben des BWV wahr (Nummer 1 Sätze 3 und 4 der Richtlinien für die Tätigkeit der oder des Bundesbeauftragten für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung (BWV) vom 8. Juni 2016 – BAnz AT 15.06.2016 B1).

0.3

In den Jahren 2023 bis 2026 erhielt der Gesundheitsfonds vom Bund Darlehen von insgesamt 5,6 Mrd. Euro, die bislang bis zum Jahr 2033 zurückzuzahlen sind. Nach dem BStabG-RegE müssten diese Darlehen erst bis zum Jahr 2039 zurückgezahlt werden. Der Bundesrechnungshof hat mehrfach darauf hingewiesen, dass derartige Darlehen zur Behebung struktureller Probleme ungeeignet sind. Sie verschieben die Belastung der GKV-Finanzen in die Zukunft und ersetzen keine notwendigen strukturellen Reformen. (Tnr. 3)

0.4

Die Ausgaben in der ambulanten ärztlichen GKV-Versorgung stiegen in den vergangenen Jahren deutlich stärker als die Einnahmen der GKV. U. a. waren ausgabensteuernde und -begrenzende Regelungen für die vertragsärztliche Versorgung aufgeweicht worden. Ausgabenbudgets wurden immer weiter zurückgedrängt, zum Teil sogar für ganze Arztgruppen aufgehoben. Auch führte der Gesetzgeber nicht ausgabenbegrenzte Zuschläge und Behandlungsleistungen ein, damit Versicherte schneller Behandlungstermine erhalten. Dieses Ziel wurde nicht erreicht, dafür stiegen die Ausgaben deutlich. Nach dem BStabG-RegE sollen die Ausgaben künftig im Wesentlichen nicht stärker steigen als die GKV-Einnahmen (Entwicklung der Grundlohnsumme). Nicht ausgabenbegrenzte (unbudgetierte) Leistungen soll es weiterhin geben, jedoch deutlich weniger. Die Sonderregelungen für schnellere Termine sollen entfallen. Der BWV begrüßt diesen Ansatz. Eine deutlich stärkere Ausgabenkontrolle ist sachgerecht. Entbudgetierungen sollten auf Regionen und Leistungen beschränkt werden, bei denen tatsächliche Versorgungsprobleme bestehen. Die Wirksamkeit von Entbudgetierungen ist regelmäßig zu evaluieren. (Tnr. 4)

0.5

Krankheitsbedingt arbeitsunfähige Versicherte haben grundsätzlich Anspruch auf Krankengeld. Die Ausgaben der GKV hierfür haben sich binnen zehn Jahren beinahe verdoppelt. Künftig sollen Versicherte während einer Arbeitsunfähigkeit ihre bisherige berufliche Tätigkeit im Umfang von 25, 50 oder 75 % ihrer regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit ausüben können, soweit sie sich dazu gesundheitlich in der Lage sehen. Sie sollen dann ein Teilkrankengeld erhalten. Zudem sollen systemwidrige Unterschiede zwischen Kranken- und Arbeitslosengeld abgebaut und Verfahren zum Übergang aus der Arbeitsunfähigkeit in Rehabilitationsmaßnahmen und die gesetzliche Altersrente gestrafft werden. Der BWV begrüßt dies. Mit der Einführung von Teil-Arbeitsunfähigkeit und Teil-Krankengeld käme der Gesetzgeber Empfehlungen von Fachkreisen und des Bundesrechnungshofes nach. Aus Sicht des BWV ließen sich jedoch die Schnittstellen zu anderen Sozialversicherungsbereichen noch stärker optimieren und Abläufe harmonisieren. (Tnr. 5)

0.6

Gesetzliche Krankenkassen (Krankenkassen) prüfen Krankenhausabrechnungen auf ihre Richtigkeit. Der Umfang ihrer Prüfungen wurde in den vergangenen Jahren zunehmend beschränkt, insbesondere durch Prüfquoten. Das Prüfquotensystem soll nach dem BStabG-RegE grundsätzlich erhalten bleiben. Jedoch sollen Krankenkassen unter bestimmten Umständen mehr Abrechnungen prüfen dürfen als derzeit. Aus Sicht des BWV greifen die geplanten Regelungen zu kurz und genügen dem Wirtschaftlichkeitsgrundsatz in der GKV nicht. Die wirksame Prüfung von Krankenhausabrechnungen schützt die GKV vor ungerechtfertigten Leistungsausgaben. Die Abrechnungsqualität von Krankenhäusern hat sich in den vergangenen Jahren nicht verbessert. Die zunehmend eingeschränkten Prüfmöglichkeiten der Krankenkassen führten jedoch zu deutlich geringeren Rückforderungsbeträgen und damit zu unberechtigten Mehrausgaben. Der BWV regt an, die Beschränkungen bei der Prüfung von Krankenhausabrechnungen aufzuheben. Zudem sollten strittige Fälle leichter unmittelbar zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen geklärt werden können (sog. Falldialog). Dies entspräche auch einer Reformempfehlung der FKG. (Tnr. 6)

0.7

Bei geeigneten Hilfsmitteln soll der GKV-Spitzenverband künftig in einem neuen Verfahren Festbeträge bestimmen. Hierfür soll er Anspruch auf für die Kalkulation notwendige Daten und Informationen von Herstellern und Leistungserbringern erhalten. Der BWV begrüßt dies. Er rät allerdings dazu, in Produktbereichen mit Festbetragsregelung die Entwicklung von Mehrkosten im Blick zu behalten. Der Bundesrechnungshof hatte in der Vergangenheit festgestellt, dass Versicherte in festbetragsrelevanten Produktbereichen häufig neben der gesetzlichen Zuzahlung weitere Aufzahlungen zu leisten hatten, um Hilfsmittel in der erforderlichen Qualität und Menge zu erhalten. (Tnr. 7)

0.8

In Deutschland wird ein – auch im internationalen Vergleich – hoher Anteil von Kindern und Jugendlichen kieferorthopädisch behandelt. Der Bundesrechnungshof hatte bereits vor Jahren festgestellt, dass es an einer aussagekräftigen Datenlage und Versorgungsforschung zur kieferorthopädischen Versorgung fehlt. Zudem nahmen Versicherte häufig selbst zu zahlende (Mehr-)Leistungen in Anspruch, deren Nutzen unklar war. Die kieferorthopädische Versorgung soll künftig auf Leistungskomplexe mit pauschalierter Vergütung umgestellt werden. Außerdem sollen die mehr als 20 Jahre alten Kieferorthopädie-Richtlinien (Kfo-RL), die die Grundlage für die Leistungserbringung zu Lasten der GKV bilden, an den aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse angepasst werden. Der BWV begrüßt dies grundsätzlich. Die Einführung von Leistungskomplexen kann geeignet sein, die Wirtschaftlichkeit der

Leistungserbringung zu erhöhen. Die Problematik der Selbstzahlerleistungen besteht jedoch fort: Krankenkassen wissen nicht, welche Leistungen mit welchem Nutzen ihre Versicherten konkret erhalten. Zudem regt der BWV eine umfassende unabhängige Versorgungsforschung und evidenzbasierte Nutzenbewertung kieferorthopädischer Maßnahmen an. Nur so kann die Kfo-RL auf den aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse gebracht werden. (Tnr. 8)

0.9

In bestimmten Fällen dürfen Krankenkassen homöopathische und anthroposophische Leistungen erstatten. Dies soll künftig ausgeschlossen sein. Der BWV begrüßt dies, da es für die Wirksamkeit der Leistungen keine ausreichenden wissenschaftlichen Wirksamkeitsnachweise gibt. Das Einsparpotenzial dürfte jedoch geringer sein als die vom BStabG-RegE angenommenen 50 Mio. Euro jährlich. (Tnr. 9)

0.10

Derzeit haben die Krankenkassen Tariflohnsteigerungen von Krankenhauspersonal vollständig zu refinanzieren. Künftig sollen sie nur noch die Hälfte der Tariflohnsteigerungen refinanzieren müssen. Der BWV begrüßt das. Es kann überproportionale Ausgabensteigerungen eindämmen, da es einen Anreiz zu maßvollen Tarifabschlüssen gibt. (Tnr. 10).

0.11

Das BStabG-RegE beinhaltet Maßnahmen zur kurz- und bestenfalls mittelfristigen Sicherung der GKV-Finanzen. Es weist in seiner Begründung auf bereits jetzt bestehende Prognoseunsicherheiten sowohl auf Einnahmen- als auch auf Ausgabenseite hin, die einer Beitragssatzstabilisierung entgegenstehen können. Langfristig ist eine grundlegende Strukturreform notwendig, für die das geplante BStabG ein begrenztes Zeitfenster eröffnet. Vorschläge dafür soll die FKG bis Ende 2026 unterbreiten. Diese sind umgehend zu prüfen und umzusetzen. Strukturreformen müssen insbesondere auf der Ausgabenseite ansetzen und die Kostentreiber der GKV in den Blick nehmen. Bei der Krankenhausversorgung ist auf ein höheres Maß an Spezialisierung, mehr Qualität und eine weniger fallzahlgetriebene Finanzierung hinzuwirken. Maßnahmen zur Ambulantisierung sind auszubauen, um nicht notwendige stationäre Fälle zu vermeiden. Dies erfordert eine bessere Patientensteuerung – sowohl an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung als auch zwischen fachärztlicher und hausärztlicher Leistungserbringung. Hinweisen zur Senkung überproportional gestiegener Arzneimittelausgaben, vor allem im Bereich der innovativen Medikamente, sollte mehr Beachtung geschenkt werden. (Tnrn. 11, 12)

1 Einleitung

Die GKV steht vor großen finanziellen und strukturellen Herausforderungen. Die deshalb von der Bundesregierung im September 2025 eingesetzte FKG soll konkrete Maßnahmen vorschlagen, u. a. um die strukturelle Lücke zwischen Ausgaben und Einnahmen der GKV zu schließen. Sie legte im März 2026 einen ersten Bericht mit einem Katalog von kurzfristig wirksamen Maßnahmen vor, mit denen nach ihrer Auffassung die zu erwartende Deckungslücke geschlossen werden kann.[2] In einem weiteren Bericht, den die FKG bis zum Jahresende 2026 vorlegen möchte, sollen strukturell und langfristig wirksame Maßnahmen zur Stabilisierung des Beitragssatzniveaus dargelegt werden. Dieser Zeitplan entspricht dem Arbeitsauftrag der Bundesregierung an die FKG.

Auf Grundlage der von der FKG vorgeschlagenen Maßnahmen hat die Bundesregierung den Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)[3] vorgelegt. Die Begründung zum Gesetzentwurf bescheinigt der GKV eine angespannte Finanzlage mit einer stark beschleunigten Ausgabenentwicklung, die deutlich oberhalb der Einnahmenentwicklung liege. U. a. habe dies zu einem Anstieg der durchschnittlichen Zusatzbeiträge für die Versicherten in den Jahren 2022 bis 2025 von 1,4 auf 2,9 % geführt. Die strukturelle Deckungslücke zwischen Einnahmen und Ausgaben steige weiter, sodass ohne stabilisierende Maßnahmen allein im Jahr 2027 mit einer Deckungslücke von 15 Mrd. Euro und daraus resultierend einem Anstieg des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes um weitere 0,75 Prozentpunkte zu rechnen sei. Bis zum Jahr 2030 könne die Deckungslücke auf 40 Mrd. Euro und der durchschnittliche Zusatzbeitrag auf 4,7 % steigen.[4]

Dieser Befund deckt sich mit den bisherigen Feststellungen des Bundesrechnungshofes. Er hatte im Jahr 2025 eine um 6 bis 8 Mrd. Euro jährlich wachsende strukturelle Deckungslücke prognostiziert. Zudem hatte er die Mindestreserve des Gesundheitsfonds zum Ausgleich konjunktureller Einbrüche und weiterer Faktoren als zu gering erachtet. Die Mindestreserven der Krankenkassen selbst befanden sich durchschnittlich deutlich unter dem gesetzlich vorgeschriebenen Minimum, sodass viele Krankenkassen ihre Zusatzbeiträge unterjährig anheben mussten. Davon abgesehen hielt der Bundesrechnungshof sowohl die vorgeschriebene Höhe der Mindestreserve als auch die

[2] Erster Bericht der FinanzKommission Gesundheit vom 30. März 2026 (FKG-Bericht), abgerufen am 11. Mai 2026.
[3] Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz) vom 29. April 2026, im Folgenden: BStabG-RegE.
[4] BStabG-RegE S. 1.

Obergrenze der Finanzreserven für zu niedrig, um unvorhergesehene Ausgabeschwankungen ausreichend abfedern zu können.[5]

Der BWV befasst sich im Folgenden mit dem BStabG-RegE. Er beschränkt sich auf einzelne Leistungsbereiche bzw. Reformansätze, zu denen (Prüfungs-)Erkenntnisse des Bundesrechnungshofes vorliegen.

Der BWV weist ausdrücklich darauf hin, dass das geplante BStabG kein umfassendes GKV-Reformgesetz ist und sein soll. Der Gesetzentwurf beinhaltet kurzfristig wirksame Maßnahmen, um die strukturelle Deckungslücke zwischen Ausgaben und Einnahmen in der GKV zu schließen und so einen weiteren Anstieg der Zusatzbeiträge zu verhindern. Vorschläge zu strukturellen Veränderungen im System der GKV soll die FKG im weiteren Bericht zum Jahresende 2026 vorlegen. Erst diese sollen und können Grundlage für eine langfristig wirksame Strukturreform werden.

2 Zuschuss für versicherungsfremde Leistungen an die GKV und Beiträge des Bundes zur Krankenversicherung für Grundsicherungsgeldbezieherinnen und -bezieher

2.1 Abgeltung versicherungsfremder Leistungen

Der Bund leistet zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen jährlich 14,5 Mrd. Euro.[6]

Die FKG stellte hierzu fest, dass der in seiner Höhe seit dem Jahr 2017 nicht mehr angepasste Bundeszuschuss belastend auf die Einnahmen der GKV wirke. Sein Anteil an den Gesamtausgaben der GKV sei seit Jahren rückläufig. Versicherungsfremde Leistungen würden so nur teilweise über Steuern finanziert. Es sei davon auszugehen, dass der finanzielle Umfang der versicherungsfremden Leistungen nicht konstant geblieben sei. Darüber hinaus seien die Krankenversicherungsbeiträge des Bundes für die Bezieherinnen und Bezieher eines Grundsicherungsgeldes[7] um 12 Mrd. Euro jährlich

[5] Bericht des Bundesrechnungshofes nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages über die Entwicklung der Finanzlage in der gesetzlichen Krankenversicherung, Gz. IX 1 - 0002760 vom 15. August 2025.

[6] § 221 Absatz 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung.

[7] Das bisherige Bürgergeld wird ab 1. Juli 2026 Grundsicherungsgeld heißen, siehe BGBl. I 2026 Nummer 107.

unterdeckt. Die FKG empfahl, den jährlichen Bundeszuschuss von derzeit 14,5 Mrd. Euro beizubehalten und ihn künftig regelhaft und werterhaltend zu dynamisieren.[8]

2.2 Zuweisungen des Bundes an die GKV sollen insgesamt abgesenkt werden

Künftig soll der Zuschuss des Bundes für versicherungsfremde Leistungen um 2 auf 12,5 Mrd. Euro ab dem Jahr 2027 abgesenkt werden.[9] Ursächlich hierfür ist nicht ein gesunkenes Volumen solcher Leistungen, sondern der Verweis auf die allgemein notwendige Haushaltskonsolidierung des Bundes.[10]

Auf der anderen Seite jedoch sollen die Beitragszahlungen aus dem Bundeshaushalt für die Bezieherinnen und Bezieher von Grundsicherungsgeld erhöht werden.[11] Dies soll zu folgenden Mehreinnahmen der GKV aus dem Bundeshaushalt führen:[12]

→ Jahr 2027: 0,25 Mrd. Euro,
→ Jahr 2028: 0,5 Mrd. Euro,
→ Jahr 2029: 1,0 Mrd. Euro,
→ Jahr 2030: 1,5 Mrd. Euro sowie
→ ab dem Jahr 2031: 2,0 Mrd. Euro.

2.3 Haushaltskonsolidierung auf Kosten der GKV

Der BWV kann die geplante Absenkung des Bundeszuschusses für versicherungsfremde Leistungen in der Sache nicht nachvollziehen.

Eine Legaldefinition der als versicherungsfremd anzusehenden Leistungen gibt es nicht. Der jeweils gesetzlich bestimmten Höhe des Bundeszuschusses liegen keine Erhebungen der tatsächlich von der GKV zu erbringenden versicherungsfremden Leistungen und ihrer Kosten zugrunde. Die Höhe des Bundeszuschusses hängt faktisch maßgeblich von den finanziellen Rahmenbedingungen des Bundeshaushaltes ab und weniger von den tatsächlichen Aufwendungen der GKV für versicherungsfremde Leistungen.

Der Bundesrechnungshof hat bereits in seinem Bericht zum Gegenstand und zur Auskömmlichkeit des Bundeszuschusses an die GKV empfohlen, dass versicherungsfremde

[8] FKG-Bericht S. 54, 61, 419.
[9] § 221 Absatz 1 Satz 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung i. d. F. des BStabG-RegE.
[10] BStabG-RegE S. 70.
[11] § 232a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung i. d. F. des BStabG-RegE. Die Beiträge für Bürgergeld- bzw. Grundsicherungsgeldbezieherinnen und -bezieher werden nicht aus dem Einzelplan 15, sondern dem Einzelplan 11 (Kapitel 1101 Titel 681 12) geleistet. Aus Perspektive der GKV-Finanzierung ist es jedoch unerheblich, aus welchem Einzelplan Mittel des Bundes stammen.
[12] BStabG-RegE S. 72, 83.

Leistungen im Sinne des § 221 Absatz 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) möglichst präzise definiert und bei Bedarf aktualisiert werden sollten. Dies würde die Transparenz der Finanzplanung des Bundes und der GKV stärken. Die GKV könnte verlässlicher ihre Finanzlage beurteilen und die Einnahmeentwicklung vorhersehen. Willkürliche Kürzungen ohne Bezug zur tatsächlichen Kostenentwicklung im Bereich der versicherungsfremden Leistungen oder der Anschein dessen könnten so vermieden werden.[13]

Es gibt keine Anhaltspunkte dafür, dass sich das finanzielle Volumen versicherungsfremder Leistungen in der GKV vom Jahr 2026 auf das Jahr 2027 verringern wird. Aus diesem Grund ist die geplante Absenkung des Bundeszuschusses sachlich nicht nachvollziehbar. Die Erhöhung der Beitragszahlungen des Bundes für die Bezieherinnen und Bezieher von Grundsicherungsgeld kompensiert die Kürzung nicht. Nach der Gesetzesbegründung erreichen die Zahlungen des Bundes insgesamt erst im Jahr 2031 wieder den Stand des Jahres 2026.

Der Bund will im Ergebnis seine Zuweisungen an die GKV in den Jahren 2027 bis 2030 um insgesamt 4,75 Mrd. Euro absenken und zwar zu Lasten der die Beiträge zahlenden gesetzlich Versicherten. Dies widerspricht ausdrücklich dem Ziel des BStabG.

3 Bundesdarlehen

3.1 Mehrere Darlehen des Bundes an den Gesundheitsfonds

Der Gesundheitsfonds erhielt im Jahr 2023 ein nicht zu verzinsendes Bundesdarlehen von 1 Mrd. Euro, das zunächst bis Ende 2026 zurückzuzahlen war.[14] Abweichend davon wurde die Rückzahlung bereits Ende 2025 auf das Jahresende 2033 verschoben.[15]

Bis 15. Oktober 2025 gewährte der Bund ein weiteres nicht zu verzinsendes Darlehen von 2,3 Mrd. Euro, welches in jährlichen Raten ab dem Jahr 2029 bis Ende 2033

[13] Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages zur finanziellen Lage der gesetzlichen Krankenversicherung Teil 2: Gegenstand und Auskömmlichkeit des Bundeszuschusses an die gesetzliche Krankenversicherung, Gz.: IX 1 - 2020 - 0345 vom 1. Februar 2021 (abgerufen am 13. Mai 2026).

[14] § 12 Absatz 4 Satz 1 Gesetz über die Feststellung des Bundeshaushaltsplans für das Haushaltsjahr 2023 (Haushaltsgesetz 2023; BGBl. I Nummer 54).

[15] § 13 Absatz 5 Gesetz über die Feststellung des Bundeshaushaltsplans für das Haushaltsjahr 2026 (Haushaltsgesetz 2026 – HG 2026; BGBl. I Nummer 343).

zurückzuzahlen ist.[16] Bis 1. Februar 2026 erhielt der Gesundheitsfonds erneut ein zinsloses Bundesdarlehen in gleicher Höhe und Ratenzahlung.[17]

3.2 Darlehensrückzahlung soll verschoben werden

Die in den Jahren 2023, 2025 und 2026 gewährten, nicht zu verzinsenden Bundesdarlehen von insgesamt 5,6 Mrd. Euro sollen nun in jährlichen Raten ab dem Jahr 2035 bis Ende 2039 zurückgezahlt werden.[18]

3.3 Neue Rückzahlungsfristen verlagern finanzielle Probleme in die Zukunft

Darlehen aus dem Bundeshaushalt müssen mittelfristig zurückgezahlt werden. Die GKV wird zwar durch die Gewährung eines Bundesdarlehens kurzfristig finanziell entlastet.[19] Jedoch leisten Darlehen keinen Beitrag zur Behebung der strukturellen Probleme der GKV. Derartige Finanzspritzen tragen langfristig nicht zur Stabilisierung der Zusatzbeitragssätze in der GKV bei, wie es für die Jahre 2029 bis 2033 im Gesetzentwurf angeführt wird.[20] Der Bundesrechnungshof hat mehrfach[21] auf die aufgeschobene Belastung der GKV-Finanzen hingewiesen. Der Bund verschaffte sich im Auszahlungsjahr einen zusätzlichen Verschuldungsspielraum, da Darlehen als finanzielle Transaktion gelten.[22]

Eine Stundung der Rückzahlungsverpflichtung – um nunmehr sechs Jahre – verlagert die Verantwortung in die Zukunft. Die erneute Verschiebung macht deutlich, dass die Bundesregierung mittelfristig nicht mit einer besseren Finanzlage der GKV rechnet. Die

[16] § 13 Absatz 4 Gesetz über die Feststellung des Bundeshaushaltsplans für das Haushaltsjahr 2025 (Haushaltsgesetz 2025 – HG 2025; BGBl. I Nummer 232). In den Jahren 2029 bis 2032 sollen jeweils 0,5 Mrd. Euro zurückgezahlt werden. Im Jahr 2033 sind es noch 0,3 Mrd. Euro.

[17] § 13 Absatz 4 HG 2026. In den Jahren 2029 bis 2032 sollen jeweils 0,5 Mrd. Euro zurückgezahlt werden. Im Jahr 2033 sind es noch 0,3 Mrd. Euro.

[18] § 221 Absatz 4 SGB V i. d. F. des BStabG-RegE. In den Jahren 2035 bis 2038 sollen jeweils 1 Mrd. Euro zurückgezahlt werden. Im Jahr 2039 sind es noch 1,6 Mrd. Euro.

[19] Im Jahr 2025 konnte eine Absenkung der Liquidität des Gesundheitsfonds unter die gesetzliche Mindestreserve vermieden werden.

[20] BStabG-RegE S. 158.

[21] Vgl. Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages zur Information über die Entwicklung des Einzelplans 15 (Bundesministerium für Gesundheit) für die Beratungen zum Bundeshaushalt 2023, Gz.: IX 1 - 0001176 vom 7. September 2022; vgl. Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages zur Information über die Entwicklung des Einzelplans 15 (Bundesministerium für Gesundheit) für die Beratungen zum Bundeshaushalt 2025, Gz.: IX 1 - 0002661 vom 3. Juli 2025; vgl. Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages über die Entwicklung der Finanzlage in der gesetzlichen Krankenversicherung, Gz.: IX 1 - 0002760 vom 15. August 2025; vgl. Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages zur Information über die Entwicklung des Einzelplans 15 (Bundesministerium für Gesundheit) für die Beratungen zum Bundeshaushalt 2026, Gz.: IX 1 - 0003248 vom 3. September 2025; vgl. Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages – Analyse zur Lage der Bundesfinanzen für die Beratungen zum Bundeshaushalt 2026, Gz.: I 2 - 0003192 vom 17. September 2025.

[22] Darlehen werden nicht berücksichtigt, wenn die Kreditobergrenze des Bundeshaushalts nach Artikel 115 Grundgesetz berechnet wird (vgl. § 3 des Gesetzes zur Ausführung von Artikel 115 des Grundgesetzes).

Entscheidung, ob dann eine Rückzahlung zulasten der GKV-Beiträge oder ein Erlass zulasten der Steuereinnahmen erfolgt, würde in künftige Legislaturperioden verschoben.

Darlehen sind zur Lösung struktureller Probleme ungeeignet. Stattdessen gilt es, tiefgreifende Reformen anzustoßen. Es bleibt daher abzuwarten, ob die FKG bis Ende 2026 Reformoptionen für strukturelle Anpassungen der GKV vorlegen kann.

4 Neuregelungen zur extrabudgetären Vergütung

4.1 Derzeitiges Vergütungssystem: Budgetierte und unbudgetierte Leistungen

Die Ausgaben für die ambulante vertragsärztliche und psychotherapeutische Versorgung[23] sind der drittgrößte Ausgabenblock der GKV. Sie lagen im Jahr 2024 bei 50,3 Mrd. Euro, im Jahr 2014 waren es noch 33,4 Mrd. Euro.[24] Das entspricht einem Anstieg von über 50 % in 10 Jahren.

Die vertragsärztliche Vergütung unterteilt sich in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) und die extrabudgetäre Vergütung (EBV).[25] Die MGV ist ein zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und Krankenkassen in jedem KV-Bezirk vereinbarter Gesamtbetrag, den die Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die KV zahlen und der sich nach dem für das Folgejahr erwarteten medizinisch notwendigen Behandlungsbedarf aller Versicherten richtet. Die MGV ist damit in der Höhe begrenzt (sog. Budgetierung). Ihre Entwicklung wird entscheidend von der prognostizierten Entwicklung der Krankheitslast (Morbidität) bestimmt.[26] Bis zum Jahr 2008 richtete sich die Entwicklung der Gesamtvergütung hingegen maßgeblich nach den beitragspflichtigen Einnahmen (Grundlohnsumme). Im Regelfall durfte die Gesamtvergütung nicht stärker steigen als die Grundlohnsumme. Damit lag der Fokus auf der Beitragssatzstabilität.

Rechnen die Leistungserbringer mehr MGV-Leistungen ab als nach der Vereinbarung vorgesehen, kürzen die KV die Honorarauszahlungen entsprechend. EBV-Leistungen

[23] Sofern im Folgenden von der vertragsärztlichen Vergütung die Rede ist, ist die psychotherapeutische Versorgung enthalten.

[24] Bundesministerium für Gesundheit (BMG), (Endgültige Rechnungsergebnisse der GKV – Statistik KJ1, abgerufen am 26. Mai 2026).

[25] Zum nachfolgend geschilderten Vergütungssystem siehe insbesondere §§ 85, 87, 87a, 87b SGB V. Nicht in MGV und EBV enthalten sind Vergütungen aus der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V und der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V. Sie haben nur einen geringen Anteil an den gesamten Vergütungszahlungen.

[26] Nicht vorhersehbare Anstiege der Morbidität können ggf. gesondert vergütet werden.

bezahlen die Krankenkassen dagegen stets ungekürzt. Damit unterliegt nur die MGV einer Ausgaben- und Mengensteuerung.

Welche Leistungen extrabudgetär vergütet werden, ergibt sich aus dem Gesetz oder aus regionalen Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und KV. Gesetzlich geregelte EBV-Leistungen sind etwa Früherkennungsuntersuchungen sowie Leistungen der Drogensubstitution.[27] Einen wesentlichen Teil der EBV-Leistungen machten zudem in den vergangenen Jahren sogenannte TSVG-Leistungen aus. Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)[28] wurden im Jahr 2019 extrabudgetäre Vergütungsanreize für vertragsärztliche Leistungserbringer geschaffen, um die ambulante Versorgung Versicherter zu verbessern und Wartezeiten auf Termine zu verringern.

Darüber hinaus können Krankenkassen und regionale KV weitere EBV-Leistungen vereinbaren, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder wenn dies medizinisch oder aus anderen Gründen erforderlich ist.

Zum 1. Oktober 2025 hat der Gesetzgeber die Budgetierung von Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung aufgehoben. Bereits seit dem 1. April 2023 ist die Vergütung für die meisten pädiatrischen Leistungen[29] nicht mehr budgetiert.

4.2 Bundesrechnungshof sah Ausgabenkontrolle zunehmend vernachlässigt

Der Bundesrechnungshof hat sich in den vergangenen Jahren mit der extrabudgetären Vergütung vertragsärztlicher Leistungen befasst.[30] Er stellte fest, dass die Höhe der MGV in den Jahren 2009 bis 2022 mit jährlich rund 25 Mrd. Euro weitgehend stagnierte, die EBV sich im selben Zeitraum jedoch von 6,8 auf 19,0 Mrd. Euro erhöhte. Ihr Anteil an der gesamten Vergütung hatte sich damit von 22,2 auf 42,9 % nahezu verdoppelt.

Im Jahr 2022 gab es 81 gesetzliche und vereinbarte extrabudgetäre Leistungsbereiche. Nur in Ausnahmefällen wurden solche EBV-Leistungen wieder in die MGV überführt. Es fehlte an einheitlichen und objektivierbaren Kriterien, etwa wann eine Leistung als besonders förderungswürdig gilt und es erforderlich ist, sie extrabudgetär zu vergüten. Evaluierungen lagen nur für 25 der 81 Leistungsbereiche vor.

Der Bundesrechnungshof hat diese Entwicklung kritisiert. Grundlage vertragsärztlicher Vergütung sollte die MGV sein. Deren ausgaben- und mengensteuernde Wirkung wurde durch die immer weiter steigenden EBV-Anteile an der Vergütung ausgehöhlt.

[27] § 87a Absatz 3 SGB V.
[28] Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 6. Mai 2019, BGBl. I S. 646.
[29] Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin.
[30] Bericht des Bundesrechnungshofes nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltausschuss des Deutschen Bundestages über die extrabudgetäre Vergütung von vertragsärztlichen Leistungen in der ambulanten Versorgung vom 13. November 2023, Gz. IX 1 - 2021 - 0578/IX 1 - 0001456 (abgerufen am 28. Mai 2026).

Die EBV gibt Anreize zu medizinisch nicht erforderlichen Leistungsmengenausweitungen und damit zu Fehlversorgung („angebotsinduzierte Nachfrage“). Extrabudgetäre Vergütungen müssen daher die Ausnahme und durch Wirtschaftlichkeit bzw. höhere Qualität der Versorgung gerechtfertigt sein. Hierfür sind EBV-Leistungen anhand verbindlicher Kriterien fortwährend daraufhin zu evaluieren, ob ihre Vergütung außerhalb der MGV tatsächlich (noch) gerechtfertigt ist.

In diesem Zusammenhang hat der Bundesrechnungshof generelle Entbudgetierungen für ganze Arztgruppen kritisch gesehen, insbesondere im Hinblick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot und die angespannte finanzielle Lage der GKV.

Er hat außerdem gefordert, die extrabudgetären TSVG-Vergütungen abzuschaffen. Vertragsärztinnen und -ärzte müssen GKV-Versicherte zeitnah angemessen versorgen. Dies wird mit der MGV bereits abgegolten. Schon bei Einführung der TSVG-Vergütung existierten keine verlässlichen Hinweise auf unverhältnismäßig lange Wartezeiten auf Arzttermine für GKV-Versicherte. Zudem stellte der Bundesrechnungshof zuletzt fest, dass es trotz der hohen zusätzlichen Ausgaben keine nachweislich bessere Versorgung und kürzere Wartezeiten mit den TSVG-Leistungen gibt bzw. die durchschnittlichen Wartezeiten auf einen Termin sich sogar deutlich verlängert haben.[31]

4.3 Ausgabenkontrolle soll wieder gestärkt werden

Mit dem BStabG-RegE plant der Gesetzgeber wesentliche Änderungen, insbesondere:

- → Die Vergütungssteigerungen für vertragsärztliche Leistungserbringer[32] sollen auf die jeweilige Kostenentwicklung mit der Grundlohnrate als fester Obergrenze begrenzt werden.[33]
- → Die bisher nach dem TSVG extrabudgetär vergüteten Leistungen sollen in die MGV einbezogen und damit nicht mehr extrabudgetär vergütet werden. Die Zuschläge nach dem TSVG sollen entfallen.[34] Das BStabG-RegE rechnet hier mit einem Einsparvolumen von 1,3 Mrd. Euro bereits im Jahr 2027.[35]
- → Die grundsätzliche Entbudgetierung kinder- und jugend- sowie hausärztlicher Leistungen soll bestehen bleiben. Sie soll allerdings um einen Abschlag zur allgemeinen Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen ergänzt werden.[36]

[31] Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages über die Prüfung der extrabudgetären Vergütung von Leistungen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes in der ambulanten Versorgung vom 5. Februar 2026, Gz. IX 1 - 0003246 (abgerufen am 19. Mai 2026).

[32] Entsprechende Anpassungen gelten im Regelfall auch für vertragszahnärztliche Leistungserbringer. Zu diesen hat der Bundesrechnungshof jedoch keine Prüfungserkenntnisse.

[33] §§ 87a Absatz 2 Satz 1 i. V. m. 71 Absatz 1 bis 3 SGB V i. d. F. des BStabG-RegE. Die Grundlohnrate ist die jährliche Veränderung der Grundlohnsumme.

[34] §§ 87a Absatz 3 Sätze 5 bis 7 SGB V i. d. F. des BStabG-RegE.

[35] BStabG-RegE S. 78.

[36] § 87a Absätze 3b, 3c SGB V i. d. F. des BStabG-RegE.

- → Extrabudgetäre Leistungen ohne Ausgabenbegrenzung sollen deutlich beschränkt werden auf nichtärztliche Dialyseleistungen, neu in den einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgenommene Leistungen in den ersten beiden Jahren, Substitutionsbehandlungen bei Drogenabhängigkeit sowie kinder- und jugendpsychiatrische Leistungen.[37]
- → Zudem sollen Leistungen außerhalb der MGV vergütet werden können, wenn es nachweisbar die Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit signifikant erhöht und dies innerhalb der Gesamtvergütung nicht erreicht werden kann. Der Bewertungsausschuss hat verbindliche Kriterien zu beschließen und jährlich zu evaluieren, ob die Vergütung außerhalb der Gesamtvergütung sachgerecht und notwendig ist.[38]

4.4 BWV sieht Verbesserungspotenzial

Der BWV begrüßt den grundlegenden Ansatz des Gesetzgebers, den dynamischen Anstieg der Ausgaben für vertragsärztliche Leistungen durch eine Kopplung der Ausgaben an die Einnahmenentwicklung zu begrenzen. Angesichts der Ausgabenentwicklung der vergangenen Jahre ist es notwendig, der Beitragssatzstabilität wieder Vorrang zu geben.

Der BWV stimmt der Bundesregierung zu, dass die Ausgabendynamik im vertragsärztlichen Bereich maßgeblich durch eine starke Mengenausweitung von EBV-Leistungen entsteht und der Anteil dieser Leistungen an der Vergütung in den vergangenen Jahren stetig gestiegen ist.[39] Er begrüßt es daher, EBV-Leistungen und damit auch die Ausgaben für sie deutlich zu beschränken. Ebenso zu befürworten ist die geplante Abschaffung der extrabudgetären TSVG-Leistungen. Ihre Zweckmäßigkeit konnte nicht belegt werden und sie bergen ein hohes Potenzial für Mitnahmeeffekte.[40]

Der BWV begrüßt zudem die beabsichtigte Beschränkung vereinbarter EBV-Leistungen, insbesondere deren regelmäßige Evaluierung anhand verbindlicher Kriterien. Er weist jedoch darauf hin, dass derartige Evaluierungen in der Vergangenheit häufig auf Schwierigkeiten in der Praxis stießen. In der Folge wurden Leistungen über viele Jahre hinweg immer weiter extrabudgetär vergütet. Es muss daher sichergestellt sein, dass die geplanten Mechanismen zur Beschränkung vereinbarter EBV-Leistungen auf die nur wirklich notwendigen in der Praxis tatsächlich wirken.

Die Entbudgetierung insbesondere der hausärztlichen Leistungen bleibt nach dem BStabG-RegE bestehen. Der BWV hält insoweit an der Kritik des Bundesrechnungshofes fest. Die Budgetierung trägt dem Wirtschaftlichkeitsgebot Rechnung und schützt

[37] § 87d Absatz 4 Satz 1 SGB V i. d. F. des BStabG-RegE.
[38] § 87d Absatz 4 Sätze 2 bis 4 SGB V i. d. F. des BStabG-RegE. Der Bewertungsausschuss ist paritätisch mit Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbandes besetzt, § 87 Absatz 3 SGB V. Er beschließt über grundlegende Fragen der vertragsärztlichen Vergütung.
[39] BStabG-RegE S. 64.
[40] BStabG-RegE S. 65, 124 ff.

Versicherte vor nicht erforderlichen Leistungen. Generelle Entbudgetierungen sind im Regelfall zu wenig zielgenau. Entbudgetierungen sollten auf Regionen und Leistungen beschränkt werden, bei denen tatsächliche Versorgungsprobleme bestehen, die mit der Entbudgetierung behoben werden können. Die Auswirkungen sind regelmäßig zu evaluieren.

5 Gewährung von Krankengeld sowie Erweiterung der Mitwirkungspflichten

5.1 Anspruch auf Krankengeld

Versicherte haben Anspruch auf Krankengeld, wenn sie krankheitsbedingt arbeitsunfähig sind oder stationär auf Kosten der Krankenkasse behandelt werden.[41] Der Anspruch ruht, soweit und solange Versicherte beitragspflichtiges Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erhalten.[42]

Darüber hinaus können Krankenkassen Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist, auffordern, binnen zehn Wochen einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen.[43] Diese Frist gilt auch für die Antragstellung einer Regelaltersrente mit Erreichen der Altersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung oder in der Alterssicherung der Landwirte.[44] Stellen Versicherte den Antrag innerhalb dieser Fristen nicht, entfällt der Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf der Frist.[45]

Versicherte, deren Beschäftigungsverhältnis während der Arbeitsunfähigkeit endet, haben Anspruch auf Krankengeld auch nach dem Ende des Beschäftigungsverhältnisses. Dagegen erhalten Versicherte, die nach Beendigung ihres Arbeitsverhältnisses erkranken, lediglich das im Vergleich zum Krankengeld niedrigere Arbeitslosengeld.

Die Ausgaben der GKV für das Krankengeld stiegen in den letzten zehn Jahren weit stärker als die Leistungsausgaben insgesamt. Sie lagen im Jahr 2014 bei 8,5 Mrd. Euro und im Jahr 2024 bereits bei 16,5 Mrd. Euro.[46] Das ist ein Anstieg von mehr als 90 %, während die Leistungsausgaben der GKV insgesamt in diesem Zeitraum um etwa 60 %

[41] § 44 Absatz 1 SGB V.
[42] § 49 Absatz 1 Nummer 1 SGB V.
[43] § 51 Absatz 1 SGB V.
[44] § 51 Absatz 2 SGB V.
[45] § 51 Absatz 3 SGB V.
[46] Ohne Krankengeld bei Betreuung des kranken Kindes und ohne Krankengeld bei Vorsorgeleistungen und medizinischer Vorsorge für Mütter und Väter, siehe BMG, Finanzergebnisse der GKV (abgerufen am 26. Mai 2026).

stiegen. Das IGES Institut schätzte die möglichen Einsparungen schon im Jahr 2018 allein beim Teilkrankengeld – je nach Ausgestaltung – auf bis zu 1 Mrd. Euro und mehr.[47]

5.2 Teilarbeitsunfähigkeit, Teilkrankengeld und straffere Verfahren geplant

Künftig soll Versicherten, die absehbar länger arbeitsunfähig sind, ermöglicht werden, während der Arbeitsunfähigkeit ihre bisherige berufliche Tätigkeit im Umfang von 25, 50 oder 75 % ihrer regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit auszuüben, soweit sie sich dazu gesundheitlich in der Lage sehen. Hierzu müssen die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt die entsprechende Teilarbeitsunfähigkeit feststellen und der Arbeitgeber der teilweisen Arbeitsaufnahme zustimmen.[48] Die Versicherten haben dann Anspruch auf Teilkrankengeld.[49]

Die Frist, die Krankenkassen Versicherten zur Antragstellung auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie zur Regelaltersrente in der gesetzlichen Rentenversicherung oder der Alterssicherung der Landwirte setzen können, soll auf vier Wochen gesenkt werden. Ziel ist, verlängerte Arbeitsunfähigkeitszeiten und erhöhte Krankengeldzahlungen aufgrund verzögerter Einleitung rehabilitativer Maßnahmen zu vermeiden. Ein Hinausschieben des Renteneintritts zugunsten des Krankengeldbezugs soll künftig eingeschränkt werden.[50]

Ferner sollen Versicherte, deren Beschäftigungsverhältnis während der Arbeitsunfähigkeit endet, vom Tage der Beendigung des Beschäftigtenverhältnisses an Krankengeld nur noch in Höhe von 60 % des Nettoarbeitsentgeltes erhalten. Sofern der Versicherte mindestens ein Kind hat, soll sich der Betrag auf 67 % erhöhen. Damit soll das Krankengeld ab Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses auf die Höhe des Arbeitslosengeldes beschränkt werden.[51]

5.3 Langjährige Empfehlungen umsetzen

Der BWV begrüßt die angestrebten Rechtsänderungen zur Teilarbeitsunfähigkeit und zum Teilkrankengeld. Damit würden Empfehlungen des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Sachverständigenrat)[52], des IGES

[47] Bericht des IGES Instituts für das BMG „Teilarbeitsfähigkeit und Teilkrankengeld“ vom 18. Januar 2018 (abgerufen am 13. Mai 2026), S. 151.
[48] § 44c Absatz 1 SGB V i. d. F. des BStabG-RegE.
[49] § 44d SGB V i. d. F. des BStabG-RegE.
[50] § 51 Absatz 1 und 2 SGB V i. d. F. des BStabG-RegE sowie BStabG-RegE S. 118 f.
[51] § 47 Absatz 2a SGB V i. d. F. des BStabG-RegE sowie BStabG-RegE S. 117.
[52] Sondergutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen „Krankengeld – Entwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten“, Dezember 2015 (abgerufen am 13. Mai 2026).

Instituts[53], des ExpertInnenrates „Gesundheit & Resilienz“ der Bundesregierung[54], der FKG[55] und des Bundesrechnungshofes der vergangenen Jahre umgesetzt und einer veränderten Arbeitswelt Rechnung getragen. Gerade chronisch erkrankte Personen sind häufig teilweise, aber nicht vollständig arbeitsfähig und könnten mit einem reduzierten Stellenanteil weiterarbeiten. In anderen Staaten führten ein Teilkrankengeld und eine Teilarbeitsunfähigkeit zu einer schnelleren Rückkehr in das Arbeitsleben. Die seit Jahren zu beobachtende Steigerung der Ausgaben für das Krankengeld gibt aus Sicht des BWV Anlass, diese positiven Erfahrungen aufzugreifen und den rechtlichen Rahmen auch in Deutschland entsprechend anzupassen.

Auch die vorgesehene Verkürzung der Fristen zur Antragstellung auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie einer Regelaltersrente in der gesetzlichen Rentenversicherung oder der Alterssicherung der Landwirte begrüßt der BWV grundsätzlich. Gleiches gilt für die vorgesehene Absenkung des Krankengeldes auf das Niveau des Arbeitslosengeldes bei einem Beschäftigungsende während der Arbeitsunfähigkeit. Dies greift Empfehlungen des Sachverständigenrates, der FKG und des Bundesrechnungshofes auf. Die Neuregelungen können die Verfahren beschleunigen und zu einer schnelleren Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit der Versicherten beitragen. Zudem sind sie geeignet, die gesetzliche Nachrangigkeit des Krankengeldanspruchs gegenüber der Rentenleistung zu stärken sowie Ungleichbehandlungen beim Arbeitslosengeld- und Krankengeldbezug zu beseitigen.

Allerdings soll die Regelung zur Absenkung der Fristen für die Krankenkassen – anders als die Muss-Vorschrift in der Arbeitslosenversicherung[56] – als Kann-Vorschrift ausgestaltet bleiben. Schon vor mehr als 15 Jahren hatten zwei Krankenkassenverbände die Umwandlung in eine Soll-Vorschrift angeregt. Der BWV schließt sich dieser Einschätzung an. Angesichts vergleichbarer Sachverhalte sollten die Abläufe von Kranken- und Arbeitslosenversicherung angenähert werden.

Die Stellung eines Rentenantrages in der gesetzlichen Rentenversicherung oder der Alterssicherung der Landwirte soll weiterhin erst mit und nicht schon vor Erreichen der Regelaltersgrenze möglich sein, wodurch sich der Rentenbeginn weiter verzögern würde. Der Sachverständigenrat hatte empfohlen, die Aufforderung durch die Krankenkassen aufgrund der Dauer des Rentenverfahrens schon zwei bis drei Monate vor Beginn der Regelaltersrente zuzulassen.[57] So würde sichergestellt, dass die Bewilligung bereits zum Zeitpunkt des Rentenbeginns vorliegt.

[53] Siehe Fn. 47.

[54] 13. Stellungnahme des ExpertInnenrats „Gesundheit und Resilienz“ zur Entwicklung der Arbeitsunfähigkeitstage in Deutschland im zeitlichen Verlauf und im europäischen Vergleich – mögliche Ursachen und Handlungsempfehlungen vom 27. Februar 2025 (abgerufen am 13. Mai 2026).

[55] FKG-Bericht S. 335 ff.

[56] Gemäß § 145 Absatz 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch Drittes Buch – Arbeitsförderung hat die Agentur für Arbeit die leistungsgeminderte Person unverzüglich aufzufordern, innerhalb eines Monats Anträge auf medizinische Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben oder auf Rente wegen Erwerbsminderung zu stellen. Wirkt der Versicherte nicht mit, ruht der Anspruch nach Ablauf der Frist.

[57] Sondergutachten des Sachverständigenrats (siehe Fn. 52) S. 221.

Zudem werden die Empfehlungen des Sachverständigenrates und des Bundesrechnungshofes zur Harmonisierung der Regelungen nur unvollständig umgesetzt, indem Krankenkassen im Gegensatz zu den Regelungen der Arbeitslosenversicherung weiterhin

- → Versicherte bei Vorliegen von Erwerbsminderung nicht zur Stellung eines Rentenantrages wegen geminderter Erwerbsfähigkeit auffordern können und
- → Urlaubsabgeltungen nach der Kündigung kein Ruhen des Krankengeldanspruchs bewirken.

Der BWV sieht hier weitere Möglichkeiten, Einsparungen beim Krankengeld zu realisieren. Er empfiehlt, eine Umsetzung ergänzend zu prüfen.

6 Prüfung von Krankenhausabrechnungen

6.1 Derzeitiges System der Abrechnungsprüfung

Krankenkassen sind in gesetzlich bestimmten Fällen verpflichtet, eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen. Der Medizinische Dienst untersucht die Leistungserbringung und geht Auffälligkeiten bei der Abrechnung nach (sog. Einzelfallprüfung).[58] Die dafür in Betracht kommenden Fälle haben Krankenkassen in einem Prüfverfahren zu identifizieren.

Mit dem MDK-Reformgesetz[59] hatte der Gesetzgeber das Verfahren für die Prüfung von Krankenhausabrechnungen grundlegend neu geregelt. Die Zahl der Einzelfallprüfungen wurde begrenzt. Zudem wurde ein quotenbasiertes Prüfverfahren eingeführt, das sich an der Abrechnungsgüte des jeweiligen Krankenhauses orientiert.

6.2 Änderung des Prüfquotensystems geplant

Das BStabG-RegE sieht die Änderung des Prüfquotensystems ab dem 1. Januar 2027 vor.[60] Die Prüfquoten sollen erhöht und die jeweiligen Schwellenwerte gesenkt werden: Die niedrigste Prüfquote von bis zu 5 % soll unverändert bleiben. Sie gilt für Krankenhäuser, die einen Anteil unbeanstandeter Abrechnungen von 80 % oder mehr erreichen. Die mittlere Prüfquote soll von derzeit 10 auf bis zu 15 % erhöht werden. Sie

[58] § 275 Absatz 1 Satz 1 SGB V.
[59] Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen vom 14. Dezember 2019, BGBl. I 2019 S. 2789.
[60] § 275c Absatz 2 Satz 4 SGB V. i. d. F. des BStabG-RegE.

betrifft Krankenhäuser mit einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen zwischen 60 und unterhalb von 80 %. Die höchste Prüfquote von derzeit 15 soll auf bis zu 25 % erhöht werden und für Krankenhäuser mit einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 60 % gelten (derzeit 40 %). Die für ein Krankenhaus geltende Prüfquote soll künftig überschritten werden dürfen, wenn sein Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 40 % liegt.

6.3 Wirksame Prüfung von Krankenhausabrechnungen stärken

Die Regelung greift nach Überzeugung des BWV zu kurz und bleibt weit hinter der Reformempfehlung der FKG zurück.

Eine wirksame Prüfung von Krankenhausabrechnungen ist erforderlich, um die GKV vor ungerechtfertigten Leistungsausgaben zu schützen. Die Leistungen des Krankenhauses müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.[61] Leistungen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, dürfen Krankenkassen nicht vergüten. Es ist also Ausdruck des Wirtschaftlichkeitsgebotes, wenn Krankenkassen Krankenhausabrechnungen prüfen und Rückforderungen geltend machen.

Wird die wirksame Prüfung von Krankenhausabrechnungen beschränkt, geht dies zu Lasten der Leistungsausgaben in der GKV. Hiervon ist seit Einführung des quotenbasierten Prüfverfahrens auszugehen: Die durchschnittliche Prüfquote hat sich seitdem von 17 auf unter 10 % der Abrechnungen reduziert. Die Erstattungsbeträge sind deutlich gesunken, und zwar von 2,4 Mrd. Euro (3,0 % der Leistungsausgaben) im Jahr 2019 auf jeweils 1,2 Mrd. Euro in den Jahren 2021 bis 2024[62] (nur noch 1,2 % der Leistungsausgaben im Jahr 2024).

Obwohl mit dem Prüfquotensystem Anreize gesetzt wurden, regelkonform abzurechnen, hat sich die Abrechnungsqualität nicht verbessert. Weiterhin wird nahezu jede zweite Rechnung beanstandet, im Jahr 2024 waren 48 % der geprüften Abrechnungen korrekturbedürftig.[63] Zum Vergleich: Schon im Jahr 2016 war bei etwa der Hälfte der geprüften Krankenhausabrechnungen der Abrechnungsbetrag zu mindern.[64]

[61] Sog. Wirtschaftlichkeitsgebot, § 12 Absatz 1 SGB V.
[62] GKV-Spitzenverband, Jahresstatistiken gemäß § 17c Absatz 6 KHG (abgerufen am 18. Mai 2026).
[63] GKV-Spitzenverband, Quartalsbezogene Auswertungen gemäß § 275c Absatz 4 SGB V (abgerufen am 18. Mai 2026).
[64] Bericht des Bundesrechnungshofes nach § 88 Absatz 2 BHO an den Rechnungsprüfungsausschuss des Haushaltsausschusses des Deutschen Bundestages über die Prüfung der Krankenhausabrechnungen durch die Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung, Gz. IX 1 - 2016 - 0785 (abgerufen am 18. Mai 2026).

Eine wirksame Prüfung von Krankenhausabrechnungen unterstützt das vom Gesetzgeber verfolgte Ziel einer stärkeren Ambulantisierung.[65] Inhaltlich bezieht sich ein großer Teil der Abrechnungsprüfungen auf die Fehlbelegung, also auf die Notwendigkeit der stationären Aufnahme und die Verweildauer im Krankenhaus. Bei eingeschränkten Prüfmöglichkeiten der Krankenkassen könnten Fälle mit Potenzial für Ambulantisierung unentdeckt bleiben. Nach dem aktuellen Krankenhaus-Report könnten mehr als 50 % der Krankenhaus-Fälle, mit dem Ziel einer günstigen und effizienten Versorgung, in den ambulanten Bereich verlegt werden.[66] Eine wirksame Prüfung ist vor diesem Hintergrund unerlässlich.

Der BWV regt an, die Reformempfehlung der FKG umzusetzen. Diese hatte empfohlen, das quartalsbezogene Prüfquotensystem abzuschaffen und die Prüfung von Krankenhausabrechnungen ohne Begrenzung wieder zu ermöglichen. Die Leistungsausgaben der GKV könnten damit spürbar entlastet werden. Die FKG bezifferte die Einsparungen auf 1,4 Mrd. Euro für das Jahr 2027.[67]

Um den Aufwand für alle Beteiligten zu reduzieren, hat die FKG zudem empfohlen, den Falldialog[68] zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern zu stärken. Dem schließt sich der BWV an. Zuletzt konnten 85 % der Fälle im Vorverfahren gelöst werden.[69] Allerdings ist es Krankenkassen nach gegenwärtiger Rechtslage nicht möglich, zu einem frühen Verfahrenszeitpunkt medizinische Unterlagen für Falldialoge im Vorverfahren von den Krankenhäusern zu erhalten. Verhandlungen „auf Augenhöhe“ sind nur möglich, wenn alle Beteiligten über den notwendigen Kenntnisstand zum jeweiligen Behandlungsfall verfügen. Der BWV empfiehlt, das Vorverfahren als niederschwellige Konfliktbewältigung zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bei streitigen Abrechnungen zu stärken. Dazu wären die gesetzlichen Befugnisse der Krankenkassen bei Abrechnungsprüfungen anzupassen.

[65] Ambulantisierung bezeichnet die Verlagerung medizinischer und pflegerischer Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich.

[66] AOK-Bundesverband, Pressemitteilung vom 6. Mai 2026: Krankenhaus-Report 2026: In allen 16 Bundesländern könnten mehr als die Hälfte der Krankenhausfälle ambulant versorgt werden (abgerufen am 7. Mai 2026).

[67] FKG-Bericht S. 229 ff.

[68] Krankenkassen können vor Beauftragung des Medizinischen Dienstes unplausible Abrechnungen in einem Vorverfahren mit dem Krankenhaus klären. Dabei besprechen Krankenkassen und Krankenhaus in einem sog. Falldialog die strittige Krankenhausabrechnung. Gesprächsgrundlage ist der Abrechnungsdatensatz des Krankenhauses nach § 301 SGB V.

[69] Siehe Fn. 62.

7 Festbeträge für Hilfsmittel

7.1 Derzeitige Festsetzung von Festbeträgen für Hilfsmittel

Der GKV-Spitzenverband bestimmt Hilfsmittel, für die Festbeträge festgesetzt werden.[70] Für die Festsetzung und Kalkulation der Festbeträge verweist das Gesetz auf die entsprechende Regelung für Arzneimittelfestbeträge in § 35 Absatz 5 und 7 SGB V.[71]

7.2 Eigene Rechtsgrundlage für die Bestimmung von Festbeträgen geplant

Es ist vorgesehen, die ursprüngliche Regelung durch eine neue zu ersetzen: Der GKV-Spitzenverband soll geeignete Hilfsmittel bestimmen, für die Festbeträge festgesetzt werden können, soweit hierdurch eine wirtschaftliche Versorgung der Versicherten gefördert und eine angemessene Versorgung gewährleistet werden kann.[72] Für die Festsetzung der Festbeträge ist er auf die Übermittlung von Daten durch Hersteller und Leistungserbringer angewiesen. Diese werden verpflichtet, dem GKV-Spitzenverband die erforderlichen Informationen und Auskünfte zu erteilen. Der GKV-Spitzenverband erhält einen (einklagbaren) Anspruch auf die Vorlage entsprechender Nachweise.[73] Einzelheiten zu Art, Form und Übermittlung der erforderlichen Daten soll der GKV-Spitzenverband in einer Verfahrensordnung regeln.[74]

Festbeträge sind so zu berechnen, dass sie im Allgemeinen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie in der Qualität gesicherte Versorgung gewährleisten. Sie haben Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen, sollen einen wirksamen Preiswettbewerb auslösen und haben sich deshalb an möglichst preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten auszurichten.[75]

7.3 Wirtschaftliche Versorgung durch Festbeträge sichern

Der BWV begrüßt die geplante Regelung. Sie schafft eine eigenständige Rechtsgrundlage für die Festlegung von Festbeträgen für Hilfsmittel.

[70] § 36 Absatz 1 SGB V.
[71] § 36 Absatz 3 SGB V.
[72] § 36 Absatz 1 SGB V, i. d. F. des BStabG-RegE.
[73] § 36 Absatz 2 SGB V, i. d. F. des BStabG-RegE.
[74] § 36 Absatz 3 SGB V, i. d. F. des BStabG-RegE.
[75] § 36 Absatz 4 SGB V, i. d. F. des BStabG-RegE.

Der Bundesrechnungshof hatte bereits in der Vergangenheit eine verbesserte Regelung für die Festsetzung und Kalkulation der Festbeträge im Hilfsmittelbereich empfohlen. Er hatte festgestellt, dass der GKV-Spitzenverband die für den Arzneimittelbereich geltenden Regelungen im Hilfsmittelbereich nur eingeschränkt umsetzen konnte. Die Regelungen zur Festbetragskalkulation im Arzneimittelbereich gründen auf Daten, die bei der Verordnung und Abgabe von Arzneimitteln gewonnen wurden. Vergleichbare Daten liegen für den Hilfsmittelbereich nicht vor. Der Bundesrechnungshof hatte darum angeregt, auf einen gesetzlichen Verweis auf die Regelungen im Arzneimittelbereich zu verzichten und die Kalkulationsgrundlage für Festbeträge im Hilfsmittelbereich zu verbessern.[76] Eine eigenständige Regelung zur Festsetzung und Kalkulation der Festbeträge für Hilfsmittel bewertet der BWV als sachgerecht.

Um eine qualifizierte Festsetzung der Festbeträge zu ermöglichen, ist der GKV-Spitzenverband auf die Übermittlung aufbereiteter und verwertbarer Daten durch Hersteller und Leistungserbringer angewiesen. Bereits nach der aktuellen Rechtslage müssen Hersteller und Leistungserbringer Informationen und Auskünfte für die Festsetzung von Festbeträgen für Hilfsmittel liefern. Allerdings funktionierte dies in der Vergangenheit nur eingeschränkt. Die beabsichtigte Neuregelung schafft rechtliche Klarheit und erweitert den Umfang der Angaben. Die sachgerechte Kalkulation der Festbeträge würde für den GKV-Spitzenverband damit voraussichtlich erleichtert.

Die Regelung zielt zudem auf eine maßvolle Ausweitung von Festbeträgen im Hilfsmittelbereich in weiteren geeigneten Versorgungsbereichen ab. Dies kann zu einer wirtschaftlichen Versorgung beitragen. Allerdings rät der BWV vorsorglich dazu, in Produktbereichen mit Festbetragsregelung die Entwicklung von Mehrkosten im Blick zu behalten. Versicherte haben in festbetragsrelevanten Produktbereichen neben der gesetzlichen Zuzahlung häufig weitere Aufzahlungen zu leisten, um Hilfsmittel in der erforderlichen Qualität und Menge zu erhalten. Bei Hörhilfen hatte der Bundesrechnungshof festgestellt, dass es in der Hälfte der Versorgungsfälle zu teils erheblichen Mehrkosten kam.[77] Der BWV fordert das Bundesministerium für Gesundheit auf, den Mehrkostenbericht des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 302 Absatz 5 SGB V wiederkehrend auf dieses Problem auszuwerten. Sollten Produktbereiche mit Festbetragsregelung unverhältnismäßig zu Mehrkosten neigen, könnte für diese ein genereller Genehmigungsvorbehalt durch die Krankenkassen gesetzlich vorgesehen werden.

[76] Bericht des Bundesrechnungshofes nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages vom 20. Juni 2016 über die Hilfsmittelversorgung durch die Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung, Gz. IX 4 - 2014 - 0596 (abgerufen am 18. Mai 2026).

[77] Bericht des Bundesrechnungshofes nach § 88 Absatz 2 BHO an den Rechnungsprüfungsausschuss des Haushaltsausschusses des Deutschen Bundestages über die Prüfung der Hilfsmittelversorgung durch die Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung – Versorgung mit Hörhilfen und Kontrolle der Leistungserbringer vom 7. Juni 2023, Gz. IX 1 - 2020 - 0338 Bem. (abgerufen am 19. Mai 2026).

8 Kieferorthopädische Behandlungen

8.1 Derzeit viele Behandlungen, hohe Ausgaben und unklare Ergebnisqualität

Für kieferorthopädische Leistungen gab die GKV im Jahr 2024 1,4 Mrd. Euro aus. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband bestimmen als Bundesmantelvertragspartner den Inhalt und die Bewertung der abrechnungsfähigen Leistungen.

Kieferorthopädische Behandlungen können Leistungserbringer zu Lasten der GKV abrechnen, wenn Zahnfehlstellungen bestimmte Schweregrade aufweisen. Diese werden in kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) von 1 bis 5 klassifiziert. Ab KIG 3 zahlt die GKV die Behandlung. Die erbrachten Leistungen werden im derzeitigen Abrechnungssystem teils einzeln, teils pauschal vergütet.

Die Grundsätze der Befunderhebung, Diagnostik und Therapieplanung einschließlich der KIG regelt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)[78] in den Kfo-RL.[79] Sie sind Grundlage zur ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten. Der G-BA hat externen, umfassenden zahnmedizinisch-wissenschaftlichen Sachverstand einzubeziehen.[80] Die aktuellen Kfo-RL traten am 1. Januar 2004 in Kraft.[81]

Der Bundesrechnungshof hatte im Jahr 2018 festgestellt, dass ungefähr die Hälfte der Kinder und Jugendlichen in Deutschland kieferorthopädisch behandelt wurde. Diese Quote lag im internationalen Vergleich sehr hoch. Die Datenlage zu durchgeführten Behandlungen und ihren Resultaten war unzureichend. Es fehlte eine ausreichende Versorgungsforschung zum Nutzen kieferorthopädischer Behandlungen. Darüber hinaus boten Leistungserbringer Versicherten häufig zusätzliche Leistungen an, die von der GKV nicht erstattet werden und daher selbst zu zahlen sind. Der medizinische Nutzen dieser Selbstzahlerleistungen ist oft unklar. Der Bundesrechnungshof hatte daher empfohlen, die Beratungskompetenz der Krankenkassen zu stärken. Sie sollten über die von ihren Versicherten in Anspruch genommenen Selbstzahlerleistungen informiert

[78] Der G-BA als oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen bestimmt rechtsverbindlich über Inhalte der gesundheitlichen Versorgung in den einzelnen Leistungsbereichen, §§ 91 ff. SGB V.

[79] § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2, Absatz 1a SGB V.

[80] § 92 Absatz 1a Satz 2 SGB V.

[81] Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für die kieferorthopädische Behandlung, in der Fassung vom 4. Juni 2003 und vom 24. September 2003, BAnz Nummer 226 (S. 24 966) vom 3. Dezember 2003.

werden. Vertragsleistungen und Selbstzahlerleistungen bauen aufeinander auf und lassen sich nicht getrennt voneinander beurteilen.[82]

Die FKG kam nun zu ähnlichen Feststellungen und Bewertungen. Nach ihr werden sogar zwei Drittel der Kinder und Jugendlichen eines Jahrgangs kieferorthopädisch behandelt. Ebenfalls stellte sie wenig belastbare Erkenntnisse zur (langfristigen) Ergebnisqualität kieferorthopädischer Behandlungen fest.[83]

8.2 Umstellung auf Leistungskomplexe geplant

Nach dem BStabG-RegE sollen die Bundesmantelvertragspartner bis spätestens 31. Dezember 2027 die Leistungen der kieferorthopädischen Behandlung zu vier Leistungskomplexen zusammenfassen. Zwei dieser Leistungskomplexe, die die Behandlung von Versicherten vor und nach dem 18. Lebensjahr betreffen, können in bis zu drei Schweregrade unterteilt werden. Die Einzelheiten zu diesen neuen Leistungskomplexen regeln die Bundesmantelvertragspartner. Die Leistungskomplexe sollen künftig mit einer Gesamtpunktzahl unabhängig von der Gesamtbehandlungsdauer bewertet werden.[84]

Mit dieser Umstellung auf Leistungskomplexe anstelle von Einzelleistungs- und Pauschalvergütungen sollen u. a. der Fokus auf das Behandlungsergebnis gelegt und Fehlanreize zur Mengenausweitung beseitigt werden.[85]

Zudem soll der G-BA die seit dem Jahr 2004 unverändert bestehenden Kfo-RL überprüfen und bis Ende 2027 über eine Anpassung beschließen. Insbesondere umfasst dies die KIG mit den zugrundeliegenden Behandlungsbedarfsgraden.[86] Die Gesetzesbegründung hebt darauf ab, dass es in den vergangenen 20 Jahren nicht unwesentliche Fortschritte in der zahnärztlichen Versorgung gegeben habe. Die Richtlinien hätten den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse abzubilden, was eine Beobachtungs- und ggf. Aktualisierungspflicht des G-BA beinhalte.[87]

8.3 Patientensouveränität und Beratungskompetenz stärken

Der BWV begrüßt die Absicht der Bundesregierung, mit den geplanten Maßnahmen die Wirtschaftlichkeit in der kieferorthopädischen Versorgung zu stärken. Auch die FKG

[82] Bundesrechnungshof, Bemerkungen 2017 Nummer 9: Nutzen kieferorthopädischer Behandlung muss endlich erforscht werden (abgerufen am 20. Mai 2026).
[83] FKG-Bericht S. 184 ff.
[84] § 87 Absatz 1d, Absatz 2h Satz 4 SGB V i. d. F. des BStabG-RegE.
[85] BStabG-RegE S. 124.
[86] § 92 Absatz 1a SGB V i. d. F. des BStabG-RegE.
[87] BStabG-RegE S. 130 f.

hatte festgestellt, dass das aktuelle Vergütungssystem keine ausreichenden Anreize zu einer wirtschaftlichen kieferorthopädischen Behandlungsweise bietet.[88]

Der BWV weist darauf hin, dass die geänderte Vergütungssystematik hin zu Leistungskomplexen auch neue Anforderungen an die Beratung durch Krankenkassen stellt. Damit Versicherte informierte und souveräne Entscheidungen treffen können, müssen sie über die Inhalte der Leistungskomplexe aufgeklärt werden.

In diesem Zusammenhang sind erneut die Selbstzahlerleistungen kritisch zu betrachten. Nach wie vor ist nicht sichergestellt, dass Versicherte hierüber ausreichend informiert entscheiden können. Das hängt u. a. mit immer noch unzureichenden wissenschaftlichen Erkenntnissen über die Vor- und Nachteile solcher Leistungen zusammen. Der BWV hält es für erforderlich und verweist auf die Feststellungen des Bundesrechnungshofes, dass auch die Krankenkassen als Kostenträger Kenntnis über die Selbstzahlerleistungen erhalten. Nur so können sie verlässlich einzelfallbezogen beraten und die Auskömmlichkeit der GKV-Leistungen beurteilen. Nicht zuletzt ist diese Transparenz bei den Krankenkassen notwendige Voraussetzung, um das Versorgungsgeschehen im Interesse der Versicherten beurteilen zu können.

8.4 Versorgungsforschung in Überarbeitung der Kfo-RL einbeziehen

Der BWV begrüßt grundsätzlich, dass der G-BA die Kfo-RL insbesondere im Hinblick auf die KIG einschließlich der Behandlungsbedarfsgrade überarbeiten soll. Es liegt auf der Hand, dass die Grundlagen kieferorthopädischer Behandlungen zu Lasten der GKV nach nunmehr 20 Jahren dringend überprüft werden müssen. Inwieweit es hierzu – trotz des langen Zeitablaufs seit der Prüfung des Bundesrechnungshofes – ausreichend tragfähige evidenzbasierte Erkenntnisse gibt, ist allerdings unklar.

Der BWV weist in diesem Zusammenhang auf die Prüfungserkenntnisse des Bundesrechnungshofes hin, der bereits vor Jahren eine umfassende Versorgungsforschung zu den Auswirkungen kieferorthopädischer Maßnahmen und Methoden gefordert hatte. Eine zielführende Überarbeitung der Kfo-RL muss eine solche Versorgungsforschung mit einbeziehen, auch mit Blick auf Erkenntnisse aus anderen Ländern.

Der hohe Anteil kieferorthopädisch behandelter Kinder und Jugendlicher in Deutschland ist laut dem FKG-Bericht in den vergangenen Jahren sogar noch weiter angestiegen, obwohl sich die Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen in den vergangenen Jahren deutlich verbessert hat.[89] Dies ist bemerkenswert, denn mit weniger Karies

[88] FKG-Bericht S. 184 ff.
[89] Institut der Deutschen Zahnärzte, 6. Deutsche Mundgesundheitsstudie, 14. April 2026, S. 23.

und weniger vorzeitigen Zahnverlusten gibt es geringere Risiken für negative kieferorthopädische Befunde.

In Deutschland ist derzeit etwa jede zweite Familie direkt von den Entwicklungen in der Kieferorthopädie betroffen, einschließlich finanzieller und gesellschaftlicher Konsequenzen. Nicht umsonst stellt die FKG fest, es häuften sich die Hinweise auf Überversorgung in der vertragszahnärztlichen Kieferorthopädie und es entstehe potenziell mehr Schaden als Nutzen durch diese Versorgungsart.[90]

Der BWV greift die Empfehlung des Bundesrechnungshofes auf und regt erneut eine umfassende und unabhängige Versorgungsforschung an, in die internationale Erfahrungen einfließen sollten. Eine evidenzbasierte Nutzenbewertung kieferorthopädischer Maßnahmen ist zwingend erforderlich. Nur so kann die Kfo-RL auf den aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse gebracht werden.

9 Homöopathische und anthroposophische Leistungen in der GKV

9.1 Bestehende Erstattungsfähigkeit

Homöopathische und anthroposophische Arzneimittel gelten im rechtlichen Sinne als Arzneimittel, die weitgehend nicht verschreibungspflichtig sind.[91] Krankenkassen übernehmen die Kosten für rezeptfreie, also nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel grundsätzlich nicht. Eine Ausnahme bildet die Erstattung für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, wenn das Arzneimittel ärztlich verordnet wurde.[92] Zudem sind Krankenkassen ermächtigt, homöopathische und anthroposophischen Leistungen als Satzungsleistung anzubieten.[93] Auch können sie die Versorgung mit solchen Arzneimitteln im Rahmen von Verträgen über eine besondere Versorgung der Versicherten übernehmen.[94]

[90] FKG-Bericht S. 185.
[91] § 4 Absatz 26 Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz).
[92] § 34 Absatz 1 und 3 SGB V.
[93] § 11 Absatz 6 SGB V.
[94] § 140a Absatz 1, Absatz 2 SGB V.

9.2 Erstattungsfähigkeit soll ausgeschlossen werden

Künftig soll die Erstattungsfähigkeit von homöopathischen und anthroposophischen Arzneimitteln und Leistungen generell ausgeschlossen werden. Dies gilt für Regelleistungen, Satzungsleistungen und Verträge der besonderen Versorgung.[95] Die Bundesregierung geht von einem Einsparvolumen von jährlich 50 Mio. Euro aus.

9.3 Minderausgaben führen zu keinen nennenswerten Einsparungen

Der BWV begrüßt die angestrebte Rechtsänderung, denn für die Wirksamkeit homöopathischer und anthroposophischer Arzneimittel und Leistungen liegt keine hinreichende wissenschaftlich basierte Evidenz vor. Aktuelle Prüfungsergebnisse des Bundesrechnungshofes deuten allerdings darauf hin, dass die Ausgaben der Krankenkassen für homöopathische und anthroposophische Arzneimittel und Leistungen in den letzten Jahren nur ca. 40 Mio. Euro jährlich betrugen.[96] Hierbei ist zu berücksichtigen, dass bestimmte homöopathische und anthroposophische Leistungen, etwa im Bereich der ärztlichen Versorgung, statistisch nicht erfasst werden. Sie lassen sich darum nicht verlässlich bestimmen, ihr Volumen dürfte aber gering sein.

10 Refinanzierung von Tariflöhnen

10.1 Derzeit vollständige Refinanzierung von Tariferhöhungen

Nach derzeitigem Recht werden Tariferhöhungen für Krankenhauspersonal vollständig von den Krankenkassen refinanziert.[97]

10.2 Nur noch hälftige Refinanzierung geplant

Künftig soll nur noch die Hälfte der Tariferhöhungen für Krankenhauspersonal von den Krankenkassen refinanziert werden.[98] Damit möchte die Bundesregierung hohe und

[95] §§ 2 Absatz 1, 11 Absatz 6 Satz 4, 31 Absatz 1 Satz 1, 34 Absatz 1 und 3, 140a Absatz 2 Satz 3 SGB V i. d. F. des BStabG-RegE.
[96] Diesen Betrag nennt auch der FKG-Bericht, S. 165 f.
[97] Siehe §§ 10 Absatz 5, 9 Absatz 1 Nummer 7, 6a Absatz 4 Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG).
[98] § 6a Absatz 4 Sätze 5 und 6 KHEntgG i. d. F. des BStabG-RegE.

überproportionale Ausgabenanstiege verhindern, die deutlich oberhalb der Einnahmezuwächse der GKV liegen.[99]

10.3 Sinnvolle Maßnahme zur Förderung der Wirtschaftlichkeit

Der BWV hält die lediglich hälftige Refinanzierung von Tariferhöhungen für angemessen. Er hatte sich bereits im Frühjahr 2024 in seinem Gutachten zum Entwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG)[100] gegen eine vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen durch die Krankenkassen ausgesprochen. Sie nimmt den Tarifparteien einen wesentlichen Anreiz zu maßvollen Tarifabschlüssen. Aus Sicht der Krankenkassen, die die Tarifabschlüsse nicht beeinflussen können, wirken diese wie eine Vereinbarung zu ihren Lasten.

11 Strukturelle Reformen notwendig

Das BStabG-RegE beinhaltet Maßnahmen zur kurz- und mittelfristigen Sicherung der GKV-Finanzen. Sie zielen darauf ab, die Einnahmebasis zu verbreitern – etwa durch Anhebung von Beitragsbemessungsgrenze und Jahresarbeitsentgeltgrenze sowie die teilweise Beitragserhebung für bislang beitragsfrei mitversicherte Ehegatten oder Lebenspartner – oder einzelne Ausgaben zu beschneiden.[101] Dadurch sollen als gesetzliche Sofortmaßnahme dringliche Deckungslücken in der GKV ausgeglichen werden. Dies ersetzt eine grundlegende Strukturreform nicht. Das geplante BStabG eröffnet hierfür ein begrenztes Zeitfenster. Vorschläge für strukturelle Reformen soll die FKG bis Ende 2026 unterbreiten.

[99] BStabG-RegE S. 3, 63.

[100] Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen vom 5. Dezember 2024, BGBl. I Nummer 400. Siehe dazu Gutachten des BWV über den Entwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zu einem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) vom 15. Mai 2024, Gz. IX 1 - 05 20 03 10 - 115/2024 (abgerufen am 26. Mai 2026).

[101] Nach dem BStabG-RegE sollen die Beitragsbemessungsgrenze und die Jahresarbeitsentgeltgrenze für das Jahr 2027 einmalig jeweils um 3 600 Euro angehoben werden, §§ 6 Absatz 6, 223 Absatz 4 SGB V i. d. F. des BStabG-RegE. Zudem soll künftig für bislang beitragsfrei mitversicherte Ehegatten bzw. Lebenspartner ein Beitragssatzzuschlag von 2,5 Prozentpunkten erhoben werden (sofern nicht z. B. Kinder unter 7 Jahren oder Menschen mit Behinderung im Haushalt leben oder Pflegeleistungen erbracht werden), siehe § 242b SGB V i. d. F. des BStabG-RegE. Die Beitragsbemessungsgrenze ist der Betrag des Bruttoeinkommens von Versicherten, der höchstens zur Berechnung der Krankenversicherungsbeiträge herangezogen wird. Die Jahresarbeitsentgeltgrenze ist das Bruttoeinkommen, ab dem Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer nicht mehr in der GKV pflichtversichert sind, sondern sich privat krankenversichern dürfen.

Der Bundesrechnungshof wie auch der BWV haben sich wiederholt zu aktuellen Strukturreformen geäußert, zuletzt etwa zum KHVVG, zum Krankenhausreformanpassungsgesetz und zur Reform der Notfallversorgung.[102] Grundsätzliche Anpassungen in diesen Bereichen sind seit längerer Zeit notwendig. Gründe für die fehlenden Strukturreformen sieht der BWV in der finanzpolitischen Steuerung der GKV, die überwiegend kurzfristig ausgerichtet ist. Maßgebliche Einflussfaktoren – insbesondere demografische Entwicklung und medizinisch-technischer Fortschritt – wirken hingegen langfristig. Diese Diskrepanz birgt die Gefahr, dass langfristige Finanzierungsrisiken nur eingeschränkt im Steuerungsprozess erfasst werden. Finanzielle Fehlentwicklungen werden tendenziell erst mit zeitlicher Verzögerung sichtbar.

Der im BStabG-RegE genannte Prognosehorizont bis zum Jahr 2030 erhöht die Transparenz zumindest der mittelfristigen Finanzentwicklung. Er weist für das Jahr 2030 eine strukturelle Deckungslücke von rund 40 Mrd. Euro bei einer Gesamtentlastung von 38 Mrd. Euro aus.[103] Die Differenz zwischen Entlastungswirkung und projizierter Deckungslücke führt danach schon für das Jahr 2030 wieder zu einer Deckungslücke.

Nach dem BStabG-RegE können zudem bereits geringe Abweichungen der Ausgabendynamik – in der Größenordnung eines zusätzlichen Prozentpunkts – zu jährlichen Mehrbelastungen von etwa 4 Mrd. Euro führen.[104] Die rechnerisch bestehende Konsolidierung ist damit anfällig gegenüber vergleichsweise kleinen Abweichungen in zentralen Annahmen. Es ist daher davon auszugehen, dass die finanzielle Stabilisierung der GKV spätestens kurz nach dem betrachteten Zeitraum erneut unter Druck gerät. Gleichwohl ist der erweiterte Prognosehorizont positiv zu sehen. Er legt die strukturelle Problemlage offen und ist trotz seiner Unsicherheiten essentiell für eine sachgerechte politische Steuerung.

12 Abschließende Bewertung durch den BWV

Der BWV begrüßt die geplanten Reformvorhaben der Bundesregierung zur Stabilisierung der GKV-Finanzen im Grundsatz. Prüfungserkenntnisse des

[102] Siehe Fn. 100. Vgl. außerdem Gutachten des BWV über die Reform der Notfallversorgung – Hinweise zum Referentenentwurf des BMG vom 17. November 2025, vom 23. Januar 2026, Gz. IX 1 - 0003351; Stellungnahme des BWV zum Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreformanpassungsgesetz – KHAG) vom 5. November 2025, Gz. IX 1 - 05 20 03 10/Serv. 288/2025 (jeweils abgerufen am 26. Mai 2026).

[103] BStabG-RegE S. 1, 5.

[104] Laut Gesetzentwurf führt eine höhere Ausgabendynamik von nur 1 Prozentpunkt in den Jahren 2026 oder 2027 gegenüber der zugrunde gelegten Prognose (bei Gesamtausgaben von rund 400 Mrd. Euro) zu höheren Ausgaben von rund 4 Mrd. Euro (BStabG-RegE S. 5).

Bundesrechnungshofes und Hinweise des BWV zu vorherigen Gesetzesvorhaben zeigen weitere Potenziale zur Entlastung der GKV-Finanzen auf:

- → Die Absenkung des Bundeszuschusses für versicherungsfremde Leistungen an die GKV ist in der Sache nicht nachvollziehbar und lässt sich mit dem Ziel einer Beitragssatzstabilisierung kaum in Einklang bringen. Der derzeit geplante Aufwuchs der Beitragszahlungen des Bundes für Grundsicherungsgeldbezieherinnen und -bezieher kompensiert diese Kürzung nicht.
- → Spätere Darlehensrückzahlungen des Gesundheitsfonds an den Bund lösen keine Finanzierungsprobleme, sondern verschieben deren Lösung nur in die Zukunft.
- → Die Beschränkung extrabudgetärer Vergütungen in der vertragsärztlichen Versorgung entspricht einer Empfehlung des Bundesrechnungshofes. Der BWV hält die geplanten Änderungen für notwendig, jedoch nicht weitgehend genug.
- → Die Einführung einer Teilarbeitsunfähigkeit mit Teilkrankengeld entspricht einer Empfehlung u. a. des Bundesrechnungshofes. Eine weitere Harmonisierung mit Regeln insbesondere der Arbeitslosenversicherung könnte weitere Wirtschaftlichkeitspotenziale heben.
- → Die Streichung der Erstattungsfähigkeit homöopathischer und anthroposophischer Leistungen ist schlüssig. Die dadurch erzielten Einsparungen dürften allerdings niedriger sein als im BStabG-RegE angenommen.
- → Die Regelungen zur Prüfung von Krankenhausabrechnungen bleiben hinter den Empfehlungen des Bundesrechnungshofes und der FKG zurück. Eine umfassendere Abrechnungsprüfung würde die Ordnungsmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit stationärer Behandlungen fördern und zudem der Ambulantisierung ärztlicher Leistungen dienen.
- → Die Regelungen zu Festbeträgen für Hilfsmittel sind sachgerecht. Der BWV weist darauf hin, dass über die Festbeträge hinausgehende private Aufzahlungen von Versicherten für Hilfsmittel im Blick zu behalten sind.
- → Leistungskomplexe für kieferorthopädische Leistungen können geeignet sein, Fehlanreize und unwirtschaftliche Behandlungen zu vermeiden. Allerdings erhalten in vielen Fällen Versicherte nach wie vor privat zu zahlende Mehrleistungen. Krankenkassen haben keine Kenntnis über diese Leistungen und können Versicherte daher weder dazu beraten noch die kieferorthopädische Versorgungswirklichkeit ausreichend einschätzen. Zudem fehlt es immer noch an einer umfassenden evidenzbasierten Versorgungsforschung über die langfristigen Auswirkungen kieferorthopädischer Maßnahmen. Dies behindert auch die grundsätzlich begrüßenswerte Überarbeitung der Kfo-RL, die das BStabG-RegE fordert.

Mit dem BStabG wird Zeit gewonnen, unerlässliche Strukturreformen bleiben notwendig. Solche hat auch kürzlich der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung in seinem Frühjahrsgutachten 2026 zum wiederholten

Male angemahnt.[105] Der BWV schließt sich diesen Einschätzungen an: Die Gesundheitsausgaben in Deutschland – gemessen am Bruttoinlandsprodukt – gehören im OECD-Vergleich[106] zu den höchsten, die Resultate bei zentralen Leistungsindikatoren sind jedoch mittelmäßig. Der Anstieg der GKV-Beitragssätze erhöht die Lohnnebenkosten, dämpft damit das verfügbare Einkommen und den privaten Konsum und schadet der Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft.

Wesentliche Reformen müssen insbesondere auf der Ausgabenseite ansetzen und die Kostentreiber der GKV in den Blick nehmen. Bei der Krankenhausversorgung ist auf ein höheres Maß an Spezialisierung, mehr Qualität und eine weniger fallzahlgetriebene Finanzierung hinzuwirken. Maßnahmen zur Ambulantisierung sind auszubauen, um nicht notwendige stationäre Fälle zu vermeiden. Dies erfordert eine bessere Patientensteuerung – sowohl an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung als auch zwischen fachärztlicher und hausärztlicher Leistungserbringung. Hinweisen zur Senkung überproportional gestiegener Arzneimittelausgaben, vor allem im Bereich der innovativen Medikamente, sollte mehr Beachtung geschenkt werden.

Im Auftrag

Sievers

[105] Die sog. „Wirtschaftsweisen“, Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Frühjahrsgutachten 2026 vom 27. Mai 2026 (abgerufen am 28. Mai 2026). Zu den folgenden Ausführungen siehe Frühjahrsgutachten S. 131 ff.

[106] OECD: Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. Die OECD ist ein Zusammenschluss von 38 wirtschaftlich hoch entwickelten demokratischen Staaten.

Deutscher Bundestag

Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(20)

gel. VB zur öffent. Anh. am 22.06.2(

18.06.2026

BDPK
Bundesverband
Deutscher Privatkliniken e.V.

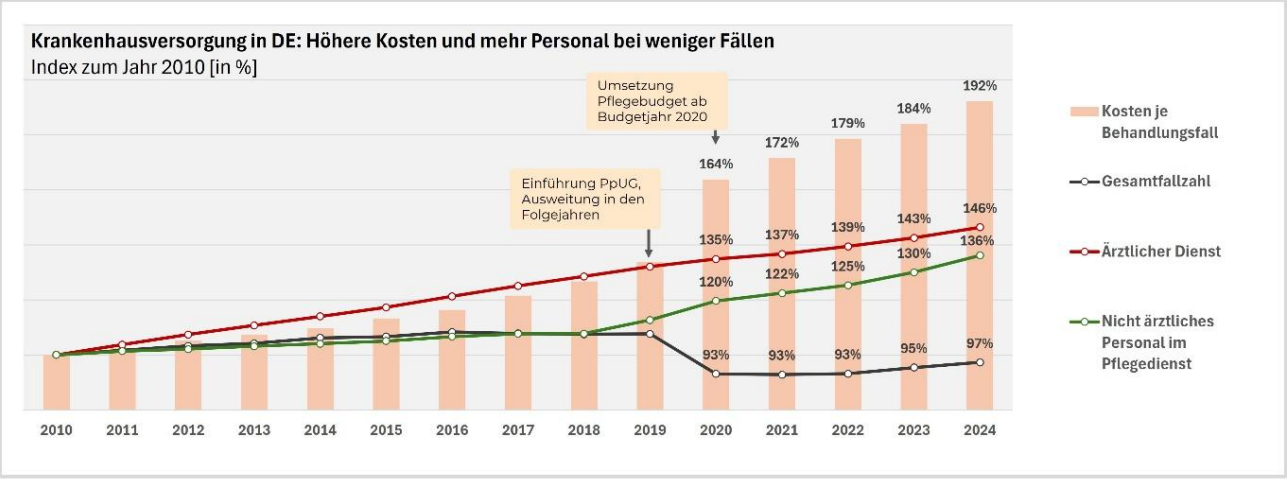
17.06.2026

Stellungnahme des BDPK zum Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)

I. Vorbemerkung

Die Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen sollen deutliche Einsparungen zur Entschuldung der Krankenkassen realisieren. Die Kliniken sind dazu bereit, wenn sie auf der Seite ihrer Ausgaben Möglichkeiten erhalten, die Kosten senken zu können. Um wirksame Maßnahmen ergreifen zu können, müssen die wesentlichen Ursachen des Kostenanstiegs in den Blick genommen werden. Diese liegen vor allem in zwei Entwicklungen:

1. Stark steigende Preise, hervorgerufen durch internationale Krisen und Kriege, auf die Kliniken keinen Einfluss haben, die sie aber bezahlen müssen.
2. Eine Gesundheitspolitik der letzten Bundesregierungen, die in der Annahme gehandelt haben, mit immer mehr nicht evidenzbasierten Personalvorgaben eine bessere Patientenversorgung und eine höhere Zufriedenheit der in den Kliniken Beschäftigten zu erreichen. Die Fallkosten sind dadurch auf Rekordhöhe gestiegen, ohne dass sich die Versorgung verbessert hätte.



Quelle: Statistisches Bundesamt (Destatis)

Wenn für Klinken nur so viel ausgegeben werden kann, wie auch eingenommen wird, müssen den Kliniken auch Handlungsspielräume für die wirtschaftliche Klinikführung zurückgegeben werden, um diese Einsparungen realisieren und Kosten senken zu können.

Eine Empfehlung der FinanzKommission Gesundheit lautete, dass der Bund kostendeckende Krankenkassenbeiträge für die Bürgergeldempfänger bezahlt. Stattdessen bietet der Bund nun 250 Millionen mehr Beiträge für Bürgergeldbeziehende an und kürzt zeitgleich die Zuschüsse für versicherungsfremde Leistungen in Höhe von 2 Milliarden EUR, die zweifelsfrei vom Staat und nicht

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

von den Versicherten der GKV zu finanzieren sind. Dies ist ein tiefer Griff in die Taschen der GKV-Versicherten, der das Vertrauen in die Politik nachhaltig schwächt. Käme auch der Bund seiner Verpflichtung nach, würden sich die Belastungen für alle anderen fairer verteilen.

II. Änderungen für Krankenhäuser

Zu Artikel 1 Nr. 25 Buchstabe b, § 71 SGB V: Grundlohnrate abzüglich 1 Prozentpunkt

Diese Maßnahme bremst den Anstieg der Basisfallwerte und damit der Krankenhausfallkosten auf ein Niveau unterhalb des Zuwachses der GKV-Einnahmen. Für die GKV-Seite schließt diese Maßnahme zweifelsfrei die „Schere zwischen Einnahmen und Ausgaben“ und wird als wirksam angesehen.

Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Kliniken weiterhin mit deutlich stärker steigenden Preisen konfrontiert sind, etwa bei medizinischem Bedarf, Energie und Lebensmitteln. Hinzu kommen erhebliche Kostensteigerungen im Personalbereich oberhalb der Grundlohnentwicklung durch höhere Tarifabschlüsse im Bereich des TVöD, der als Richtwert für viele andere Tarifverträge gilt. Diese Deckungslücke darf nicht einfach den Kliniken aufgebürdet werden, ohne ihnen gleichzeitig Möglichkeiten zu geben, entsprechende Einsparungen zu realisieren.

Daher muss die Regelung entsprechend flankiert werden:

- **Aussetzung der Personalvorgaben PpUG und PPP-RL**

  Rund 65 % der Kosten eines Krankenhauses sind Personalkosten. Die größte Gruppe der Beschäftigten in deutschen Krankenhäusern sind die Pflegefachkräfte, deren Zahl vor allem durch zentralistische und verbindliche Personalvorgaben des Bundes bestimmt werden. Die Bundesregierung definiert damit diesen Kostenblock, während sie die Refinanzierung gleichzeitig einschränken will. Das kann so nicht funktionieren.

  Es müssen dringend die nicht evidenzbasierten „Pflegepersonaluntergrenzen“ (PpUG) und die „Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie“ (PPP-RL) für die Zeit der Begrenzung der Steigerungsraten im Pflegebudget außer Kraft gesetzt werden. Dazu werden die Regelungen des§ 137 i SGB V in der Zeit von 2027 bis 2029 außer Kraft gesetzt. Dies würde einen erheblichen Bürokratieabbau mit sich bringen, der zu einer finanziellen Entlastung des GKV-Systems führt (vgl. zur konkreten Kritik an PpUG und PPP-RL die Erläuterungen unter IV). Durch die Aussetzung der Personalvorgaben entsteht kein Versorgungsrisiko für die Patientinnen und Patienten, weil für bestimmte Behandlungen dezidiertere Qualitätsvorgaben bestehen, die sich auf Prozesse, Qualifikationen, Therapieinhalte und Behandlungsdauern beziehen (vgl. z. B. OPS 855.2). Verbindliche Personalvorgaben hemmen zudem die Einführung innovativer pflegeentlastender Maßnahmen. Die Chance auf Prozessoptimierung durch Digitalisierung und KI wird vertan, weil die Kliniken von der Einführung solcher Innovationen nicht profitieren, sie müssen die gleiche Anzahl von Personal vorhalten.

  Gesetzliche Anpassungsvorschläge:

  Aussetzung von § 137 i SGB V als gesetzliche Ermächtigung des BMG

Aussetzung der vom BMG erlassenen Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) nach § 137i Abs. 3 S. 1 SGB V samt Sanktions- und Nachweisvereinbarung von DKG und GKV-SV

Aussetzung von § 136 a Abs. 2 SGB V als gesetzliche Ermächtigung des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Erlass der PPP-RL

Ergänzung des § 136a Abs. 2 S. 1 SGB V wie folgt:

„Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V in der Fassung vom 19.09.2019, zuletzt geändert am 18.06.2025, tritt mit dem Inkrafttreten des GKV-Beitragssatzstabilisierungs-gesetz für die Jahre 2027 bis 2029 außer Kraft."

sowie weitere Folgenänderungen

- **Grundlohnrate ohne Verhandlungen auf LBFW anwenden**

Die Veränderungsrate wird unmittelbar als Veränderungswert angewendet. Es finden keine weiteren Verhandlungen mit den Krankenkassen dazu statt. Zudem wird der Orientierungswert dabei nicht abgeschafft, sondern lediglich ausgesetzt.

Gesetzliche Anpassungsvorschläge:

Ergänzung des § 10 Abs. 6 KHEntgG sowie des § 9 Abs. 1 Nr. 5 BPflV wie folgt:

„Abweichend wird für die Jahre 2027 bis 2029 die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch unmittelbar als Veränderungswert wirksam."

Zu Artikel 3 Nr. 3, § 6a KHEntgG: Pflegebudget

Zur Eindämmung der Kostensteigerungen im Bereich des Pflegepersonals hat die GKV-FinanzKommission vorgeschlagen, die Pflegekosten wieder in das DRG-System zurückzugliedern. Die Rückgliederung ist im Hinblick auf die ordnungspolitischen Fehlanreize des Pflegebudgets ausdrücklich zu unterstützen. Der Gesetzentwurf hält jedoch weiterhin an diesem fragwürdigen Instrument fest und deckelt den Kostenzuwachs, der durch mehr Pflegepersonal entsteht.

Hier sind dringend folgende Änderungen vorzunehmen:

- **Rücknahme der geplanten Streichung pflegeentlastender Maßnahmen.**

Durch die vorgesehene Streichung gehen Möglichkeiten und Anreize verloren, Pflegepersonal wirksam durch Prozessoptimierung, Digitalisierung und Robotics zu entlasten. Auch diese notwendigen Maßnahmen werden von den teuren und fragwürdigen Personalvorgaben behindert.

Gesetzliche Anpassungsvorschläge:

Streichung des vorgesehenen Abzugs der pflegeentlastenden Maßnahmen in § 6a Abs. 2 S. 10 KHEntgG ab dem Jahr 2027 und weiterer Folgeänderungen

- **Aufhebung der Eingrenzung auf bestimmte Tätigkeiten**

  Die mit dem KHAG vorgenommene Begrenzung des Pflegebudgets um hauswirtschaftliche, logistische, administrative oder technische Tätigkeiten ist nicht umsetzbar und muss gestrichen werden. Das ist auch problemlos möglich, weil zunächst der Kostenzuwachs des Pflegebudgets komplett begrenzt ist. Deshalb sind keine komplizierten und bürokratischen Regelungen auf Stellenebene notwendig, die eine Aufsplittung in pflegerische Tätigkeiten an Patientinnen und Patienten und in pflegeferne Tätigkeit vorsehen, deren Personalkosten nicht im Pflegebudget berücksichtigt werden sollen.

  Gesetzliche Anpassungsvorschläge:

  Streichung des § 6a Abs. 2 Satz 12 KHEntgG und weiterer Folgeänderungen

Zu Artikel 1 Nr. 66, § 275c Abs. 2 SGB V: Anpassung der MD-Prüfquoten und der Schwellenwerte

Dieser Maßnahme liegt die Annahme zugrunde, dass durch eine Erhöhung der Prüfquoten sowie der Schwellenwerte die Abrechnungsqualität der Krankenhäuser verbessert und dadurch Einsparungen für die GKV erzielt werden könnten. Für den Vorwurf einer unzureichenden Abrechnungsqualität existiert jedoch kein belastbarer statistischer Nachweis. Vielmehr zeigt sich in der Praxis, dass Krankenkassen MD-Prüfungen gezielt zur Generierung von Wettbewerbsvorteilen einsetzen und diese daher nicht verdachts-, sondern potenzialorientiert veranlassen.

Die vorgesehene Anpassung führt zu einer erheblichen Ausweitung des Prüfgeschehens und steigert damit auch den bürokratischen Aufwand für alle Beteiligten im Gesundheitswesen. Nach Schätzungen wird die Anzahl der MD-Prüfungen um zusätzliche 2,3 Millionen steigen, was allein bei den Medizinischen Diensten als Prüfinstanz Kosten in Höhe von 900 Millionen Euro verursachen würde (vgl. Schroeders, N. 2026, BibliomedManager, 06.05.2026). Die Krankenhäuser werden gleichzeitig gezwungen, erhebliche Ressourcen in präventive Dokumentation und juristische Absicherung zu investieren. Aus Effizienzgründen ist diese vorgesehene Anpassung daher ersatzlos zu streichen.

Gesetzliche Anpassungsvorschläge:

Streichung der vorgesehenen Änderung des § 275c Abs. 2 S. 4 SGB V und weiterer Folgeänderungen

Zu Artikel 4 Nr. 2, § 17 b KHG: Kurzzeitfallpauschalen

Die vom Gesetzgeber bislang vorangetriebenen Maßnahmen zur Reduzierung der Verweildauer über AOP- und Hybrid-DRG-Leistungen erweisen sich aus Sicht der Krankenhäuser als finanziell kaum umsetzbar. Es fehlen die hierfür erforderlichen Strukturen, in deren Aufbau die Krankenhäuser in diesen unsicheren Zeiten nicht investieren können.

Vor diesem Hintergrund unterstützt der BDPK die Einführung von Kurzzeitfallpauschalen. Mit den neuen Fallpauschalen im Kurzliegerbereich wird den Krankenhäusern ermöglicht, die Behandlungsdauer eigenständig am medizinischen Bedarf der jeweiligen Patientinnen und Patienten auszurichten, anstatt sich an zentralistisch vorgegebenen Verweildauern zu orientieren. Für eine erfolgreiche Umsetzung der Kurzzeitfallpauschalen ist es aber wichtig, dass mit ihrer Einführung zugleich redundante Vorgaben abgebaut werden. Hierzu zählen insbesondere die

Regelungen zu den Hybrid-DRG nach § 115f SGB V. Zu denken wäre ist zudem an eine sinnvolle Ausweitung dieser neuen Finanzierungsform, da diese aktuell lediglich Fälle mit einer Behandlungsdauer von bis zu drei Kalendertagen und maximal zwei Übernachtungen umfasst.

Gesetzliche Anpassungsvorschläge:

Streichung des § 115f SGB V sowie weitere Folgeänderungen

III. Änderungen für Rehabilitationseinrichtungen

Zu Artikel 1 Nr. 40 und 41, § 111 Abs. 5, § 111c Abs. 3 SGB V: Beibehaltung der Refinanzierung von Personalkosten bis zur Höhe von Tarifgehältern in Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen

Die geplante Streichung des Satzes, dass „die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglicher Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann“, wird abgelehnt.

Tarifverträge haben nach Auffassung der Bundesregierung einen wichtigen sozialpolitischen Stellenwert. Die Bezahlung von Mitarbeitenden in Rehabilitationseinrichtungen in Höhe von Tarifverträgen als wirtschaftlich einzuordnen, ist eine wichtige Errungenschaft. Die vorgesehene Streichung dieser Regelung setzt Anreize, keine Tarifverträge zu schließen oder sie aufzukündigen. Es ist wichtig, die Mitarbeitenden fair zu bezahlen, denn die Rehabilitationseinrichtungen konkurrieren im Wettbewerb mit anderen Gesundheitsdienstleistern um dringend benötigte Fachkräfte. Dies gelingt ihnen nur, wenn auch sie Löhne in Höhe von Tarifverträgen zahlen können.

Aus diesem Grunde sollte auf die Streichung des Satzes „Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglicher Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden kann.“ verzichtet werden. Es bleibt dabei, dass die Vergütungssätze nur im Rahmen der Grundlohnsummenentwicklung steigen. Genau wie im Krankenhausbereich sollten allerdings Kostensteigerungen bis zur Höhe von Tariflöhnen zu 50 % oberhalb des Grundlohnes ausgeglichen werden können.

Gesetzliche Anpassungsvorschläge:

Ergänzung der vorgesehenen Änderung in §§ 111 Abs. 5 Satz 2 bis 4, 111c Abs. 3 Satz 2 bis 4 um folgende Sätze:
„Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglicher Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Führt die Bezahlung von Gehältern zu einer Vergütungssatzforderung oberhalb der Obergrenze nach Satz 2, werden die darüber hinausgehenden Kosten zu 50% ausgeglichen.“

IV. Weiterführende Erläuterungen: Kritikpunkte an PpUG und PPP-RL

Die größte Schwäche der **Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG)** liegt in ihren kleinteiligen, abteilungs- und schichtbezogenen Vorgaben für den Personaleinsatz. Diese lassen kaum Flexibilität zu, da sie nicht an die tatsächliche Belegung des Krankenhauses angepasst werden können. Zudem verursachen sie einen zusätzlichen Dokumentationsaufwand für die Einrichtungen. Hinzu kommt, dass bislang nicht nachgewiesen werden konnte, dass Pflegekräfte tatsächlich entlastet oder die Versorgungsqualität verbessert wurde. Vielmehr geben 80,4 % des Pflegepersonals an, dass die PpUG die Arbeitsbelastung nicht reduziert haben. Zudem berichten 62,9 % der befragten Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren, keine Veränderung in der Patientenversorgung infolge der PpUG festgestellt zu haben (vgl. Bericht über die Auswirkungen der Pflegepersonaluntergrenzen gemäß § 137i Absatz 6 SGB V, 2024).

Ein vergleichbares Problem besteht auch bei der **Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)**. Mit dem Ziel der Qualitätsverbesserung beauftragte der Gesetzgeber im Jahr 2016 den G-BA mit neuen, evidenzbasierten Personalvorgaben für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung. Da die zugrunde liegende Studie jedoch fachlich nicht verwertbar war, basiert die PPP-RL letztlich ohne Evidenz im Wesentlichen auf der Psychiatrie-Personalverordnung aus dem Jahr 1991. Besonders deutlich wird die unzureichende Berücksichtigung moderner Therapiekonzepte in den zentral festgelegten Minutenwerten pro Berufsgruppe. Diese bilden den tatsächlichen Versorgungsbedarf nicht ab, da starre Vorgaben den patientenindividuellen Behandlungsplänen der heutigen Versorgung widersprechen. Beispielsweise sieht die PPP-RL pauschal hohe Pflegeanteile vor, obwohl Patientinnen und Patienten mit Angststörungen, Depressionen oder Essstörungen oftmals nicht bettlägerig sind und eher therapeutische Unterstützung als klassische Pflege benötigen.

Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK) vertritt seit über 70 Jahren die Interessen von mehr als 1.000 Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken in privater Trägerschaft. Als deutschlandweit agierender Spitzenverband setzt er sich für eine qualitativ hochwertige, innovative und wirtschaftliche Patientenversorgung in Krankenhäusern und Rehabilitations-/Vorsorgekliniken ein.

Deutscher Bundestag

Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(21)

gel. VB zur öffent. Anh. am 22.06.2

18.06.2026

DPtV Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung

Bundesgeschäftsstelle
Am Karlsbad 15
10785 Berlin
Telefon 030 2350090
Fax 030 23500944
bgst@dptv.de
www.dptv.de

STELLUNGNAHME DER DEUTSCHEN PSYCHOTHERAPEUTENVEREINIGUNG (DPtV) ZUM ENTWURF EINES GESETZES ZUR STABILISIERUNG DER BEITRAGSSÄTZE IN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG

(GKV-BEITRAGSSTABILISIERUNGSGESETZ)

VOM 26.05.2026 (BT-Drucksache 21/6130)

BERLIN, 17.06.2026

Zusammenfassung

Die Einführung des § 87d SGB V führt für die Psychotherapie faktisch zu einer Rückkehr in die Logik der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV). Psychotherapeutische Leistungen, die in der Vergangenheit bewusst ausbudgetiert wurden, würden durch die Bezugnahme auf die Grundlohnsumme wieder in ein gedeckeltes Budget fallen. Weiterhin bleibt in dem Gesetzentwurf unklar, ob die bisherig extrabudgetär vergüteten psychotherapeutischen Leistungen überhaupt weiter extrabudgetär vergütet werden. Da der Bedarf an Psychotherapie weiter steigt und diese Leistungen zeitgebunden sind, werden Praxen steigenden Leistungsanforderungen nicht mehr gerecht werden können. Dies hätte zwangsläufig Mengendeckel oder Versorgungsengpässe zur Folge. Die Deutsche PsychotherapeutenVereinigung e.V. geht aufgrund der bisherigen Erfahrungen von einer drastischen Reduktion des ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsangebotes um schätzungsweise 25% aus. Dies würde die erreichten Verbesserungen in der Versorgung der letzten zehn Jahre rückgängig machen, das Sachleistungsprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung schwächen, die Weiterbildung gefährden und volkswirtschaftlich hohe Folgekosten erzeugen. Studien zeigen, dass jeder Euro, der in ambulante Psychotherapie investiert wird, einen gesamtgesellschaftlichen Nutzen von zwei bis vier Euro erzeugt, unter anderem durch vermiedene Krankenhausaufenthalte oder reduzierte Arbeitsausfälle.

Einleitung

Die Deutsche PsychotherapeutenVereinigung (DPtV) nimmt im Folgenden ausschließlich zu den Regelungen des Gesetzentwurfs der Bundesregierung zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz, BT-Drucksache 21/6130, nachfolgend "RegE") Stellung, die unmittelbar die psychotherapeutische Versorgung betreffen.

Das Ziel, die Ausgaben im Bereich der GKV passgenauer zu steuern, ist grundsätzlich zu begrüßen. Die DPtV hat allerdings kein Verständnis dafür, dass diese Einsparungen mit nur wenigen gesetzlichen Ausnahmen und nur sehr eingeschränkten Möglichkeiten der Abweichung durch die Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung ohne Rücksicht auf die Versorgungsnotwendigkeit und die Versorgungsrealität gleichsam "mit der Gießkanne" auf die Leistungserbringer verteilt werden. Der RegE unterscheidet bei der Umsetzung der Vorschläge der Finanzkommission Gesundheit (nachfolgend "FKG") kaum zwischen Empfehlungen der Kategorie A und der Kategorie B arbeitet und u.a. im Bereich der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung zwei Empfehlungen ein, die "mit

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

unsicheren oder potenziell negativen Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung, Zugang oder Verteilungsgerechtigkeit" einhergeht.

I. Gesamtvergütung für die EGV (Einfügung eines § 87d SGB V)

§ 87d SGB V i.d.F. des RegE sieht die Einführung einer von den Krankenkassen mit schuldbefreiender Wirkung zu zahlenden Gesamtvergütung auch für die Versorgung mit extrabudgetären vertragsärztlichen Leistungen ("EGV") vor (Abs. 1). Die Entwicklung der Gesamtvergütung wird an die Änderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied gem. § 71 Abs. 3 gebunden (Abs. 2), wobei die Obergrenze durch eine Änderung des § 71 Abs. 3 für die Jahre 2027 bis 2029 noch zusätzlich gesenkt werden soll. Die Verteilung der Gesamtvergütung für die EGV obliegt wie in der MGV den KVen. § 87d Abs. 4 RegE nennt wenige Bereichsausnahmen, überlässt dann allerdings dem Bewertungsausschuss die Entscheidungsmöglichkeit, unter bestimmten Voraussetzungen Beschlüsse über die Ausbudgetierung aus der EGV zu treffen.

Die DPtV lehnt diesen Entwurf sowohl aus strukturellen Gründen als auch speziell mit Blick auf die ambulante psychotherapeutische Versorgung ab.

1. Doppelstruktur ohne Mehrwert

Mit § 87d i.d.F. des RegE würden MGV und EGV gleichermaßen durch einen Gesamtvergütungsvertrag geregelt und durch einen Verteilungsmaßstab an die Vertragsärzteschaft zugewiesen werden. MGV und EGV würden sich im Wesentlichen nur noch insofern unterscheiden, als bei der Entwicklung der MGV weiter der nicht vorhersehbare Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs, Veränderungen der Morbiditätsstruktur und die demographische Entwicklung zu berücksichtigen sind, während bei der EGV die Mengensteigerungen zu Grunde zu legen sind. Massiv eingehegt und wohl annähernd nivelliert würde dieser verbleibende strukturelle Unterschied zwischen MGV und EGV jedoch dadurch, dass beide Gesamtvergütungen höchstens um die Grundlohnsummenentwicklung nach § 71 Abs. 3 SGB V weiterentwickelt werden können - in den Jahren 2027 bis 2029 aufgrund des in § 71 Abs. 3 Satz 4 RegE angelegten Moratoriums sogar abzüglich 1 %. Faktisch wird damit eine bürokratische Parallelstruktur geschaffen, die zu einer **Erhöhung des Verwaltungsaufwandes** und zu einer **Zunahme von Rechtsstreitigkeiten** mit Blick auf die Frage der Verteilungsgerechtigkeit der EGV führt.

a. Die DPtV erkennt in dieser **strukturellen Doppelung** auch **keinen effektiven Nutzen**. Schon heute beschließen GKV-SV und KBV gemeinsam als Bänke des Bewertungsausschusses über die Ausbudgetierung von Leistungen aus der EGV, aber ggf. auch über die Rückführung ausbudgetierter Leistungen in die MGV. Diese Möglichkeit besteht, um der Entwicklung von Versorgungsbedarfen mit bestimmten vertragsärztlichen Leistungen (wie den Akutbehandlungen, psychotherapeutischen Sprechstunden, den probatorischen Sitzungen und der Richtlinien-Psychotherapie, s. unter 2.) Rechnung zu tragen oder einer besonderen Förderungswürdigkeit von Leistungen aus qualitativen oder volkswirtschaftlichen Gründen Rechnung zu tragen. Durch § 87d Abs. 2 Satz 3 i.d.F. des RegE würden den Parteien der

gemeinsamen Selbstverwaltung nun Beschlüsse über aus der Gesamtvergütung für die EGV ausbudgetierte Leistungen treffen, die konsistent zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden. Beschlüsse des Bewertungsausschusses über die Ausbudgetierung bestimmter Leistungen aus der MGV wurden auch in der Vergangenheit nicht grundlos getroffen. § 87d Abs. 2 hat daher keinen Mehrwert. Soweit es um die Verpflichtung zu einer jährlichen Evaluation der Ausbudgetierung (§ 87d Abs. 4 Satz 4 RegE) oder die Schaffung einheitlicher Kriterien für die Ausbudgetierung (§ 87d Abs. 4 Satz 2 RegE) geht, könnte dieses Ziel auch ohne Weiteres im Rahmen der heutigen Struktur erreicht werden.

b. Unklar bleibt überdies, ob bestehende Beschlüsse über die Ausbudgetierung und Vergütung nach den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung bestehen bleiben oder zunächst alle ausbudgetierten Leistungen außer den unmittelbar in § 87d Abs. 4 Satz 1 RegE genannten in die Gesamtvergütung der EGV überführt werden und es dann eines neuen Beschlusses des BewA bedürfte, der zeitlich erst nach Vorliegen des Beschlusses über Kriterien nach § 87d Abs. 4 Satz 2 RegE getroffen werden könnte. Wäre dies so, gliche die Regelungsstruktur einer Achterbahnfahrt: Eine Leistung, die besonders förderungswürdig ist oder für die ein besonders hoher Versorgungsbedarf besteht, würde dennoch erst wieder (dann in die EGV) budgetiert und könnte erst dann durch einen Beschluss erneut ausbudgetiert werden, nachdem der Bewertungsausschuss generelle Kriterien für die Ausbudgetierung aus der EGV nach § 87d Abs. 4 Satz 2 RegE beschlossen hätte. Die DPtV sieht auch insoweit nicht, welchen zusätzlichen Nutzen diese Regelung gegenüber einem einfachen Auftrag brächte, (fort)bestehende Beschlüsse über Ausbudgetierungen turnusmäßig zu evaluieren.

2. Fehlannahmen und katastrophale Folgen mit Blick auf die Psychotherapie und der neuropsychologischen Therapie

a. § 87 Abs. 2c Satz 8 SGB V (i.d.F. des RegE Satz 7) regelt das durch den Bewertungsausschuss zu konkretisierende Gebot einer angemessenen Vergütung je Zeiteinheit für die vertragspsychotherapeutischen Leistungen. Da die Regelung die seit 1999 vorangegangene Rechtsprechung des BSG überformt hat und diese auf verfassungsrechtlichen Implikationen beruht, indem sie die Grenze zum Willkürverbot bei der Honorierung und Honorarverteilung markiert (*std. Rspr. seit BSG, Urt. V. 20.1.1999 = BSGE 83, 205; v. 25.8.1999 = BSGE 84, 235; v. 12.9.2001 = BSGE 89, 1)*, stellt auch der RegE § 87 Abs. 2c Satz 8 SGB V folgerichtig nicht zur Disposition. § 87d Abs. 1 RegE könnte daher, soweit für psychotherapeutische Leistungen weiterhin zunehmende Versorgungsbedarfe zu verzeichnen wären, nur durch Regelungen zu **Leistungsmengenbegrenzungen mit Abstaffelung der Vergütung** oder ähnlichen Instrumenten bei Überschreitung umgesetzt werden. Diese Regelungen haben vor der Ausbudgetierung zum 1.1.2013 in Form von Zeitkontingenten für die genehmigungspflichtigen und zeitgebundenen und Zusatzkontingenten für die weiteren Leistungen bereits existiert. Der Beschluss über die Ausbudgetierung sah bereits vor, dass die Partner der Gesamtvergütungs- bzw.

Honorarverteilungsverträge regional weiterhin Begrenzungsregelung vorsehen konnten. Davon wurde auch vielfach Gebrauch gemacht, jedoch wurden diese Regelungen sukzessive abgeschafft. Das geschah nicht grundlos und “ohne Not”, sondern aufgrund der Umstände, die auch und selbst die FKG benennt:

> *“Zwischen 2015 und 2025 lag die durchschnittliche jährliche Steigerung der Ausgaben bei circa 7 % [...] Gleichzeitig steigt die administrative Prävalenz psychischer Erkrankungen, also die Häufigkeit entsprechender Diagnosen in den Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung, in der Bevölkerung sowie die Zahl der AU-Tage aufgrund psychischer Erkrankungen (Dehl et al. 2024 S. IX; Robert Koch-Institut 2025b). Dies weist auf einen wachsenden Versorgungsbedarf hin und unterstreicht die Bedeutung einer transparenten und steuerbaren Vergütungssystematik. Ein Abflachen der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen ist in den verfügbaren Daten bislang nicht erkennbar” (FinanzKommission Gesundheit, Erster Bericht v 30.3.2026; S. 136)*.

Hintergrund der Ausbudgetierung 2013 und der über mehrere Jahre hinweg erfolgten Abschaffung von Mengenkontingentierungen mit Zustimmung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen im jeweiligen KV-Bezirk war sicher nicht, eine ungesteuerte angebotsinduzierte Mengenausweitung zuzulassen. Vielmehr ging und geht es weiterhin um die steigende Prävalenz psychischer Erkrankungen und Versorgungsbedarfe, die aufgrund der strikten Zeitgebundenheit von 90 % der Leistungen auch nicht durch eine Leistungsverdichtung innerhalb der gleichen Arbeitszeit befriedigt werden können. Es geht in diesem Fall gerade nicht lediglich um ein Honorarverteilungsproblem, dass die KVen zu lösen hätten, und auch nicht um ein Problem der regionalen Verteilung vertragsärztlicher Zulassungen. **Mengenbegrenzungsregelungen mit abgestaffelten Vergütungen bei der Verteilung der EGV** werden in der Vertragspsychotherapie vielmehr zwangsläufig dazu führen, dass **gegenüber 2025** - erwartbare - **zunehmende Leistungsbedarfe aufgrund fehlender Vergütung nicht im Sachleistungssystem des SGB V befriedigt werden können.**

Erst recht und in nochmals erhöhtem Ausmaß wird sich diese Folge für die **Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie** ergeben. Die DPtV hält es in ganz besonderem Maße für verfehlt, wenn verdrängt wird, dass u.a. die langfristigen Folgen der Covid-Pandemie zur Zunahme von Leistungsbedarfen in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie führen (vgl. etwa die zuletzt 2025 aktualisierte COPSY-Längsschnittstudie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, researchsquare.com/article/rs-8260872/v1).

Für die neuropsychologische Psychotherapie und die Leistungen nach Abschnitt 30.11. EBM gilt dies gleichermaßen.

b. **Volkswirtschaftlich** wäre diese Entwicklung der Studienlage nach vollkommen **kontraproduktiv.** So hat bereits eine große von der Techniker Krankenkasse erstellte Studie aus dem Jahr 2011 ergeben:

> *"Die im Modellvorhaben beobachtete Effektgröße von 1,0 dokumentiert eine beeindruckende Leistung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, die im oberen Bereich internationaler metaanalytischer Vergleichsuntersuchungen liegt [...] Eine ökonomische Bewertung von Interventionen ist möglich, auch wenn keine direkten und indirekten Kosten und Nutzenaspekte vorliegen [...] Die Modellrechnung in Abschnitt 5.4.12 demonstriert, dass sich jeder in die Psychotherapie investierte Euro gesamtgesellschaftlich gesehen mehr als zweifach auszahlt – selbst wenn man davon ausgeht, dass der Therapieeffekt nur ein Jahr lang anhält. Setzen wir nun die anderen drei Schätzungen dieses Parameters ein, so führen wir eine Sensitivitätsanalyse durch. Die Bandbreite reicht deshalb von Schätzungen zwischen 2 bis 4 Euro an gesamtgesellschaftlichem Nutzen, pro in die ambulante Psychotherapie investiertem Euro. Angesichts der Tatsache, dass die hier gemessenen Therapieeffekte zwischen Entlassung und Katamnese stabil sind, könnte man ebenso von einem Anhalten der Effekte über mindestens zwei oder auch drei Jahre hinweg ausgehen. Ambulante Psychotherapie ist also keine Kostenverschwendung, ambulante Psychotherapie rechnet sich! Dies bedeutet für erfolgreich behandelte Patienten nicht nur eine nachhaltige Verbesserung ihrer Lebensqualität, sondern auch ihrer Arbeitsfähigkeit. Somit zeugen die im Modellvorhaben gemessenen Effektstärken nicht zuletzt von einem erheblichen und (volks-) wirtschaftlich relevanten Kosten-Nutzen Potential der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung."* (so die Zusammenfassung in: Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie, Abschlussbericht zum Modellvorhaben der Techniker Krankenkasse nach § 63 Abs. 1 SGB V, S. 163).

Die Erstreckung des § 87d Abs. 1 RegE auf die psychotherapeutische Akutbehandlung, Sprechstunde, Probatorik und Richtlinien-Psychotherapie würde nicht zu Einsparungen führen, sondern im Gegenteil einen Ausgabenzuwachs durch vermehrte stationäre Behandlungen, längere AU-Zeiten und Erwerbsminderungsrenten bewirken. Das ist volkswirtschaftlich verfehlt.

c. Die Parteien der Selbstverwaltung haben mit der Ausbudgetierung 2013, aber auch mit der Einführung der Strukturzuschläge 2016 verschiedene Bemühungen unternommen, um die **Auslastung vertragspsychotherapeutischer Zulassungen** zu verbessern. Das Bundesverfassungsgericht hat *(wie zuvor das BSG, Urt. V. 26.6.2019 - B 6 KA 8/18 R, Rn. 19 – juris)* entschieden, dass sich die Funktion des EBM nicht nur in der Bewertung vertragsärztlicher Leistungen erschöpfe, sondern ihm eine Steuerungswirkung zukomme. Ausdrücklich hat es den Zweck von Mechanismen im EBM gebilligt,

> *"einen nicht ausgeschöpften Versorgungsauftrag bei gleichbleibendem Arbeitspensum zu reduzieren, um so den Zuschlag mit einer geringeren Mindestpunktzahl zu erreichen. Dadurch können neue Psychotherapeuten zugelassen werden, was die Versorgungssituation zu Gunsten gesetzlich*

Versicherter verbessert. Von zwei Ärzten mit jeweils einem halben, aber ausgeschöpften Versorgungsauftrag werden mehr Leistungen erbracht, als von einem Arzt mit einem vollen, aber nicht ausgeschöpften Versorgungsauftrag." (BVerfG, Beschluss v. 20.3.2023 - 1 BvR 669/18 und 1 BvR 732/18, Rn. 36 – juris).

Diese Strategie war erfolgreich. Zwischenzeitlich beruhen ca. 70 % der Versorgungsaufträge in der Bedarfsplanungsgruppe der Psychotherapeuten auf Teilzulassungen, die besser ausgelastet werden. Das belegt, dass die **Entwicklung der Leistungsmenge im System der Vertragsversorgung gewollt und durch entsprechende Steuerungsmechanismen gefördert** worden ist, mithin nicht auf einer angebotsinduzierten Mengenausweitung beruht, sondern einem wachsenden Versorgungsbedarf Rechnung trägt. Diese Bemühungen werden, soweit auch in den nächsten Jahren noch zunehmende Versorgungsbedarfe in der Psychotherapie zu erwarten sind, durch § 87d SGB V konterkariert.

d. Aus Sicht der DPtV wäre damit auch die weitergehende Aushöhlung des Sachleistungsprinzips vorprogrammiert. Versicherten würde zunehmend wieder erschwert, eine notwendige ambulante Psychotherapie im System der Sachleistung (§ 2 Abs. 2 SGB V) zu erhalten. Fälle des **Systemversagens nach § 13 Abs. 3 SGB V** nähmen abermals zu. Zwangsläufige Folge wäre eine **Zunahme der Kostenerstattungspsychotherapie**. Da die Abrechnung von unaufschiebbaren, aber nicht als Sachleistung verfügbaren ambulanten psychotherapeutischen Leistungen auf der Grundlage der GOP/GOÄ einzeln und ohne Budgetierung erfolgt, wäre dadurch nichts gespart, sondern nur das Sachleistungsprinzip entwertet.

e. § 87d SGB V würde erhebliche **Auswirkungen auf die Sicherstellung** der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung erzeugen: Der Bundesregierung ist bekannt, dass die ungeklärte Refinanzierung finanzieller Mehrbedarfe aufgrund der Überführung der psychotherapeutischen Ausbildung in die Weiterbildung und damit einhergehend der (von der DPtV gewollten) Sozialversicherungspflicht und Anwendbarkeit des Arbeitsrechts während der Weiterbildung bereits jetzt zu einem erheblichen **Engpass an Weiterbildungsplätzen** führt. Eine Kontingentierungsregelung mit abgestaffelter Vergütung für die ambulante Psychotherapie führte zu einer Ausweitung der Refinanzierungslücken und folglich zu einer Verschärfung des sich schon jetzt abzeichnenden "Flaschenhalses" in der Weiterbildung.

Erst mit Wirkung vom 20.2.2025 wurde § 32 Abs. 3 Satz 2 Ärzte-ZV durch die Fünfte Verordnung zur Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte eingefügt. Danach ist in den Fällen der ambulanten Weiterbildung nach § 95c Abs. 1 Satz 1 Nr. 2. Zu Fachpsychotherapeut*innen eine Vergrößerung der Kassenpraxis bei vollem Versorgungsauftrag auf das 1,5 fache zulässig, ohne dass ein Verstoß gegen § 32 Abs. 3 Satz 1 Ärzte-ZV vorliegt. Schutzzweck ist es, zur Refinanzierung der Weiterbildung beizutragen, indem zumindest bis zu diesem Wachstum der weiterbildenden Praxis Sicherheit vor Regressen besteht. Wird der Leistungszuwachs unter Budgetbedingungen aber gar nicht mehr vergütet, ist auch

§ 32 Abs. 3 Satz 2 Ärzte-ZV wertlos. Aus Sicht der DPtV setzt sich die Bundesregierung zu ihren eigenen Absichten in Widerspruch.

Die DPtV ist folglich der Meinung, dass § 87d RegE **insgesamt aufgegeben** werden sollte. Soweit an der Einführung einer an § 71 Abs. 3 SGB V gebundenen Gesamtvergütung für Leistungen der EGV festgehalten werden soll, wird folgende Ergänzung des § 87d Abs. 4 Satz 1 RegE um Nr. 5 vorgeschlagen:

> *5. Leistungen der psychotherapeutischen Behandlung nach § 28 Absatz 3 Satz 1 und der neuropsychologischen Psychotherapie.*

II. Weitere Änderungsbedarfe für die ambulante Vertragspsychotherapie

1. § 87 Abs. 2c Satz 8 i.d.F. des RegE

§ 87 Abs. 2c Satz 8 RegE schafft die Zuschläge in Höhe von 15 % für die höchstens zehn ersten psychotherapeutischen Leistungen im Rahmen des ersten Therapieblocks einer neuen Kurzzeittherapie (nachfolgend “KZT”) ab.

a. Die DPtV merkt zunächst die Inkonsistenz zwischen der Regelung und der Begründung an. Nach der Begründung stellen nicht durch die Selbstverwaltung vereinbarte, sondern direkt durch den Gesetzgeber festgelegte Zuschläge auf bestimmte Leistungen einen unverhältnismäßigen Eingriff in die Kernkompetenz der Selbstverwaltung mit dem Risiko einer Fehlsteuerung der Vergütungsausgestaltung dar. Konsequenterweise müsste es also der Selbstverwaltung überlassen bleiben, Zuschläge zur Versorgungssteuerung zu regeln. Der Wortlaut § 87 Abs. 2c Satz 8 RegE verbietet die Gewährung der bisher in den Sätzen 9 und 10 geregelten Zuschläge und wäre einem abweichenden Beschluss nicht zugänglich. Es ist demnach unklar, ob ein Verbot dieser Zuschläge oder eine Abschaffung unter dem Vorbehalt eines die Zuschläge bestätigenden Beschlusses des Bewertungsausschusses gewollt ist.

b. Aus Sicht der DPtV spricht die bisherige Datenlage dafür, dass die Zuschläge ihren Zweck erfüllen. Die KZT wurde 2017 im in zwei Blöcke zu je 12 Stunden aufgeteilt. Vorangegangen waren unterschiedliche Versorgungsanalysen, welche zeigten, dass ein relevanter Anteil der Patientinnen und Patienten die Therapie innerhalb dieser 12 Stunden abschließt. Durch diese Festlegung wurden somit lediglich bereits etablierte Therapieschritte manifestiert. Eine Datenanalyse der DPtV aus dem Jahr 2023 auf Grundlage von KBV-Daten zeigt, dass diese Regelung in der Versorgungsstruktur wirkt. Über alle Richtlinienverfahren betrachtet konnte festgestellt werden, dass in der Teilkohorte der beendeten Therapien 30 % bis zur 12. Sitzung abgeschlossen und weitere 47 % bis zur 24. Sitzung abgeschlossen werden konnten. Für die Analyse der Wirkweise der Zuschläge sollte die Entwicklung des Anteils der KZT an der Richtlinienpsychotherapie in der Zeit nach Einführung der Zuschläge herangezogen werden. Danach ist der Anteil der KZT von 46 % im Jahre 2021 auf 51 % im Jahr 2023 gestiegen. Zudem wird – wiewohl das

BSG darüber noch entscheiden wird – die Zuschläge teilweise auf den Soll-Umsatz zur Ermittlung einer angemessenen Vergütung je Zeiteinheit angerechnet.

Daher plädiert die DPtV eindringlich dafür, von der Streichung des § 87 Abs. 2c Sätze 9 und 10 (in der bisherigen Fassung) Abstand zu nehmen.

Die Zuschläge zu den ersten Sitzungen einer psychotherapeutischen Kurzzeittherapie incentivieren kürzere Therapiedauern und sparen dadurch bisher erheblich Kosten ein. Eine Steigerung der Kurzzeittherapien im Vergleich zu Langzeittherapien um 5% (siehe oben) innerhalb von zwei Jahren, zeigt eindrucksvoll die vorhandenen Kosteneinspareffekte der Zuschläge. Des Weiteren wird durch die Wegnahme der Zuschläge das Instrument der Kurzzeittherapie erheblich geschwächt, das psychotherapeutische Versorgung schnell, wirksam und effizient an die Patient*innen bringt. Diese kompakten und versorgungseffizienten Leistungen der Kurzzeittherapie ermöglichen höhere Aufnahmekapazitäten in den Psychotherapiepraxen und kompensieren den erhöhten Aufwand für Dokumentation, zusätzlicher Diagnostik, interdisziplinärer Zusammenarbeit und den Aufbau einer gelingenden therapeutischen Arbeitsbeziehung.

Wir möchten daran erinnern, dass es der Bundesregierung darum geht, Kosteneinsparungen im Bereich der Gesundheitsausgaben zu ermöglichen. Versorgungsinstrumente einzukürzen, die die Aufnahmekapazitäten im ambulanten psychotherapeutischen Bereich erhöhen und damit kostenintensive stationäre Behandlungen, lange AU-Zeiten und Frühberentungen verhindern, kann nicht im Sinne von insgesamten Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen sein.

2. § 120 Abs. 2 Satz 2, 2. Halbsatz SGB V RegE

§ 120 Abs. 2 Satz 2 SGB V soll folgende Fassung erhalten:

> *Die Vergütung wird von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Hochschulen oder Hochschulkliniken, den Weiterbildungsambulanzen, den Krankenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen im Land vereinbart; die Höhe der Vergütung für die Leistungen der jeweiligen Hochschulambulanz gilt auch für andere Krankenkassen im Inland, wenn deren Versicherte durch diese Hochschulambulanz behandelt werden; <u>§ 71 Absatz 1 bis 3 gilt.</u>*

§ 120 Abs. 2 Satz 2 erstreckt sich auch auf die Vergütung der Weiterbildungsambulanzen nach § 117 Abs. 3b SGB V (§ 120 Abs. 2 Satz 1 SGB V). Weitere Vorgaben für die Ausgestaltung deren Vergütung enthält § 120 Abs. 2 Sätze 8 und 9.

Die DPtV hat (wie z.B. auch die BPtK) bereits mehrfach darauf hingewiesen, dass gegenwärtig ein eklatanter Mangel an Weiterbildungsplätzen droht, weil Refinanzierungsfragen ungeklärt sind (s.o. unter I.2.). Tatsächlich bieten bislang aus diesem Grunde auch nur wenige Träger bisheriger Ausbildungsinstitute auf der Grundlage einer Ermächtigung als Weiterbildungsambulanz die ambulante Weiterbildung an. Der

Gesetzgeber hat auf diesen Umstand damit reagiert, die Vergütung der Weiterbildungsambulanzen aus § 117 Abs. 3c SGB V herauszulösen und in § 120 Abs. 2 Sätze 1, 8 und 9 SGB V zu regeln. Derzeit fehlt es für den Abschluss von Vergütungsvereinbarungen jedoch noch an validen Daten, die z.B. auch die Durchführung von Schiedsverfahren vor der Schiedsstelle nach § 18a KHG ermöglichen. Die Träger der Weiterbildungsambulanzen haben daher nach dem Informationsstand der DPtV massiven Bedarf an Übergangsvereinbarungen auf der Grundlage einer EBM-analogen Vergütung, damit überhaupt Weiterbildungsplätze angeboten und reliable Daten zum Finanzierungsbedarf erhoben werden können. Wenn eine Überprüfung solcher "Brückenvereinbarungen" anhand der Daten allerdings nicht möglich ist, weil jede Entwicklung auf die Entwicklung der Grundlohnsumme (abzüglich 1 %) gedeckelt ist, wird der Mangel an Weiterbildungsplätzen absehbar vertieft. Dies lässt sich mit einfachen Mitteln vermeiden, sodass die DPtV folgende Ergänzung des § 120 Abs. 2 Satz 2 SGB V vorschlägt:

Die Vergütung wird von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Hochschulen oder Hochschulkliniken, den Weiterbildungsambulanzen, den Krankenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen im Land vereinbart; die Höhe der Vergütung für die Leistungen der jeweiligen Hochschulambulanz gilt auch für andere Krankenkassen im Inland, wenn deren Versicherte durch diese Hochschulambulanz behandelt werden; § 71 Absatz 1 bis 3 gilt, für die Vergütung der Weiterbildungsambulanzen allerdings erstmals bei Abschluss oder Festsetzung der auf die erste Vergütungsvereinbarung für die Weiterbildung folgenden Vereinbarung.

Deutscher Bundestag

Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(22)

gel. VB zur öffent. Anh. am 22.06.2

18.06.2026

STELLUNGNAHME

der

ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V.

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)

(BT-Drs. 21/6130)

vom 18. Juni 2026

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Grundsätzliches

Mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz will die Bundesregierung auf die aktuellen finanziellen Herausforderungen für die gesetzliche Krankenversicherung reagieren. Sie greift dafür umfangreich auf Vorschläge der Finanzkommission Gesundheit zurück, ergänzt diese aber auch um neue Maßnahmen wie die Erhöhung des Apothekenabschlags. Das übergeordnete Ziel einer Stabilisierung der GKV-Finanzen wird von der ABDA unterstützt. Wir kritisieren allerdings, dass entgegen der öffentlichen Darstellung der Gesetzesinhalte, wonach alle Beteiligten gleichermaßen belastet werden sollen, eine überproportionale und nicht gerechtfertigte Belastung der Apotheken vorgesehen ist, während andere deutlich wirksamere Vorschläge der Finanzkommission Gesundheit (z. B. die konsequente Finanzierungsumstellung versicherungsfremder Leistungen von Beiträgen auf Steuern) nicht aufgegriffen wurden. Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme vom 12. Juni 2026 ebenfalls eine solche zusätzliche finanzielle Belastung der Apotheken durch Erhöhung des Abschlags abgelehnt (BR-Drs. 256/26, Seite 21).

Die Apotheken haben angesichts der von 2013 bis Mitte 2026 unterbliebenen Anpassung des Packungsfixums an die zwischenzeitlichen Kostensteigerungen bereits in den letzten Jahren erhebliche Sparbeiträge in Milliardenhöhe zugunsten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht. Seitens der Regierungskoalition ist dies anerkannt und soll durch die kürzlich beschlossene Erhöhung des Packungsfixums zumindest partiell ausgeglichen werden. Selbst dieser partielle Ausgleich erfolgt aber lediglich zeitlich gestaffelt. Mit dem jetzigen Gesetz soll hingegen durch die Erhöhung des Apothekenabschlags eine weitere Reduzierung der Apothekenhonorierung erfolgen, die direkt auf das Betriebsergebnis durchschlagen wird. Eine derartige Konterkarierung der im Koalitionsvertrag vereinbarten Maßnahmen wird seitens der ABDA strikt abgelehnt. Sie würde im Ergebnis darauf hinauslaufen, den Apotheken eine dringend notwendige strukturelle Stärkung zunächst in Aussicht zu stellen, sie aber zugleich durch eine neue Abschlagserhöhung wieder teilweise zu neutralisieren. Dies wäre kein tragfähiger Beitrag zur Stabilisierung der flächendeckenden Arzneimittelversorgung. Die Apotheken benötigen eine verlässliche Verbesserung ihrer wirtschaftlichen Rahmenbedingungen; ein gesetzgeberisches „Geben und Wieder-Nehmen“ würde demgegenüber weder Planungssicherheit schaffen noch den erklärten politischen Zielen einer Stärkung der Apotheken vor Ort gerecht werden.

Nachstehend nehmen wir zu einzelnen apothekenrelevanten Inhalten des Gesetzentwurfs Stellung.

Zu Artikel 1 Nummer 47 (§ 130 SGB V): Erhöhung des Apothekenabschlags

Seit Jahren sind Apotheken mit steigenden Kosten konfrontiert, während das Apothekenhonorar in Form des Packungsfixums erst jetzt – nach einer Zeitspanne von 13 Jahren – erstmals wieder erhöht wurde (allerdings bei weitem nicht in Höhe der zwischenzeitlichen Inflation und Kostenentwicklung der Apothekenbetriebe). Die wirtschaftlichen Herausforderungen führen zunehmend zu Apothekenschließungen: Seit 2008 hat rund jede fünfte Apotheke ihren Betrieb eingestellt. Damit liegt Deutschland bei der Apothekendichte im europäischen Vergleich weit hinten. Die ABDA fordert nachdrücklich die Streichung der vorgesehenen Erhöhung des Abschlags. Der Bundesrat verweist in seiner bereits einleitend zitierten Stellungnahme zutreffend auf die seit Jahren rückläufige Zahl der Apotheken, die angespannte wirtschaftliche Lage vieler Betriebe, steigende Personal-, Energie- und Betriebskosten sowie das seit 2013 unveränderte Fixum der Apothekenvergütung. Diese Erwägungen entsprechen der Bewertung der ABDA.

Die vorgesehene Erhöhung des Apothekenabschlags darf im weiteren Gesetzgebungsverfahren nicht als Bestandteil eines politischen Ausgleichs mit einer künftigen Erhöhung des Apothekenfixums verstanden oder relativiert werden. Aus Sicht der ABDA wäre eine solche Verknüpfung keine tragfähige Lösung. Die Apotheken benötigen eine echte strukturelle Stärkung ihrer Vergütung. Eine Erhöhung des Fixums würde ihren Zweck verfehlen, wenn sie zugleich durch eine Erhöhung des Apothekenabschlags teilweise wieder abgeschöpft würde. Die Erhöhung des Apothekenabschlags käme wirtschaftlich einer unmittelbaren Absenkung der Apothekenvergütung gleich und würde die mit der Erhöhung des Apothekenfixums bezweckte Stärkung der Apotheken vor Ort teilweise wieder aufzehren. Maßgeblich muss vielmehr sein, die wirtschaftliche Grundlage der Apotheken nachhaltig zu stabilisieren und die flächendeckende, wohnortnahe Arzneimittelversorgung verlässlich zu sichern.

Die jährlichen Milliardendefizite der Krankenkassen lassen sich darüber hinaus nicht durch Einsparungen im Bereich der Apotheken ausgleichen, wenn dadurch die durch die Apotheken sichergestellte Versorgungsstruktur angegriffen wird. Es ist außerdem zu beachten, dass die Apotheken auch durch andere Maßnahmen des Gesetzentwurfs erheblich belastet werden, obwohl sie nicht unmittelbare Adressaten sind (Inkasso Herstellerabschläge, Umsetzung Rabattverträge bei patentgeschützten Arzneimitteln, erhöhte Zuzahlungen bei den Versicherten etc.).

Zudem ist vorgesehen, den erhöhten Apothekenabschlag unbefristet einzuführen. Eine dauerhafte Sonderbelastung der Apotheken ohne zeitliche Begrenzung lehnen wir ab. Angesichts der angespannten wirtschaftlichen Situation der Apotheken ist zumindest eine Befristung des Abschlags erforderlich, die mit einer regelmäßigen Überprüfung der Notwendigkeit und Angemessenheit vor dem Hintergrund der Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung in Verbindung steht.

Zusätzlich ist der Abschlag gesetzlich weiterhin als Bruttobetrag festgelegt. Dies kann dazu führen, dass Änderungen der Umsatzsteuerbelastung von Arzneimitteln zu zusätzlichen, sachlich nicht gerechtfertigten finanziellen Belastungswirkungen für die Apotheken führen. Um dies zu vermeiden, regen wir daher an, den Abschlag in § 130 Absatz 1 SGB V künftig als Nettobetrag auszuweisen.

Zu Artikel 1 Nummer 10 Buchstabe b (§ 31 Absatz 6 SGB V): Leistungsausschluss für Cannabisarzneimittel in Form von Blüten

Der Ausschluss von Cannabisblüten von der Versorgung zulasten der GKV darf nicht zu Ausweichentwicklungen in den unkontrollierten Selbstzahlermarkt führen. Damit würden insbesondere solche digitalen Vertriebs- und Plattformstrukturen gestärkt, die aktuell im Rahmen der geplanten Änderungen des Medizinal-Cannabisgesetzes ausdrücklich regulatorisch begrenzt werden sollen. Vor diesem Hintergrund regt die ABDA ergänzend an, das Gesetz zur Änderung des Medizinal-Cannabisgesetzes schnellstmöglich in der geplanten Fassung im Sinne der Patientensicherheit umzusetzen. Weiterhin müssen sowohl die bereits geltenden als auch die künftigen apotheken- und heilmittelwerberechtlichen Regularien seitens der zuständigen Behörden konsequent durchgesetzt werden.

Zu Artikel 1 Nummer 23 (§ 61 SGB V): Erhöhung von Zuzahlungen der Versicherten

Apotheken haben gemäß § 43c Absatz 1 SGB V die Zuzahlung von den Versicherten einzuziehen und mit ihrem Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse zu verrechnen. Dieses Instrument dient der finanziellen Entlastung der Krankenkasse. GKV-Versicherte leisten nach § 61 SGB V Zuzahlungen und beteiligen sich damit an den Kosten bestimmter Leistungen. Ziel ist eine Lenkungswirkung, also eine kostenbewusste und verantwortungsvolle Inanspruchnahme medizinischer Leistungen.

Wir weisen auf den erhöhten Aufwand hin, der bei einer Erhöhung von Zuzahlungen für Versicherte in Apotheken entsteht. Der administrative und finanzielle Aufwand für Apotheken steigt, da sie das Inkasso höherer Zuzahlungen übernehmen und damit verbundene Mehrkosten für zunehmend unbare Zahlungen sowie Zahlungsausfall- und Prozessrisiken tragen müssen. Zudem entsteht gerade zu Beginn der Erhöhung im Apothekenalltag ein erheblicher zusätzlicher Aufwand im Hinblick auf die Patientenaufklärung, insbesondere darüber, dass die Apotheken die Gebühren auf gesetzlicher Grundlage für die Krankenkassen einziehen, diese nicht im Zusammenhang mit den tatsächlichen Kosten des Arzneimittels stehen und Apotheken daraus kein finanzieller Vorteil entsteht.

Zudem verzichten ausländische Versandapotheken abweichend von den Vorgaben des SGB V und des Rahmenvertrages oft auf Zuzahlungen als gezieltes Marketinginstrument. Dies führt zu Wettbewerbsverzerrungen zu Lasten der Apotheken vor Ort. Wir fordern, die Zuzahlungspflicht auch für Versandapotheken durchzusetzen und hierbei andere Wege als den derzeit vorgesehenen über die Paritätische Stelle nach § 129 Absatz 4 SGB V i. V. m. Anlage 7 des Rahmenvertrages zu gehen. Die derzeit geltende Regelung ist, wie wir umfänglich in unseren Stellungnahmen zum Apothekenversorgungs-Weiterentwicklungsgesetz (ApoVWG) vorgetragen haben, nicht geeignet, um dem Agieren ausländischer Versender effektiv entgegenzutreten. Insbesondere die haftungsrechtlichen Risiken der Mitglieder der Paritätischen Stelle stehen dem angesichts von Größe und Finanzkraft der zu Sanktionierenden als unüberwindliches Hindernis entgegen. Im SGB V sollten klare, effektiv sanktionierbare Vorschriften hinsichtlich des Verbots eines Zuzahlungsverzichts als Marketinginstrument verankert werden.

Zu Artikel 1 Nummer 46 (§ 127 SGB V): Vergütung der Hilfsmittelversorgung

Die Neuregelung in § 127 Absatz 1b SGB V bedeutet nicht nur empfindliche Einbußen zulasten der Leistungserbringer im Hilfsmittelmarkt. Diese haben angesichts der Marktmacht der Hersteller keine Möglichkeit, den nun eintretenden Verlust weiterzugeben. Die Regelung stellt vor allem einen systemwidrigen Eingriff in das Preisbildungssystem dar. Die Vergütung wird, wie die anderen Vertragsbedingungen auch, in einem komplexen und intensiven Verfahren zwischen einzelnen Krankenkassen und Leistungserbringern (bzw. deren Verbänden) ausverhandelt. Hierbei finden verschiedene einzelfallbezogene Umstände Berücksichtigung, wie etwa die zu verhandelnden Hilfsmittelproduktgruppen, die Einkaufssituation bei den Herstellern, die Versichertenstruktur und die Leistungserbringergruppe. Die Wirtschaftlichkeit des Ergebnisses steht immer im Mittelpunkt der Betrachtung, was in den vergangenen eineinhalb Jahrzehnten bereits zu enormem Druck auf die Vergütung der Leistungserbringer geführt hat. Zusammengefasst erfolgt die Preisfindung auf individuellem Wege. Dies jetzt pauschal um 3 Prozent zu kürzen, schiebt alle Entwicklungen, die im Verhältnis von Krankenkassen und Leistungserbringern stattgefunden haben, beiseite; in die ausverhandelten Rechtspositionen wird mit enteignender Wirkung eingegriffen. Wenn es in der Begründung heißt, getroffene

wirtschaftliche Dispositionen würden weitgehend geschützt, da die Regelung erst zum Jahreswechsel in Kraft trete, so ist dies schwer nachvollziehbar. Die Krankenkassen werden nicht bis zum 1. Januar 2027 von sich aus die Vergütung anheben, um den durch Gesetz vorgeschriebenen Verlust auszugleichen. Ansonsten bliebe den Leistungserbringern lediglich die Kündigung der Verträge, was in vielen Fällen einer Geschäftsaufgabe gleichkäme; im Falle der Apotheken allerdings lediglich der Aufgabe eines kaum profitablen Nebengeschäfts mit erheblicher Bedeutung für die Versorgung der Patienten.

Zu Artikel 1 Nummer 48 (§ 130a SGB V): Erhöhung der Herstellerabschläge

Der vorliegende Gesetzentwurf sieht vor, ab dem Jahr 2027 im Arzneimittelbereich mit der Neufassung des Absatzes 1b in § 130a SGB V einen ergänzenden dynamischen Herstellerabschlag einzuführen, um besser auf die Entwicklung von Einnahmen und Ausgaben reagieren zu können. Ferner werden ein Abschlag auf Impfstoffe in Absatz 2 sowie ein neuer Abschlag auf Verbandmittel und sonstige Produkte der Wundversorgung in § 130a Absatz 3e SGB V eingeführt.

Die Regelung des Herstellerrabatts gemäß § 130a SGB V sieht vor, dass Apotheken den rabattierten Preis bei der Abrechnung gegenüber der Krankenkasse berücksichtigen. Damit fungieren sie faktisch als Inkassostelle für den Herstellerrabatt gemäß § 130a SGB V, die finanzielle Entlastungswirkung kommt ausschließlich den Krankenkassen zugute. Die aktuelle Regelung sichert Apotheken dabei nicht gegen etwaige Zahlungsausfälle seitens der Hersteller ab.

Mit der Einführung weiterer Herstellerabschläge steigt dieses Inkassorisiko für die Apotheken deutlich an. Je höher der Abschlagsbetrag, desto größer ist der finanzielle Schaden im Falle von Zahlungsverzögerungen oder Zahlungsausfällen seitens der Hersteller. Diese können auch im Falle strittiger Berechnungen der korrekten Höhe des Herstellerabschlags, die gerade bei der Neueinführung des dynamischen Herstellerabschlags nicht auszuschließen sind, entstehen.

Apotheken haben keinerlei Einfluss auf die Zahlungsfähigkeit oder das Zahlungsverhalten der pharmazeutischen Unternehmer, tragen aber das volle wirtschaftliche Risiko. Gerade kleine und mittlere Apotheken werden dadurch stark belastet.

Es ist dementsprechend sachgerecht, zu einer unmittelbaren Abrechnung der Herstellerabschläge zwischen der jeweiligen Krankenkasse und dem pharmazeutischen Unternehmer überzugehen. Mit ihrer Abrechnung gegenüber der jeweiligen Krankenkasse stellen die Apotheken dieser die für diese Direktabrechnung notwendigen Abgabedaten zur Verfügung.

Zu Artikel 1 Nummer 50 (§ 130e SGB V): Rabattverträge für patentgeschützte Arzneimittel

Wir weisen hier auf den steigenden Beratungs- und Erklärungsaufwand in den Apotheken im Falle der Ausweitung von Rabattverträgen für patentgeschützte Arzneimittel hin. In der Apothekenpraxis ist oftmals schon eine Verunsicherung der Patienten zu beobachten, wenn beim Austausch trotz gleicher Wirkstoffe ein anderer Hersteller benannt ist oder sich die Farbe und/oder Form des Arzneimittels vom bisherigen unterscheidet. Diese wird sich in künftigen Fällen, in denen sogar unterschiedliche Wirkstoffe zum Einsatz kommen, potenzieren.

Mit Blick auf die Erfahrungen mit den Folgen des Rabattvertragswettbewerbs bei Generika weisen wir außerdem auf das Risiko von Marktverengungen und Einschränkungen der Therapieoptionen durch Übertragung des Instrumentariums in den Patentmarkt hin.

Zu Artikel 7 (Inkrafttreten)

Die ABDA fordert vorrangig, von einer Erhöhung des Apothekenabschlags vollständig abzusehen. Sollte der Gesetzgeber entgegen dieser Forderung an einer Änderung festhalten, darf diese aus abrechnungstechnischen Gründen jedenfalls nur zum Ersten eines Monats (frühestens zum 1. Januar 2027) in Kraft treten.

Auch die EDV-technische Umsetzung der Rabattverträge im Patentmarkt und diverser anderer Regelungen (Preisregelungen Impfstoffe, Verbandmittel etc.) benötigt einen deutlichen zeitlichen Vorlauf. Das In-Kraft-Treten sollte, wenn sich der Gesetzgeber zu einer Umsetzung entscheidet, frühestens drei Monate nach der Verkündung (und zwar jedenfalls zum Monatsanfang) erfolgen.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(23)
gel. VB zur öffent. Anh. am
22.06.2026 - GKV
19.06.2026

Stellungnahme des Sozialverbands VdK Deutschland e. V.

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung

Sozialverband VdK Deutschland
Abteilung Sozialpolitik
Linienstraße 131
10115 Berlin

Telefon: 030 9210580-300
E-Mail: sozialpolitik@vdk.de

Berlin, 17.06.2026

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Der Sozialverband VdK Deutschland e. V. (VdK) ist als Dachverband von 13 Landesverbänden mit über 2,3 Millionen Mitgliedern der größte Sozialverband in Deutschland. Die Sozialrechtsberatung und das Ehrenamt zeichnen den seit mehr als 75 Jahren bestehenden Verband aus.

Zudem vertritt der VdK die sozialpolitischen Interessen seiner Mitglieder, insbesondere der Rentnerinnen und Rentner, Menschen mit Behinderung und chronischen Erkrankungen sowie Pflegebedürftigen und deren Angehörigen.

Der gemeinnützige Verein finanziert sich allein durch Mitgliedsbeiträge und ist parteipolitisch und konfessionell neutral.

1. Zu den Zielen des Gesetzentwurfs und den Maßnahmen der Umsetzung

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) steht vor erheblichen finanziellen Herausforderungen. Seit Ende 2023 hat sich die Lage massiv verschlechtert, sodass Krankenkassen und Gesundheitsfonds im Jahr 2024 ein Defizit von knapp 10 Milliarden Euro auswiesen. Trotz deutlicher Erhöhungen der Zusatzbeiträge zu Beginn des Jahres 2025, durch die sich der durchschnittliche Satz gegenüber 2022 auf 2,9 Prozent mehr als verdoppelt hat, liegen die Rücklagen weiterhin unter der gesetzlichen Mindestreserve. Da die Beitragseinnahmen im Jahr 2025 nur um rund 5 Prozent gestiegen sind und aufgrund des demografischen Wandels sowie einer stagnierenden Beschäftigungsentwicklung künftig nur noch mit Zuwächsen in Höhe der gesamtwirtschaftlichen Lohnentwicklung von etwa 3 Prozent zu rechnen ist, droht eine Ausweitung der Finanzlücke. Prognosen gingen bis vor wenigen Wochen davon aus, dass 2027 ein Defizit von mindestens 15 Milliarden Euro erwartet werden muss, dass bis 2030 auf 40 Milliarden Euro anwachsen könnte, was einen GKV-Gesamtbeitragssatz von bis zu 19,3 Prozent zur Folge hätte.

Um die Beitragssätze zu stabilisieren, verfolgt der vorliegende Gesetzentwurf das Ziel einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik. Der Fokus liegt dabei auf der Reduktion der Ausgabendynamik und einem effizienteren Mitteleinsatz. Kernstück ist die dauerhafte Begrenzung der Vergütungs- und Preisanstiege für alle Leistungserbringer, wie etwa Krankenhäuser sowie Vertragsärztinnen und -ärzte, auf die jeweilige Kostenentwicklung, wobei die Grundlohnrate, also die jährliche Veränderungsrate der durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen je GKV-Mitglied, als feste Obergrenze dient. In diesem Zuge werden Sondervergütungen und Doppelfinanzierungen ohne nachweislichen Patientennutzen abgeschafft und die bisherige vollständige Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen über die Grundlohnrate hinaus beendet. Ausgabenanstiege werden auf die jährlichen Einnahmenzuwächse der GKV begrenzt. Auch die pharmazeutische Industrie wird durch einen ergänzenden dynamischen Herstellerabschlag für Arzneimittel an der Stabilisierung der Finanzen beteiligt.

Bei den gesetzlichen Krankenkassen werden die Verwaltungskosten je Versicherten ebenfalls an die Einnahmeentwicklung der GKV angebunden und die Werbeausgaben je Mitglied auf 0,075 Prozent der monatlichen Bezugsgröße je Mitglied gemäß § 18 des Vierten Buches

Sozialgesetzbuch (SGB IV) halbiert. Begrenzende Regelungen für Vorstandsvergütungen werden auf weitere Körperschaften des öffentlichen Rechts der Selbstverwaltung ausgeweitet. Ergänzend werden die Vergütungen für außertariflich beschäftigte Führungskräfte unterhalb der Ebene des Vorstands dieser Körperschaften begrenzt.

Auf der Einnahmenseite sieht der Entwurf vor, den pauschalen Arbeitgeberbeitrag für geringfügig Beschäftigte auf das Niveau des allgemeinen Beitragssatzes anzuheben und die Beitragsbemessungsgrenze sowie die Versicherungspflichtgrenze im Jahr 2027 einmalig um rund 300 Euro monatlich zusätzlich zu erhöhen. Außerdem erhöht der Bund seine Beitragspauschale schrittweise bis 2031 um dann 2 Milliarden Euro jährlich, um so perspektivisch in die Refinanzierung die Kosten der Gesundheitsversorgung für Bürgergeldempfangende einzusteigen. Gleichzeitig reduziert der Bund den Bundeszuschuss zum Gesundheitsfonds ab 2027 um 2 Mrd. Euro im Jahr.

Strukturreformen betreffen zudem die beitragsfreie Familienversicherung für Ehe- und Lebenspartner. Diese wird begrenzt auf Ehepartner und eingetragene Lebenspartner mit Kindern bis zum vollendeten 7. Lebensjahr, mit Kindern mit Behinderungen, mit zu pflegenden Angehörigen sowie nach Erreichen der Regelaltersgrenze. In anderen Fällen wird für das Mitglied ein Beitragszuschlag in Höhe von 2,5 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen erhoben. Zudem werden die Zuzahlungsgrenzen und -beträge für Arznei- und Hilfsmittel erhöht und künftig entsprechend der Grundlohnrate fortgeschrieben.

Im Bereich der Leistungen sieht das Gesetz eine Reduktion der Festzuschüsse für Zahnersatz auf das Niveau von 2020 sowie eine Absenkung des Krankengeldes bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses im Krankengeldbezug auf das ALG-1-Niveau vor. Neu eingeführt wird das Instrument der Teilkrankschreibung: Arbeitnehmende können auf eigenen Wunsch stundenweise arbeiten, wobei der Arbeitgeber die geleistete Zeit vergütet und die Krankenkasse für die restliche Zeit ein neu geschaffenes Teilkrankengeld leistet.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der Sozialverband VdK bewertet die Maßnahmen des vorliegenden Gesetzentwurfs als zu hohe Belastung für die Versicherten, die die strukturellen Ursachen der Finanzkrise der gesetzlichen Krankenkassen unberührt lässt. Besonders kritisch wird die geplante Einschränkung der beitragsfreien Familienversicherung gesehen. Die Einführung eines Beitragszuschlags von 2,5 Prozent für Ehepartner ab 2028 stellt einen massiven Bruch mit dem solidarischen Prinzip dar, das sich aus der gelebten, von der Gesellschaft akzeptierten Rollenverteilung in Familien, ergibt. Dies trifft insbesondere die von Seiten der Politik über Jahrzehnte forcierten Einverdiener-Haushalte sowie Familien in prekären Lebenslagen hart.

Zudem lehnt der VdK die geplante Absenkung des Krankengeldes bei Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses im Krankengeldbezug ab. Diese Maßnahme führt zu einer unmittelbaren Leistungskürzung, gerade Betroffene in vulnerablen Situationen mit besonderer Härte trifft. Auch die Reduktion der Festzuschüsse beim Zahnersatz weist der VdK entschieden zurück. Die Einführung einer Teilkrankschreibung betrachtet der Verband mit großer Sorge. Es

besteht die Gefahr, dass auf erkrankte Arbeitnehmer Druck ausgeübt wird, ihre Genesung zugunsten betrieblicher Belange zu unterbrechen.

Ein zentrales Versäumnis des Entwurfs bleibt für den VdK die weiterhin fehlende kostendeckende Finanzierung der Gesundheitskosten für Bürgergeld-Empfänger. Solange der Bund hierfür nur unzureichende Pauschalen zahlt, zweckentfremdet er Beitragsmittel der gesetzlich Versicherten für staatliche Aufgaben. Die geplante Anhebung der Bundesmittel für die GKV-Beiträge von Bürgergeldempfangenden bei gleichzeitiger Absenkung des Bundeszuschusses insgesamt, kann der VdK nur entschieden ablehnen. Die tatsächlichen Kosten für gesamtgesellschaftliche, familienpolitische Aufgaben in der GKV werden auf die gesetzlich Versicherten verschoben und der finanzielle Druck auf die GKV wird durch die Kürzung des Bundeszuschusses um weitere 2 Milliarden Euro sogar noch zusätzlich erhöht. Die jährliche Deckungslücke wird ordnungswidrig aus den Beiträgen der gesetzlich Versicherten und Rentner finanziert, anstatt sie wie verfassungsrechtlich geboten komplett über Steuern auszugleichen.

Die vorgesehene Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze im Jahr 2027 begrüßt der VdK als Schritt zu mehr Beitragsgerechtigkeit. Statt diese aber zeitlich begrenzt nur einmalig anzuheben, fordert der VdK eine dauerhafte und deutlich stärkere Einbeziehung hoher Einkommen sowie eine Erhöhung des regulären Bundeszuschusses, um die Lasten fair zwischen Beitrags- und Steuerzahlern zu verteilen. Ohne diese Korrekturen zementiert das Gesetz die soziale Schieflage im Gesundheitswesen.

Der Sozialverband VdK Deutschland kritisiert den Gesetzentwurf in der aktuellen Fassung, da er die finanzielle Stabilisierung der GKV primär durch Leistungskürzungen und zusätzliche Belastungen der Versicherten erzwingt. Anstatt die strukturelle Unterfinanzierung staatlicher Aufgaben – insbesondere bei den Beiträgen für Bürgergeld-Empfänger – zu beheben, werden bewährte Solidarprinzipien wie die beitragsfreie Familienversicherung preisgegeben. Eine nachhaltige Reform muss die Einnahmebasis durch faire Steuerzuschüsse und eine stärkere Beteiligung hoher Einkommen sichern, anstatt den Genesungsprozess Kranker durch Teilkrankschreibungen und Krankengeldkürzungen ökonomischem Druck auszusetzen. Die jüngst bekannt gewordenen Zahlen für das erste Quartal 2026 zeigen außerdem, dass das reale Defizit der Krankenkassen im kommenden Jahr um weitere 3,5 Milliarden Euro höher ausfallen wird als bisher kalkuliert. Angesichts dieser massiven Finanzlücke erweist sich der aktuelle Gesetzentwurf als völlig unzureichendes Stückwerk, das die systemische Unterfinanzierung der GKV keineswegs stoppen kann. Während der Bund seine Pflicht zur kostendeckenden Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen weiterhin verschleppt und Leistungserbringer mit Blick auf die umfangreichen Vorschläge der FinanzKommission Gesundheit vergleichsweise geschont werden, bürdet diese Reform die finanzielle Hauptlast in Form von massiven Zuzahlungswellen und Leistungskürzungen einseitig den Versicherten auf.

2. Zu den Regelungen im Einzelnen: Änderungen fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

Im Folgenden nimmt der Sozialverband VdK Deutschland zu ausgewählten Punkten Stellung.

2.1 Änderung der Regelungen zur Familienversicherung unter §§ 3, 242b SGB V

Die beitragsfreie Familienversicherung wird künftig begrenzt auf in § 10 SGB V festgelegte Personengruppen. Für alle weiteren versicherten Ehegatten und Lebenspartner werden künftig Beiträge nach einem neuen § 242b SGB V erhoben. Die beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten und Lebenspartnern wird begrenzt auf Ehegatten/Lebenspartner mit Kindern bis zum vollendeten 7. Lebensjahr (Schulpflicht), mit Kindern mit Behinderungen, die außerstande sind, sich selber zu unterhalten und im Haushalt wohnen (ohne Alterseinschränkungen), bei Pflege von Angehörigen und Rentner (Personen oberhalb der Regelaltersgrenze). Die Familienversicherung von Kindern bleibt weiterhin vollständig beitragsfrei.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK lehnt die geplante Einführung eines Beitragszuschlags in Höhe von 2,5 Prozent für derzeit beitragsfrei mitversicherte Ehe- und Lebenspartner entschieden ab. Diese Maßnahme stellt einen gravierenden systemischen Bruch mit dem Solidarprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung dar.

Die beitragsfreie Familienversicherung ist Ausdruck der solidarischen Absicherung von Familienmodellen, in denen Care-Arbeit, Kindererziehung oder die Pflege von Angehörigen oft zu Lasten einer eigenen Erwerbsbiografie gehen. Den betroffenen Mitgliedern nun eine zusätzliche finanzielle Last aufzubürden, bestraft einseitig Lebensentwürfe, die für das Funktionieren unserer Gesellschaft essenziell sind. Dies trifft insbesondere Haushalte mit geringem Gesamteinkommen, bei denen ein Partner aufgrund der Arbeitsmarktsituation oder familiärer Verpflichtungen keiner Erwerbsarbeit nachgehen kann. Besonders prekär gestaltet sich die Situation für Ehepartner, die lediglich einer geringfügigen Beschäftigung nachgehen: Die geplante Neuregelung führt dazu, dass der Beitragszuschlag von 2,5 Prozent in vielen Fällen das geringe Einkommen aus einem Minijob faktisch entwertet, wodurch die finanzielle Motivation zur Aufnahme selbst kleinerer Beschäftigungsverhältnisse konterkariert und die Altersarmut durch fehlende Anreize zur Erwerbsarbeit weiter verschärft wird.

Sollte der Gesetzgeber an dieser Maßnahme festhalten, fordert der VdK zwingend einen lückenlosen Bestandsschutz für bestehende Einverdiener-Ehen. Es ist rechtlich und sozial höchst bedenklich, Menschen, die ihre Lebensplanung im Vertrauen auf die geltende Rechtslage und das solidarische Sicherungssystem ausgerichtet haben, nachträglich mit signifikanten Mehrkosten zu belasten.

Besonders kritisch bewerten wir die fehlende Differenzierung bei Ehepartnern mit gesundheitlichen Einschränkungen. Wir fordern, dass schwerbehinderte Ehepartner, die aufgrund ihrer Behinderung nicht oder nur sehr eingeschränkt am Erwerbsleben teilnehmen können, explizit von diesem Beitragszuschlag ausgenommen werden. Eine zusätzliche finanzielle Belastung dieser Personengruppe wäre diskriminierend und widerspricht dem Gedanken der Inklusion sowie dem staatlichen Schutzauftrag für Menschen mit Behinderungen.

2.2 § 4 SGB V — Krankenkassen

Dauerhafte Deckelung der Netto-Verwaltungskosten der Krankenkassen durch Anbindung an die Grundlohnsumme (2027-2029 abzüglich 1 Prozentpunkt).

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt ausdrücklich die Deckelung der Verwaltungskosten bei den gesetzlichen Krankenkassen, weil die Beiträge der gesetzlich Versicherten nicht zur Finanzierung von Verwaltungsapparaten in 93 Krankenkassen dienen sollten. Gleichzeitig weist der VdK daraufhin, dass eine einheitliche solidarische Krankenversicherung in die alle Bürgerinnen und Bürger einzahlen, der effektivste Weg zur Reduktion der Verwaltungskosten im Gesundheitswesen ist. Weitere Möglichkeiten zu einer deutlichen Verschlankung des Systems der gesetzlichen Kassen sind zu prüfen mit dem Ziel einer gesetzlichen Krankenkasse mit regionalen Untergliederungen.

2.3 § 4a SGB V — Wettbewerb der Krankenkassen, Verordnungsermächtigung

Die Werbeausgaben der gesetzlichen Krankenkassen werden künftig gesetzlich auf 0,075 Prozent je Mitglied begrenzt.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK unterstützt die Halbierung und Deckelung der Werbeausgaben der Krankenkassen. Der Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen wurde in den 1990er Jahren in der Erwartung eingeführt, um die gesundheitliche Versorgung der Versicherten zu verbessern. Es gibt jedoch keinen Beleg dafür, dass sich diese Erwartung erfüllt hat. Grundsätzlich sollte der Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen abgeschafft werden. Sie müssen sich allein auf die medizinische Versorgung konzentrieren und die Beiträge der Versicherten ausschließlich zu diesem Zwecke einsetzen.

2.4 § 27b SGB V — Zweitmeinung

Schrittweise Einführung eines verpflichtenden Zweitmeinungsverfahrens bei mengensensiblen Eingriffen. Schon heute existiert eine Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu Zweitmeinungsverfahren bei planbaren, mengenanfälligen Leistungen. Ab 2027 soll der G-BA jährlich für mindestens einen der planbaren und mengenanfälligen Eingriffe ein verpflichtendes Zweitmeinungsverfahren regeln. In der Begründung zum Gesetz werden bestimmte Maßnahmen als besonders geeignet für die Aufnahme in die entsprechende Richtlinie des G-BA vorgeschlagen

(unter anderem Knie- und Hüft-Endoprothesen, Wirbelsäuleneingriffe). Die Patientenautonomie soll dabei voll erhalten bleiben.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt ausdrücklich, die Stärkung der Patientenrechte durch ein verpflichtendes Zweitmeinungsverfahren für bestimmte planbare Maßnahmen um unnötige Eingriffe zu verhindern. Gleichzeitig muss sichergestellt sein, dass die Zweitmeinung tatsächlich unabhängig abgegeben wird und kein finanzieller Profit des Zweitgutachters erzielt wird.

Es muss ausgeschlossen sein, dass den Patientinnen und Patienten durch die Verpflichtung zur Zweitmeinung ein zusätzlicher bürokratischen Aufwand entsteht. Patientinnen und Patienten müssen zeitnah und ohne erheblichen Aufwand durch lange Anfahrtswege Zugang zu einem Zweitgutachter bekommen. Es muss sichergestellt werden, dass die besonderen Bedarfe von chronisch Kranken und Menschen mit Behinderung bei der Verpflichtung zur Einholung einer Zweitmeinung berücksichtigt werden und entsprechende Maßnahmen vom Gesetzgeber vorgeschlagen werden.

2.5 § 44c SGB V — Teilarbeitsunfähigkeit

Der Entwurf sieht die Einführung einer Teilarbeitsunfähigkeit vor, die den Versicherten das Recht auf eine teilweise Arbeitsaufnahme einräumt, wenn eine nicht nur geringfügigen Erkrankung (Art, Schwere oder voraussichtlichen Dauer der Erkrankung lassen eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als vier Wochen erwarten) vorliegt. Die Teilarbeitsunfähigkeit wird ermöglicht, wenn Patienten sich dazu in der Lage sehen, der behandelnde Arzt eine entsprechende Teilarbeitsunfähigkeit in Höhe von 25, 50 oder 75 Prozent der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit des Versicherten feststellt und der Arbeitgeber der teilweisen Arbeitsaufnahme zustimmt.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der Sozialverband VdK lehnt die geplante Einführung einer Teilkrankschreibung ab und warnt vor einer schleichenden Entwertung des Patientenschutzes. Während die Flexibilisierung des Übergangs zurück in den Beruf vordergründig attraktiv erscheinen mag, birgt das Modell in der Praxis erhebliche Risiken für die Gesundheit und die Rechte der Arbeitnehmer. Der VdK weist eindringlich darauf hin, dass die Maßgabe der Freiwilligkeit bei abhängig Beschäftigten in der Realität hierarchischer Arbeitsverhältnisse oft eine Illusion ist. Es steht zu befürchten, dass auf erkrankte Beschäftigte, insbesondere in Branchen mit hohem Fachkräftemangel oder prekären Arbeitsbedingungen, massiver psychischer Druck ausgeübt wird, trotz gesundheitlicher Einschränkungen stundenweise zur Verfügung zu stehen. Die Möglichkeit einer halben Krankschreibung darf nicht zur unterschwelligen Verpflichtung werden, krank zur Arbeit zu gehen (Präsenz-Zwang), was die Genesung verzögert und das Risiko für Rückfälle oder Chronifizierungen massiv erhöht, die dann für die GKV wiederrum erhöhte Kosten bedeuten und auch eine erneute Arbeitsunfähigkeit begünstigen können.

Der Genesungsprozess darf kein Verhandlungsgegenstand zwischen Arbeitgeberinteressen und Krankenkassenfinanzen sein.

Der Sozialverband VdK weist mit Nachdruck darauf hin, dass mit der stufenweisen Wiedereingliederung (sogenanntes 'Hamburger Modell') bereits ein bewährtes und medizinisch evaluiertes Instrument existiert, um Versicherte nach langer Krankheit schrittweise an die volle Arbeitsbelastung heranzuführen. Ein entscheidender Unterschied zur geplanten Teilarbeitsunfähigkeit und ein zentraler Schutzfaktor im Hamburger Modell ist, dass der Betroffene voll unter dem Schutz der Sozialversicherung, weil er formal weiterhin als zu 100 Prozent arbeitsunfähig gilt. Entsprechende arbeitsrechtliche Schutzmechanismen sieht der Entwurf für die neue Teilarbeitsunfähigkeit hingegen nicht vor.

Die Einführung einer Teilarbeitsunfähigkeit nach § 44c SGB V hingegen schafft eine gefährliche Grauzone. Während das Hamburger Modell die Rehabilitation in den Vordergrund stellt, zielt die Teilkrankschreibung primär auf die Aufrechterhaltung der betrieblichen Produktivität ab. Es ist nicht ersichtlich, welchen medizinischen Mehrwert § 44c SGB V gegenüber dem bewährten Hamburger Modell bieten soll, außer die Hemmschwelle zu senken, Kranke früher und unter schlechteren Schutzbedingungen wieder in den Arbeitsprozess einzugliedern. Der VdK fordert daher die Stärkung des Hamburger Modells anstelle der Einführung eines rechtlich unsicheren Teilarbeitsunfähigkeit-Status.

2.6 § 44d SGB V — Teilkrankengeld

Das Teilkrankengeld wird genau für den Prozentsatz gezahlt, den der Arzt als „krank“ bescheinigt hat (25, 50 oder 75 Prozent). Die Berechnung orientiert sich am normalen Krankengeld (§ 47 SGB V). Der Arbeitgeber zahlt bei einer Teilarbeitsunfähigkeit ein anteiliges Arbeitsentgelt in Höhe der geleisteten Arbeitsstunden, die Krankenkasse gleicht die krankheitsbedingten Fehlstunden bis zur vereinbarten Arbeitszeit durch das Teilkrankengeld aus.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK kritisiert den offensichtlichen Versuch, durch das Instrument der Teilkrankschreibung und des damit verbundenen Teilkrankengeldes die Kosten der Lohnfortzahlung einseitig von den Arbeitgebern auf die Versichertengemeinschaft und die Betroffenen zu verlagern. Die in §§ 44c und 44d SGB V vorgeschlagenen Maßnahmen entlasten Arbeitgebende, die künftig Lohnkosten bei teilkranken Arbeitnehmenden einsparen können. Die gesetzlichen Krankenkassen werden so zum Lohnzuschussgeber. Für die Versicherten entsteht außerdem dein zusätzlicher bürokratischer Aufwand bei der Prüfung ob Lohn und Teilkrankengeld korrekt berechnet wurden.

2.7 § 47 SGB V— Höhe und Berechnung des Krankengeldes

Bei Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses während des Bezugs von Krankengeld wird künftig das Krankengeld auf Arbeitslosengeld 1-Niveau abgesenkt.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der Sozialverband VdK lehnt die geplante Absenkung des Krankengeldes auf ALG 1-Niveau bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses während des Krankengeldbezugs entschieden ab. Diese Maßnahme greift einseitig in die Existenzsicherung von Menschen ein, die ohnehin doppelt belastet sind: Sie kämpfen nicht nur mit schweren oder langwierigen Erkrankungen, sondern erleiden gleichzeitig den Verlust ihres Arbeitsplatzes.

Bereits heute bedeutet der Bezug von Krankengeld für die meisten Betroffenen erhebliche finanzielle Einbußen. Wenn nach dem Jobverlust das Krankengeld noch weiter abgesenkt wird, führt dies in Zeiten hoher Lebenshaltungskosten und steigender Mieten dazu, dass arbeitsunfähig Entlassene unmittelbar in die Armut oder in die Abhängigkeit von staatlichen Transferleistungen gedrängt werden. Krankheit und der unverschuldete Verlust des Arbeitsplatzes dürfen niemals zu einem existenziellen Armutsrisiko werden. Gerade Patientinnen und Patienten mit langfristigen Krankheitsbildern (zum Beispiel Krebserkrankungen) oder schweren psychischen Erkrankungen werden durch diese gezielte Kürzung nach dem Jobverlust finanziell massiv benachteiligt und psychisch unter Druck gesetzt, was dem Genesungsprozess entgegensteht.

Die Absenkung des Krankengeldes bei gekündigten Arbeitnehmern ist dazu geeignet, den finanziellen Druck auf kranke Menschen so zu verstärken, dass sie sich gesundheitlich instabil dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stellen müssen, bevor sie medizinisch dazu in der Lage sind. Dieser ökonomische Zwang führt nachweislich zu einer Verschleppung von Krankheiten, einem erhöhten Risiko für chronische Verläufe und langfristig zu einer höheren Belastung der Sozialsysteme, etwa durch Erwerbsminderungsrenten oder dauerhafte Erwerbslosigkeit.

Das Krankengeld ist eine zentrale Lohnersatzleistung, für die Versicherte durch ihre Beiträge den Schutz der Solidargemeinschaft erworben haben. Eine Kürzung genau in dem Moment, in dem das Arbeitsverhältnis endet, entwertet das Versicherungsversprechen der GKV und straft Betroffene für den Verlust ihres Arbeitsplatzes ab. Der VdK fordert stattdessen, Langzeitkranke gerade in der vulnerablen Phase des Jobverlusts wirksam zu schützen, anstatt sie im Genesungsprozess zusätzlich zu belasten, und von jeglichen Sonderkürzungen beim Krankengeld entlassener Arbeitnehmer abzusehen.

2.8 § 50 SGB V — Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes

Durch die Neuregelung wird der Krankengeldbezug für Beziehende einer Teilrente von mehr als Zweidrittel der Vollrente abgeschafft.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK lehnt diese Neuregelung ab, da sie die Erwerbstätigkeit von Rentnerinnen und Rentnern, die die Bundesregierung durch den Wegfall der Hinzuverdienstgrenze bei vorgezogenen Altersrenten oder die sogenannte Aktivrente explizit fördern will, gegenüber sozialversicherungspflichtig Beschäftigten ohne parallelen Rentenbezug diskriminiert. Der VdK fordert auch aus Gründen der Bürokratievereinfachung, dass bei sozialversicherungspflichtiger

Beschäftigung unabhängig vom Rentenbezug der volle Krankengeldanspruch besteht. Der geplante Ausschluss des Krankengeldanspruchs für Erwerbstätige, die eine Teilrente von mehr als zwei Dritteln der Vollrente beziehen, steht darüber hinaus im eklatanten Widerspruch zur arbeitsmarktpolitischen Zielsetzung der Bundesregierung. Während die Politik ältere Menschen dazu auffordert, freiwillig länger im Beruf zu verbleiben, bei vorgezogenen Altersrenten die Hinzuverdienstgrenzen abgeschafft hat und bei regulären Altersrenten die Erwerbstätigkeit steuerlich fördert, entzieht sie ihnen im Krankheitsfall die finanzielle Absicherung, obwohl diese reguläre Krankenversicherungsbeiträge auf ihr Erwerbseinkommen leisten. Die gesetzliche Begründung, diese Maßnahme diene der Vermeidung von Missbrauch, weisen wir entschieden zurück. Das Weiterarbeiten im Alter ist für viele Teilrentner angesichts steigender Lebenshaltungskosten und Mieten eine bittere finanzielle Notwendigkeit zur Vermeidung von Altersarmut und kein rechtlicher Missbrauch. Bereits die Ankündigung der Streichung des Krankengeldes für Teilrentner*innen hat in unserer Mitgliedschaft zu großer Besorgnis geführt. Wer Beiträge einzahlt, muss auch Anspruch auf die Gegenleistung des Krankengeldes haben.

2.9 § 51 SGB V — Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe

Die Neuregelung verkürzt die Frist, die Krankenkassen setzen können, in der ein Versicherter, dessen Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet ist, einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe oder für eine Regelaltersrente zu stellen hat, von zehn auf vier Wochen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der Sozialverband kritisiert die Verkürzung der beiden Fristen. Zwar ist es ein sinnvolles Anliegen, Erkrankte möglichst schnell den Zugang zur medizinischen oder beruflichen Reha zu ermöglichen. Dieses Ziel scheitert aber weniger an der Frist bis zur ersten Antragsstellung durch den Versicherten, sondern an der Bewilligung der Anträge bzw. der Wartezeit für einen Rehaplatz, die aktuell mehrere Monate betragen. Durch die Neuregelung wird also einseitig der Druck auf erkrankte Versicherte erhöht anstatt die Ursachen für lange Wartezeiten auf Rehamaßnahmen zu adressieren. Der erhöhte Druck auf die Versicherten ergibt sich außerdem in Wechselwirkung mit der Rentenantragsfiktion aus § 116 SGB VI, wenn ein Erfolg der Rehamaßnahme nicht zu erwarten oder nicht eingetreten ist. Der präventive Charakter des Grundsatzes Reha vor Rente wird damit unterhöhlt zugunsten eines beschleunigten „Abschiebens“ vom Krankengeldbezug in den Erwerbsminderungsrenten- oder Altersrentenbezug.

2.10 § 55 SGB V — Leistungsanspruch

Vorgesehen ist, die Festzuschüsse für Zahnersatz, die mit Wirkung zum 1.10.2020 um jeweils 10 Prozent erhöht wurden auf das Niveau vor dieser Änderung zu reduzieren. Gleichzeitig soll die Härtefallregelung angepasst werden, so dass für Härtefälle weiterhin ein Festzuschuss in Höhe von 100 Prozent gilt.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der Sozialverband VdK lehnt die geplante Absenkung der Festzuschüsse für Zahnersatz auf das Niveau des Jahres 2020 entschieden ab. Diese Maßnahme stellt eine erhebliche Leistungskürzung dar, die die Versicherten unmittelbar finanziell belastet und die Gefahr einer sozialen Spaltung in der zahnmedizinischen Versorgung massiv verschärft.

Die Erhöhung der Festzuschüsse im Jahr 2020 war ein wichtiger Schritt, um die hohen Eigenanteile der Patienten vor allem bei notwendigen Regelversorgungen abzufedern. Eine Rückkehr zum alten Niveau bedeutet faktisch, dass Versicherte künftig wieder hunderte oder gar tausende Euro mehr aus eigener Tasche zu zahlen müssen. Für Bezieher kleiner Renten, Geringverdiener und Menschen in der Grundsicherung ist dieser finanzielle Mehraufwand oft unmöglich zu stemmen. Wir warnen davor, dass Zahngesundheit wieder zu einem Luxusgut wird, das vom sozialen Status abhängt. Wenn Zuzahlungen steigen, schieben viele Patienten notwendige Behandlungen aus finanzieller Not hinaus. Dies führt langfristig nicht nur zu Schmerzen und einem Verlust an Lebensqualität, sondern verursacht im Gesundheitssystem durch Folgeerkrankungen (zum Beispiel Entzündungen oder Fehlernährung) weitaus höhere Kosten, als durch die aktuelle Kürzung eingespart werden können. Die Maßnahme ist somit nicht nur unsozial, sondern auch gesundheitsökonomisch kurzsichtig.

Die Ausweitung der existierender Härtefallregelungen wird vom VdK begrüßt, zusätzliche bürokratischen Hürden für die Betroffenen müssen allerdings vermieden werden. Der VdK fordert entgegen dem , dass medizinisch notwendiger Zahnersatz komplett von der GKV übernommen werden muss.

2.11 § 61 SGB V — Zuzahlungen

Vorgesehen ist die Erhöhung Zuzahlungsbeträge und -grenzen um 50 Prozent ab 2027 und anschließende Dynamisierung mit Grundlohnrate. Die bestehenden Belastungsgrenzen von 2 Prozent bzw. 1 Prozent (für chronisch kranke Menschen) des Haushaltseinkommens bleiben unverändert bestehen.

Bewertung des VdK

Der Sozialverband VdK lehnt die geplante Erhöhung sowie die künftige Dynamisierung der Zuzahlungen zu verschreibungspflichtigen Arzneimitteln entschieden ab. Zuzahlungen stellen eine unsoziale Zusatzsteuer auf Krankheit dar, die das Solidarprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) untergräbt. Grundsätzlich spricht sich der VdK für die vollständige Abschaffung von Zuzahlungen aus. Die geplante Anbindung der Zuzahlungsbeträge an die Grundlohnrate führt zu einer schleichenden, aber stetigen Kostensteigerung für die Versicherten. Besonders für Menschen mit kleinen Renten, Geringverdiener, Bezieher von Sozialleistungen und chronisch Kranke bedeuten Beträge zwischen fünf und zehn Euro pro Medikament schon heute eine enorme Belastung. Wenn Versicherte am Ende des Monats entscheiden müssen, ob sie Geld für Lebensmittel ausgeben oder ihr Rezept in der Apotheke einlösen, hat das Gesundheitssystem seinen Schutzauftrag verfehlt.

Auch wenn die bestehenden Belastungsgrenzen beibehalten bleiben (1 Prozent- bzw. 2 Prozent-Regelung), sind vor allem chronisch kranke Menschen und Personen mit hohem Behandlungsbedarf massiv betroffen. Eine Erhöhung der Zuzahlungen vergrößert den bürokratischen und finanziellen Druck für die Betroffenen. Gleichzeitig machen viele Anspruchsberechtigte häufig aus Unkenntnis keinen Gebrauch von der Härtefallregelegung, für diese Gruppe entsteht durch die Erhöhung der Zuzahlungen erhebliche Mehrkosten für notwendige Arzneimittel. Der VdK warnt davor, dass ein steigender Eigenanteil dazu führt, dass notwendige Therapien aus Kostengründen abgebrochen oder Medikamente nicht vorschriftsmäßig eingenommen werden. Dies führt unweigerlich zu gesundheitlichen Verschlechterungen und in der Folge zu vermeidbaren, teuren Krankenhausaufenthalten.

2.12 § 74 SGB V — Stufenweise Wiedereingliederung

Durch die Änderung von Satz 1 wird der neugeschaffene Teilarbeitsunfähigkeit gegenüber der stufenweisen Wiedereingliederung im sogenannten Hamburger Modell Vorrang gegeben.

Bewertung des VdK

Der VdK sieht in dieser Änderung eine Aushöhlung der stufenweisen Wiedereingliederung im bekannten und über Jahrzehnte erprobten Hamburger Modell. Es besteht die Gefahr, dass das Hamburger Modell künftig zugunsten der Teilarbeitsunfähigkeit seltener genutzt wird wodurch die Idee der sanften Wiedereingliederung in den Arbeitsplatz untergraben wird.

2.13 § 221 SGB V — Beteiligung des Bundes an Aufwendungen

Die Rückzahlung der vom Bund gewährten Darlehen an die GKV werden verschoben, so dass sie erst ab 2035 zu leisten sind.

Bewertung des VdK

Der VdK begrüßt, dass der Bund durch die Verschiebung der Rückzahlung der Darlehen ebenfalls einen Beitrag zur Stabilisierung der Krankenkassenbeiträge leisten möchte. Gleichzeitig weist der VdK darauf hin, dass die gewährten Darlehen nicht die Höhe der entnommenen Mittel aus den Finanzreserven der gesetzlichen Krankenkassen aus dem Jahr 2021 erreichen und somit weiterhin ein erhebliches, durch den Bund verursachtes Defizit bei den GKV-Finanzreserven besteht.

Zusätzlich fordert der Sozialverband VdK den Bund auf, den Bundeszuschuss zu erhöhen und so auskömmlich zu gestalten, dass auch die versicherungsfremden und familienpolitischen Leistungen in der tatsächlichen Höhe abgedeckt werden. Die Kosten für die Übernahme versicherungsfremder Leistungen dürfen nicht auf die gesetzlich Versicherten abgewälzt werden. Eine vollständige Übernahme der Kosten für die Beiträge von Grundsicherungsempfangenden durch den Bund ist sachgerecht und würde den Großteil der Finanzierungslücke bei den GKV mit einem Schlag abdecken. Der VdK fordert nachdrücklich, den gesetzlich verankerten Bundeszuschuss zur GKV umgehend und dynamisch anzuheben sowie die versicherungsfremden

Leistungen vollständig aus Steuermitteln zu refinanzieren, anstatt die Beitragszahler als Reparaturbetrieb für den Bundeshaushalt zu missbrauchen.

2.14 § 223 SGB V — Beitragspflicht, beitragspflichtige Einnahmen, Beitragsbemessungsgrenze

Die Beitragsbemessungsgrenze wird für das Jahr 2027 einmalig um monatlich 300 Euro angehoben.

Bewertung des VdK

Der Sozialverband VdK begrüßt ausdrücklich die geplante Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze als einen Schritt in die richtige Richtung, kritisiert jedoch die im Entwurf vorgesehene Begrenzung der Maßnahme auf das Jahr 2027 als unzureichend da sie lediglich eine kurzfristige Bekämpfung der Symptome darstellt. Um die Einnahmenbasis der gesetzlichen Krankenversicherung nachhaltig und krisenfest zu stabilisieren, fordert der VdK eine dauerhafte Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze.

Die Beitragsbemessungsgrenze in ihrer jetzigen Form führt zu einer Schieflage in der solidarischen gesetzlichen Krankenversicherung: Während Geringverdiener und Bezieher kleiner Renten auf jeden Euro ihres Einkommens den vollen Beitragssatz leisten, sinkt die prozentuale Belastung für hohe Einkommen oberhalb der Grenze immer weiter ab. Eine dauerhafte Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze würde damit der Herstellung von Beitragsgerechtigkeit dienen. Wer über ein hohes Einkommen verfügt, muss im Rahmen seiner Leistungsfähigkeit einen proportionalen Beitrag zur Finanzierung des Gesundheitssystems leisten.

Perspektivisch sollte eine schrittweise Angleichung Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung an die deutlich höhere Beitragsbemessungsgrenze der allgemeinen Rentenversicherung erfolgen. Dadurch würde die Einnahmenbasis der GKV dauerhaft und verlässlich verbreitert und höhere Zusatzbeiträge für Versicherte mit niedrigen oder mittleren Einkommen dauerhaft vermieden werden.

Der VdK fordert den Gesetzgeber auf, die Beitragsbemessungsgrenze als systematisches Instrument zur Entlastung kleiner und mittlere Einkommen zu nutzen und dauerhaft anzuheben.

Darüber hinaus sollten auch Einkommen aus Vermietungen und Vermögen bei der Erhebung der Beiträge mitberücksichtigt werden.

3. Fehlende Regelungen

Der vorliegende Gesetzentwurf lässt aus Sicht des VdK Chancen für eine dauerhafte Stabilisierung der GKV-Finanzen ungenutzt und geht stark zulasten der Versicherten vor allem mit chronischen Erkrankungen, geringen Einkommen und Familien. Der VdK fordert daher die Aufnahme folgender Punkte:

Dynamisierung und Erhöhung des Bundeszuschusses

Statt auf kurzfristige, rückzahlbare Darlehen zu setzen, die die Finanzprobleme lediglich in die Zukunft verschieben, fordert der VdK eine dauerhafte Erhöhung und gesetzliche Dynamisierung des Bundeszuschusses, der seit 2017 nicht mehr angepasst wurde. Dieser muss sich automatisch an der tatsächlichen Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen orientieren. Nur ein verlässlicher, steuerfinanzierter Zuschuss kann sicherstellen, dass gesamtgesellschaftliche Aufgaben nicht allein von den Beitragszahlern geschultert werden.

Vollständige Gegenfinanzierung versicherungsfremder Leistungen

Das größte strukturelle Defizit der GKV-Finanzen resultiert aus der massiven Unterfinanzierung versicherungsfremder Leistungen durch den Bund. Insbesondere die Krankenkassenbeiträge für Bezieherinnen und Bezieher von Bürgergeld werden durch den Bund aktuell nicht kostendeckend ausgeglichen. Jährlich werden so mindestens 10 Milliarden Euro an Beitragsmitteln zu Lasten der Beitragszahlenden zweckentfremdet. Der VdK fordert eine unverzügliche Anhebung des Bundeszuschusses auf ein kostendeckendes Niveau für versicherungsfremde Leistungen. Es ist nicht akzeptabel, dass die Beitragszahlenden der GKV die entstandenen Defizite ausgleichen müssen.

Dauerhafte und konsequente Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze

Wie oben ausgeführt, ist die im Entwurf vorgesehene einmalige Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze für das Jahr 2027 völlig unzureichend. Der VdK fordert eine systematische und dauerhafte Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze mit dem Ziel einer Angleichung an die Beitragsbemessungsgrenze der allgemeinen Rentenversicherung. Dies würde nicht nur die Einnahmen der GKV massiv stärken, sondern auch ein Grundprinzip der sozialen Gerechtigkeit wiederherstellen: Starke Schultern müssen künftig wieder einen prozentual gleichen Beitrag leisten wie Versicherte mit kleinen und mittleren Einkommen.

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(24)
gel. VB zur öffent. Anh. am 22.06.2
18.06.2026

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)

Deutscher Hebammen Verband

Der Deutsche Hebammenverband e.V. (DHV) bedankt sich für die Gelegenheit, zum vorliegenden Gesetzesentwurf Stellung nehmen zu dürfen. Die kurz- und mittelfristige Beitragsstabilisierung der Krankenkassen ist von großer Wichtigkeit. Die vorgeschlagenen Maßnahmen werden dies jedoch nicht nachhaltig sicherstellen können.

Im Besonderen sieht der DHV mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf die Versorgung von Frauen und Familien rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sowie die Zukunft der Hebammenhilfe sowohl im klinischen als auch im ambulanten Sektor flächendeckend stark gefährdet. Die für den Bereich der Geburtshilfe und der Versorgung in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett vorgeschlagenen Maßnahmen sind zudem gesundheitsökonomisch fragwürdig. Durch die vermeintlichen kurzfristigen Kosteneinsparungen drohen hohe Folgekosten im Gesundheitssystem.

In Kürze:

- **Die Deckelung des Pflegebudgets (Artikel 3, Nr. 1-3) wird speziell in der klinischen Geburtshilfe zu einem deutlichen Qualitätsabbau und Fachkräftemangel führen, mit daraus resultierenden Folgeproblemen für die Versorgung von Mutter und Kind. Diese geplante Änderung sollte gestrichen werden.**
- **Die ausschließliche Bindung der Vertragsverhandlungen an die Grundlohnrate sowie die Absenkung um 1% (Artikel 1, Nr. 25 und 56: § 71 SGB V) trifft Hebammen doppelt schwer und sollte gestrichen werden. Die ohnehin schwierige wirtschaftliche Situation der Hebammen und der Anspruch der Frauen auf flächendeckende, hochwertige Versorgung werden im Gesetzesentwurf nicht berücksichtigt.**
- **Bereits existierende, praxistaugliche Vorschläge zur Kosteneindämmung durch gezielte Präventionsmaßnahmen im Bereich der Geburtshilfe werden erneut nicht berücksichtigt. Im Gegenteil: Funktionierende Konzepte wie der Hebammenkreißsaal werden durch die Gesetzesänderung massiv beeinträchtigt.**

Die Auswirkungen der - haushalterisch vielleicht zuerst sinnvoll wirkenden - starren Pauschalregelungen bei den Einsparmaßgaben sind kritisch, da nicht auf Sonderfälle reagiert werden kann. Das Gesundheitssystem ist zu komplex, um einer undifferenzierten Mittelkürzung widerstehen zu können. Die Geburtshilfe ist das beste Beispiel dafür, warum die pauschale Kürzung bei den Gesundheitsberufen enorme Folgekosten verursachen. Hier drohen Personalkosten (Betreuung) schlicht durch hohe Folgekosten (medizinische Interventionen) ersetzt oder sogar deutlich überschritten zu werden. Die persönlichen Belastungen für Mutter und Kind steigen nachweislich über Jahre, verbunden mit höheren Kosten für die Krankenkassen.

Der DHV unterstützt die Einschätzung des Bundesrates, dass durch diesen Gesetzentwurf die lang überfälligen strukturellen Reformen wie die Notfallreform, die Einführung eines tragfähigen Primärversorgungssystems sowie des Gesundheitsversorgungssicherstellungsgesetzes konterkariert werden, indem Fachkräfte abwandern.

Wir verweisen an dieser Stelle zudem ausdrücklich auf die Stellungnahmen des Deutschen Pflegerates (DPR) sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), deren Bewertung wir teilen. Der

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Gesetzentwurf setzt an zentralen Stellen auf pauschale Begrenzungsmechanismen, die professionelle Pflege und Hebammenhilfe strukturell schwächen können. Dies betrifft insbesondere die vorgesehene Begrenzung pflegerelevanter Vergütungsentwicklungen an der Grundlohnrate, die Einschränkung der vollständigen Refinanzierung tarifbedingter Kosten sowie die geplanten Änderungen am Pflegebudget. Pauschale Begrenzungen von Personal-, Tarif- und Strukturkosten gefährden nicht nur die Attraktivität dieser Berufsfelder, sondern auch die Stabilität der Versorgung insgesamt. Ebenso teilen wir die Sorgen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. bezüglich der Auswirkungen auf die ärztlichen Geburtshelfer*innen in Klinik und ambulanter Versorgung (vgl. SteNa).

Ebenso kritisiert der DHV ausdrücklich, dass mit den verschiedenen Maßnahmen neue soziale Härten geschaffen und vulnerable Gruppen überproportional belastet werden. Dies gilt besonders stark für Frauen und junge Familien sowie Menschen mit geringem Einkommen. Erschwerend kommt hinzu: Die überwiegende Mehrzahl der Beschäftigten in den Gesundheitsberufen sind Frauen. Sie werden durch das geplante Gesetz sowohl auf der Einkommens- als auch auf der Beitragsseite strukturell benachteiligt.

Vor diesem Hintergrund bleibt es völlig unverständlich, warum der Bund einerseits die erhebliche Kürzung des Bundesanteils am Gesundheitsfonds um 2 Milliarden vornimmt, andererseits jedoch nicht die Beiträge für Bürgergeldempfänger*innen vollumfänglich refinanziert und auch keine weiteren langfristig verlässliche Einnahmequellen erschließt, z.B. durch Einführung oder Erhöhung von Zucker- oder Tabaksteuern. Der DHV gibt zu bedenken, dass dieses Vorgehen nicht nur das Gesundheitssystem destabilisiert, sondern auch der Erzählung undemokratischer Kräfte Vorschub leistet und den Sozialstaat nachhaltig schwächt.

Im Einzelnen nimmt der DHV zum vorliegenden Entwurf wie folgt Stellung:

Artikel 1, Änderung SGB V, Nr. 25 und 56: Unzureichende Bemessungsgrundlage durch den aktuellen Hebammenhilfevertrag

Der DHV empfiehlt:

- Streichung der Gesetzesänderungen Nr. 25 und 56
- mindestens jedoch die **Formulierung einer Öffnungsklausel in § 71 SGB** für möglichen Ausnahmen von der strikten Deckelung der Vergütung, solange für eine Berufsgruppe (wie am Beispiel der Hebammen) keine auskömmliche Basisvergütung erreicht wurde
- Schaffung verbindlicher Vorgaben zur Maßgeblichkeit innerhalb der Selbstverwaltung im § 134a, um die strukturellen Hürden abzubauen
- Erhalt und Ausbau der präventiven Hebammenarbeit in Klinik und ambulanter Versorgung, um die Versorgungqualität zu steigern und Kosten im Gesundheitssystem zu senken

Begründung:

Durch die Änderungen Nr. 25 und Nr. 56 wird im vorliegenden Gesetzesentwurf eine gesundheitsökonomisch kontraproduktive Schlechterstellung des Hebammenberufs vorgesehen. So ist geplant, künftige Vergütungssteigerungen ab 2028 ausnahmslos an die Grundlohnrate zu koppeln und in den Jahren 2027 bis 2029 um einen weiteren Prozentpunkt darunter zu begrenzen (§ 71 SGB V). Das trifft freiberufliche Hebammen aufgrund des mangelhaften aktuellen Hebammenhilfevertrags doppelt schwer.

Die starre Deckelung in § 71 sowie § 134a ignorieren die prekäre Ausgangslage der freiberuflichen Hebammen, die auch den Gesundheitsausschuss wiederholt beschäftigt hat: Der seit dem 1. November 2025 gültige Hebammenhilfevertrag blieb weit hinter der notwendigen Vergütungshöhe zurück und wirkt sich wirtschaftlich bereits jetzt negativ auf die Hebammen aus. Die erneute

Schlechterstellung würde ihre Situation weiter verschlimmern und den Pay Gap für Hebammen weiter ausweiten. Die von den Vertragspartnern vereinbarte Überprüfung und ggf. Anpassung der Vergütung zum nächsten Hebammenhilfevertrag kann durch die geplante Gesetzesregelung nicht mehr erfolgen.

Die Änderung 56 (§ 134a) ist zudem unnötig. Schon heute wird in § 134a (anders als bei anderen Gesundheitsberufen) vorgeschrieben, dass die Vertragsgestaltung die Beitragsstabilität einhalten muss – abgestimmt mit dem Bedarf der Versicherten sowie den berechtigten wirtschaftlichen Interessen der freiberuflich tätigen Hebammen. Das ist auch sinnvoll, da Schwangerschaften und Geburten, anders als Hüft-OPs und andere planbare Maßnahmen, ungeplant erfolgen und sowohl klinisch als auch ambulant und ambulant-aufsuchend betreut werden müssen.

Fazit zu § 71 und 134a SGB V

Eine bedarfsgerechte Versorgung für junge Familien ist bereits jetzt in vielen Regionen der Bundesrepublik nur schwer – oder gar nicht – herstellbar. Der demographische Wandel bei den Fachärzten sowie den auch in dieser Berufsgruppe durch das Gesetzt vorgesehenen Leistungsbeschränkung, erzeugt weitere Versorgungslücken. Werden durch das Gesetzt auch noch die Hebammenleistungen weiter beschränkt, kann die bedarfsgerechte Versorgung von Mutter und Kind objektiv nicht gelingen.

Anstelle einer weiteren Schlechterstellung der freiberuflichen Hebammen wäre es jetzt dringend geboten, eine funktionierende Selbstverwaltungsstruktur zu schaffen: Der DHV fordert daher endlich verbindliche Regelungen zur Maßgeblichkeit für die Selbstverwaltung in §134a, um die strukturellen Hürden abzubauen. Freiberufliche Hebammen brauchen verlässliche Perspektiven!

Artikel 3, Änderung Krankenhausentgeltgesetz, Nr. 1 – 3 Änderung zum Pflegebudget

Der DHV empfiehlt:

- Streichung der Änderungen in Artikel 3, Nr. 1-3 mit dem Ziel, die Refinanzierung der vollständigen Personalkosten im Rahmen der Tarifrefinanzierung zu erhalten und damit faire Löhne ohne Stellenabbau zu ermöglichen
- Mindestens die Herausnahme der Funktionseinheiten der Geburtshilfe aus der Begrenzung des Pflegebudgets, um die Versorgungssicherheit sowie die Umsetzung der Eins-zu-Eins-Betreuung und des Hebammenkreisaals und nicht zuletzt die Hebammenausbildung nicht zu gefährden, sowie existierende Fehl-, Über- und Unterversorgung einzudämmen.
- Den Erhalt von Mitteln für entlastende Tätigkeiten, damit Hebammen sich auf das Wesentliche konzentrieren können: die Begleitung der Geburt.

Die vollständige Refinanzierung von Personalkosten bis zur Tarifgrenze muss erhalten bleiben, einschließlich Leitungsfunktionen, Hebammenkreißsälen und Praxisanleitung. Denn das Einfrieren des Pflegebudgets ab 2027 beeinträchtigt die Hebammenausstattung in Kreißsälen in kritischem Ausmaß. Es drohen wieder Betreuungsrelationen von einer Hebamme auf fünf Gebärende gleichzeitig, anstatt die notwendigen Eins-zu-eins Betreuung unter der Geburt zu sichern. Das führt wiederum zu deutlich mehr Interventionen und Folgekosten im System, sowie zu hoher psychischer Belastung der Frauen. Ebenso steigt die Drop-Out-Rate von Fachkräften exponentiell an, je höher die Überlastung wird.

Begründung:

Seit 2020 wurden Pflegepersonalkosten, einschließlich der Kosten für Hebammen im Kreißsaal, nach dem Selbstkostendeckungsprinzip vollständig refinanziert. Dies war ein notwendiger Schritt, um den massiven Personalmangel zu bekämpfen und die notwendige Verbesserung der Betreuungsrelationen

in der Geburtshilfe zu erreichen. Der Entwurf sieht nun vor, dieses Prinzip ab 2027 zu beenden und das Budget auf dem Niveau von 2026 einzufrieren. Zukünftige Steigerungen werden strikt an den Veränderungswert (die Grundlohnrate) gekoppelt.

Infolge verlieren Krankenhäuser die finanzielle Flexibilität, durch Neueinstellungen auf steigende Geburtenzahlen oder einen erhöhten Betreuungsaufwand zu reagieren. Die Budgetierung zementiert den Status quo eines bereits jetzt überlasteten Systems.

Besonders kritisch bewertet der DHV den Wegfall der vollständigen Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen. Es entsteht ein massiver wirtschaftlicher Druck auf die Kliniken, Tarifsteigerungen für Hebammen zu begrenzen oder Stellen unbesetzt zu lassen, um das Budget einzuhalten. Eine ausreichende Hebammenausstattung wird wieder zum finanziellen Risiko für die Arbeitgeber, was die Attraktivität des Berufsfeldes im Krankenhaus weiter untergräbt.

Der Entwurf erlaubt eine Überschreitung der Budgetobergrenze nur dann, wenn dies zur Einhaltung gesetzlicher Personalvorgaben (z. B. durch den G-BA) zwingend erforderlich ist. **Das parteiübergreifende gesundheitspolitische Ziel der Eins-zu-eins Betreuung unter der Geburt, die nachweislich die Sicherheit für Mutter und Kind erhöht, wird damit gesetzlich blockiert.** Kliniken werden lediglich das gesetzliche Minimum vorhalten können. Ein freiwilliger Aufbau von Hebammenstellen zur Qualitätsverbesserung wird finanziell unmöglich gemacht.

Der DHV verweist zudem abermals auf die Stellungnahmen von DKG und DGGG, welche die wirtschaftlichen Zwänge der Kliniken im Bereich der Geburtshilfe gut beschreiben. Da sowohl die klinische Hebammenausstattung als auch die Ausstattung mit Fachärzt*innen von den Gesetzesänderungen kritisch betroffen sind und darüber hinaus Geburtshilfe oft unterhalb der Rentabilitätsgrenze arbeiten, drohen kritische Versorgungslücken.

Wegfall pflegeentlastender Maßnahmen führt zu Fehlsteuerung

Auch die Streichung der pauschalen Finanzierung pflegeentlastender Maßnahmen (2,5% des Pflegebudgets) ist ein fataler Fehler. Diese Mittel dienten dazu, besser bezahlte Fachkräfte von administrativen und logistischen Aufgaben zu befreien und diese wirtschaftlich sinnvoll zu delegieren.

Infolge werden Hebammen im Kreißsaal künftig wieder verstärkt mit fachfremden Tätigkeiten (Reinigung, Logistik, Dokumentation) belastet, da für Entlastungspersonal kein gesondertes Budget mehr zur Verfügung steht. Diese Maßnahme führt zu einer ineffizienten Nutzung der hochqualifizierten Hebammenexpertise und steigert die Frustration im Beruf.

Folgen für die praktische Hebammenausbildung und die stationäre Versorgung von Schwangeren und Wöchnerinnen

Der vorliegende Gesetzentwurf beeinträchtigt auch die Ausbildung von Hebammen in erheblichem Umfang. Durch die geplante Deckelung des Pflegebudgets auf Basis des Standes von 2026 werden Hebammen auf den Wochenbett- und Pränatalstationen sowie die für den Berufsnachwuchs unverzichtbaren Praxisanleiter*innen in eine finanzielle Sackgasse manövriert.

Bis heute wurde für Hebammen im stationären Bereich, und insbesondere für die hochqualifizierte Tätigkeit der Praxisanleitung, kein angemessenes und auskömmliches Vergütungsniveau erreicht. Ohne ausreichende Praxisanleitung können Hebammenstudierende nicht betreut werden. Wenn diese bereits defizitäre Basis nun als gesetzlicher Ausgangspunkt für die künftige Refinanzierung festgeschrieben wird, die zudem in den Jahren 2027 bis 2029 durch den Ein-Prozent-Abschlag real schrumpfen kann, wird der bestehende Mangel dauerhaft festgeschrieben.

Die strikte Budgetierung nimmt den Krankenhäusern jeglichen Spielraum, notwendige zusätzliche Expertise finanziell abzubilden. Eine Weiterqualifizierung, beispielsweise zur Praxisanleiterin, wird für

Hebammen völlig unattraktiv, da die Kliniken unter dem Druck der Deckelung kaum in der Lage sein werden, diese verantwortungsvolle Zusatzleistung fair zu honorieren. Die praktische Hebammenausbildung im Studium sieht einen Anteil von 25% Praxisanleitung in einer Eins-zu-Eins Anleitungssituation vor, auch auf den Wochenstationen. Dazu benötigen wir ausreichend Praxisanleiter*innen.

Die Konsequenz ist eine unausweichliche Verschlechterung der praktischen Ausbildung im Hebammenstudium. Ohne motivierte und angemessen vergütete Praxisanleiter*innen bricht das Fundament der Hebammenausbildung weg. Dieses Gesetz gefährdet somit die gesamte Kette der geburtshilflichen und stationären Betreuung – vom ersten Tag der Schwangerschaft auf der Pränatalstation bis hin zur Ausbildung der nächsten Generation von Fachkräften. Wir fordern daher, dass das Pflegebudget weiterhin diese Bedarfe absichern muss. Eine bedarfsgerechte Hebammenversorgung auf Station und eine qualitativ hochwertige Ausbildung müssen außerhalb starrer Budgetgrenzen sichergestellt werden.

Fazit zur Deckelung des Pflegebudgets

Die geplante Deckelung des Pflegebudgets ist eine Sparmaßnahme zulasten der Geburtssicherheit. Sie ignoriert die besondere Dynamik im Kreißsaal, in dem Personalplanung nicht nach starren Raten, sondern nach dem Versorgungsbedarf von Mutter und Kind erfolgen muss. Sie nimmt die wichtigen Verbesserungsschritte der vergangenen fünf Jahre zurück und wird zu einem massiven Qualitätsabbau in der klinischen Geburtshilfe führen. Betreuungsraten von einer Hebamme auf fünf Gebärende gleichzeitig werden so wieder klinischer Alltag werden, mit all den daraus resultierenden Problemen für Mutter, Kind und Hebamme, so wie sie im IGES Gutachten Stationäre Hebammenversorgung (2019) kritisiert werden.

Hebammen sind keine Kostentreiber, sondern Säulen der Prävention.

Hebammen sind grundsätzlich keine Kostentreiber im Gesundheitssystem. Im Gegenteil: Hebammenarbeit ist geprägt von Gesundheitsförderung durch Prävention, Beratung und engmaschige Betreuung in den Familien. Hebammenarbeit ist gesundheitsökonomisch äußerst kosteneffizient und sowohl kurz- als auch mittel- und langfristig kostensparend für das Gesamtsystem.

Durch die Begleitung in während Schwangerschaft, Geburt und die Förderung des Stillens sowie die Unterstützung im Wochenbett verhindern Hebammen teure Folgeschäden und medizinische Interventionen, sowohl im klinischen als auch im ambulanten Versorgungssektor. Durch den vermehrten Einsatz von Hebammen können enorme Effizienzreserven im System gehoben und gleichzeitig die Qualität der Versorgung gesteigert werden. Dieses Potential wird im vorliegenden Gesetzesentwurf in keiner Weise gehoben.

Der DHV betont ausdrücklich: Hebammen tragen eine große Verantwortung für das gesellschaftliche Miteinander und einen gesunden Start ins Leben. Werden die Hebammenvergütung sowie der Einsatz von Hebammen im klinischen Kontext nun weiter beschnitten, bricht vielen Kolleg*innen die Existenzgrundlage weg, was eine verheerende Versorgungsknappheit für Frauen und Familien nach sich ziehen wird.

Berlin, den 17.06.2026

Der Deutsche Hebammenverband e. V. (DHV) ist ein Bundesverband und setzt sich aus 16 Landesverbänden zusammen. Mit rund 22.000 Mitgliedern sowie rund 80 hebammengeleiteten Einrichtungen ist der DHV der größte Hebammenberufsverband in Deutschland und vertritt die Interessen aller Hebammen. In ihm sind angestellte und freiberufliche Hebammen, Lehrer*innen für Hebammenwesen, Hebammenwissenschaftler*innen, Hebammen in den Frühen Hilfen, hebammengeleitete Einrichtungen sowie Hebammenschüler*innen und Studierende vertreten. Über die berufliche Interessenvertretung hinaus ist eine gute medizinische und soziale Betreuung der Frauen und ihrer Kinder vom Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit das zentrale Anliegen des Deutschen Hebammenverbandes. Als Mitglied in der European Midwives Association (EMA), im Network of European Midwifery Regulators (NEMIR) und in der International Confederation of Midwives (ICM) setzt sich der Verband auch auf europäischer und internationaler Ebene für die Stärkung der Hebammenarbeit sowie die Gesundheit von Frauen und ihren Familien ein.

Kontakt

Deutscher Hebammenverband e.V.

Büro Berlin
Lietzenburger Straße 53
10719 Berlin

referat-pol-strategie@hebammenverband.de
hebammenverband.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(25)
gel. VB zur öffent. Anh. am 22.06.2
18.06.2026

Hausärztinnen- und Hausärzteverband

Stellungnahme
Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V.

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz) DR 21/6130

18. Juni 2026

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

In unserer nachfolgenden Stellungnahme konzentrieren wir uns auf die Regelungen des Gesetzesentwurfes, die von besonderer Bedeutung für die Hausärztinnen und Hausärzte sind. Ergänzungen, insbesondere in der Anhörung am 22. Juni 2026, behalten wir uns vor.

Allgemeines

Die mit dem Regierungsentwurf verfolgten zentralen Ziele, insbesondere die Reduktion der Ausgabendynamik der GKV, Zuwächse von Preisen und Vergütungen zukünftig für alle Leistungsbereiche an die Entwicklung der Einnahmen zu koppeln sowie Ausgaben für Versicherte an einen nachweislichen Nutzen zu knüpfen, können seitens des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes grundsätzlich nachvollzogen werden, sind aber in bestimmten Bereichen abzulehnen bzw. kritisch zu bewerten.

Hervorzuheben ist zunächst, dass die Hausarztpraxen von mehreren (geplanten) Maßnahmen gleichzeitig erheblich nachteilig betroffen sind. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund der im Koalitionsvertrag verankerten geplanten Einführung eines verbindlichen hausärztlichen Primärversorgungssystems: insoweit würden in Gestalt mehrerer Neuregelungen Fehlanreize gesetzt (u. a. durch die Streichung der Zuschläge für die erfolgreiche Vermittlung eines Behandlungstermins durch hausärztliche Praxen, den Wachstumsabschlag für erfolgreiche HZV-Verträge nach § 73b SGB V und den Fixkostendegression-Abschlag für Hausärztinnen/Hausärzte), die wir nachfolgend näher erläutern.

Kritisch werden vor allem folgende Maßnahmen mit Bezug zur hausärztlichen Versorgung gesehen:

- die Grundlohnratenbindung gem. § 71 Abs. 1 bis 3 SGB V-neu, insbesondere aber der „HZV-Wachstumsabschlag“; beide Neuregelungen stehen im deutlichen Widerspruch zu der Ankündigung, ein zukunftsorientiertes und funktionierendes Primärversorgungssystem zu etablieren bzw. in Gestalt der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) weiterzuentwickeln und zu stärken;

- die langfristige und regelhafte Umsetzung einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik in der vertragsärztlichen Versorgung; sowie

- die Fixkostendegression bei der haus- und kinderärztlichen Vergütung bei Mengenausweitung im Zusammenhang mit der Entbudgetierung im Kollektivvertrag.

I. Kommentierung einzelner Regelungen

A. Artikel 1 SGB V – § 71 SGB V-neu (Dauerhafte Umsetzung einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik in der vertragsärztlichen Versorgung – die Grundlohnrate als harte Vergütungsobergrenze)

Die Neuregelung in § 71 SGB V-neu zur Grundlohnrate als gesetzlich fixierte Vergütungsobergrenze für alle Vergütungsanpassungen, die für Orientierungswert, Punktwert in der MGV und HZV-Verträge (§ 73b SGB V) gelten soll, wird insbesondere in Bezug auf die HZV-Verträge kritisch bewertet und abgelehnt (siehe unsere Ausführungen unter B.).

Da die Praxiskostenentwicklung (insb. Personal, Miete, Energie) strukturell über der Grundlohnrate (GLR) liegt, bedeutet diese „Deckelung“ eine reale Ertragsminderung für Hausarztpraxen bei gleichzeitig wachsendem Kostendruck und setzt u. a. wegen der geplanten Einführung eines Primärversorgungssystems strukturell widersprüchliche Fehlanreize. Wenn, wie im Koalitionsvertrag festgelegt, die HZV eine wesentliche Säule einer Primärversorgung sein und als solche weiterentwickelt werden soll, wird dies mit dem geplanten Abschlag auf die Kosten einer modernen HZV-Praxis mit notwendigen Investitionen im personellen (Anstellung und Einsatz von akademisch ausgebildetem Praxispersonal) und sächlichen Bereich (Investitionen in digitale Versorgungsstrukturen) nicht gelingen.

B. Artikel 1 SGB V – § 73b SGB V-neu (Doppelbelastung für HZV-Verträge durch Grundlohnratenanbindung und Fixkostendegression)

Die Neuregelungen in § 73b SGB V-neu zur Grundlohnratenbindung, insbesondere aber die geplante Fixkostendegression in der HZV, stellen erhebliche, ungerechtfertigte und vor allem strukturfremde Eingriffe in die HZV dar und sind daher zu streichen.

Durch § 73b Abs. 5 S. 2 SGB V-neu zur Grundlohnratenbindung werden die Vergütungsanpassungen in HZV-Verträgen erstmals an § 71 SGB V (Beitragssatzstabilität und Grundlohnrate) gebunden, was bisher vertragsautonom durch die Vertragspartner erfolgte und auf die HZV nicht übertragbar ist. Insbesondere bei der Begrenzung des Preisanstiegs (Bindung an die Grundlohnrate) in der HZV bestehen große Bedenken, da dies den sehr unterschiedlichen Versorgungseinheiten und Strukturen der Hausarztpraxen – teilweise betreuen diese eine sehr große Anzahl, teilweise nur eine sehr kleine Anzahl eingeschriebener Patienten – nicht gerecht werden kann. Die wissenschaftlichen Evaluationen zur HZV machen überdies mehr als deutlich, dass die Versorgung der Versicherten in der HZV die Kosten für die Krankenkassen klar mindern, weil die höheren Ausgaben im ambulanten Bereich durch Einsparungen in der stationären Versorgung sowie bei den Arzneimitteln deutlich überkompensiert werden. Pro HZV-Versicherten realisiert die Krankenkasse Einsparungen i. H. v. 169 Euro[1]. Eine Vergütungsanpassung oberhalb der Grundlohnrate kann insofern insbesondere in der HZV gerechtfertigt sein, wenn die damit verbundenen Investitionen in moderne und digitale Primärversorgungsstrukturen durch Einsparungen an anderer Stelle überkompensiert werden.

Des Weiteren sollen entsprechend der geplanten Regelungen im kollektivvertraglichen Bereich (vgl. Art. 1 Nr. 32 c) durch § 73b Abs. 5 S. 3 SGB V-neu zur Fixkostendegression, Mehrleistungen aufgrund steigender Teilnehmerzahlen mit einem (Kosten-)Abschlag vergütet werden, was im Rahmen der HZV schlicht nicht funktionieren wird.

[1] https://neueversorgung.de/images/PDF/2025_11_05_HZV-Evaluation-Broschuere.pdf

Ungeachtet der geplanten Änderungen im Bereich der nicht mengenbegrenzten hausärztlichen Leistungen (Kapitel 3 des EBM + Hausbesuche) – vgl. hierzu unter D. – geht der Gesetzgeber hier offensichtlich von der kollektivvertraglichen Systematik der Verteilung der Gesamtvergütung nach § 87b SGB V aus, in der die Krankenkassen eine bestimmte Menge Geld an die KVen zahlen (Gesamtvergütungen), die dann das Geld auf Grundlage der Beschlüsse des Bewertungsausschusses und unter Anwendung der Honorarverteilungsmaßstäbe an die Hausärztinnen und Hausärzte verteilen und dabei – mit Ausnahme der Vergütungen für Leistungen nach dem 3. Kapitel des EBM zzgl. der Hausbesuche (siehe hierzu unter C.) – über Begrenzungsregelungen auch durchschnittlich berechnete (Kosten-)Abschläge über die gesamte Fachgruppe hinweg festlegen können. Diese Systematik ist auf die HZV nicht übertragbar: hier wird keine Gesamtvergütung verteilt, sondern die hausärztlichen Leistungen werden arztindividuell entsprechend den in den HZV-Verträgen vereinbarten Preisen „1:1“ vergütet. Die Anwendung eines generellen Abschlages über alle teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzte hinweg verbietet sich bereits aus diesem Grund und ist auf Direktverträge zwischen den Krankenkassen und den Hausärztinnen und Hausärzten nicht anwendbar.

Ebenfalls zu beachten ist, dass Versicherte in der HZV sich an eine Hausärztin bzw. einen Hausarzt binden. Sind diese, von der/dem Versicherten gewählten Hausärztinnen bzw. Hausärzte in einer BAG oder in einem MVZ tätig, müssten die dortigen Praxiskosten auf den oder die an der HZV teilnehmende/n Hausarzt/Hausärztin anteilig „heruntergebrochen“ werden. Es ist nicht erkennbar, wie dies im Rahmen der HZV-Verträge gelingen soll.

Dass die Vertragspartner in ihren Verträgen schon bis zum 31. März 2027 die Höhe des Abschlages auf die vereinbarten Preise festzusetzen haben, wird ebenfalls kritisch gesehen, da diesbezüglich vergleichbare Abschläge in der HZV und Bezugsgrößen – u. a. mit Blick auf mögliche heranzuziehende Vergütungspositionen/Pauschalen – fehlen. Bisher gibt es in der HZV keine Abschläge im Sinne von Honorarkürzungen auf die vereinbarten Leistungen. Insbesondere auf die P2 (Behandlungspauschale für den tatsächlichen Arzt-Patienten-Kontakt) oder auf die P3 (Chronikerpauschale für den besonderen Betreuungsaufwand für Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen) wäre ein Abschlag systemfremd und nicht übertragbar. Zu beachten ist außerdem, dass durch die Systematik eines pauschal vergüteten Einschreibesystems eine medizinisch und versorgungstechnisch nicht begründete Ausweitung der Fallzahlen der hausärztlichen Praxen ohnehin systemimmanent unterbunden wird. Die einer Fixkostendegression zugrundliegende Sorge einer Fallzahlausweitung braucht insofern nicht zu bestehen.

Ein (Kosten-)Abschlag im Rahmen der HZV – welcher schon wegen der damit verbundenen Fehlanreize für das Primärversorgungssystem „HZV“ abzulehnen ist (s. o.) – müsste, so er dennoch gesetzlich verankert werden sollte, im Ergebnis also arztindividuell berechnet werden und wäre wegen des enormen bürokratischen Aufwandes nicht nur unverhältnismäßig teuer in der Umsetzung, sondern gänzlich unvertretbar.

Für die Hausärztinnen und Hausärzte aber wesentlich und politisch völlig unverständlich ist, dass insbesondere durch die beiden Maßnahmen – Grundlohnratenbindung und Fixkostendegression – die HZV als funktionierendes Primärversorgungssystem systemwidrig in ihrem Bestand und in ihrer Entwicklung massiv gehemmt wird. Gerade die HZV-Verträge stellen ein effektives Instrument dar, um Hausärztinnen/Hausärzte durch attraktive Versorgungs- und Vergütungsstrukturen zu gewinnen und zu binden. Der Wachstumsabschlag trifft gerade diejenigen Regionen am härtesten, in denen die HZV erfolgreich wächst. Angesichts des angekündigten Primärversorgungssystems erscheint eine Wachstumsbremse für erfolgreiche HZV-Verträge nicht nachvollziehbar, widersprüchlich und kontraproduktiv. Dieser Widerspruch dürfte den ohnehin bestehenden Nachwuchsmangel in der Allgemeinmedizin weiter verschärfen.

C. Artikel 1 § 87a Abs. 3 SGB V-neu (Abschaffung der Zuschläge für die erfolgreiche Vermittlung eines Behandlungstermins durch hausärztliche Praxen)

Die Streichung der Zuschläge für die erfolgreiche Vermittlung eines Behandlungstermins durch hausärztliche Praxen wird abgelehnt. Die Vermittlung von dringenden Terminen bei fachärztlichen Praxen, die in Zukunft absehbar deutlich schwieriger werden wird, erzeugt auch ohne TSVG-Regelungen einen erheblichen Aufwand in den hausärztlichen Praxen, der gegenfinanziert werden muss. Wenn gewollt ist, das hausärztliche Praxen ihre Patientinnen und Patienten in dringlichen Fällen bei der Terminvermittlung an fachärztliche Praxen unterstützen, ist die Streichung dieser Regelung kontraproduktiv.

D. Artikel 1 § 87a Abs. 3c SGB V-neu (Fixkostendegression bei der haus- und kinderärztlichen Vergütung bei Mengenausweitung im Zusammenhang mit der Entbudgetierung im Kollektivvertrag)

Zudem ist auch die Neuregelung zum Fixkostendegression-Abschlag für Hausärztinnen und Hausärzte nach § 87a Abs. 3c SGB V-neu (vgl. Art. 1 Nr. 32 c) kritisch zu bewerten und zu streichen, da dies den seit dem GVSG geltenden Entbudgetierungseffekt gezielt untergräbt. Sobald die abgerechneten Hausarztleistungen die vereinbarte Hausarzt-MGV übersteigen und Ausgleichszahlungen fällig werden, sollen diese Mehrleistungen nur noch mit einem (Kosten-)Abschlag vergütet werden.

Die vollständige Vergütung nach Euro-Gebührenordnungspreisen würde künftig nur noch innerhalb der Hausarzt-MGV gelten und darüber nur noch mit einem Abschlag vergütet werden. Dies wäre faktisch eine partielle „Rebudgetierung“ durch die Hintertür.

Ihre Ansprechpartner

Bundesvorsitzende: markus.blumenthal-beier@haev.de, nicola.buhlinger-goepfarth@haev.de
☎ 030 88 71 43 73-30

Hauptgeschäftsführer und Justiziar: joachim.schuetz@haev.de
☎ 02203 97 788-03

Geschäftsführer: sebastian.john@haev.de
☎ 030 88 71 43 73-34

Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V.
Edmund-Rumpler-Straße 2 · 51149 Köln
www.haev.de

Deutscher Bundestag

Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(26)

gel. VB zur öffent. Anh. am 22.06.2(

18.06.2026

bvkj.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzt*innen

Stellungnahme zum Entwurf eines

Gesetzes zur Begrenzung zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-BStabG)

vom 29. April 2026

(BT-Drucksache 21/6130)

18. Juni 2026

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Vorbemerkung

Angesichts der wirtschaftlich äußerst schwierigen Zeiten und einem Gesundheitssystem, das kaum mehr finanzierbar ist, ist die Ärzteschaft dazu bereit, Verantwortung zu übernehmen und Lasten mitzutragen. Bereits die Vorschläge der GKV-Finanzkommission hätten der Ärzteschaft große Opfer abverlangt. Die Vorschläge der Kommission waren aber immerhin weitgehend ausgewogen, sahen Einsparungen bei der Ärzteschaft, den Krankenhäusern, den Patient*innen, aber auch der Pharmaindustrie vor. Vor allem aber hätten sie auch den Bund in die Pflicht genommen (insbesondere bei den Beiträgen für Grundsicherungsempfängern) diejenigen Lasten zu tragen, die schlechterdings außerhalb der Verantwortung von Beitragszahlern wie auch von Leistungserbringern liegen. Der vorliegende Gesetzentwurf hat sich von dieser Ausgewogenheit weit entfernt und muss daher ganz grundsätzlich unsere Ablehnung finden.

Die Lasten für Kosteneinsparungen sollen nun fast in Gänze von den Leistungserbringern, allen voran der Ärzteschaft getragen werden. Und dies obwohl der Gesetzentwurf selber einräumen muss, dass der vertragsärztliche Bereich „in den vergangenen 15 Jahren und bis einschließlich heute moderater gestiegen ist als die Ausgaben insgesamt." Gleichzeitig steigt der Anteil der ambulant versorgten Patient*innen mit zunehmender Ambulantisierung seit Jahren stetig an – eine Entwicklung, die die kinder- und jugendärztlichen Praxen besonders betrifft, da in den letzten Jahren die Zahl und die Bettenkapazitäten der Kinderkliniken bereits massiv reduziert wurden. Die geplanten Einsparungen träfen mithin den aktuell effizientesten Bereich der Versorgung.

Wir fordern den Gesetzgeber auf, die Pläne zur zukünftigen Finanzierung der GKV nicht nur unter dem Aspekt kurzfristiger Ausgabenbegrenzungen, sondern im Licht der anstehenden strukturellen Reformen zu bewerten. Die erhofften Verbesserungen durch geplante Präventionsgesetz werden durch pauschale Budgetbeschränkungen hintertrieben. Bei der geplanten Reform der Notfallversorgung und vor allem bei der Einführung eines Primärarztsystems werden Haus- und Kinderärzte eine zentrale Rolle spielen. Vor diesem Hintergrund erscheinen Einsparungen in der primärärztlichen Versorgung kaum realisierbar, ohne den Erfolg dieser Reformen von Vorneherein zu gefährden. Die im Gesetzentwurf vorgesehen pauschale Kappung der Vergütungssteigerung unabhängig von Morbidität oder den Effekten kommender Reformen auf Patientenwege, ist abzulehnen. Zielführend ist eine angemessene Vergütung einer Leistung dort, wo sie erbracht wird.

Wenn ein zukünftiges Primärarztsystem zu mehr Leistungen in Haus- und Kinderarztpraxen führt, müssen diese vergütet werden. Wenn Primärärzt*innen Patient*innen an Gebietsfachärzt*innen überweisen, müssen deren Leistungen ebenfalls kalkulierbar vergütet werden.

Wenn der Trend zur Ambulantisierung weiter anhält und Fallzahlen in Kliniken sinken, während sie in der ambulanten Versorgung steigen, können die GKV-Ausgaben nicht streng nach Versorgungsbereich getrennt betrachtet werden.

Schlussendlich muss auch die Verantwortung der Patient*innen einbezogen werden. Verbindliche Steuerung im Notfall und im Primärarztsystem ist notwendig, um Fehlversorgung zu begrenzen und Kapazitäten gezielt zu nutzen. Die Chance zu nutzen, finanzielle Anreize zu setzen, die das Moral-Hazard-Problem abmildern könnten, wurde leichtfertig vertan. So sind auch der Überinanspruchnahme von Gesundheitsressourcen durch Versicherte weiterhin keine engen Grenzen gesetzt.

Aus Sicht des BVKJ sind folgende Änderungen des Gesetzentwurfes unbedingt erforderlich:

1. Extrabudgetäre Leistungen nach § 87 d SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzentwurf sieht vor, die Ausgaben der (bislang) extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV) auf die Grundlohnsummensteigerung zu deckeln. Hierfür soll die EGV zukünftig nur noch in vergleichbarem Umfang wie die MGV wachsen.

Bewertung

In der kinder- und jugendärztlichen EGV finden sich hauptsächlich Leistungen der Prävention – wie Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen – aber auch z. B. der Sozialpädiatrie. Versicherte Kinder und Jugendliche haben bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche, geistige oder psycho-soziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Die Untersuchungen beinhalten auch eine Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken einschließlich einer Überprüfung der Vollständigkeit des Impfstatus.

Es liegt im politischen und bevölkerungsmedizinischen Interesse, dass möglichst viele versicherte Kinder und Jugendliche diese Präventionsleistungen in Anspruch nehmen, um Krankheiten und Entwicklungsstörungen zu verhüten oder früh zu erkennen. Letztlich sollen so Krankheitslast und Folgekosten reduziert werden. Auch neue Präventionsleistungen, wie die geplante neue Kindervorsorge U10 im Grundschulalter, sollen bereits nach zwei Jahren in die Deckelung einbezogen werden.

Die ungezielte Begrenzung des EGV-Ausgabenvolumens widerspricht der Intention des Gesetzes, Ausgaben in Hinblick auf einen Nutzennachweises für Versicherte zu überprüfen. Vorsorgen und Impfungen gehören zu den wirksamsten präventiven Maßnahmen überhaupt. Sie sind nach gerade und auch nach Maßgaben Wirtschaftlichkeit zweifellos gerechtfertigt und haben ihren Nutzennachweis vielfach erbracht. Die Überprüfung ihrer Wirtschaftlichkeit erfolgt bereits heute kontinuierlich durch den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Impfungen und Kinder- und Jugendvorsorgen (auch neu hinzukommende) verhindern Morbidität und sparen so Kosten des Gesundheitssystems ein. Sie sollten von jeglicher Budgetierung ausgenommen werden.

Änderungsvorschlag

In § 87d Absatz 4 wird nach Nummer 4 folgende Nummer 5 eingefügt:

„5. Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin, insbesondere Präventions- und Vorsorgeleistungen, Impfungen sowie sozialpädiatrische Leistungen."

2. Entbudgetierung nach § 87a Abs. 3b

Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung ändert das Aufsatzquartal bei der Berechnung der kinder- und jugendärztlichen morbiditätsbedingte Gesamtvergütung und sieht eine quartalsweise Festlegung vor. Zwar wird die MGV im Bereich der Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin auch weiterhin nicht mit befreiender Wirkung bezahlt und diese Leistungen sind von den Krankenkassen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vollständig zu vergüten. Jetzt wird allerdings einschränkend hinzugefügt „soweit sie aus der für diese Leistungen festgesetzten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vollständig vergütet werden kann."

Sobald Ausgleichszahlungen durch die Krankenkassen zu leisten sind, sind diese mit einem Abschlag für die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen zu vergüten. Die Höhe des Abschlags wird durch den Bewertungsausschuss vorgegeben.

Bewertung

Die Einschränkung der Entbudgetierung des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin und der allgemeinen hausärztlichen Versorgung ist nicht sachgerecht. Die im Gesetzentwurf vorgesehenen pauschalen Kostenbegrenzungsmaßnahmen treffen die kinder- und jugendärztliche Versorgung empfindlich. Dadurch wird die Aufwertung der Kinder- und Jugendmedizin gegenüber anderen finanziell besser aufgestellten Fachgruppen entgegen früher abgegeben Versprechungen in erheblichem Maße wieder zurückgenommen.

Nicht nachzuvollziehen ist vor allem, dass mit Einführung einer „Fixkostendegression" doch wieder eine Deckelung vorgesehen wird. Sie hat zur Folge, dass wenn Infektwellen, andere morbiditätssteigernde Phänomene oder schlicht eine vielleicht mal wieder steigende Kinderzahl zu mehr Arztbesuchen führen, Kinderärzt*innen Abschläge auf den erhöhten Behandlungsaufwand akzeptieren müssen. Leistungsmengenrisiken und Morbiditätsrisiken werden so wieder auf die Praxen verlagert.

Soweit eine Kostendegression festzustellen ist, wird diese bereits bei der Festlegung des Orientierungspunktwertes berücksichtigt. Diese bei der Kinder- und Jugendmedizin doppelt anzurechnen ist nicht sachgerecht und verhindert die eigentlich gewünschte Stärkung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Die allgemeine Kostendregression bei Fallzahlsteigerungen bestraft gerade leistungsfähige Praxen, die auch mehr Personal und mehr Räume für die Versorgung bereitstellen.

Kinder- und jugendärztliche Praxen sowie Hausarztpraxen sollen im Rahmen eines zukünftigen Primärarztsystems eine Schlüsselrolle bei der Patientenversorgung und -steuerung übernehmen. Dies erfordert, auch Mehrleistungen und ein höheres Patientenaufkommen. Vergütungskürzungen werden die Anreize zur Erbringung versorgungsstützender Mehrleistungen verringern. Dies stellt gerade in sozial angespannten Versorgungsgebieten und ländlichen Räumen ein Hindernis für Niederlassungen dar. Damit wird der ursprüngliche Zweck der Einführung der Entbudgetierung konterkariert.

Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 32 Buchstabe c wird gestrichen.

3. Förderung der ambulanten kinder- und jugendärztlichen Weiterbildung

Für die Sicherung der künftigen flächendeckenden hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 (1a) SGB V spielt die ärztliche Weiterbildungsförderung eine wichtige Rolle. Die Zuständigkeit hierfür liegt bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen, die die Kosten der Förderung gemeinsam je zur Hälfte tragen.

Um speziell die kinder- und jugendmedizinische Versorgung über eine ausreichende Anzahl an Weiterbildungsstellen sicherzustellen, ist eine Ausweitung der Fördermöglichkeiten für Kinder- und Jugendärzte erforderlich. Damit wird die Kinder- und Jugendmedizin in die Lage versetzt, auch in Zukunft ihre primärärztliche Funktion zu erfüllen.

Aus diesem Grund soll die Weiterbildungsförderung der Kinder- und Jugendmedizin gemeinsam mit der Weiterbildungsförderung der Allgemeinmedizin ohne Höchstanzahl an Förderstellen ermöglicht werden, sodass der Auftrag aus dem Koalitionsvertrag, die Kapazitäten der Weiterbildungsstellen für Kinderärzte auszubauen, umgesetzt wird.

Änderungsvorschlag

Nach Artikel 1 Nummer 28 ist die folgende Nummer 28a einzufügen:

„28a.

§ 75a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „allgemeinmedizinische“ die Wörter „und kinder- und jugendmedizinische“ eingefügt.

bb) In Satz 2 werden nach dem Wort „Allgemeinmedizin“ die Wörter „und Kinder- und Jugendmedizin“ eingefügt.

b) In Absatz 2 Satz 1 werden nach dem Wort „allgemeinmedizinische“ die Wörter „und kinder- und jugendmedizinische“ eingefügt.

c) In Absatz 5 Satz 1 werden nach den Wörtern „Förderung der allgemeinmedizinischen“ die Wörter „und kinder- und jugendmedizinischen“ eingefügt.

d) In Absatz 7 Nummer 2 werden nach dem Wort „Allgemeinmedizin“ die Wörter „und Kinder- und Jugendmedizin“ eingefügt.

e) In Absatz 9 Satz 2 werden die Wörter „ ‚davon mindestens 250 Weiterbildungsstellen in der Kinder- und Jugendmedizin,“ gestrichen.“

4. Kopplung an die Grundlohnsummenentwicklung nach § 71 u.a. in § 87 Abs. 2g und § 73 b

Beabsichtigte Neuregelung

Der Entwurf beschreibt einen gegenüber dem Durchschnitt der 2010er Jahre mit 8 Prozent pro Jahr und etwa doppelt so starken Ausgabenanstieg. Preis-, Lohn- und Vergütungssteigerungen hätten sich damit in vielen Bereichen des Gesundheitswesens von der Einnahmenentwicklung in der GKV entkoppelt.

Krankenkassen und Leistungserbringer haben Vergütungsvereinbarungen schon immer so zu gestalten, dass Beitragserhöhungen ausgeschlossen werden. Grundlage sind die beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied.

Als Lösung sieht der Entwurf eine Begrenzung der Vergütungsanstiege im jeweiligen Leistungsbereich vor. Neu ist nun die Streichung der Möglichkeit der Überschreitung in einem Bereich, solange Einsparungen in anderen Leistungsbereichen erfolgen. Darüber hinaus soll für die Jahre 2027 bis 2029 soll hiervon noch ein Abschlag von 1 Prozentpunkt abgezogen werden.

Bewertung

Grundsätzlich ist zu kritisieren, dass die einzelnen Leistungsbereiche keinesfalls proportional ihres Anteils an den Gesundheitskosten belastet werden. Die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung, die für über 95 Prozent der Behandlungsfälle verantwortlich ist, wird stark überproportional belastet.

Die von der Einnahmenentwicklung abgekoppelte hohe Ausgabendynamik der GKV in den vergangenen Jahren wurde von den verschiedenen Leistungsbereichen in ganz unterschiedlichem Ausmaß verursacht. Der Ausgabenanstieg in der stationären Versorgung ist, bei gleichbleibenden Fallzahlen in den Kliniken hoch dynamisch gewesen, während der Kostenanstieg im ambulanten Bereich trotz dynamischer Fallzahlentwicklung moderat ausgefallen ist.

Deshalb ist die Möglichkeit der Verrechnung von Einsparungen in einem Leistungsbereich mit Mehrausgaben in einem anderen Leistungsbereich notwendig.

Angesichts der angestrebten Ambulantisierung und Straffung der Kliniklandschaft ist mit einer weiteren Verschiebung von stationären Fällen in die ambulante Versorgung zu rechnen. Eine identische Deckelung der Leistungsbereiche ignoriert diese Entwicklung. Ebenso

Weiterhin ist die Einführung eines Primärarztsystems mit einer Deckelung, die neben dem Orientierungspunktwert auch die hausarztzentrierte Versorgung treffen würde, unvereinbar. Hinzu kommt, dass die Praxiskostenentwicklung in den letzten Jahren (insb. die in der Kinder- und Jugendmedizin besonders hohen Personalkosten, aber auch die Kosten für Miete und Energie) generell über der Grundlohnrate liegt. Eine Obergrenze entlang der Grundlohnrate, die dazu noch für drei Jahre um 1 Prozentpunkt gemindert wird, würde eine reale Ertragsminderung bedeuten und so negative Anreize setzen.

Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 25 wird gestrichen.

5. Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b

Beabsichtigte Neuregelung

Die Hausarztzentrierte soll an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität gekoppelt werden – das gilt auch für die Einführung neuer Leistungen.

Leistungen auf Grund von mehr Teilnehmer an den Verträgen der HZV sollen mit einem Abschlag auf die vereinbarten Preise für die allgemeine Fixkostendegression vergütet werden.

Bewertung

Die Bindung an Grundlohnrate gemäß § 71 Abs. 1 bis 3 in Abs. 5 Satz 2-5 Neu wie auch die Einschränkung der Möglichkeiten der Vertragspartner in Satz 8, hiervon Ausnahmen vorzusehen, widerspricht der Intension der hausarztzentrierten Versorgung, die parallel zur kollektivvertraglichen Versorgung unter besonderen Qualitätsanforderungen ein eigenes medizinisches Angebot sichern soll.

Der weiterhin vorgesehene Abschlag auf Mehrleistung aufgrund von gestiegenen Teilnehmern (Fixkostendegression) kann nicht wie vorgesehen verwirklicht werden, weil anders als im kollektivvertraglichen System keine Nachzahlung auf eine mit befreiender Wirkung gezahlte Vergütung existiert, sondern nach Systematik der HZV von vornherein alle Leistungen in voller Höhe vergütetet

werden. Grundsätzlich sollten keine Maßnahmen erfolgen, die die Anreize, eine höhere Teilnehmerzahl in dem patientensteuernden System der HZV zu erhöhen, verringern.

Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 27 wird gestrichen.

6. Kinderkliniken - § 39 Krankenhausfinanzierungsgesetz

Der BVKJ begrüßt, dass entgegen der Vorschläge der Finanz-Kommission die Förderbeträge für den Bereich der stationären Pädiatrie nicht angetastet werden sollen.

Eines der Ziele der Krankenhausreform von KHVVG und KHAG ist die Konsolidierung der Krankenhauslandschaft durch eine Konzentration der spezialisierten Versorgung. Die Pädiatrie hat den angestrebten Strukturwandel allerdings bereits durchlaufen und erhebliche Standortschließungen sind erfolgt. So sank zwischen 1991 und 2012 die Anzahl der Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin von 440 auf 364, bis 2023 reduzierte sich diese Zahl weiter auf jetzt nur noch 323 pädiatrische Einrichtungen. Im Gegensatz zur Erwachsenenmedizin besteht daher kein Bedarf mehr für eine zusätzliche Konzentration, vielmehr ist es erforderlich, um eine angemessene flächendeckende Versorgung zu gewährleisten, die bestehenden pädiatrischen Standorte mit ihren Spezialisierungen zu bewahren und finanziell abzusichern.

Die neue Vorhaltefinanzierung allein kann das Problem der Unterfinanzierung der Kinderheilkunde nicht lösen. Zuschläge sind entsprechend der Ausgaben- und Kostenentwicklung zu dynamisieren.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzt*innen

Kontakt:

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen e.V. (BVKJ)

Mielenforster Straße 2, 51069 Köln

Telefon: 0221/68909-0

E-Mail: info@bvkj.de

Internet: www.bvkj.de

Präsident:
Dr. med. Michael Hubmann

Vizepräsident*innen:
Dr. med. Anke Steuerer
Dr. med. Stefan Trapp

Hauptgeschäftsführer:
Tilo Radau

Referent Gesundheitspolitik:
Simon K. Hilber
Tel.: 030 280 475 10
E-Mail: simon.hilber@bvkj.de

Lobbyregister beim Deutschen Bundestag: Registernummer R000638

Deutscher Bundestag

Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(27)

gel. VB zur öffent. Anh. am 22.06.2

18.06.2026

Malteser
…weil Nähe zählt.

Stellungnahme

Malteser Hilfsdienst

Gesetz der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)

BT-Drucksache: 21/6130

Stand: 18.06.2026

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Malteser Hilfsdienst gemeinnützige GmbH

Erna-Scheffler-Straße 2, 51103 Köln
Postadresse: 51101 Köln
malteser@malteser.org
www.malteser.de
Tel: 0221 9822-0
Fax: 0221 9822-1499

Malteser Hilfsdienst gemeinnützige GmbH, Köln
Amtsgericht Köln, HRB 26997
Steuernr.: 218/5990/0040
Bank für Sozialwirtschaft, Köln
BIC BFSWDE33XXX
IBAN DE65 3702 0500 0002 4001 00

Geschäftsführung:
Thomas Kleinert, Dr. Elmar Pankau (Vors.),
Ulf Reermann, Frank Weber

Aufsichtsratsvorsitzender:
Georg Khevenhüller

Inhalt

A. Vorbemerkung 3
B. Ausgangslage aus der Perspektive des Rettungsdienstes 3
C. Stellungnahme 4
I. Kostenfolgen veränderter Leitungsanforderungen 4
II. Sicherung der Tariflohnbindung 4
III. Unabwendbare Steigerungen der Sachkosten 9
IV. Vollkostenrechnung, Finanzierungskosten und Vorhaltung 9
D. Vorschlag zur Formulierung des § 133 SGB V in der Fassung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz 10
E. Fazit 11

A. Vorbemerkung

Der Malteser Hilfsdienst ist ein Verband mit einem Schwerpunkt im Rettungsdienst. Daher nimmt die vorliegende Stellungnahme zum Gesetz der Bundesregierung zum Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz) BT-Drucksache 21/6130 im nachfolgenden Umfang in erster Linie die Perspektive des Rettungsdienstes ein.

Der Malteser Hilfsdienst bringt sich mit 40.000 Fachkräften und 55.000 ehrenamtlichen Helfern seit Jahrzehnten in die Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen der Gesundheitsversorgung ein. Dabei hat der Malteser Hilfsdienst es stets als eine seiner Aufgaben betrachtet, verlässlich und zu großen Teilen selbstlos an der Sicherung einer qualitätsorientierten und nachhaltigen Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen der Notfallrettung, des qualifizierten Krankentransports und bei Krankenfahrten mitzuwirken.

B. Ausgangslage aus der Perspektive des Rettungsdienstes

Die Beitragssatzstabilisierung ist auch für den Malteser Hilfsdienst ein zentrales Anliegen der dauerhaften Sicherung eines hohen Versorgungsniveaus. Da Kostengerechtigkeit vor allem im Gesundheitswesen der Garant von Qualität und dauerhafter Verlässlichkeit ist, gilt es allerdings die Grenzen möglicher Ersparnismaßnahmen so zu bestimmen, dass die vom Gesetz geforderte Leistung dauerhaft wirtschaftlich erbracht werden kann.

Wir haben mit Blick auf den Entwurf des Beitragssatzstabilisierungsgesetzes an vier Punkten große Sorge, dass der geforderte Ausgleich zulasten der Versorgungssicherheit im Zusammenspiel der §§ 71 und 133 SGB V verfehlt werden könnte.

Daher möchten wir Sie eindringlich bitten, unsere nachstehenden Überlegungen zu prüfen und den daraus entwickelten Änderungsformulierungsvorschlag (vgl. Abschnitt D) in ihren Diskussionen zu berücksichtigen.

C. Stellungnahme

I. Kostenfolgen veränderter Leitungsanforderungen

Neue Aufgaben, Erhöhungen des Leistungsbedarfs durch Überalterung der Bevölkerung und Krankenhausreform sowie gestiegene Qualitätsanforderungen erzeugen naturgemäß eine sich ständig verändernde Leistungs- und Kostenstruktur und im Ergebnis heute nicht sicher prognostizierbare Kosten.

Der Kabinettsentwurf zur Reform der Notfallversorgung sieht in diesem Sinne folgerichtig für die entsprechende Novellierung des § 133 SGB V vor, dass die künftigen Vergütungsstrukturen die durch die neuen Anforderungen entstehenden Mehrkosten der Vernetzung des Notfallmanagements ungeachtet aller Sparbemühungen berücksichtigen müssen. Die gleiche Notwendigkeit ergibt sich typischerweise aus allen erheblichen Bedarfsveränderungen sowie generell aus gestiegenen Qualitätsanforderungen. So führen etwa gestiegene Ausbildungsanforderungen an das Personal oder neue Personalvorhaltequoten zu Mehrkosten, die ein lineares Anknüpfen an der Vergütungssituation des Vorjahres ausschließen.

Die durch den Entwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes wesentlich verschärfte Grundlohnratenanbindung im Sinne einer verbindlichen Maßregelung auch gegenüber den Trägern des öffentlichen Rettungsdienstes und deren kommunalrechtlichen Gebührensatzungen lassen – ohne eine Öffnungsklausel – definitionsgemäß keinen Raum für die Berücksichtigung solcher Veränderungen. Schließlich halten sich diese nicht in den Schranken der Grundlohnrate.

Unser erstes Petitum liegt darin, – teilweise auch im Vorgriff auf die Reform der Notfallrettung – die strikte Grundlohnratenbindung zugunsten einer Berücksichtigung von substanziellen Änderungen der Leistungsanforderungen und Qualitätsbestimmungen zu lockern.

II. Sicherung der Tariflohnbindung

1. Wirtschaftlichkeit tarifvertraglicher Vergütungen

Dem Malteser Hilfsdienst ist es stets ein Anliegen gewesen, die Mitarbeitenden, die der Garant einer verlässlichen Leistungserbringung sind, stetig fortzubilden sowie angemessen, kalkulierbar und verlässlich, daher tariforientiert (hier: Richtlinien für Arbeitsverträge in den Einrichtungen des Deutschen Caritasverbandes (AVR)), zu bezahlen. Die Tariftreue hat nach unserer Einschätzung dazu geführt, dass wir besonders qualifizierte und erfahrene Mitarbeitende langfristig an uns binden können.

Wir sehen uns mit unserem Bekenntnis zur Zahlung von Tariflöhnen in Deckung mit der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts und mit dem Gesetzgeber des SGB V vor den jetzt beabsichtigten Einschnitten.

Die Deckelung von Entgelterhöhungen durch den Verweis von § 133 Abs. 1 SGB V auf § 71 Abs. 1 bis 3 SGB V kann in Fällen, in denen Tariferhöhungen die Veränderungsrate des § 71 Abs. 3 SGB V erheblich übersteigen, dazu führen, dass die tarifbedingten gestiegenen Personalkosten von den Kostenträgern nicht refinanziert werden. Die Gefahr wird durch die Minderung der maßstäblichen Grundlohnrate um einen Prozentpunkt weiter erhöht.

§ 133 SGB V sieht weder in seiner aktuellen Fassung noch in der diskutierten Neufassung vor, dass die Bezahlung von Tarifgehältern stets wirtschaftlich und unabhängig von der Veränderungsrate des § 71 Abs. 3 SGB V zu refinanzieren ist.

Eine solche Klarstellung findet sich bislang aber in den Vorschriften zu anderen Leistungsbereichen. Zum Beispiel regeln § 132 Abs. 1 S. 2 SGB V, § 132a Abs. 4 S. 7 SGB V, § 132l Abs. 5 S. 2 SGB V, § 111 Abs. 5 S. 3 SGB V, § 111c Abs. 3 S. 3 SGB V, § 38 Abs. 2 S. 1 SGB IX und (in etwas anderem Wortlaut) § 82c Abs. 1 SGB XI ausdrücklich: ***„die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglicher Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden“***.

Wir haben nicht übersehen, dass diese Regelungen laut Gesetzentwurf unterschiedslos der Streichung verfallen sollen.

Damit wird nach unserem Verständnis ein allgemeiner und zutreffender Rechtsgedanke verletzt.

Schon vor der Schaffung der nun zur Streichung anstehenden Regelungen hatte das Bundessozialgericht ausgeführt, dass die Einhaltung einer Tarifbindung *„stets den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit“* entspreche. In zwei Parallelentscheidungen aus dem Jahr 2009 zum Leistungsbereich der stationären Pflege des SGB XI stellte das Bundessozialgericht fest, dass dies auch schon vor der Einführung einer ausdrücklichen gesetzlichen Regelung im seinerzeit maßgeblichen § 72 Abs. 3 S. 1 Nr. 2 SGB XI gegolten habe (BSG, Urteil vom 29. Januar 2009 – B 3 P 7/08 R –, juris Rn. 36; B 3 P 9/07 –, juris Rn. 44).

Die Hintergründe dieser Auffassung des Bundessozialgerichts sind in einer späteren Entscheidung aus dem Jahr 2013 zum Ausdruck gekommen. Dort verwies das Bundessozialgericht zur Begründung seiner

eigenen Rechtsprechung auf ***„das unverkennbare Bestreben des Gesetzgebers, eine Vergütungsspirale nach unten zu Lasten der Pflegequalität und auf Kosten einer unter das ortsübliche Maß abgesunkenen Arbeitsvergütung zu vermeiden“*** (BSG, Urteil vom 16. Mai 2013 – B 3 P 2/12 R –, juris Rn. 16).

Der Gesetzgeber hat diese Rechtsprechung des Bundessozialgerichts etwa bei der Schaffung von § 38 Abs. 2 S. 1 SGB IX ausdrücklich als unbestrittenen Leitsatz für die durch Gesetz garantierte Refinanzierung von Tariflöhnen angeführt. Die bisherigen Regelungen stellten, so die Gesetzesbegründung von § 38 Abs. 2 S. 1 SGB IX, eine Anerkennung von Tariflöhnen durch die Rehabilitationsträger bei Vergütungsverhandlungen nicht sicher. Tarifvertragslöhne dürften nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts jedoch nicht wegen Unwirtschaftlichkeit abgelehnt werden (BT-Drs. 18/9522, Seite 248). Es wird darin deutlich, dass der Gesetzgeber von einer Bindung durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ausging.

Im Rahmen der Einführung des heutigen § 132 Abs. 1 S. 2 SGB V vor knapp fünf Jahren sprach der Gesetzgeber in der Gesetzesbegründung davon, durch die Regelung werde *„klargestellt, dass der Grundsatz der Beitragssatzstabilität dem* [i. e.: der vollen Refinanzierung der Tarifgehälter] *nicht entgegengehalten werden kann“* (BT-Drs. 19/30560, Seite 45).

Dafür, dass es sich bei der Wirtschaftlichkeit von Tarifgehältern, einschl. Löhnen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen, um einen von einer ausdrücklichen gesetzlichen Regelung losgelösten und im Leistungserbringerrecht generell geltenden Rechtsgrundsatz handelt, spricht auch eine neuere Entscheidung des Bundessozialgerichts aus dem Dezember 2025 zu § 125 SGB V, dem Leistungserbringerrecht etwa der Physiotherapie und der Ergotherapie. Hier stellte das Bundessozialgericht trotz des Hinweises auf das Fehlen einer die Refinanzierung von Tarifgehältern garantierenden Regelung in § 125 SGB V fest, bei der Berücksichtigung der Personalkosten könne *„entsprechend den Grundsätzen im SGB V (vgl. § 132a Abs. 4 S. 7 SGB V) und in anderen Sozialleistungsbereichen (vgl. § 124 Abs. 1 S. 6 SGB IX, § 75 Abs. 2 S. 13 SGB XII) zugrunde gelegt werden, dass die Bezahlung tariflich vereinbarter Vergütungen regelmäßig nicht als unwirtschaftlich anzusehen sei“* (BSG, Urteil vom 18. Dezember 2025 – B 3 KR 9/24 R –, juris Rn. 34).

Wir können uns nicht vorstellen, dass der Gesetzgeber den Gedanken der Tarifbindung, der das gesamte Tun der öffentlichen Hand und der Beauftragten des öffentlichen Rettungsdienstes durchwirkt, nunmehr generell preisgeben will. Die Einheit der Rechtsordnung würde dadurch in Frage gestellt und die

Qualität und Nachhaltigkeit der Gesundheitsleistungen würden zulasten der Mitarbeitenden unterminiert.

Das Bedürfnis nach Tarifgehältern und deren Dynamisierung besteht nun im Rettungsdienst mit ihrem hohen (80 %) Anteil der Personalkosten an den Gestehungskosten der Leistung und dem Fachkräftemangel in besonderem Maße.

Daher muss gerade im Rettungsdienst – wie bisher in der Kostenrechnung unbestritten – auch weiterhin gelten, dass die Zahlung von Gehältern nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen niemals unwirtschaftlich ist, die Refinanzierung von tariflichen Gehaltssteigerungen also erfolgen muss und nicht durch die auch noch um einen Prozentpunkt verminderte Veränderungsrate des § 71 Abs. 3 SGB V gedeckelt werden kann. Das bedeutet natürlich nicht, dass linear an die Stelle der Grundlohnrate die Tarifsteigerung zu treten hätte. Dem Leistungserbringer obliegt es vielmehr, anhand einer detaillierten Kostenrechnung darzulegen, warum ausnahmsweise die verminderte Grundlohnsummensteigerung unter Beachtung der Tariflohnsteigerungen die notwendigen wirtschaftlichen Betriebskosten nicht deckt und daher nicht als Obergrenze wirksam werden darf.

Es ist an der Zeit für eine klarstellende explizite Regelung der Wirtschaftlichkeit einer Bezahlung von Tariflöhnen gerade in § 133 SGB V bei gleichzeitiger grundsätzlicher Aufrechterhaltung des Wirtschaftlichkeitsgrundsatzes. Darauf bezieht sich unser zweiter Änderungsvorschlag.

Zur Verdeutlichung: In einem Leistungssegment, in dem rund 80 Prozent der Kosten Personalkosten sind, würden – selbst bei gleichbleibenden Sachkosten etc. – etwa fünfprozentige Steigerungen der Tariflöhne dazu führen, dass die wirtschaftlichen und notwendigen Kosten aufgrund der Grundlohnratenbindung, minus einem Prozentpunkt, nicht mehr gedeckt wären. In diesem Zusammenhang erlauben wir uns auch darauf hinzuweisen, dass die Annahme der Bundesregierung (vgl. Gesetzentwurf S. 121 f.), die Grundlohnratensteigerung der kommenden Jahre werde bei mindestens vier Prozent liegen, keineswegs gesichert ist.

Für zutreffend und erhellend halten wir die Ausführungen der bundesweit tätigen und anerkannten Rettungsdienstberatungsfirma Orgakom vom 09. Mai 2026, wonach auch ein auf leisen Sohlen beginnendes Auseinanderklaffen von Tariflohnentwicklung und Grundlohnrate binnen weniger Jahre exponentielle und fatale Wirkung entfaltet.

Es liegt also auf der Hand, dass gerade im Rettungsdienst die Veränderungsrate dann nicht linear deckelnd wirken darf, wenn nachweislich tarifliche Lohnsteigerungen ergebnisrelevant wirksam wurden.

2. Tarifautonomie

Die Deckelung von Entgelterhöhungen im öffentlichen Rettungsdienst durch die Veränderungsrate des § 71 Abs. 3 SGB V greift darüber hinaus erheblich in die Tarifautonomie der Arbeitnehmervertretungen und der Arbeitgeberverbände ein.

Die Tarifautonomie ist Ausdruck der verfassungsrechtlich durch Art. 9 Abs. 3 GG garantierten Koalitionsfreiheit, da die freie Verhandlung von leistungsgerechten Tariflöhnen das zentrale Instrument der Koalitionen zur Verfolgung ihrer Zwecke und zur Regelung der Arbeits- und Wirtschaftsbedingungen ist. Der Staat enthält sich in diesem Betätigungsfeld grundsätzlich einer Einflussnahme (BVerfG, Beschluss vom 03. April 2001 – 1 BvL 32/97 –, juris Rn. 42).

Die Tarifautonomie dient damit dem öffentlichen Zweck, in einem von staatlicher Einflussnahme freien Raum die Arbeits- und Wirtschaftsbedingungen durch Tarifverträge selbst zu ordnen. Zentral für diese Ordnung ist die vom Staat unbeeinflusste Festlegung der Höhe der Arbeitsvergütungen. Dies setzt die freie Entscheidung der Arbeitgeber- und Arbeitnehmervereinigungen darüber voraus, mit welchem Inhalt sie untereinander Vereinbarungen schließen und in welcher Höhe sie Arbeitslöhne vereinbaren.

Eingriffe in dieses von der Tarifautonomie geschützte Recht der Arbeitgeber- und Arbeitnehmervereinigungen liegen nicht erst vor, wenn der Gesetzgeber die Höhe der Arbeitslöhne durch Gesetz festlegt. Eingriffe in die Tarifautonomie liegen vielmehr schon dann vor, wenn das Recht zur freien Verhandlung der Arbeitslöhne durch gesetzliche Regelungen final und unmittelbar beeinflusst wird.

Dies ist bei der Deckelung von Entgelterhöhungen im öffentlichen Rettungsdienst durch die Veränderungsrate des § 71 Abs. 3 SGB V zweifellos der Fall. Die Arbeitgeber- und Arbeitnehmervereinigungen werden die Tarifverhandlungen nicht mehr frei führen, wenn sie wissen, dass Tarifsteigerungen von den Kostenträgern nur bis zur Höhe der Veränderungsrate refinanziert werden. Die Arbeitgeberverbände werden sich bei den Tarifvertragsverhandlungen an der Veränderungsrate orientieren (müssen), um keine Refinanzierungslücken zu schaffen. Die Arbeitnehmervereinigungen werden ebenfalls den Gedanken verfolgen (müssen), dass drohende Refinanzierungslücken im Ergebnis zu Personalabbau oder zu anderen Einsparungen zulasten ihrer Arbeitnehmenden führen werden. Es ist in diesem Zusammenhang entscheidend, dass es keinen anderen Markt für das Angebot von Gesundheitsleistungen gibt.

Ein derartiger Eingriff in die Tarifautonomie ist verfassungssystematisch nur dann legitimierbar, wenn er durch die Verfolgung eines mit der Tarifautonomie gleichrangigen Schutzgutes von Verfassungsrang gerechtfertigt werden kann und auch im Übrigen die Verhältnismäßigkeit gewahrt ist.

Wir stellen nicht in Abrede, dass die Beitragssatzstabilität ein elementares Anliegen der gesetzlichen Krankenversicherung darstellt. Es ist aber weder verfassungsrechtlich geboten noch verhältnismäßig, die Tarifautonomie einseitig zurücktreten zu lassen.

Dem verfassungsrechtlich gewährleisteten und vom Bundesverfassungsgericht hervorgehobenen besonderen Gewicht der Tarifautonomie ist auch im Rahmen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes Rechnung zu tragen. Eine Änderung von § 133 SGB V, die die Deckelung von Entgelterhöhungen absolut und ohne eine Öffnungsklausel vorsieht, erfüllt diese verfassungsrechtlichen Anforderungen nicht.

III. Unabwendbare Steigerungen der Sachkosten

Im gleichen Zusammenhang verweisen wir aus akutem Anlass auf die Möglichkeit von dramatischen Kostensteigerungen außerhalb der Personalkosten, die das Kostengefüge der Vorjahre derart verändern könnten, dass ein lineares Anknüpfen an die Vorjahre nicht mehr sachgerecht erscheint. Sollten etwa die Kraftstoffkosten ihren Preis verdoppeln oder verdreifachen, verlässt eine lineare Anknüpfung der Vergütung an die Werte und Summen des Vorjahres die Rationalität jedenfalls dann, wenn im Bereich der Lohnentwicklung nicht ausgerechnet eine umgekehrte Tendenz gegeben war.

Wir meinen deshalb, dass die strikte Grundlohnratenbindung auch für den Fall unerwarteter substantieller Kostenänderungen gelockert werden muss. Letztendlich bewegen wir uns hier im Umfeld des allgemeinen Rechtsgrundsatzes vom Wegfall der Geschäftsgrundlage, der stets zu berücksichtigen ist.

IV. Vollkostenrechnung, Finanzierungskosten und Vorhaltung

Das durch den Gesetzentwurf programmierte Auseinanderdriften von real entstehenden, von den Trägern des öffentlichen Rettungsdienstes aufzubringenden Kosten und der Refinanzierung durch die Krankenkassen wird die ohnehin finanziell stark belasteten Kommunen im Submissionsmodell und vielleicht auch die Beauftragten im Konzessionsmodell weiter schwächen.

Bitte entnehmen Sie unserem anliegenden Formulierungsvorschlag, dass wir die Sicherung der Vollkostenfinanzierung bei wirtschaftlicher Betriebsführung, die seit Jahrzehnten im öffentlichen Rettungsdienst vorherrscht, explizit im Gesetzeswortlaut erwähnt sehen möchten.

Zwar ergibt sich aus der Begründung des Entwurfs der Bundesregierung zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz, dass sich an diesen Finanzierungsstrukturen im öffentlichen Rettungsdienst nichts ändern soll; die Aussagen im Kabinettsentwurf zur Reform der Notfallversorgung nehmen sich jedoch weit weniger klar aus. Wir wünschen uns daher bei Reform des § 133 SGB V eine explizite Erwähnung der Verpflichtung der Kostenträger des Gesundheitswesens, im öffentlichen Rettungsdienst kostendeckende Entgelte zu vereinbaren bzw. ohne die Festsetzung niedrigerer Festbeträge zu akzeptieren, die die für die Leistung unabdingbaren Kosten der Finanzierung und Vorhaltung umschließen.

D. Vorschlag zur Formulierung des § 133 SGB V in der Fassung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz

(1) Soweit die Entgelte für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes und anderer Krankentransporte nicht durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt werden, schließen die Krankenkassen oder ihre Landesverbände Verträge über die Vergütung dieser Leistungen unter Geltung des § 71 Absatz 1 bis 3 mit dafür geeigneten Einrichtungen oder Unternehmen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 und 2 nicht zu Stande und sieht das Landesrecht für diesen Fall eine Festlegung der Vergütungen vor, gilt auch bei dieser Festlegung § 71 Absatz 1 bis 3 mit den nachstehenden Maßgaben. Die Einstellung von Mehrkosten gestiegener Leistungs- und Qualitätsanforderungen, außergewöhnlicher Kostenentwicklungen im Vergleich zum Vorjahr und die Berücksichtigung tarifvertraglicher oder kirchlicher Vergütungserhöhungen können nicht abgelehnt werden; insoweit gilt § 71 Absatz 1 bis 3 nicht, soweit die Überschreitung der Veränderungsrate nachweislich auf diesen Umständen beruht. Die Sicherstellung der flächendeckenden rettungsdienstlichen Versorgung einschließlich ihrer Vorhaltung und der Finanzierung ihrer bedarfsgerechten Ausstattung ist zu gewährleisten. Die vereinbarten Preise sind Höchstpreise. Die Preisvereinbarungen haben sich an möglichst preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten auszurichten.

(2) Werden die Entgelte für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt, müssen die Krankenkassen ihre

Leistungspflicht zur Übernahme der Kosten auf Festbeträge an die Versicherten in Höhe vergleichbarer wirtschaftlich erbrachter Leistungen beschränken, wenn

1. vor der Entgeltfestsetzung den Krankenkassen oder ihren Verbänden unter vollständiger Vorlage der Entgeltkalkulation keine Gelegenheit zur Erörterung gegeben wurde,

2. bei der Entgeltbemessung Investitionskosten und Kosten der Reservevorhaltung berücksichtigt worden sind, die durch eine über die Sicherstellung der Leistungen des Rettungsdienstes hinausgehende öffentliche Aufgabe der Einrichtungen bedingt sind,

3. die Leistungserbringung gemessen an den rechtlich vorgegebenen Sicherstellungsverpflichtungen unwirtschaftlich ist oder

4. die Entgeltbemessung § 71 Absatz 1 bis 3 in entsprechender Anwendung i.V.m. Absatz 1 Satz 2 bis 4 nicht einhält.

(3) Absatz 1 gilt auch für Fahrten im Rahmen des Personenbeförderungsgesetzes.

(4) § 127 Absatz 9 gilt entsprechend.

E. Fazit

Der Malteser Hilfsdienst unterstützt das Ziel, die Beitragssätze der gesetzlichen Krankenversicherung nachhaltig zu stabilisieren. Gleichzeitig sehen wir im aktuellen Gesetzentwurf zum Beitragssatzstabilisierungsgesetz Regelungsansätze, die im Bereich des Rettungsdienstes unbeabsichtigte Folgen zu Lasten der Versorgungssicherheit in Notfällen entfalten könnten.

Der Rettungsdienst übernimmt eine zunehmend zentrale Rolle in der Gesundheitsversorgung. Er bildet heute das Rückgrat der präklinischen Notfallversorgung und gewinnt vor dem Hintergrund rückläufiger ambulanter und stationärer Versorgungsangebote weiter an Bedeutung. Die Kostenentwicklung ist dabei wesentlich durch strukturelle Veränderungen verursacht, die sich nicht durch pauschale Sparmaßnahmen abbilden lassen.

Vor diesem Hintergrund sehen wir Anpassungsbedarf im parlamentarischen Verfahren der Gesetzgebung. Zu diesem Zweck haben wir eine alternative Formulierung des § 133 SGB V erarbeitet (vgl. Abschnitt D). Wir halten es für geboten, dass unsere Überlegungen in Ihre weiteren Beratungen einfließen. Für einen vertiefenden Austausch stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

BPI Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V.

Friedrichstraße 148 | 10117 Berlin | www.bpi.de
Telefon: +49 30 27909-0 | Telefax: +49 30 27909-361
info@bpi.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(28)
gel. VB zur öffent. Anh. am 22.06.2
18.06.2026

Stellungnahme

Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)

BT-Drs. 21/6130

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

BPI Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V.

Friedrichstraße 148 | 10117 Berlin | www.bpi.de
Telefon: +49 30 27909-0 | Telefax: +49 30 27909-361
info@bpi.de

Der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. (BPI e.V.) nimmt zu den pharmarelevanten Regelungen des **Entwurfs eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)** - BT-Drs. 21/6130 - wie folgt Stellung:

I. Vorbemerkung

In der Gesamtschau sieht der BPI im Arzneimittelbereich nicht nur eine **einseitige Verdichtung von Preis-, Abschlags- und Selektionsinstrumenten**, die Innovation, Versorgungssicherheit und Standortattraktivität belastet, sondern tiefgreifende strukturelle Eingriffe in die bestehende Steuerungsarchitektur des Arzneimittelmarktes.

Die vorgesehenen Maßnahmen gehen weit über kurzfristige Konsolidierung hinaus und entfalten erhebliche Auswirkungen auf Preisbildung, Verordnungssteuerung, Investitionsbedingungen, Versorgungssicherheit und Standortattraktivität.

Der Entwurf schwächt die nutzenorientierte Logik des AMNOG, schafft neue Rechtsunsicherheiten und setzt an mehreren Stellen auf pauschale Kostendämpfung statt auf sachgerechte, differenzierte Steuerung. Besonders problematisch ist, dass der dynamische Herstellerabschlag Ausgabendruck kollektiv auf den Patentmarkt verlagert, während die Rabattverträge für Patentarzneimittel die Gefahr eines kasseneigenen Versorgungsstandards und eines regionalisierten Wirtschaftlichkeitsbegriffs begründen. Die Ausweitung des erweiterten Preismoratoriums entwertet zudem Weiterentwicklungen bekannter Wirkstoffe und gefährdet damit einen zentralen Innovationsbereich des pharmazeutischen Mittelstands. Insgesamt drohen erhebliche Nachteile für Innovation, Versorgungssicherheit und Standortattraktivität.

II. Zusammenfassung

Der Kabinettsentwurf begründet das Gesetz mit erheblichen finanziellen Herausforderungen der gesetzlichen Krankenversicherung, insbesondere mit einer prognostizierten Deckungslücke von rund 15 Milliarden Euro im Jahr 2027 und einer möglichen Deckungslücke von rund 40 Milliarden Euro bis 2030.

Der BPI erkennt die Notwendigkeit einer stabilen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung an, hält den vorliegenden Entwurf jedoch in wesentlichen Teilen für nicht geeignet, strukturelle Finanzierungsprobleme nachhaltig zu lösen.

Der Entwurf setzt erneut in erheblichem Umfang beim Arzneimittelbereich an, obwohl dieser bereits heute einen überproportionalen Sparbeitrag zur Entlastung der GKV leistet: über 29 Milliarden Euro im Jahr 2025 und mehr als 35 bestehende Preis- und Regulierungsinstrumente.

Besonders problematisch ist der politische Widerspruch: Der Koalitionsvertrag will die pharmazeutische Industrie als Leit- und Schlüsselindustrie stärken, die Pharmastrategie fortsetzen, den Pharmadialog nutzen und verlässliche Rahmenbedingungen für Forschung,

Friedrichstraße 148 | 10117 Berlin | www.bpi.de
Telefon: +49 30 27909-0 | Telefax: +49 30 27909-361
info@bpi.de

Produktion und Versorgungssicherheit schaffen. Das BStabG sendet aber genau das gegenteilige Signal: mehr Abschläge, mehr Preisdruck, mehr Rechtsunsicherheit und weniger Planbarkeit.

Deutschland wird als Investitions-, Produktions- und Referenzmarkt unsicherer. Solche Signale bleiben nicht folgenlos. Investitionsentscheidungen in Milliardenhöhe werden gekürzt oder ganz gestrichen mit unmittelbaren Folgen für Forschung, Produktion, hochwertige Arbeitsplätze und den Zugang von Patientinnen und Patienten zu Innovationen.

Der BPI sieht insbesondere in dem dynamischen Herstellerabschlag, in der Umgestaltung des erweiterten Preismoratoriums und in den angedachten neuen Rabattverträgen für patentgeschützte Arzneimittel tiefgreifende ordnungspolitische Eingriffe in die Steuerungsarchitektur des Arzneimittelmarktes.

Diese Instrumente betreffen nicht nur kurzfristige Konsolidierung, sondern wirken auf AMNOG-Prozess, Preisbildung, Versorgungspfade, Investitionsbedingungen und Standortattraktivität.

Der Kabinettsentwurf enthält gegenüber dem Referentenentwurf einzelne Änderungen, die in die richtige Richtung weisen, etwa die Aufnahme weiterer Ausnahmetatbestände beim dynamischen Herstellerabschlag. Diese Korrekturen reichen jedoch nicht aus, um die zentralen Probleme des Entwurfs zu lösen.

Aus Sicht des BPI besteht insbesondere folgender Nachbesserungsbedarf:

- **Erweitertes Preismoratorium:**
  - Auskunftsanspruch: Ohne verbindliche Auskunft zum maßgeblichen Basispreis des Vergleichsarzneimittels ist die Regelung nicht vollziehbar.
  - Inkrafttreten und Übergang: Die Neuregelung darf frühestens zum 1. Januar 2027 gelten und muss mit Bestandsschutz flankiert werden.
- **Dynamischer Herstellerabschlag:**
  - Von einem dynamischen Herstellerabschlag ist abzusehen.
  - Hilfsweise sind die Ausnahmen zu erweitern, eine Obergrenze zu bestimmen und eine Befristung der Maßnahme vorzusehen.
- **Rabattverträge im Patentmarkt:**
  - Rabattverträge für patentgeschützte Arzneimittel mit Verordnungspräferenz schaffen unterschiedliche Versorgungsstandards, gefährden die Therapiekontinuität bei sensiblen Krankheitsbildern und wirken negativ auf die Marktdynamik und mithin auf die Versorgung. Hiervon ist abzusehen.
  - Die Verbindung mit dem dynamischen Herstellerabschlag schafft zusätzliche nicht kalkulierbare Rabattlasten.
- **Besondere Therapierichtungen:**
  - Die Herausnahme homöopathischer und anthroposophischer Arzneimittel aus Satzungsleistungen ist abzulehnen.
- **Preis-Mengen-Regelung:**
  - Die Regelung bedarf punktueller Korrekturen zur Sicherung der Verhandlungssystematik.

Friedrichstraße 148 | 10117 Berlin | www.bpi.de
Telefon: +49 30 27909-0 | Telefax: +49 30 27909-361
info@bpi.de

- **Praxisbesonderheiten für AMNOG-Arzneimittel sind beizubehalten.**
- **Gesamtbelastung:**
  - Die Summe neuer Abschlags-, Nachweis-, Befreiungs- und Berechnungsverfahren steht in keinem angemessenen Verhältnis zum Regelungsziel. Dies ist vor Verabschiedung des Gesetzes zu prüfen.

III. Detaillierte Anmerkungen

Zu Art. 1 (Änderung SGB V)

Nr. 1, 8, 12
§§ 2,11,34 – Ausschluss von Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen aus dem GKV-Leistungskatalog

Regelung des Kabinettsentwurfs

Der Kabinettsentwurf sieht Änderungen im Bereich homöopathischer und anthroposophischer Arzneimittel vor:

- Homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sollen aus dem Anspruch auf Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln nach § 31 SGB V ausgenommen werden.

- Krankenkassen sollen homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sowie entsprechende Leistungen nach dem Kabinettsentwurf auch nicht mehr als zusätzliche Satzungsleistungen anbieten können. Der Kabinettsentwurf nimmt im Zusammenhang mit der Herausnahme aus Satzungsleistungen auf Qualitätsgesichtspunkte Bezug.

Bewertung des BPI

Der BPI lehnt die im Kabinettsentwurf vorgesehene Herausnahme homöopathischer und anthroposophischer Arzneimittel sowie homöopathischer und anthroposophischer Leistungen aus dem GKV-Leistungskatalog und aus dem Bereich zusätzlicher Satzungsleistungen ab. Der BPI steht für eine plural aufgestellte Arzneimittelversorgung.

Der Kabinettsentwurf ergänzt § 11 Absatz 6 SGB V zwar um Anforderungen an die fachlich gebotene Qualität und verpflichtet Krankenkassen, hinreichende Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung in der Satzung zu regeln. Diese Ergänzung beseitigt die vom BPI bereits zum Referentenentwurf geäußerten gleichheitsrechtlichen Bedenken jedoch nicht.

Im Gegenteil: Wenn der Gesetzgeber Qualität als allgemeinen Steuerungsmaßstab für Satzungsleistungen einführt, muss dieser Maßstab transparent, nachvollziehbar und konsistent auf alle Satzungsleistungen angewandt werden. Ein pauschaler Ausschluss einzelner Therapieformen neben einem allgemeinen Qualitätsregime ist nicht folgerichtig.

Friedrichstraße 148 | 10117 Berlin | www.bpi.de
Telefon: +49 30 27909-0 | Telefax: +49 30 27909-361
info@bpi.de

§ 11 Absatz 6 SGB V lässt weiterhin zahlreiche zusätzliche Satzungsleistungen zu, unter anderem in den Bereichen Vorsorge, Rehabilitation, Hebammenleistungen, künstliche Befruchtung, zahnärztliche Behandlung, nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel, digitale Gesundheitsanwendungen, häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe. Für diese Leistungen soll die Krankenkasse Qualität, Art, Dauer und Umfang der Leistung satzungsrechtlich regeln.

Homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sowie Leistungen werden dagegen unabhängig von ihrer konkreten Ausgestaltung, Qualitätssicherung oder Begrenzung als Satzungsleistung vollständig ausgeschlossen. Damit wird ein Sondermaßstab für einzelne Therapieformen geschaffen. Diese Ungleichbehandlung ist nicht überzeugend gerechtfertigt.

Wenn der Gesetzgeber § 11 Absatz 6 SGB V stärker evidenz- und qualitätsbasiert ausrichten will, muss er allgemeine Kriterien schaffen, die für alle Satzungsleistungen gelten. Er kann nicht einerseits ein allgemeines Qualitätsregime einführen und andererseits einzelne Therapierichtungen von vornherein aus diesem Regime herausnehmen. Qualitätssicherung verlangt differenzierte Anforderungen, nicht pauschale Ausschlüsse. Krankenkassen könnten verpflichtet werden, bei Satzungsleistungen der besonderen Therapierichtungen Anforderungen an Qualität, Qualifikation der Leistungserbringung, Transparenz, Dokumentation, Leistungsumfang und Wirtschaftlichkeit festzulegen. Ein vollständiger Ausschluss ist hierfür weder erforderlich noch verhältnismäßig.

Die Regelung greift zudem in die Satzungsautonomie der Krankenkassen und in Wahlmöglichkeiten der Versicherten ein.

Im Kontext eines Beitragssatzstabilisierungsgesetzes ist auch nicht ersichtlich, dass der vollständige Ausschluss dieser Leistungen einen relevanten Beitrag zur Stabilisierung der Beitragssätze leistet.

Der BPI fordert daher, homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sowie Leistungen nicht pauschal aus § 11 Absatz 6 SGB V auszuschließen. Stattdessen sollte der Gesetzgeber - sofern er eine stärkere Qualitäts- und Evidenzorientierung der Satzungsleistungen anstrebt - einen allgemeinen, transparenten und für alle Satzungsleistungen geltenden Kriterienrahmen schaffen.

Forderungen des BPI

Der BPI fordert:

- Keine pauschale Herausnahme homöopathischer und anthroposophischer Arzneimittel aus den Satzungsleistungen.
- Erhalt der Satzungsautonomie der Krankenkassen.
- Differenzierte Qualitätsanforderungen statt genereller Leistungsausschlüsse.
- Prüfung der tatsächlichen Finanzwirkung im Verhältnis zum Eingriff in Versorgungspluralität und Wahlfreiheit.

BPI Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V.

Friedrichstraße 148 | 10117 Berlin | www.bpi.de
Telefon: +49 30 27909-0 | Telefax: +49 30 27909-361
info@bpi.de

Nr. 48 a)
§ 130a Abs. 1a – Dynamisierter Zusatzabschlag

Regelung des Kabinettsentwurfs

Der Kabinettsentwurf sieht ab dem **1. Januar 2027** einen dynamischen Herstellerabschlag vor. Der Abschlag soll zunächst vom **1. Januar bis zum 30. Juni 2027** pauschal **3,5 Prozent** betragen. Ab dem **1. Juli 2027** soll die Höhe des Abschlags jährlich anhand der Entwicklung von Arzneimittelausgaben und beitragspflichtigen Einnahmen bestimmt werden.

Der Kabinettsentwurf sieht Ausnahmen vom dynamisierten Herstellerabschlag, u.a. für neue Investitionen in klinische Studien und Wirkstoffproduktion in Deutschland vor. Bereits getätigte Investitionen sind nach der Darstellung des Kabinettsentwurfs bisher ausgenommen, weil sie auf unternehmerische Entscheidungen der Vergangenheit zurückgehen. Das Übersendungsschreiben zum Kabinettsentwurf stellt zugleich in Aussicht, dass weitere Standortausnahmen, etwa für nach dem 1. Januar 2022 in Verkehr gebrachte patentgeschützte Arzneimittel sowie für Arbeitsplätze und Investitionen, im parlamentarischen Verfahren geprüft werden sollen. Ebenfalls soll im parlamentarischen Verfahren geprüft werden, ob die Voraussetzungen für Ausnahmen vom dynamischen Herstellerabschlag nicht kumulativ mit „und“, sondern alternativ mit „oder“ vorliegen sollen.

Bewertung des BPI

Der dynamische Herstellerabschlag ist kein zielgenaues Steuerungsinstrument. Er belastet einzelne Unternehmen anhand einer gesamtmarktbezogenen Ausgabendynamik, die der einzelne pharmazeutische Unternehmer nicht steuern kann. Forschung, Entwicklung, Produktion und Markteinführung benötigen mehrjährige Planungssicherheit. Ein jährlich variabler Abschlag, dessen Höhe erst nachträglich anhand aggregierter Marktdaten bestimmt wird, schafft das Gegenteil von Planungssicherheit. Dies ist besonders problematisch, weil der dynamische Herstellerabschlag zu bestehenden und neuen Belastungsinstrumenten hinzutritt.

Der BPI sah bereits im Referentenentwurf tiefgreifende ordnungspolitische Veränderungen durch dynamischen Herstellerabschlag, Rabattverträge für patentgeschützte Arzneimittel und strukturelle Ausweitung des erweiterten Preismoratoriums.

Der Kabinettsentwurf federt diese Kumulationswirkung nicht ausreichend ab, sondern ergänzt lediglich einzelne Ausnahmen.

Wechselwirkung mit Rabattverträgen im patentgeschützten Markt

Besonders kritisch ist die Wechselwirkung mit den geplanten Rabattverträgen für patentgeschützte Arzneimittel. Der Kabinettsentwurf sieht mit dem neuen § 130e SGB V Rabattverträge für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung vor. Krankenkassen oder ihre Verbände sollen Gruppen patentgeschützter Arzneimittel mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung bilden und

Friedrichstraße 148 | 10117 Berlin | www.bpi.de
Telefon: +49 30 27909-0 | Telefax: +49 30 27909-361
info@bpi.de

Rabattverträge schließen können. Diese Vereinbarungen können exklusiv und wirkstoffübergreifend ausgeschrieben werden.

Wer in einem solchen System ein Rabattvertragsangebot abgibt, muss seine Belastungen über die Vertragslaufzeit kalkulieren können. Wenn zusätzlich ein jährlich schwankender dynamischer Herstellerabschlag hinzukommt, wird diese Kalkulation erheblich erschwert. Nicht vorhersehbare gesetzliche Rabatte sind gerade im patentgeschützten Markt ein erhebliches Problem. Die Folge können Risikopuffer in Angeboten, geringere Beteiligung an Ausschreibungen oder Rückzüge aus bestimmten Versorgungskonstellationen sein. Das schwächt Wettbewerb und Versorgungssicherheit.

Ausnahmen gehen in die richtige Richtung, sind aber zu eng

Die Aufnahme von weiteren Ausnahmetatbeständen insbesondere für Standort, Kinderarzneimittel und versorgungskritische Wirkstoffe ist grundsätzlich zu begrüßen. Sie zeigt, dass der Gesetzgeber anerkennt, dass pauschale Zusatzabschläge versorgungs- und standortpolitisch problematisch sein können. Die Ausnahmen sollten daher insbesondere auch auf Blutplasmaprodukte, erstreckt werden. Gerade in diesem Bereich bestehen besondere strukturelle Versorgungsrisiken. **Blutplasmaprodukte** beruhen auf einem begrenzt verfügbaren menschlichen Ausgangsstoff und sind in der Versorgung vielfach lebenswichtig und nicht beliebig substituierbar.

Standortausnahmen dürfen nicht nur dann greifen, wenn klinische Prüfungen in Deutschland und Wirkstoffproduktion in Deutschland kumulativ vorliegen. Ein relevanter Standortbeitrag kann auch dann bestehen, wenn ein Unternehmen erhebliche klinische Forschung in Deutschland betreibt. Ein relevanter Standortbeitrag kann ebenso bestehen, wenn ein Unternehmen Wirkstoffproduktion, Arzneimittelproduktion, Qualitätskontrolle, Lieferkettenresilienz oder Arbeitsplätze in Deutschland stärkt. Bereits getätigte Investitionen dürfen nicht ausgeblendet werden. Wer bereits in Deutschland investiert hat, darf gegenüber künftigen Investitionen nicht schlechter gestellt werden.

Verfassungsrechtliche Einordnung

Der dynamische Herstellerabschlag wirft Fragen der Verhältnismäßigkeit, Folgerichtigkeit und Zumutbarkeit auf. Es geht nicht darum, ob der Gesetzgeber Kostendämpfungsinstrumente grundsätzlich regeln darf. Es geht darum, ob eine kumulative, jährlich variable und nicht verursachungsgerechte Belastung in einem ohnehin hochregulierten Markt noch angemessen ist.

Der einzelne Unternehmer wird für eine gesamtmarktbezogene Ausgabendynamik belastet, die er nicht allein verursacht und nicht kontrolliert. Je stärker der Gesetzgeber dynamische Abschläge, erweitertes Preismoratorium, Rabattverträge im Patentmarkt, Impfstoffabschläge und weitere Preisanker übereinanderschichtet, desto höher sind die Anforderungen an die Rechtfertigung der Gesamtbelastung. Der BPI fordert daher eine echte kumulative Belastungsprüfung.

BPI Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V.

Friedrichstraße 148 | 10117 Berlin | www.bpi.de
Telefon: +49 30 27909-0 | Telefax: +49 30 27909-361
info@bpi.de

Forderungen des BPI

Der BPI fordert:

- Von der Einführung eines dynamischen Herstellerabschlags abzusehen.

Mindestens aber

- eine Deckelung und Befristung des dynamischen Herstellerabschlags.
- keine unvorhersehbare Zusatzbelastung in patentgeschützten Rabattvertragskonstellationen.
- Ausnahmen für Blutplasmaprodukte und Standortfaktoren alternativ statt kumulativ sowie Einbeziehung bereits getätigter Standortinvestitionen.
- Vorabentscheidung über die Anwendbarkeit von Ausnahmen.
- Angemessene technische Vorlauffristen von mindestens drei Monaten.
- Kumulative Belastungsprüfung vor Inkrafttreten.

Nr. 48 b)
§130a Abs. 2 – Basisabschlag für Impfstoffe mit Patent – oder Unterlagenschutz

Regelung des Kabinettsentwurfs

Der Kabinettsentwurf sieht für Impfstoffe für Schutzimpfungen nach § 20i SGB V weiterhin einen Referenzabschlag vor. Für Impfstoffe mit Patent- oder Unterlagenschutz soll zusätzlich ein Abschlag von 7 Prozent auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers gelten. Der zusätzliche Abschlag soll auch greifen, wenn der Referenzabschlag nicht ermittelt werden kann.

Bewertung des BPI

Impfstoffe sind Prävention, Versorgungssicherheit und Pandemievorsorge. Sie dürfen nicht allein als kurzfristiger Ausgabenposten betrachtet werden. Ein zusätzlicher pauschaler Abschlag auf innovative Impfstoffe setzt das falsche Signal. Deutschland und Europa brauchen resiliente Impfstoffentwicklung, Produktionskapazitäten und verlässliche Rahmenbedingungen. Zusätzliche pauschale Abschläge erschweren genau diese Investitionsentscheidungen.

Forderungen des BPI

Der BPI fordert:

- Streichung des zusätzlichen 7-Prozent-Abschlags auf Impfstoffe mit Patent- oder Unterlagenschutz.
- Berücksichtigung von Präventionsnutzen und vermiedenen Folgekosten.
- Standort- und Versorgungssicherheitsprüfung vor zusätzlichen Abschlägen.
- Keine Doppelbelastung durch Referenzabschlag und Zusatzabschlag.

Nr. 48 c) aa)
§ 130a Abs. 3a S.1 – Fortschreibung des Preismoratoriums

Friedrichstraße 148 | 10117 Berlin | www.bpi.de
Telefon: +49 30 27909-0 | Telefax: +49 30 27909-361
info@bpi.de

Das Preismoratorium für Arzneimittel wird bis zum 31. Dezember 2030 verlängert.

Die Fortführung des Preismoratoriums entkoppelt Preise weiterhin von Kostenentwicklungen, Inflation und steigenden Produktions- sowie Energiekosten und führt damit zu einer schleichenden Erosion der Wirtschaftlichkeit von Arzneimitteln. Durch die Fortschreibung des Preismoratoriums werden notwendige Investitionen in Produktionskapazitäten und Lieferketten erschwert. Gerade in einem Umfeld steigender Anforderungen an Resilienz und Versorgungssicherheit ist dies hochproblematisch. Die Kombination aus Preismoratorium und allen weiteren Preisinstrumenten führt seit Jahren zu einer kumulativen Überregulierung.

Nr. 48 c) bb)
§ 130a Abs. 3a S.4 – Neujustierung des erweiterten Preismoratoriums im Gesamtmarkt

Regelung des Kabinettsentwurfs

Der Kabinettsentwurf sieht vor, die Neueinführungsregelung beim erweiterten Preismoratorium wirkstoffbezogen zu erweitern: Bei Neueinführungen eines Arzneimittels soll künftig darauf abgestellt werden, ob bereits (irgend-)ein Arzneimittel mit gleichem Wirkstoff und vergleichbarer Darreichungsform in Verkehr gebracht wurde. Der Kabinettsentwurf ergänzt gegenüber dem Referentenentwurf, dass für die Berechnung des Abschlags auf die Packung abzustellen ist, die dem neuen Arzneimittel in Bezug auf die **Gesamtwirkstoffmenge** am nächsten kommt.

Die Begründung stellt die Änderung als wirkstoffbezogene Fortentwicklung dar und will Umgehungsmöglichkeiten durch Anbieterwechsel oder konzerninterne Umstrukturierungen ausschließen.

Bewertung des BPI

Mutation vom Preissicherungsinstrument zur wirkstoffbezogenen Erstattungsobergrenze

Das erweiterte Preismoratorium war bislang seinem Grundcharakter nach ein **Preissicherungsinstrument**. Es sollte Preissteigerungen gegenüber einem bestimmten historischen Preisstand begrenzen und Umgehungsgestaltungen erfassen. Mit der im Kabinettsentwurf vorgesehenen wirkstoffbezogenen Referenzierung verändert sich jedoch der Charakter des Instruments grundlegend. Wenn ein neues Arzneimittel mit bekanntem Wirkstoff künftig unabhängig vom pharmazeutischen Unternehmer an ein bereits im Markt befindliches Arzneimittel mit gleichem Wirkstoff und vergleichbarer Darreichungsform angebunden wird, wird das Preismoratorium faktisch zu einem **wirkstoffbezogenen Preisanker** für den Gesamtmarkt. Die Ergänzung der Gesamtwirkstoffmenge ändert daran nichts. Sie präzisiert nur, welche Packung für die Berechnung herangezogen werden soll. Sie löst aber nicht das strukturelle Problem, dass das Instrument künftig nicht mehr nur Preissteigerungen absichert, sondern neue Produkte mit bekanntem Wirkstoff an ein fremdes Preisniveau bindet.

Europarechtliche Bedenken

Friedrichstraße 148 | 10117 Berlin | www.bpi.de
Telefon: +49 30 27909-0 | Telefax: +49 30 27909-361
info@bpi.de

Die Neuregelung wäre eine unzulässige Preishöchstregelung, die gegen die Warenverkehrsfreiheit (Art. 34 AEUV) verstößt. Denn staatliche Höchstpreise, auf Grund derer die Einfuhr und der anschließende Vertrieb im Inland nur noch mit Verlust möglich oder der Absatz von Einfuhrerzeugnissen unmöglich gemacht wird, sind unzulässige Maßnahme gleicher Wirkung nach Art. 34 AEUV. Da sie den Verkauf von Arzneimittel nur noch mit Verlust zulassen oder den Absatz ganz unmöglich machen, schränken sie den Marktzugang europarechtswidrig ein.

Dieser Verstoß wäre auch nicht nach Art. 36 AEUV gerechtfertigt, da die Regelung nur Maßnahmen nichtwirtschaftlicher Art umfasst. Art. Art. 36 AEUV kann keine Maßnahmen rechtfertigen, durch die mittels einer Verringerung der laufenden Kosten eines Krankenversicherungssystems in erster Linie ein haushaltspolitisches Ziel verfolgt wird.

Die Regelung wirkt damit den zahlreichen gesetzlichen Maßnahmen zur Sicherung der Versorgung mit Arzneimitteln und der Förderung – auch länderübergreifender – Innovationen, die derzeit auf europäischer Ebene angestoßen sind und verabschiedet werden, entgegen.

Zentrales Problem: Umsetzbarkeit

Die Ergänzung der Gesamtwirkstoffmenge löst auch das zentrale Umsetzungsproblem nicht. Die Gesamtwirkstoffmenge kann allenfalls bei der Auswahl einer rechnerisch nächstliegenden Vergleichspackung helfen. Sie beantwortet aber nicht die entscheidende Frage, wie der pharmazeutische Unternehmer den maßgeblichen **Basispreis des Vergleichsarzneimittels** kennen soll. Gerade wenn das Vergleichsarzneimittel von einem anderen pharmazeutischen Unternehmer stammt, ist der relevante Basispreis – ein historischer Preisstand, der als interne Rechengröße dient - für den einführenden Unternehmer regelmäßig nicht verlässlich zugänglich, da er nicht in der Lauertaxe steht. Ohne Kenntnis dieses Basispreises kann der pharmazeutische Unternehmer weder den Referenzpreis noch das wirtschaftliche Abschlagsrisiko belastbar berechnen.

Die Regelung wird damit zu einer **Blackbox vor dem Launch**: Ein Unternehmen soll über Markteinführung, Preis, Packungsgrößen, Produktionsmengen und Lieferfähigkeit entscheiden, ohne den maßgeblichen Preisanker zu kennen. Das ist nicht praxistauglich, nicht investitionsfreundlich und nicht geeignet, verlässliche Versorgung zu sichern.

Betroffen sind gerade Innovationen an bekannten Wirkstoffen

Die geplante Regelung betrifft nicht primär den patentgeschützten Markt, der Gegenstand des Pharmadialogs war. Sie trifft insbesondere **Weiterentwicklungen bekannter Wirkstoffe**. Gerade diese Weiterentwicklungen sind eine Domäne mittelständischer pharmazeutischer Unternehmen.
Typische Beispiele sind:

- neue Freisetzungsprofile,
- neue pädiatrische Darreichungsformen,
- neue altersgerechte oder anwenderfreundliche Darreichungen,

Friedrichstraße 148 | 10117 Berlin | www.bpi.de
Telefon: +49 30 27909-0 | Telefax: +49 30 27909-361
info@bpi.de

- neue Applikationsformen,
- bessere Dosierbarkeit,
- geringere Dosierungen.

Diese Produkte sind häufig sichere, bewährte und vergleichsweise preiswerte Therapieoptionen. Wenn solche Weiterentwicklungen künftig an allgemeine Generika- oder Festbetragsniveaus gekoppelt werden, können erhebliche Fehlanreize für Forschung und Entwicklung entstehen. Dann entscheidet nicht mehr vorrangig der Patientennutzen darüber, ob eine Weiterentwicklung verfolgt wird, sondern die Frage, ob sie unter einer unklaren Referenzierungslogik noch wirtschaftlich darstellbar ist. Das ist mit einer innovations- und patientenorientierten Arzneimittelversorgung nicht vereinbar.

Keine ausreichenden Übergangsfristen

Nach dem Kabinettsentwurf treten die nicht ausdrücklich später in Kraft gesetzten Regelungen am Tag nach der Verkündung in Kraft. Die Änderung zum erweiterten Preismoratorium ist im Kabinettsentwurf nicht in der Liste derjenigen Regelungen enthalten, die erst zum 1. Januar 2027 in Kraft treten sollen. Damit würde die neue wirkstoffbezogene Referenzierungslogik bereits **unmittelbar nach Verkündung** gelten. Das greift in laufende Produktplanungen, Launch-Vorbereitungen und Investitionsentscheidungen ein. Produktentwicklungen und Markteinführungen werden über Monate und Jahre vorbereitet. Eine Regelung, die faktisch über Nacht Preisanker und Wirtschaftlichkeit ändert, ist für die Unternehmen nicht zumutbar. Außerdem muss der GKV-Spitzenverband die Umsetzungsregelungen ausarbeiten („Leitfaden“), dies benötigt Zeit. Eine Phase, in der Launches nicht möglich sind, weil die Umsetzung der neuen Regelungen unklar ist, ist unbedingt zu vermeiden.

Keine Rückwirkung auf den Bestandsmarkt

Die neue Referenzierungslogik darf keinesfalls auf den **Bestandsmarkt** erstreckt werden.
Für bereits in Verkehr befindliche Arzneimittel bestehen gewachsene Preis-, Rabatt-, Vertriebs- und Versorgungskonstellationen. Eine nachträgliche Anwendung der neuen wirkstoffbezogenen Referenzierungslogik auf Bestandsprodukte würde rückwirkend in bestehende Produkt- und Preisplanungen eingreifen.
Das wäre mit erheblichen Rechtsunsicherheiten verbunden, weil nachträglich neue Vergleichsarzneimittel, neue Vergleichspackungen, neue Referenzfaktoren und neue Referenzpreise bestimmt werden müssten. Gerade bei bekannten Wirkstoffen würde dies zu kaum beherrschbaren Ketteneffekten führen: Ein bereits eingeführtes Arzneimittel könnte nachträglich an ein anderes Produkt mit gleichem Wirkstoff und vergleichbarer Darreichungsform gekoppelt werden, obwohl seine Markteinführung, Preisbildung und Versorgungskalkulation unter einer anderen Rechtslage erfolgt sind. Der Bestandsmarkt muss deshalb ausdrücklich ausgenommen werden.

Erforderlich ist eine klare gesetzliche Übergangsregelung, wonach die neue Fassung des § 130a Absatz 3a Satz 4 SGB V ausschließlich für Arzneimittel gilt, die **nach Inkrafttreten der Neuregelung** erstmals in Verkehr gebracht werden.

Friedrichstraße 148 | 10117 Berlin | www.bpi.de
Telefon: +49 30 27909-0 | Telefax: +49 30 27909-361
info@bpi.de

Befreiungsverfahren muss erweitert werden

Das Befreiungsverfahren vom erweiterten Preismoratorium gemäß §130a Abs. 3c SGB V reicht in der bestehenden Ausgestaltung nicht aus. Zwar erkennt der Kabinettsentwurf an, dass Befreiungen vom Preismoratorium im Zusammenhang mit der Verbesserung der Versorgung beziehungsweise der Vermeidung eines Verlusts von Arzneimitteln ohne therapeutische Alternativen relevant sein können. Das Verfahren ist aber zu eng, wenn ein Antrag nur in einem sehr engen zeitlichen Zusammenhang mit dem Inverkehrbringen gestellt werden kann. Eine Befreiungsmöglichkeit muss sowohl vor als auch nach dem Inverkehrbringen praxistauglich eröffnet werden.

Versorgungsrelevanz zeigt sich nicht selten erst nach Markteintritt. Auch die Versorgungslage kann sich nachträglich verändern, etwa durch Lieferengpässe, Marktrücknahmen, geänderte Leitlinien, neue Patientengruppen oder besondere regionale Bedarfe. Vor dem Hintergrund einer neuen Referenzierungslogik für die Preisfindung muss ein Befreiungsverfahren auch bereits vor dem Launch möglich sein.

Bürokratie und Verhältnismäßigkeit

Die neue Regelung schafft erheblichen zusätzlichen Verwaltungsaufwand. Unternehmen müssten künftig Vergleichsarzneimittel identifizieren, Darreichungsformen bewerten, Gesamtwirkstoffmengen vergleichen, Basispreise ermitteln, Referenzfaktoren berechnen, Befreiungsanträge vorbereiten und zugleich Launch-Fristen einhalten. Ohne klaren Auskunftsanspruch und ohne praxistaugliches Verfahren ist dies nicht verhältnismäßig. Überbordende Bürokratie ist für den Standort Deutschland tödlich. Dies gilt in besonderer Weise für mittelständische Unternehmen, die nicht über beliebig skalierbare Rechts-, Market-Access- und Abrechnungsstrukturen verfügen.

Forderungen des BPI

Der BPI fordert:

- Inkrafttreten der neuen Regelung frühestens zum 1. Januar 2027.
- Ausdrückliche Anwendung nur auf Arzneimittel, die nach dem 1. Januar 2027 neu in den Markt eingeführt werden
- Verbindlicher Auskunftsanspruch gegenüber dem GKV-Spitzenverband vor Markteinführung.
- Erweiterung des Befreiungsverfahrens in zeitlicher Hinsicht

Nr. 49 a)
§ 130b Abs. 1a (neu) – Verschärfte Preis-Mengen-Regelung für Erstattungsbetrags-vereinbarungen

Regelung des Kabinettsentwurfs

Der Kabinettsentwurf sieht vor, dass bei Erstattungsbetragsvereinbarungen mengenbezogene Aspekte vereinbart werden müssen und das Gesamtausgabenvolumen eines Arzneimittels zu

Friedrichstraße 148 | 10117 Berlin | www.bpi.de
Telefon: +49 30 27909-0 | Telefax: +49 30 27909-361
info@bpi.de

berücksichtigen ist. Kommt keine Preis-Mengen-Regelung zustande, soll eine gesetzliche Auffanglösung greifen.

Bewertung des BPI

Preis-Mengen-Regelungen können im Einzelfall sachgerecht sein, wenn sie verhandelt, indikationsbezogen und versorgungsspezifisch ausgestaltet werden. Eine starre gesetzliche Auffangformel ist jedoch kein gleichwertiger Ersatz für verhandelte Lösungen. Mengenausweitung ist nicht automatisch ein Fehlverhalten. Sie kann Ausdruck eines hohen medizinischen Bedarfs, einer neuen Indikation, besserer Diagnostik oder erfolgreicher Versorgung sein. Der BPI hält daher eine enge, sachgerechte und verhandlungsorientierte Ausgestaltung für erforderlich.

Forderungen des BPI

Der BPI fordert:

- Preis-Mengen-Regelungen als verhandelte Einzelfallinstrumente auszugestalten.
- Versorgungskontext, Indikationsausweitungen und medizinischen Bedarf zu berücksichtigen.
- Transparente und überprüfbare Datengrundlagen sicherzustellen.
- Schiedsstellenkontrolle nicht auszuhöhlen.

Nr. 50
§ 130e (neu) – Rabattverträge und Ausschreibungen für patentgeschützte Arzneimittel mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung

Regelung des Kabinettsentwurfs

Der Kabinettsentwurf sieht einen neuen § 130e SGB V zu Rabattverträgen für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung vor. Krankenkassen oder ihre Verbände sollen Gruppen patentgeschützter Arzneimittel mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung in einem Therapiegebiet festlegen und Rabattverträge schließen können. Diese Vereinbarungen können exklusiv und wirkstoffübergreifend ausgeschrieben werden. Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sollen rabattierte Arzneimittel der Gruppe verordnen, soweit im Einzelfall keine medizinischen Gründe entgegenstehen. Dies soll über entsprechende regionale Quoten-Regelungen und flankierende Regelungen für die Wirtschaftlichkeitsprüfung katalysiert werden. Bis Ende 2030 soll das Instrument zunächst auf bestimmte Wirkstoffgruppen beschränkt sein.

Bewertung des BPI

Der neue § 130e SGB V überträgt Rabattvertragslogiken in den patentgeschützten Markt. Dies ist ein Systembruch. Patentgeschützte Arzneimittel werden bereits über die frühe Nutzenbewertung und den Erstattungsbetrag reguliert. Wenn daneben exklusive und wirkstoffübergreifende Rabattverträge treten, verschiebt sich die Steuerung von nutzenbasierter Bewertung hin zu Ausschreibungslogik. Gerade in sensiblen

Friedrichstraße 148 | 10117 Berlin | www.bpi.de
Telefon: +49 30 27909-0 | Telefax: +49 30 27909-361
info@bpi.de

Therapiegebieten darf die ärztliche Entscheidung nicht faktisch durch Rabattstatus, Softwaresteuerung, Wirtschaftlichkeitsdruck oder Regresssorge überlagert werden.

Die therapeutische Vergleichbarkeit patentgeschützter Arzneimittel ist eine medizinisch hoch anspruchsvolle Frage. Sie darf nicht allein zur Grundlage selektivvertraglicher Ausschreibungslogik gemacht werden. Besonders problematisch ist die Verbindung mit dem dynamischen Herstellerabschlag. Ein Unternehmen müsste in Ausschreibungen Rabatte kalkulieren, obwohl seine zusätzliche gesetzliche Abschlagslast künftig jährlich schwanken kann. Das erschwert realistische Angebote und kann den Wettbewerb gerade dort schwächen, wo der Entwurf ihn vermeintlich stärken will.

Forderungen des BPI

Der BPI fordert:

- **Keine exklusiven wirkstoffübergreifenden Ausschreibungen im patentgeschützten Markt.**
- **Keine Verordnungssteuerung, die die ärztliche Therapieentscheidung faktisch überlagert.**
- **Klare medizinische Kriterien für therapeutische Vergleichbarkeit.**
- **Einbindung unabhängiger medizinischer Expertise.**
- **Keine Regress- oder Wirtschaftlichkeitsrisiken bei medizinisch begründeter Abweichung.**
- **Berücksichtigung der Wechselwirkung mit dynamischem Herstellerabschlag und AMNOG-Erstattungsbetrag.**

Nr. 49 b)
§130b – Streichung Absatz 2 – „AMNOG“- Praxisbesonderheiten

Regelung im Kabinettsentwurf

Die Praxisbesonderheitenregelung in § 130b Absatz 2 SGB V soll gestrichen werden.

Bewertung des BPI

Die vorgesehene Streichung der Praxisbesonderheitenregelung in § 130b Abs. 2 SGB V ist aus Sicht des BPI abzulehnen. Die Begründung, das Instrument habe bislang nur geringe praktische Auswirkungen entfaltet, trägt nicht.

Dass Praxisbesonderheiten bisher nur begrenzt vereinbart wurden, belegt nicht ihre Entbehrlichkeit, sondern vielmehr ein Vollzugs- und Anwendungsdefizit. Die bisher zurückhaltende Nutzung durch den GKV-Spitzenverband und fehlende tragfähige Ausführungsregelungen der Selbstverwaltung dürfen nicht dazu führen, ein sachlich sinnvolles AMNOG-Instrument ersatzlos zu streichen.

Praxisbesonderheiten erfüllen im AMNOG-System eine eigenständige nutzenbezogene Steuerungsfunktion: Sie sichern die Verordnung nutzenbewerteter Arzneimittel im ärztlichen

Friedrichstraße 148 | 10117 Berlin | www.bpi.de
Telefon: +49 30 27909-0 | Telefax: +49 30 27909-361
info@bpi.de

Alltag ab und reduzieren Wirtschaftlichkeitsrisiken dort, wo der Einsatz eines Arzneimittels aufgrund seines Zusatznutzens oder einer besonderen Versorgungssituation sachgerecht ist. Gerade für Ärztinnen und Ärzte ist diese Absicherung wichtig, damit ein anerkannter Zusatznutzen nicht durch Regresssorgen in der Versorgung leerläuft. Der neue § 130e SGB V kann diese Funktion nicht ersetzen. Die geplanten Rabattverträge für patentgeschützte Arzneimittel mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung zielen auf eine kosten- und rabattvertragsbezogene Verordnungssteuerung. Praxisbesonderheiten verfolgen demgegenüber eine nutzenbezogene Logik: Sie schützen medizinisch sachgerechte Verordnungen vor unangemessenen Wirtschaftlichkeitsrisiken. Rabattvertragssteuerung ist deshalb keine funktionale Kompensation für den Wegfall der Praxisbesonderheiten.

Besonders problematisch ist zudem die fehlende Übergangsregelung Unklar bleibt, wie bereits bestehende bundesweite Praxisbesonderheiten für AMNOG-Arzneimittel künftig in regionalen Wirtschaftlichkeitsprüfungen berücksichtigt werden sollen.
Wenn der Verweis auf § 130b Abs. 2 SGB V in § 106b Abs. 5 SGB V gestrichen wird, fehlt künftig gerade die klare gesetzliche Anbindung für die Berücksichtigung bestehender Praxisbesonderheiten in der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Das schafft Rechtsunsicherheit für Ärztinnen und Ärzte, Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen und pharmazeutische Unternehmen. Versorgungspraktisch droht ein widersprüchlicher Zustand: Ärztinnen und Ärzte könnten weiterhin über bestehende Praxisbesonderheiten informiert sein, ohne sicher sein zu können, dass diese in Wirtschaftlichkeitsprüfungen tatsächlich berücksichtigt werden. Dies würde neue Verordnungsunsicherheit schaffen und gerade bei nutzenbewerteten Arzneimitteln zu zusätzlicher Zurückhaltung führen.

Hinzu kommt, dass Praxisbesonderheiten regelmäßig Teil des Gesamtgefüges der Erstattungsbetragsvereinbarung sein können. Ihr nachträglicher Wegfall würde in bereits austarierte Verhandlungszusammenhänge eingreifen, ohne hierfür einen tragfähigen Ausgleich zu schaffen.

Aus Sicht des BPI muss daher von der Streichung des § 130b Abs. 2 SGB V abgesehen werden. Hilfsweise braucht es mindestens eine ausdrückliche Übergangsregelung, die sicherstellt, dass bereits bestehende bundesweite Praxisbesonderheiten weiterhin in regionalen Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106b SGB V berücksichtigt werden. Ohne eine solche Klarstellung drohen Rechtsunsicherheit, neue Prüfkonflikte und eine weitere Schwächung der nutzenorientierten Steuerungslogik des AMNOG.

Forderungen des BPI

Der BPI fordert daher:

- von der Streichung des § 130b Abs. 2 SGB V abzusehen;
- hilfsweise eine ausdrückliche Übergangsregelung für bestehende bundesweite Praxisbesonderheiten vorzusehen;
- gesetzlich klarzustellen, dass bestehende Praxisbesonderheiten weiterhin in regionalen Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106b SGB V zu berücksichtigen sind;
- die eigenständige nutzenbezogene Steuerungsfunktion der Praxisbesonderheiten im AMNOG-System nicht durch rabattvertragsbezogene Steuerungsinstrumente zu ersetzen.

BPI Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V.

Friedrichstraße 148 | 10117 Berlin | www.bpi.de
Telefon: +49 30 27909-0 | Telefax: +49 30 27909-361
info@bpi.de

Nr. 55
§ 134 – Digitale Gesundheitsanwendungen

Regelung im Kabinettsentwurf

Der Entwurf sieht vor, ab dem 1. Januar 2027 mengenbezogene Abschläge auf die Vergütungsbeträge für DiGA einzuführen. Diese Abschläge sollen nach der Abgabemenge gestaffelt werden und mindestens 2 Prozent bei mehr als 3.000 Abgaben sowie mindestens 30 Prozent bei mehr als 100.000 Abgaben im Jahr betragen. Zudem sollen in der Rahmenvereinbarung künftig zwingend Schwellenwerte und Höchstbeträge für die vorübergehende Vergütung festgelegt werden. Für DiGA, die keiner Gruppe vergleichbarer digitaler Gesundheitsanwendungen zugeordnet werden können, soll zusätzlich ein gesetzlicher Auffang-Höchstbetrag eingeführt werden.

Bewertung des BPI

Der BPI lehnt die vorgesehenen Änderungen zu § 134 SGB V ab.

Die geplanten mengenbezogenen Abschläge, zusätzlichen Höchstbeträge und Auffang-Höchstbeträge greifen in einen jungen Innovationsmarkt ein, der weiterhin stabile und verlässliche Rahmenbedingungen benötigt. DiGA sind keine beliebig skalierbaren digitalen Konsumgüter, sondern evidenzbasierte Medizinprodukte mit hohen Anforderungen an Sicherheit, Qualität, Datenschutz, Datensicherheit und positive Versorgungseffekte.

Die Annahme sinkender Grenzkosten bei steigender Nutzerzahl greift deshalb zu kurz, weil sie die tatsächlichen Entwicklungs-, Evidenz-, Zulassungs-, Qualitäts- und Betriebskosten der Hersteller nicht angemessen berücksichtigt. Gerade im ersten Erstattungsjahr und in der frühen Marktphase müssen DiGA-Hersteller die Möglichkeit haben, Investitionen zu refinanzieren und ihr Produkt in der Versorgung zu etablieren.

Ein Vergütungssystem, das steigende Nutzung automatisch mit zusätzlichen Abschlägen belegt, sanktioniert Versorgungserfolg und setzt Fehlanreize zulasten von Innovation und Marktentwicklung. Deutschland war bei DiGA Vorreiter; dieser Innovationsvorsprung darf nicht durch immer neue Vergütungsbremsen und zusätzliche Bürokratie gefährdet werden.

Forderung des BPI

Der BPI fordert die Streichung der vorgesehenen Regelungen.

Nr. 72
§429 (neu) - Übergangsregelung zum Kombinationsabschlag

Die vorgesehene Übergangsregelung zum Kombinationsabschlag muss rechtssicher nachgeschärft werden. Der Kabinettsentwurf hebt den Kombinationsabschlag auf, sieht aber zugleich eine Übergangsregelung vor, die neue Auslegungs- und Abrechnungsstreitigkeiten auslösen kann.

Insbesondere muss ausgeschlossen werden, dass nach Inkrafttreten des BStabG spätere Verordnungs- oder Abgabevorgänge noch herangezogen werden, um frühere Abgaben nachträglich als Kombinationseinsatz nach bisherigem Recht zu qualifizieren.

Friedrichstraße 148 | 10117 Berlin | www.bpi.de
Telefon: +49 30 27909-0 | Telefax: +49 30 27909-361
info@bpi.de

Eine solche Auslegung würde den abgeschafften Kombinationsabschlag faktisch fortwirken lassen und wäre mit dem Ziel der Entbürokratisierung und Streitvermeidung nicht vereinbar. Wenn der Gesetzgeber den Kombinationsabschlag wegen seiner Praxisuntauglichkeit und Bürokratieanfälligkeit abschafft, darf das Übergangsrecht diese Probleme nicht verlänger.

Der BPI fordert daher eine klare gesetzliche Stichtagslösung. Vorzugswürdig wäre, die Abschlagsrelevanz bereits für Abgabezeiträume ab dem **1. Juli 2025** zu beenden und damit einen klaren, praktikablen und vollzugstauglichen Abschluss des bisherigen Systems zu schaffen. Mindestens muss gesetzlich klargestellt werden, dass nach Inkrafttreten des BStabG keine späteren Abgabevorgänge mehr zur Begründung eines Kombinationseinsatzes nach bisherigem Recht herangezogen werden dürfen.

Forderung des BPI

Der BPI fordert:

- keine faktische Fortwirkung des abgeschafften Kombinationsabschlags über das Inkrafttreten des BStabG hinaus;
- Klarstellung, dass spätere Abgaben nicht nachträglich frühere Abschlagspflichten begründen können;
- vorzugsweise eine echte Stichtagslösung mit Ende der Abschlagsrelevanz für Abgabezeiträume ab dem 1. Juli 2025;
- rechtssicherer Abschluss des bisherigen Systems ohne neue Abrechnungs- und Auslegungsstreitigkeiten.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(29)
gel. VB zur öffent. Anh. am
22.06.2026 - GKV
18.06.2026

BVMed Bundesverband Medizintechnologie e.V.

BVMed-Stellungnahme zum

Gesetzentwurf zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz) BT-Drucksache 21/6130

18. Juni 2026

Vorbemerkung

Der Bundesverband Medizintechnologie e. V. (BVMed) sieht die angespannte finanzielle Lage der gesetzlichen Krankenversicherung und die Notwendigkeit kurzfristiger Maßnahmen zur Stabilisierung der Beitragssätze an. Angesichts der demografischen Entwicklung mit einer älter werdenden Bevölkerung, steigenden Ausgaben sowie eines zunehmenden Fachkräftemangels- und Investitionsdrucks, steht das Gesundheitssystem insgesamt vor erheblichen Herausforderungen, die entschlossenes und zugleich vorausschauendes politisches Handeln erfordern.

Die MedTech-Branche ist kein Kostenfaktor, sondern Teil der Lösung für die strukturellen Herausforderungen des Gesundheitssystems. Medizintechnologien steigern die Prozesseffizienz, ermöglichen Ambulantisierung, vermeiden stationäre Pflegebedarfe und stärken die Teilhabe von Patienten durch mehr Selbstständigkeit und Versorgung im häuslichen Umfeld. Gerade vor dem Hintergrund des demografisch bedingt rückläufigen Versorgungspersonals sind sie ein zentraler Hebel, um das Versorgungsniveau zu sichern, Fachkräfte wirksam zu entlasten und Qualität sowie Wirtschaftlichkeit gleichermaßen zu stärken. Wer Beitragssatzstabilität ernsthaft erreichen will, darf MedTech daher nicht durch kurzsichtige Sparmaßnahmen schwächen, sondern muss Innovationen und ihren zielgerichteten Einsatz in der Versorgung politisch absichern.

Vor diesem Hintergrund sieht der BVMed im vorliegenden Gesetzesentwurf Diskussions- und Anpassungsbedarf bei einzelnen Regelungen. Pauschale Vergütungsobergrenzen über alle Leistungsbereiche hinweg bergen aus unserer Sicht das Risiko von Fehlsteuerungen. Dies sehen wir insbesondere, wenn sinnvolle Mehrausgaben in einem Bereich – beispielsweise in der Sekundärprävention chronischer Erkrankungen – zwar kurzfristig zu höheren Kosten führen, langfristig jedoch deutlich größere Minderausgaben durch vermiedene Folgeerkrankungen und Hospitalisierungen ermöglichen würden.

Mit den nachfolgenden Änderungsvorschlägen möchte der BVMed einen konstruktiven Beitrag zur Gesetzesberatung leisten und praxisnahe Verbesserungsvorschläge unterbreiten, die sowohl zur finanziellen Stabilisierung der GKV als auch zur langfristigen Stärkung einer innovativen, patientenzentrierten und zukunftsfesten Gesundheitsversorgung beitragen. **Beitragssatzstabilisierung darf nicht nur einseitig zulasten von Versorgung, Innovation und Qualität erfolgen, sondern muss strukturelle Ursachen adressieren und nachhaltig ausgestaltet werden.**

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

1.
Hilfsmittel- und Verbandmittelversorgung

Einleitung

Die Versorgung mit Hilfsmitteln und Verbandmitteln ist ein zentraler Bestandteil der ambulanten und insbesondere auch der häuslichen Gesundheitsversorgung in Deutschland. Sie ermöglicht den Patienten, trotz akuter oder chronischer Erkrankungen ein selbstbestimmtes Leben zu führen, Therapieergebnisse zu verbessern, Komplikationen zu vermeiden und stationäre Aufenthalte zu reduzieren. Innovationen im Hilfsmittel- und Verbandmittelsektor leisten dabei einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung von Therapieergebnissen, Lebensqualität und Teilhabe.

Die betroffenen Hersteller entwickeln Produkte unter hohen Qualitäts- und regulatorischen Anforderungen. Dies ist verbunden mit steigenden Kosten für Rohstoffe, Energie und Logistik.

Die betroffenen Leistungserbringer gewährleisten die patientennahe Hilfsmittelversorgung. Neben der Bereitstellung der Produkte umfasst dies insbesondere Beratung, Einweisung, individuelle Anpassung sowie Verlaufskontrolle, Wartung und Reparatur, die Vor-Ort-Betreuung, und die Notdienstregelungen. Diese Dienstleistungen sind wesentlicher Bestandteil einer qualitativ hochwertigen Versorgung und werden über die Vertragspreise mit abgebildet.

Die Versorgung ist zudem eng mit der Arbeit von Ärzten, Pflegefachkräften und pflegenden Angehörigen verzahnt. Während Ärzte die Therapie steuern, sichern Hilfsmittelleistungserbringer, Pflegefachkräfte und Angehörige die kontinuierliche Anwendung im Alltag und tragen damit maßgeblich zum Behandlungserfolg bei.

Die Hilfsmittel- und Verbandmittelversorgung ist damit durch ein enges Zusammenspiel von Produkt, Dienstleistung und interdisziplinärer Versorgung geprägt. Sie erfordert differenzierte Rahmenbedingungen, die dieser Versorgungsrealität gerecht werden.

1.1
Artikel 1, Nummer 46: § 127 Absatz 1b SGB V Notwendige Streichung des pauschalen Preisabschlags für Hilfsmittel § 127 SGB V

Der im Referentenentwurf vorgesehene pauschale Preisabschlag in Höhe von 3 % für die Jahre 2027 und 2028 wird seitens des BVMed kritisch bewertet.

Verträge zur Hilfsmittelversorgung sind Verträge mit langen Laufzeiten. Während der Laufzeiten werden die vereinbarten Erstattungspreise in den meisten Versorgungsbereichen bisher nicht automatisch aufgrund von Preisentwicklungen oder Grundlohnratenveränderungen erhöht. Die Steigerungen der Kosten bei den Löhnen, der Logistik, den Produkten u.v.m., werden in vielen Versorgungsbereichen bereits seit Jahren von den Leistungserbringern, ohne regelmäßige Preisanpassungen, kompensiert. Dies resultiert aus der Systematik im Hilfsmittelbereich, die eine Vertragspflicht vorsieht; d.h. ohne einen mit den Krankenkassen vereinbarten Versorgungsvertrag darf der Leistungserbringer keine Hilfsmittelversorgung erbringen. Dies hat dazu geführt, dass auf Seiten der Krankenkassen gerne an „Altverträgen“

festgehalten wurde, während sich Verhandlungen über Preisanpassungen als sehr schwierig dargestellt haben. Damit leisten diese teilweise langjährigen Verträge schon heute einen wichtigen Beitrag für die Beitragssatzstabilität.

Im Unterschied zu anderen Leistungsbereichen betrifft der Abschlag im Hilfsmittelbereich nicht ausschließlich Produkte, sondern zugleich auch die mit der Versorgung verbundenen Dienstleistungen**.** Hierzu zählen insbesondere die individuelle Beratung und Einweisung in die Anwendung der Patienten, deren Angehörigen und des Pflegefachpersonals sowie die Anpassungen, die Reparaturen und die Ersatzbeschaffung durch die Hilfsmittelleistungserbringer. Hinzukommen in vielen Versorgungsbereichen notwendige Notdienstregelungen und regelmäßige Vor-Ort-Besuche. Diese Leistungen sind integraler Bestandteil einer qualitativ hochwertigen Hilfsmittelversorgung und tragen maßgeblich zur Therapiesicherheit, zum Behandlungserfolg und zur Teilhabe bei. Sie vermeiden Folgekosten und stationäre Aufenthalte.

Ein pauschaler Preisabschlag auf die Vertragspreise trifft unmittelbar die patientenversorgenden Leistungserbringer. In der Konsequenz besteht die Gefahr, dass notwendige Leistungen eingeschränkt werden müssen oder nicht mehr im erforderlichen Umfang erbracht werden können, was faktisch einer Reduzierung der Versorgungsqualität gleichkommt.

Hinzu kommt, dass die Kostenentwicklung in der Hilfsmittelversorgung in den vergangenen Jahren moderat war und keinen ausreichenden Ausgleich für deutlich gestiegene Hersteller-, Material- und sonstige betriebliche Kosten dargestellt hat. Ein zusätzlicher pauschaler Abschlag verschärft die wirtschaftliche Situation weiter und erhöht das Risiko struktureller Unterfinanzierung und belastet den als moderaten Kostentreiber identifizierten Hilfsmittelbereich überproportional.

Damit führt die geplante Maßnahme zu einer dreifachen Belastung der Hilfsmittel-Leistungserbringer:

1. Langlaufende Verträge ohne Preisanpassungen / Anpassungen an die Grundlohnsummenentwicklung haben bereits zu erheblichen Wertverlusten der Erstattungspreise geführt.
2. Die vergangenen und aktuellen Kostensteigerungen werden derzeit allein vom Leistungserbringer kompensiert.
3. Ein zusätzlich geplanter Abschlag von 3% führt dazu, dass von den Hilfsmittel-Leistungserbringern, die gemäß der FinanzKommission Gesundheit keine „Kostentreiber“ sind, ein überproportionaler Sparbeitrag im Vergleich zu anderen Bereichen gefordert wird.

Vorschlag einer alternativen Ausgestaltung

Vor diesem Hintergrund schlagen wir vor, den temporären pauschalen Preisabschlag in Höhe von 3 % zu streichen. Um Preiskontinuität zu wahren, wäre anstelle dessen ein grundsätzliches Festschreiben der Erstattungspreise auf Basis der Verträge nach § 127 SGB V für die Jahre 2027 und 2028 denkbar.

Eine solche Maßnahme würde zur kurzfristigen Vergütungsstabilisierung beitragen, ohne gleichzeitig die wirtschaftliche Grundlage der Versorgungsstrukturen weiter zu schwächen, qualitative Einbußen in der Patientenversorgung zu riskieren, und insbesondere kleine und mittelständige Leistungserbringer zu belasten. Hierbei ist zu beachten, dass Mengenausweitungen aufgrund der demographischen Entwicklung nicht durch die Hilfsmittelleistungserbringer beeinflussbar sind.

1.2 Artikel 1 Nummer 15: § 36 Absätze 1-5 SGB V i.V.m. Artikel 1 Nummer 46 § 127 Absatz 4 SGB V Geplantes neues Festbetrag-System für Hilfsmittel

Die im Referentenentwurf vorgesehene Ausweitung des Festbetragssystems auf weitere Produktgruppen im Hilfsmittelbereich wird seitens des BVMed differenziert bewertet.

Grundsätzlich kann ein Festbetragssystem in geeigneten, hinreichend standardisierbaren Versorgungsbereichen einen Beitrag zur Transparenz und zur Begrenzung der Ausgabendynamik leisten. Insoweit ist nachvollziehbar, dass geprüft wird, inwieweit einzelne Produktgruppen perspektivisch – etwa ab dem Jahr 2029 – in entsprechende Vergütungsstrukturen überführt werden können.

Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass die Hilfsmittelversorgung in weiten Teilen durch eine hohe Individualität, einen erheblichen Dienstleistungsanteil sowie eine enge Verzahnung von Produkt und Versorgung geprägt ist. Diese Besonderheiten unterscheiden den Hilfsmittelbereich grundlegend von klassischen Festbetragssegmenten, in denen Produkte weitgehend austauschbar sind.

Vor diesem Hintergrund bestehen erhebliche Anforderungen an die konkrete Ausgestaltung eines solchen Systems. Insbesondere ist sicherzustellen, dass:

- der Spitzenverband Bund der Krankenkassen für die Festsetzung nach Satz 1 insbesondere Nachweise über die produktspezifischen Absatzzahlen, Kalkulationszuschläge sowie die durchschnittlichen Stundenverrechnungssätze und Arbeitszeiten einfordern muss – eine Schätzung darf nur durchgeführt werden, wenn keine Nachweise eingereicht wurden.
- nach der Bestimmung der Festbetragsgruppen eine Begründungs- und Offenlegungspflicht des Spitzenverband Bund der Krankenkassen besteht.
- eine jährliche Anpassung der Festbeträge ähnlich wie die Orientierung an Preisindizes gesetzlich vorgegeben werden – vergleichbar mit dem Vorgehen im Arzneimittelbereich (jährlicher Inflationsausgleich).
- Festbeträge nur für solche Produktgruppen Anwendung finden, die tatsächlich eine ausreichende Standardisierbarkeit und Vergleichbarkeit aufweisen.
- qualitative Anforderungen und Versorgungsstandards nicht durch einen einseitigen Preisfokus unterlaufen werden.
- der notwendige Dienstleistungsanteil der Versorgung angemessen berücksichtigt wird.
- Innovationsanreize erhalten bleiben und neue, medizinisch sinnvolle Produkte weiterhin in die Versorgung gelangen können.
- eine ausreichende produkt- und versorgungsspezifische Differenzierung erfolgt und realistische, regelmäßige Aktualisierungszyklen sichergestellt werden.
- bei einer Überschreitung des Verbraucherpreisindex von mehr als 7 % gegenüber dem jeweiligen Vorjahresmonat in drei aufeinanderfolgenden Monaten eine verpflichtende Anpassung der Festbeträge zu erfolgen hat.

Bereits in der Vergangenheit hat der BVMed darauf hingewiesen, dass Preissteuerungsinstrumente im Hilfsmittelbereich nur dann sachgerecht sind, wenn sie die Versorgungsrealität abbilden und nicht zu Lasten von Qualität, Individualität und Versorgungssicherheit wirken.

Mit der Zielsetzung, das Festbetragssystem im Hilfsmittelbereich deutlich zu erweitern, wachsen zugleich die Aufgaben und Befugnisse des GKV-Spitzenverbandes

drastisch. In Anbetracht der hiermit verbundenen massiven Eingriffe in die Berufsfreiheit nach Art. 12 Abs. 1 des Grundgesetzes (GG) halten wir es für nicht sachgerecht, dass mit der Regelung in §36 Absatz 5 SGB V Rechtsschutzmöglichkeiten weitgehend beschnitten werden, indem Klagen keine aufschiebende Wirkung entfalten und Klagen gegen die Gruppeneinteilung oder gegen einzelne Bestandteile der Festsetzung der Festbeträge gänzlich unzulässig sein sollen.

Fazit
Eine Ausweitung des Festbetragssystems kann nur unter der Voraussetzung in Betracht gezogen werden, dass sie unter differenzierten, indikationsbezogen und unter strikter Berücksichtigung qualitativer Anforderungen erfolgen. Pauschale oder undifferenzierte Übertragungen bergen hingegen das Risiko von Versorgungsverschlechterungen und Fehlanreizen. Gleichzeitig ist hier, wie in allen anderen Bereichen üblich, eine jährliche indexbezogene Preisanpassung unumgänglich. Im Bereich der bestehenden Festbetragsregelungen haben die vergangenen Jahre gezeigt, dass trotz erheblicher inflationsbedingter Kostensteigerungen keine sachgerechte Anpassung erfolgt ist. Die bisherige Formulierung zur „veränderten Marktlage“ hat sich demzufolge als nicht ausreichend verbindlich erwiesen. Es bedarf daher einer verpflichtenden Anpassung der Festbeträge.

1.3 Artikel 1, Nummer 46: § 127 Absatz 1, Satz 1 SGB V Grundlohnsummenbindung der Preisentwicklung bei Hilfsmitteln

Die vorgesehene konsequentere Anwendung der Grundlohnsummenbindung auf den Hilfsmittelbereich wird seitens des BVMed differenziert bewertet.

Grundsätzlich handelt es sich hierbei nicht um ein neues Instrument, sondern um ein bereits im § 71 SGB V verankertes Prinzip, das die Entwicklung der Vergütungen an die Einnahmenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung koppelt. Insofern stellt die Anwendung im Hilfsmittelbereich keine grundlegende Systemumstellung dar.

Vor dem Hintergrund der bestehenden Vertragslandschaft im Hilfsmittelbereich kann die Regelung in einzelnen Fällen sogar zu einer gewissen Stabilisierung beitragen. Insbesondere bei den vielen langjährig nicht angepassten Verträgen kann die Orientierung an der Grundlohnsumme dazu führen, dass überhaupt wieder eine regelmäßige – wenn auch begrenzte – Anpassung der Vergütungen erfolgt.

Gleichwohl ist festzuhalten, dass die Grundlohnsummenbindung die spezifischen Kostenstrukturen der Hilfsmittelversorgung nur unzureichend abbildet. Neben dem Personalaufwand sind insbesondere Materialkosten, logistische Aufwendungen sowie regulatorische Anforderungen maßgebliche Kostentreiber, die sich nicht an der Entwicklung der Grundlohnsumme orientieren. Insofern bleibt die Anpassungsmöglichkeit strukturell begrenzt und kann bestehende Unterdeckungen nicht ausgleichen.

Bereits in der Vergangenheit hat der BVMed darauf hingewiesen, dass pauschale, ausschließlich an gesamtwirtschaftlichen Kennzahlen orientierte Steuerungsinstrumente die Besonderheiten der Hilfsmittelversorgung nur unzureichend berücksichtigen.

Fazit
Die Anwendung der Grundlohnsummenbindung im Hilfsmittelbereich kann daher als ein moderates Steuerungsinstrument eingeordnet werden. Sie ist jedoch nicht geeignet, die strukturellen und internationalen Herausforderungen der Kostenentwicklung und der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung nachhaltig zu lösen.

Entscheidend bleibt, dass ergänzend differenzierte Regelungen geschaffen werden, die die tatsächlichen Kostenentwicklungen sowie die Besonderheiten der Hilfsmittelversorgung angemessen berücksichtigen und deren Umsetzungsverpflichtung vorgegeben ist. Zudem fehlt eine ausreichende Differenzierung und zielgerichtete Berücksichtigung nach Versorgungsnotwendigkeit und Innovationsgrad.

1.4
Artikel 1 Nummer 12 b: § 31 Absatz 1a SGB V Verbandmitteldefinition

Die im Referentenentwurf vorgesehene Klarstellung der Verbandmitteldefinition im § 31 SGB V wird seitens des BVMed ausdrücklich begrüßt. Insbesondere die explizite Einbeziehung antimikrobieller Eigenschaften stellt einen wichtigen Schritt zur Reduzierung aktueller Abgrenzungsunsicherheiten dar und trägt zur Rechtsklarheit und damit zu Versorgungssicherheit bei.

Diese Klarstellung entspricht einer praxisgerechten und versorgungsorientierten Definition von Verbandmitteln und ist geeignet, den Zugang zu modernen Wundversorgungsprodukten zu ermöglichen.

Fazit:
Die Klarstellung der Verbandmitteldefinition ist ein richtiger und überfälliger Schritt, und stärkt die Versorgungssicherheit sowie die Rechtssicherheit für alle Beteiligten. Entscheidend wird sein, dass diese Klarstellung in der Praxis konsequent umgesetzt wird und den Zugang zu innovativen sowie medizinisch notwendigen Produkten nachhaltig verbessert.

1.5
Artikel 1, Nummer 48: § 130a neuer Absatz 3e SGB V Preismoratorium für Verbandmittel

Die im Referentenentwurf vorgesehene Einführung eines Preismoratoriums für Verbandmittel, verbunden mit einer Festschreibung der Preise auf dem Stand vom 01.01.2026, wird seitens des BVMed kritisch bewertet.

Die Legaldefinition zu den Verbandmitteln bringt Rechtssicherheit für die GKV-Verordnungsfähigkeit und schließt auch hochwertige Produkte explizit ein. Das Preismoratorium hingegen ist ein struktureller Eingriff in die Marktdynamik, der Innovationsanreize dämpft und die Wertschöpfung im Segment unter dauerhaften Druck setzt.

Ein solches Preismoratorium führt zu eingefrorenen Vergütungsstrukturen und berücksichtigt nicht die dynamische Kostenentwicklung im Bereich der Herstellung, der Rohstoffe sowie der regulatorischen Anforderungen. Zudem fehlt eine ausreichende Differenzierung nach Produktgruppen und Innovationsgrad sowie die Mög-

lichkeit, auf veränderte Markt- und Kostenbedingungen flexibel zu reagieren. Gerade bei modernen, technologisch weiterentwickelten Verbandmitteln besteht die Gefahr, dass diese unter den Bedingungen eines starren Preisregimes nicht mehr wirtschaftlich angeboten oder weiterentwickelt werden können.

Hinzu kommt, dass der § 130a Abs. 3e SGB V eine zusätzliche Belastung für die Gesundheitsbranche darstellt. Diese ist bereits erheblich durch einen bis mindestens 2028 ausbleibenden strukturierten Inflationsausgleich sowie durch steigende Sozialversicherungsbeiträge – auch auf Arbeitgeberseite – beansprucht. Die kumulative Wirkung dieser Maßnahmen führt zu einer deutlichen Verschärfung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen.

Vor diesem Hintergrund sollte zur Sicherstellung fairer und ausgewogener Vertragsstrukturen geprüft werden, ob das Verhandlungsgebot nach § 127 Abs. 1 SGB V analog zukünftig im Bereich der Verbandmittel verbindlich angewendet werden sollte.

Zudem ist zu berücksichtigen, dass die praktische Umsetzung eines Preismoratoriums für die sonstigen Leistungserbringer und Apotheken mit erheblichem zusätzlichem administrativem Aufwand verbunden ist. Diese wären künftig gehalten, Preisentwicklungen auf Herstellerebene regelmäßig nachzuvollziehen, zu überprüfen und gegebenenfalls die von den Krankenkassen beanspruchten Preisabschläge gegenüber den Herstellern geltend zu machen. Dies führt zu einer zusätzlichen bürokratischen Belastung in einem ohnehin stark regulierten Versorgungsbereich. Solche Umsetzungsdetails müssten bürokratiearm und rechtssicher für alle Seiten ausgestaltet werden.

Notwendige Anpassung § 31 Absatz 3e Satz 4

> „Bei Neueinführungen eines Verbandmittels oder eines sonstigen Produktes zur Wundbehandlung nach § 31 Absatz 1a, für das ein der pharmazeutische Unternehmer oder sonstige Hersteller bereits ein Produkt ~~mitgleichem Wirkstoff und identischer Technologiekombination~~ identischem Aufbau und gleicher Funktion in Verkehr gebracht hat, ist der Abschlag auf Grundlage des Preises je Wundflächeneinheit der Packung zu berechnen, die dem neuen Produkt in Bezug auf die Gesamtwundfläche am nächsten kommt.“

Erläuterung zu der notwendigen Anpassung § 31 Absatz 3e Satz 4
Eine solche Systematik führt in der praktischen Anwendung zu erheblichen Abgrenzungsproblemen und Rechtsunsicherheiten. Insbesondere bei Produkten mit vergleichbarer Funktionalität, aber unterschiedlicher technologischer Ausgestaltung, ist eine eindeutige Zuordnung nicht möglich.

Vor diesem Hintergrund ist sicherzustellen, dass eine mögliche Ausgestaltung nur unter strikter Berücksichtigung der Versorgungsrealität, der technologischen Vielfalt sowie unter Einbindung der betroffenen Hersteller erfolgen muss.

Zusätzliche mögliche Instrumente
Vor diesem Hintergrund spricht sich der BVMed dafür aus, anstelle pauschaler Preisregulierungen verstärkt auf strukturelle Maßnahmen zur Verbesserung der Wundversorgung zu setzen. Hierzu verweist der BVMed auf die Inhalte der geforderten Nationalen Wundstrategie, die bereits konkrete Ansätze zur Verbesserung der Versorgungsqualität, zur Stärkung sektorenübergreifender Versorgungspfade sowie zur effizienteren und nachhaltigeren Ausgestaltung der Wundversorgung enthält.

Fazit

Ein Preismoratorium ist kein Instrument zur nachhaltigen Steuerung der Ausgaben im Verbandmittelbereich. Es wird den Versorgungsanforderungen nicht gerecht und birgt Risiken für Versorgungsqualität, Innovation und Marktstruktur und führt zugleich zu zusätzlichen administrativen und wirtschaftlichen Belastungen.

Sollte eine Umsetzung politisch dennoch erfolgen, ist mit den betroffenen Akteuren einvernehmlich eine, praxisgerechte, technisch erprobte Regelung zwingend auszugestalten, um negative Auswirkungen auf die Versorgung weitestgehend zu vermeiden.

Es muss eine transparente, sachgerechte und wenig bürokratische Preisentwicklung sichergestellt werden. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die Tatsache, dass die für Arzneimittel gelten Regelungen der Absätze 5 – 7 auf den Verbandmittelbereich und den dort versorgenden sonstigen Leistungserbringern nicht übertragbar sind und deshalb praxisnah ausgestaltet werden müssen.

2.
Ambulantisierung von operativen Leistungen – extrabudgetäre Vergütung

Artikel 1, Nummer 34: neuer § 87d Absatz 4 SGB V Ergänzungsbedarf

Ausgangslage und Inhalt
Die in § 87d SGB V vorgesehene Deckelung der bislang extrabudgetär vergüteten Leistungen erfasst mit den ambulanten Operationen nach Kapitel 31 EBM ausgerechnet einen Leistungsbereich, der signifikante strukturellen Einsparpotenziale für die GKV birgt. Der BVMed fordert daher, ambulante Operationen von der Budgetierung auszunehmen.
Es muss sichergestellt werden, dass Leistungen, die nachweislich stationäre Aufenthalte vermeiden, sektorenübergreifende Versorgung verbessern, und langfristig Effizienzgewinne erzielen, auch dauerhaft angemessen berücksichtigt werden. Wir halten ambulante Operationen bei Vertragsärzten daher weiterhin für eine förderwürdige Leistung, die es gilt auszubauen, um damit weitere Einsparungen in der stationären Versorgung zu ermöglichen.

Dies gilt für vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) evaluierte Methodenbewertungsverfahren, für die weiterhin eine extrabudgetäre Vergütung sichergestellt sein muss. Die Kriterien für entsprechende Vergütungstatbestände müssen klar definiert sein; zudem ist die dauerhafte extrabudgetäre Vergütung bestimmter G-BA-Leistungen gesetzlich abzusichern.

Vorschlag einer alternativen Ausgestaltung
Wir schlagen vor, ambulante Operationen von den Begrenzungen des neuen § 87d SGB V auszunehmen. Konkret sollten ambulante Operationen als Leistungsbereich in die Liste des § 87d Abs. 4 als Nr. 5 (neu) aufgenommen werden.

Begründung
Die geplante Maßnahme ist fiskalisch kontraproduktiv. Es entsteht der Eindruck, dass in diesem Fall lediglich auf Einsparungspotenziale im niedergelassenen Bereich geschaut wird. Dabei wird jedoch vernachlässigt, dass ambulante Operationen gemäß EBM erhebliche gesamtsystemische Kosteneinsparungen erzielen können.

Eine aktuelle Auswertung von AOK-Routinedaten zeigt, dass die Hybrid-DRGs bisher nicht zu den gewünschten Einsparungen geführt haben (Hentschker et al., Monitor Versorgungsforschung 01/2026, S. 73–81). Ambulante Operationen nach Kapitel 31 EBM sind die kostengünstigste Erbringungsform. Der Gesetzgeber sieht mit § 115f SGB V jedoch eine sukzessive Ausweitung der Hybrid-DRG vor (jährlich 2 Mio. Fälle ab 2030) – fördert also die teurere Vergütungsform der Ambulantisierung und deckelt die günstigste.

Ganz grundsätzlich würde eine Begrenzung der ambulanten Leistungen nach Kapitel 31 im diametralen Gegensatz zur Ambulantisierungsstrategie der aktuellen und vorherigen Bundesregierung stehen, die ambulante Leistungserbringung fördern und nicht begrenzen soll.

3. Krankenhausversorgung

Ausgangslage

Der Referentenentwurf zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz führt das wachsende Defizit der GKV im Wesentlichen auf eine beschleunigte Ausgabenentwicklung zurück, insbesondere infolge von Preis-, Lohn- und Vergütungssteigerungen im Gesundheitswesen. Im Krankenhausbereich ist dabei sachgerecht zu differenzieren zwischen der notwendigen Refinanzierung von Tarifsteigerungen sowie arbeitszeitrechtlichen Anpassungen und einer sinkenden Personaleffizienz infolge einer überproportionalen Ausweitung der Personalausstattung (FTE).

Die vorgesehene Begrenzung der Refinanzierung von Tarifsteigerungen sowie rechtsbedingt steigender Personalkosten auf höchstens die Entwicklung der Grundlohnrate ist aus Sicht des BVMed nicht sachgerecht. Die vorgesehenen Maßnahmen zur Personalkostenbegrenzung bergen die Gefahr, die strukturelle Unterfinanzierung der Leistungserbringung zu verstetigen. Hieraus kann eine Absenkung der Leistungsqualität und Patientensicherheit resultieren.

Stattdessen sollten die ökonomischen Anreize so ausgestaltet werden, dass Krankenhäuser wirksam zur Reduktion des erforderlichen Personaleinsatzes und zur Steigerung der Personal- und Gesamteffizienz motiviert werden; der demografisch bedingte Personalrückgang verstärkt diesen Handlungsdruck zusätzlich.

Mit der anstehenden Krankenhausreform ist eine deutliche Konzentration spezialisierter Leistungen zu erwarten; dies kann sowohl die Versorgungsqualität als auch die Effizienz der Leistungserbringung erhöhen. Bislang fehlen jedoch hinreichende Instrumente und Anreize, die Personaleffizienz insbesondere durch kürzere Verweildauern sowie effizientere OP- und Interventionszeiten zu verbessern. Zugleich folgt das System der Logik, dass bei kürzeren OP-/Interventionszeiten und geringerer Verweildauer auch die Sachkosten sinken müssten. Medizintechnologien ermöglichen häufig erst die erforderliche Steigerung der Personal- und Gesamteffizienz sowie den Übergang in ambulante Versorgungsformen.

Die Medizintechnikbranche kann durch innovative Medizintechnologien und Medizinprodukte zur Verbesserung der Kostensituation beitragen. Moderne Medizintechnik ist kein Kostenfaktor, sondern ein zentraler Hebel für eine leistungsfähige, effiziente und patientenorientierte Versorgung: Sie hebt Effizienzreserven, verbessert Behandlungsabläufe und verkürzt Verweildauern; zugleich schont sie knappe personelle Ressourcen und ermöglicht deren zielgerichteten Einsatz. Voraussetzung hierfür ist eine adäquate Finanzierung. Eine nachhaltige Krankenhausversorgung setzt daher voraus, dass Investitionen in innovative Technik nicht durch kurzfristige Sparlogiken gehemmt, sondern als notwendige Grundlage für Qualität, Wirtschaftlichkeit und Versorgungssicherheit verstanden werden. Ein technologischer Rückschritt ist zu vermeiden.

3.1 Artikel 1, Nummer 10: § 27b SGB V Zweitmeinung

Ausgangslage und Inhalt
Patienten haben bei in der G-BA Zweitmeinungsrichtlinie definierten sogenannten mengenanfälligen planbaren Eingriffen einen Anspruch auf Zeitmeinung gemäß §27b SGB V. Der Entwurf sieht für festzulegende Eingriffe der G-BA Zweitmeinungsrichtlinie eine verpflichtende Einholung einer Zweitmeidung vor (§27b Absatz 3 SGB V NEU). Zudem soll das Zeitfenster zwischen erstmaliger Aufklärung und Durchführung des Eingriffs liegende Mindestzeitfenster verlängert werden.

Wir sprechen uns gegen eine Verpflichtung aus und halten am freiwilligen Verfahren nach § 27b SGB V fest. Ein obligatorisches Verfahren würde voraussichtlich eine sehr hohe Zahl zusätzlicher Arztkontakte auslösen, knappe fachärztliche Kapazitäten in zugelassenen Einrichtungen binden, Behandlungsabläufe verlängern und damit zusätzliches Patientenleid und eine reduzierte Behandlungsqualität hervorrufen und schließlich zusätzlichen administrativen Aufwand verursachen. Verzögerungen können zudem Folgekosten (u. a. längerer Krankengeldbezug) nach sich ziehen und die GKV belasten. Darüber hinaus wird dadurch ein zusätzlicher bürokratischer Aufwand generiert.

Änderungsvorschlag
Die im Entwurf vorgesehene Änderung des § 27b SGB V wird ersatzlos gestrichen.

Begründung
§ 27b SGB V liefert bereits ein erprobtes, freiwilliges Zweitmeinungsangebot (u. a. Endoprothetik, Wirbelsäule). Der G-BA sollte das Angebot bedarfsgerecht erweitern – nicht eine starre Pflicht einführen.

3.1.1 Es fehlt Evidenz, um den Mehrwert eines verpflichtendes Zweitmeinungsverfahrens zu begründen

Die vorgesehene Verpflichtung wird u. a. mit „präferenzsensitiven Entscheidungssituationen“ begründet. Für diese istderzeit aber keine hinreichend belastbare Evidenz erkennbar. Auch entspricht dies nach den Erfahrungen der Fachgesellschaften nicht der aktuellen Versorgungspraxis.
Zudem nutzen bisher vor allem Patienten mit vorhandenen Zweifeln ein Zweitmeinungsangebot– daraus lassen sich keine belastbaren Aussagen zur Indikationsqualität oder zu Einsparungen ableiten. Dieses wiegt umso schwerer, da das wohnortnahe Angebot einer Zweitmeinung sehr begrenzt ist. Dieses sei am Beispiel Hamburgs erläutert. Auf dem Stadtgebiet Hamburg wird lediglich durch 3 Ärzte eine Zweitmeinung für Hüftgelenksersatz angeboten (www.116117.de - Arztsuche Zweitmeinung , Abfrage 19.05.2026).

3.1.2 Indikationsstellung stattdessen priorisieren

Insbesondere in der Endoprothetik bestehen seit Jahren etablierte Qualitätsstrukturen, welche die Versorgungsqualität inkl. Indikationsstellung sichern: EndoCert zertifizierten-Zentren sind zur leitliniengerechten Indikationsstellung verpflichtet und werden regelmäßig auditiert. Aus unserer Sicht ist es sachgerechter und nachhaltiger, bestehende Instrumente der Qualitätssicherung (z. B. Zertifizierung) flächendeckend zu stärken. Statt Parallelstrukturen aufzubauen, sollten diese Instrumente konsequent umgesetzt und weiterentwickelt werden. Dies entspricht auch der aktuellen Empfehlung der Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), der in diesem Bereich führenden Fachgesellschaft. So seien bisher weniger als die Hälfte der Endoprothesen-Kliniken nach EndoCert zertifiziert (https://dgou.de/aktuelles/detail/gkv-reform-endocert-statt-doppelpruefung-bei-knie-und-hueftendoprothesen-1). Mit der Ausweitung der Zertifizierungsquote könnte ein bereits bestehendes Qualitätsinstrument sinnvoll genutzt werden.

Eine generelle Verpflichtung setzt zudem voraus, dass bei den genannten Eingriffen systematisch Optimierungspotenzial in der Indikationsstellung besteht. Aus unserer Sicht ist ein pauschaler Ansatz hierfür nicht geeignet. Statt einer generellen Regelung sollte geprüft werden, wie die Indikationsstellung in bestimmten Leistungsbereichen durch Zertifizierungen und Qualitätssicherungsmaßnahmen verbessert werden kann.

3.1.3 Bürokratie und Doppelstrukturen vermeiden

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung geht davon aus, dass bis 2030 400 Mio. Euro durch mehrere verpflichtende Zweitmeinungsverfahren eingespart werden könnten. Notwendige Mehrausgaben für die Durchführung einer Zweitmeinung sowie alternative Behandlungsverfahren seien bei dieser Rechnung bereits berücksichtigt.

Diese Annahme des Gesetzgebers kommt unserer Auffassung nach zu kurz. In der Gesamtabwägung ist mit einer Verlängerung der Behandlungswege zu rechnen; dies kann bestehende Wartezeiten zusätzlich erhöhen. Selbst wenn einzelne Eingriffe entfallen, drohen Folgekosten (Krankengeld, konservative Therapie, Mehrdiagnostik) die erhofften Einsparungen zu neutralisieren.

Ein verpflichtendes Zweitmeinungsverfahren würde die bestehenden Engpässe in der ambulanten fachärztlichen Versorgung verstärken: Notwendige Facharzt-Termine werden bei unveränderten Kapazitäten zu längeren Wartezeiten führen. Hinzu kommt zusätzlicher administrativer Aufwand: Unabhängigkeits- und Qualifikationsanforderungen sowie ein in der Praxis häufig nicht durchgängig digital abgesicherter Datentransfer können zu doppelten Befunden, zusätzlicher Diagnostik und Mehrkosten führen und binden weitere fachärztliche Ressourcen.

Der Aufbau von Doppelstrukturen zeigt sich im Bereich der Endoprothetik beispielsweise auch in den Mindestmengenregelungen des G-BA zu Kniegelenk-Totalendoprothesen. Die jüngsten Regelungen des G-BA, die erst zum 1. Januar 2026 in Kraft getreten sind, sehen vor, dass je Krankenhaustandort ab 2030 mindestens 150 Fälle pro Jahr erbracht werden müssen. Andernfalls kann die Leistung nicht abgerechnet werden. Bis 2030 werden die notwendigen Mindestmengen schrittweise erhöht (2026, 50/2028, 100). Diese Mengenkonzentration verfolgt bereits das Ziel, die Versorgungsqualität zu verbessern und unnötigen Mengenausweitungen entgegenzuwirken.

Aspekte möglicher Überversorgung werden zudem im Rahmen der Krankenhausreform adressiert (u. a. Vorhaltevergütung, Leistungsgruppen, Konzentration/Spezialisierung). Vor diesem Hintergrund sollte geprüft werden, ob zusätzliche Regelungen erforderlich sind oder zunächst die Wirkungen der Reformmaßnahmen abzuwarten sind.

Fazit
Schon die Finanzkommission Gesundheit weist auf hohe Hürden hin (Qualifikation, Genehmigung, Unabhängigkeit, Befundzugang). Eine schnelle, flächendeckende Umsetzung ist damit unrealistisch. Von einer Verpflichtung zur Zweitmeinung sollte daher abgesehen werden. Stattdessen sollten bestehende (qualitätssteigende) Strukturen (wie z.B. Endocert, Endoprothesenregister), Indikationsqualität, Qualitätssicherung und der digitale Datentransfer weiter gestärkt werden.

Ergänzend sollten die Krankenkassen verpflichtet werden, das Angebot für eine freiwillige Zweitmeidung, d.h. die Anzahl von Ärzten, die Zweitmeinungen anbieten, deutlich zu erhöhen. Es reicht nicht nur aus, die Versicherten über die Möglichkeit einer Zweitmeinung aufzuklären. Es muss sichergestellt werden, dass Versicherten eine Zweitmeinung auch zeit- und wohnortnah einholen können.

3.2
Artikel 4, Nummer 2:
§ 115f SGB V in Verbindung mit §17b Absatz 2a Krankenhausfinanzierungsgesetz: Einführung von DRG-Kurzzeitfallpauschalen

Deutschland weist im internationalen Vergleich weiterhin einen sehr hohen Anteil vollstationär erbrachter Interventionen und Operationen auf. Weder die Ausweitung des AOP-Katalogs nach § 115b SGB V noch die Einführung der Hybrid-DRGs nach § 115f SGB V haben hier bislang den notwendigen Durchbruch erzielt. Gleichzeitig liegen die Verweildauern bei elektiven stationären Eingriffen weiterhin über dem internationalen Niveau.

Die Hybrid-DRGs sollten die Verlagerung vollstationärer Leistungen in effizientere Versorgungsformen ermöglichen. Tatsächlich haben konzeptionelle Mängel und neue Fehlanreize ihre Wirkung bislang begrenzt. Effizienzgewinne durch kürzere Verweildauern bis hin zum 24-Stunden-Fall wurden vielfach blockiert; zugleich haben sich im Zusammenspiel mit der Krankenhausreform neue dysfunktionale Spielräume eröffnet, etwa bei Mindestvorhaltezahlen, Personalvorgaben und Strukturanforderungen.

Die gesundheitspolitische Debatte setzt Ambulantisierung noch immer zu oft mit einer bloßen Leistungsverlagerung in die vertragsärztliche Versorgung gleich. Das greift zu kurz. In den meisten OECD-Staaten werden ambulante Eingriffe primär im Krankenhaus erbracht und über ambulant-stationäre Fallpauschalen vergütet. 24-Stunden-Fälle gelten dort regelmäßig als ambulant. Genau so entstehen die richtigen Anreize: Für kürzere Verweildauern, höhere Effizienz und mehr Ambulantisierung. Deutliche Entbürokratisierung entstehen Wegfall der obligatorischen MD-Prüfung möglicher sekundärer Fehlbelegung.

Die geplante Einführung von DRG-Kurzzeitfallpauschalen kann ein wichtiger Schritt sein, um die Verweildauer stationärer Fälle auf ein international wettbewerbsfähiges Maß zu senken. Sie wird aber nur dann ihre volle Wirkung entfalten, wenn am-

bulante Krankenhausleistungen definitorisch und kalkulatorisch in die Kurzzeitfallpauschalen einbezogen werden. Andernfalls bleiben Ambulantisierungspotenziale ungenutzt und die Fehlanreize am Übergang von stationärer zu ambulanter Versorgung im bisherigen System bestehen.

Ein zentraler Erfolgsfaktor ist die sachgerechte Finanzierung der hierfür notwendigen Medizintechnik. Ohne eine realistische Kalkulation der medizintechnischen Sachkosten bleibt jede Ambulantisierungsstrategie unvollständig.

Für eine erfolgreiche Transformation sind aus Sicht des BVMed folgende Anpassungen und Ergänzungen erforderlich:

3.2.1. Gesamtkonzept zur Effizienzsteigerung
DRG-Kurzzeitfallpauschalen, Hybrid-DRGs und AOP-Leistungen müssen zu einem konsistenten Gesamtkonzept der Ambulantisierung und Effizienzsteigerung zusammengeführt werden. Dafür sind die gesetzlichen Vorgaben in §§ 115b und 115f SGB V sowie die untergesetzlichen Regelungen der Selbstverwaltung konsequent aufeinander abzustimmen. Fehlanreize, die Verweildauerreduktionen, Ambulantisierung, Qualitätsverluste begünstigen oder eine höhere Personaleffizienz behindern, müssen systematisch beseitigt werden.

Konzeptioneller Ansatz
Ambulante Interventionen (OPS-Kapitel 8) und Operationen (OPS-Kapitel 5) ohne Übernachtung müssen definitorisch und kalkulatorisch in die Kurzzeitfallpauschalen einbezogen werden. Vertragsärzte können diese Leistungen weiterhin ambulant erbringen; die Vergütung erfolgt dann entweder als AOP-Leistung nach § 115b SGB V oder als Hybrid-DRGs nach § 115f SGB V. Hybrid-DRGs sind vor allem dort sachgerecht, wo Personal- und Sachkosten nur gering variieren. Bei hoher patientenindividueller Varianz ist die Vergütung über AOP nach § 115b SGB V vorzugswürdig.
Ergänzend zu den Krankenhäusern können Vertragsärzte weiterhin ambulante Interventionen und Operationen durchführen. Diese werden als AOP-Leistung (EBM-GOPs zzgl. Sachkostenerstattung) gemäß § 115b SGB V oder als Hybrid-DRG gemäß § 115f SGB V vergütet. Hybrid-Fallpauschalen sind insbesondere dann sachgerecht, wenn Personal- und Sachkosten nur gering variieren; bei hoher patientenindividueller Varianz sollten diese Leistungen über AOP nach § 115b SGB V finanziert werden.

Begründung
Diese kurz- und mittelfristigen Anpassungen schaffen die Voraussetzung, stationäre Leistungen effizienter zu erbringen und den Anteil ambulanter Eingriffe deutlich zu erhöhen, ohne neue kostenintensive Doppelstrukturen aufzubauen. Sie ermöglichen patientengerechtere Behandlungspfade und stärken zugleich die wirtschaftliche Tragfähigkeit spezialisierter Leistungsangebote. Gerade in ländlichen Regionen können spezialisierte Leistungsgruppen unter einheitlichen Strukturqualitätsvorgaben zielgerichtet geplant werden. So lassen sich Fehlsteuerungen zwischen AOP, Hybrid-DRG und Kurzzeitfallpauschalen ebenso verringern wie Reibungsverluste aus der Krankenhausplanung.
Spezialisierte Leistungsgruppen könnten zielgerichtet für die Versorgungsregionen geplant unter Einhaltung einheitlicher Strukturqualitätsvorgaben werden und Mindestvorhaltezahlen würden stationäre und in diesem Leistungssegment eine belastbare Leistungsplanung – sowohl aus medizinischen als auch aus ökonomischen Gesichtspunkten. Mögliche negative Wechselwirkungen, die sich aus den unterschiedlichen Vergütungssystemen von AOP, Hybrid-DRG und Kurzzeitfallpauschalen sowie aus Anforderungen der Krankenhausplanung ergeben, können hierdurch minimiert werden.

3.2.2 Verweildauer der Kurzzeitfallpauschale individuell definieren

Die obere Verweildauergrenze darf nicht pauschal auf drei Tage beziehungsweise zwei Übernachtungen begrenzt werden. Das InEK muss die Möglichkeit erhalten, auch Kurzzeit-DRGs mit höherer Verweildauer zu definieren, wenn dies medizinisch und versorgungsökonomisch sinnvoll ist.

Begründung

Andernfalls würden gerade bei DRGs mit heute noch längerer durchschnittlicher Verweildauer die Anreize entfallen, Aufenthalte schrittweise zu verkürzen und Behandlungsprozesse technologisch weiterzuentwickeln. Eine starre Grenze würde damit Effizienzpotenziale blockieren, statt sie zu heben.

3.2.3 Sachgerechte, kostenbasierte Kalkulation

Die Kalkulation der Kurzzeitfallpauschalen darf nicht schematisch aus den bestehenden Kostendaten des aG-DRG-Systems abgeleitet werden. Das InEK muss die Kalkulationsgrundlagen auf Basis realer Ist-Kosten neu bestimmen. Die Vergütungslogik individueller Zusatzentgelte aus dem aG-DRG-System ist dabei konsequent zu übernehmen.

Begründung

Kurzzeitfallpauschalen können nur funktionieren, wenn die eingesetzte Medizintechnik sachgerecht, transparent und realitätsnah abgebildet wird. Dafür braucht es eine belastbare Finanzierung der medizintechnischen Anwendungen unter expliziter Berücksichtigung der Sachkosten und von Innovationen. Andernfalls droht eine strukturelle Unterfinanzierung genau der Technologien, die Verweildauern verkürzen, Prozesse beschleunigen und Personal wirksam entlasten.

Gerade die für Verweildauerreduktion, Ambulantisierung und höhere Prozesseffizienz entscheidenden Medizinprodukte sind in den bisherigen InEK-Kalkulationsdaten häufig nicht oder nicht sachgerecht abgebildet.
Krankenhäuser vermeiden im aG-DRG-System vielfach den Einsatz verweildauerreduzierender Technologien, weil trotz höherer Sachkosten der Fallerlös durch Kurzliegerabschläge und geringere Pflegekostenerstattung sinkt. Das setzt die falschen Anreize: Effizienz wird bestraft statt gefördert.

Kurzstationäre Leistungen mit geringer Schnitt-Naht-Zeit, aber relevanten Sachkosten werden in der InEK-Kalkulation des aG-DRG-Systems strukturell benachteiligt. Obwohl im Einzelfall erhebliche Kosten für Medizinprodukte anfallen, werden diese dem Fall nicht direkt zugerechnet, sondern über ein an der kurzen Schnitt-Naht-Zeit orientiertes Verteilungsmodell verwässert. Das führt zu systematischer Unterfinanzierung und gefährdet den Einsatz genau der Technologien, die für mehr Effizienz und Ambulantisierung benötigt werden.

Die Vergütungslogik individueller Zusatzentgelte aus dem aG-DRG-System ist hierbei sachgerecht und konsequent zu übernehmen.

3.3 Artikel 3, Nummer 3 a: § 6a Absatz 2 Satz 12 Krankenhausentgeltgesetz Geplante Streichung der zusätzlichen Finanzierung pflegeentlastender Maßnahmen

Änderungsvorschlag:
Die mit dem Gesetzentwurf geplante Änderung in § 6a „Die Sätze 1 bis 5, 9 und 10 sind letztmalig für die Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2026 anzuwenden“ wird gestrichen.

Begründung
Pflegentlastende Maßnahmen sollten aus Sicht der Medizintechnologie im Pflegebudget des Krankenhauses erhalten und nicht gekürzt oder herausgelöst werden. Medizinprodukte und digitale medizintechnologische Lösungen können helfen, Arbeitsprozesse zu verbessern, Ressourcen zu schonen sowie Arbeitsrisiken zu reduzieren. Ihr Einsatz kann auch zur Erweiterung der Kompetenz- und Tätigkeitsbereiche in der Pflege beitragen. Beruflich Pflegende sollen einen tatsächlichen Nutzen aus der Anwendung von Medizintechnologie ziehen. Es ist uns daher daran gelegen, dass sie die relevanten technologiebezogenen Qualifikationen entwickeln, um neue, oft digitale Angebote kompetent einsetzen und anwenden zu können. Für den Erhalt der pflegeentlastenden Maßnahmen gibt es mehrere starke fachliche, ökonomische und versorgungsbezogene Argumente:

3.3.1
Pflegentlastung ist Voraussetzung für eine sichere Patientenversorgung
Medizintechnische Lösungen (z. B. Mobilisationshilfen, smarte Infusionssysteme, automatisierte Dokumentation) reduzieren Zeitdruck, körperliche Belastung und Fehleranfälligkeit. Weniger Belastung bedeuten geringere Fehlerquoten, höhere Patientensicherheit und bessere Versorgungsqualität. Ohne Refinanzierung über das Pflegebudget droht der Verzicht auf diese Technologien.

3.3.2
Medizintechnologie kompensiert strukturellen Pflegepersonalmangel
Der Pflegekräftemangel ist strukturell und langfristig, nicht kurzfristig lösbar. Pflegentlastende Medizintechnologie ermöglicht, dass vorhandenes Personal mehr Zeit für direkte Pflege hat. Eine Streichung der Mittel verschärft den Personalmangel faktisch. Investitionen in Medizintechnologien sind schneller wirksam als Personalaufbau. Medizintechnologie ist kurzfristig implementierbar, wirkt sofort pflegentlastend. Gerade in der Situation des Pflegepersonalmangels ist das Pflegebudget ein akutes Steuerungsinstrument. Pflegeentlastende Medizintechnologie muss im Pflegebudget verankert sein, da sie eine zentrale Voraussetzung dafür ist, gesundheitspolitische Ziele konsequent und wirksam umzusetzen.

3.4 Pflegekosten über Pflegebewertungsrelationen finanzieren

Die Pflegebewertungsrelation ist für diesen Leistungsbereich entsprechend anzuwenden.

Begründung
Die Praxis zeigt, dass die derzeitige Regelung zur Möglichkeit, „Hybrid-DRG Pflege“ zum Jahresende in das Pflegebudget einzubringen, zu Unklarheiten und Diskussionen führt und bei den operativen Leistungserbringern eher eine Abwehrhaltung auslöst. Patienten mit einem Krankenhausaufenthalt von ein bis drei Tagen verursachen in der stationären Praxis gleichwohl einen eingriffsbezogenen Aufwand im Tagesgeschäft.

Einbindung externen Sachverstands
Beteiligung der Fachgesellschaften und der Hersteller an der Entwicklung und Weiterentwicklung der Vergütungssysteme für Kurzzeitfallpauschalen

Begründung
In Analogie zum bewährten DRG-Weiterentwicklungsverfahren sollten alle relevanten Beteiligten – insbesondere die medizinischen Fachgesellschaften und die Hersteller – an den Verfahren zur Weiterentwicklung dieser Leistungsart durch die Selbstverwaltungspartner beteiligt werden.

4.
Digitale Gesundheitsanwendungen

Artikel 1, Nummer 55: § 134 i.V.m. § 33a SGB V

Änderungsvorschlag:

In § 134 nach Absatz 1 Satz 3 wird der folgende vorgeschlagene Satz wird wie folgt geändert:

> „In der Vereinbarung ist ab dem 1. Januar 2027 ein ~~an der Abgabemenge~~ den Ausgaben der Krankenkassen ohne Mehrwertsteuer für die jeweilige digitale Gesundheitsanwendung orientierter umsatz ~~mengen~~bezogener Abschlag der Vergütungsbeträge festzulegen. ~~Der Abschlag der Vergütungsbeträge beträgt mindestens zwei Prozent bei mehr als dreitausend Abgaben im Jahr und mindestens dreißig Prozent bei mehr als hunderttausend Abgaben im Jahr.~~“

Begründung:

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) sind strategisch systemrelevant, um zukunftsgerichtet einen wichtigen Beitrag für die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung zu leisten. Eine Mengenausweitung ist in der Regel ein valider Indikator dafür, dass sich eine DiGA in der Versorgung etabliert hat und bestehende Versorgungslücken füllt. Der Stellenwert in der Versorgung wird durch mengenabhängige Abschläge jedoch nicht berücksichtigt.

Mengenabhängige Abschläge basieren auf der Grundannahme, dass mit steigender Nachfrage sinkende Grenzkosten entstehen, die abgeschöpft werden könnten. Diese Logik greift bei DiGA jedoch nicht. Entgegen der Gesetzesbegründung fallen bei DiGA gleichwohl auch nach initialer Entwicklung weiterhin hohe Kosten an. Insbesondere für regulatorische Aufwände (diverse Zertifikate und Verwaltungsakte), regelmäßige neue technische Vorgaben, die Weiterentwicklung der DiGA sowie auch für den Vertrieb ist der finanzielle Aufwand erheblich.

Besonders problematisch ist, dass mengenbezogene Abschläge erfolgreiche Versorgung faktisch sanktionieren. Hohe Verordnungszahlen sind regelmäßig Ausdruck von Wirksamkeit, Akzeptanz bei Ärztinnen und Ärzten sowie Patientinnen und Patienten und einer gelungenen Integration in bestehende Versorgungsprozesse. Wenn steigende Nachfrage automatisch zu sinkender Vergütung führt, entsteht ein systemisch falscher Anreiz: Je besser eine DiGA wirkt und angenommen wird, desto geringer wird ihre Refinanzierbarkeit. Dies unterminiert nicht nur die Versorgungsqualität, sondern auch die Bereitschaft der Hersteller, in Skalierung, Weiterentwicklung und indikationsübergreifende Versorgungslösungen zu investieren.

Wir schlagen daher vor, Abschläge des Vergütungsbetrags nicht auf Grundlage der Abgabenmenge und damit in Bezug auf DiGA, die sich bereits in der Versorgung etablieren konnten und Versorgungslücken schließen zu berechnen, sondern auf Basis des Netto-Jahresumsatzes mit der jeweiligen DiGA, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen abgegeben werden.

Konkretere Regelungen sollten dabei den Verhandlungspartnern der Rahmenvereinbarung nach § 134 Absatz 4 und 5 SGB V obliegen. Die bisherigen Erfahrungen mit der Bestimmung von Schwellenwerten und Höchstbeträgen belegen, dass die Partner im Rahmen ihrer Verhandlungen sachgerechte und ausgewogene Regelungen entwickeln konnten. Vor diesem Hintergrund erscheint es geboten, den Verhandlungspartnern auch künftig einen weitreichenden Gestaltungsspielraum einzuräumen. Von einer starren gesetzlichen Normierung entsprechender Rahmenbedingungen ist daher abzusehen, um weiterhin flexible und praxisgerechte Vorgaben zu ermöglichen.

5.
Notwendige Ausnahme für Parenterale Ernährungslösungen
Artikel 1, Nummer 48: § 130a SGB V

Änderungsvorschlag im SGB V:
In § 130a Absatz 1b Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wird nach Nummer 3 folgende Nummer 4 eingefügt:

„4. Arzneimittel zur parenteralen Ernährung."

Begründung:
Der ergänzende Herstellerabschlag nach § 130a Absatz 1b SGB V soll gezielt patentgeschützte Arzneimittel erfassen, die durch Preis- und Mengeneffekte erheblich zum Ausgabenwachstum der GKV beitragen. Arzneimittel zur parenteralen Ernährung erfüllen diese Voraussetzungen nicht.

Parenterale Ernährung ist für schwerkranke Patienten medizinisch notwendig und unterliegt einer engen, indikationsgebundenen Anwendung ohne relevante Ausgaben- oder Mengendynamik. Ihr Anteil an den gesamten Arzneimittelausgaben der GKV ist mit rund 0,6 Prozent gering. Gleichzeitig ist die parenterale Ernährung ein zentraler Bestandteil der ambulanten Versorgung und trägt wesentlich dazu bei, Krankenhausaufenthalte zu vermeiden. Eine Einbeziehung in den ergänzenden Herstellerabschlag wäre daher nicht zielgenau und würde keinen relevanten Beitrag zur Beitragssatzstabilisierung leisten.

Zudem ist der Markt für parenterale Ernährung durch hohe regulatorische Anforderungen, komplexe Herstellungsprozesse und bereits erheblichen Kostendruck gekennzeichnet. Zusätzliche Abschläge würden die wirtschaftliche Tragfähigkeit der Hersteller gefährden und damit die Versorgungssicherheit beeinträchtigen. Dies könnte mittelbar zu einer Verlagerung in die stationäre Versorgung und damit zu höheren Kosten für die GKV führen.

Die ausdrückliche Ausnahme von Arzneimitteln zur parenteralen Ernährung fügt sich systematisch in die bestehenden Ausnahmeregelungen des § 130a Absatz 1b SGB V ein und trägt dem besonderen, lebensnotwendigen Versorgungscharakter dieser Arzneimittel Rechnung.

Ein erhöhter Herstellerabschlag gefährdet die Versorgungssicherheit, erhöht indirekt die GKV-Gesamtausgaben und bremst Innovationen, ohne nennenswerte Einsparungen zu erzielen. Insbesondere die ungleiche Belastung von PE-Herstellern zeigt, dass die Maßnahme nicht die beabsichtigten Effekte erzielen würde. Eine stabile Finanzierung der Parenteralen Ernährung ist essenziell, um die Versorgung zu sichern und das Gesundheitssystem finanziell zu entlasten.

BVMed
Bundesverband Medizintechnologie e.V.
Georgenstraße 25, 10117 Berlin
+49 30 246 255 - 0
info@bvmed.de
www.bvmed.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(30)
gel. VB zur öffent. Anh. am
22.06.2026 - GKV
18.06.2026

Deutscher Evangelischer
Krankenhausverband e.V.

Im Verbund der
Diakonie

Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung „GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz“

Berlin, 18. Juni 2026

Anlässlich der öffentlichen Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages am 22. Juni 2026 nimmt der Deutsche Evangelische Krankenhausverband e. V. (DEKV) Stellung zum Vorhaben eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz) vom 26. Mai 2026.

Der Deutsche Evangelische Krankenhausverband (DEKV) erkennt die Notwendigkeit an, die Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung zu stabilisieren und hierzu auch Ausgabenbegrenzungen in den Blick zu nehmen. Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen stellen die Krankenhäuser jedoch vor erhebliche finanzielle und existentielle Herausforderungen.

Entscheidend ist, unter welchen Rahmenbedingungen dies erfolgt. Zusätzlicher wirtschaftlicher Druck kann nur dann zu den beabsichtigten Anpassungen führen, wenn die Krankenhäuser gleichzeitig die Möglichkeit erhalten, auf veränderte Rahmenbedingungen unternehmerisch zu reagieren und bestehende Effizienzpotenziale zu heben.

Aus Sicht des DEKV besteht die akute Gefahr, dass Einsparmaßnahmen ihre beabsichtigte Wirkung verfehlen, wenn sie nicht mit einer konsequenten Deregulierungsoffensive bei personellen und strukturellen Vorgaben einhergeht. Andernfalls drohen notwendige Strukturveränderungen erschwert zu werden, ohne dass die wirtschaftliche Stabilität des gesamten Gesundheitssystems nachhaltig verbessert wird. Dies kann die Versorgungssicherheit der Bevölkerung beeinträchtigen und die Umsetzung der notwendigen Krankenhausreform erheblich belasten.

Die nachfolgenden Änderungsvorschläge des DEKV verfolgen daher das Ziel, die berechtigten Anliegen der Beitragssatzstabilisierung mit den Erfordernissen einer leistungsfähigen und zukunftssicheren Krankenhausversorgung in Einklang zu bringen. Sie sollen dazu beitragen, die finanziellen Belastungen für die gesetzliche Krankenversicherung zu begrenzen, ohne die Handlungsfähigkeit der Krankenhäuser und die Versorgung der Patientinnen und Patienten zu gefährden.

Forderungen des DEKV im Detail:

1. Neugestaltung der Finanzierung der Pflegepersonalkosten (§ 6a Abs. 2 und 2a KHEntgG)

Der DEKV lehnt die mit § 6a Abs. 2a KHEntgG vorgesehene Begrenzung der Entwicklung des Pflegebudgets auf den Veränderungswert ab.

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Änderungsvorschlag

Der DEKV spricht sich für eine strukturelle Neuordnung der Pflegefinanzierung durch die Rückführung der Pflegepersonalkosten in das DRG-System aus. Dies bedeutet:

- Wiedereingliederung der Pflegepersonalkosten in das DRG-System ab 2027 durch Anpassung von § 17b Abs. 4 KHG und § 6a KHEntgG,
- Neukalkulation der DRG-Kostengewichte durch das InEK unter vollständiger Einbeziehung der Pflegepersonalkosten.

Begründung

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Begrenzung des jährlichen Anstiegs des Pflegebudgets auf den Veränderungswert stellt eine pauschale und problematische Sparmaßnahme zulasten der Krankenhäuser dar.

Die vorgesehene Regelung steht der Krankenhausreform entgegen:

Das Pflegebudget soll auf dem Basisjahr 2026 und damit vor Einführung der Leistungsgruppen festgeschrieben werden. Krankenhäuser, die infolge der Strukturreform Leistungen konzentrieren und dadurch mehr Fälle mit höherem Pflegebedarf versorgen, können diesen zusätzlichen Pflegebedarf aus einem starr begrenzten Budget nicht finanzieren. Eine Konzentration von Leistungen in Verbindung mit einer qualitativ hochwertigen pflegerischen Versorgung wird dadurch erschwert.

Die vorgesehene Regelung ist ungerecht und belohnt ineffiziente Pflegestrukturen:

Krankenhäuser, die Pflegekapazitäten über den tatsächlichen Bedarf hinaus aufgebaut haben, insbesondere durch die Übertragung pflegeferner Tätigkeiten auf Pflegekräfte, würden von einem höheren Ausgangsniveau des Pflegebudgets profitieren. Krankenhäuser hingegen, die ihren Personaleinsatz am Pflegebedarf der Patientinnen und Patienten ausgerichtet und effiziente pflegerische Versorgungsmodelle entwickelt haben, würden benachteiligt, da ihr Pflegebudget auf einem niedrigeren Niveau festgeschrieben würde. Kosteneinsparungen durch Ambulantisierung, Leistungsabgabe und den Aufbau effizienter Pflegeprozesse werden durch den Minderkostenausgleich, also die Rückzahlung eingesparter Pflegepersonalkosten unattraktiv.

Die Rückführung in das DRG-System hebt Effizienzreserven:

Die Grenzen des Pflegebudgets werden auch an den wenig praxistauglichen Reparaturversuchen deutlich. Die Regelung des Krankenhausreformanpassungsgesetzes (KHAG) zu § 6a Abs. 2 Satz 12 KHEntgG soll Tätigkeiten ohne unmittelbaren Patientenbezug aus der Refinanzierung herausnehmen. Dies ist pflegefachlich und verhandlungstechnisch kaum umsetzbar und führt zu zusätzlichem Dokumentationsaufwand sowie erneut zu langwierigen und streitbehafteten Budgetverhandlungen.

Mit dem Wegfall des Pflegebudgets würden die Krankenhäuser von einer Vielzahl an Dokumentations- und Nachweispflichten entlastet. Gleichzeitig entfielen häufig langwierige Pflegebudgetverhandlungen. Daraus ergeben sich Einsparpotenziale sowohl für die Krankenhäuser als auch für die Krankenkassen vor Ort.

2. Refinanzierung von Tarifkostensteigerungen

Der DEKV lehnt die vorgesehene Absenkung der Refinanzierungsquote für Tarifkostensteigerungen oberhalb des Veränderungswertes von bislang 100 Prozent auf 50 Prozent ausdrücklich ab.

Änderungsvorschlag

Der DEKV spricht sich für die Beibehaltung einer vollständigen Refinanzierung tarifbedingter Personalkostensteigerungen oberhalb des Veränderungswertes in Höhe von 100 Prozent aus.

Begründung

Die Tarifrate dient der Refinanzierung tarifbedingter Personalkostensteigerungen, soweit diese den Veränderungswert übersteigen. Sie stellt sicher, dass die tatsächlichen Personalkostenentwicklungen der Krankenhäuser im Vergütungssystem berücksichtigt werden. Die vorgesehene Absenkung der Refinanzierungsquote von 100 auf 50 Prozent führt dazu, dass künftig nur noch die Hälfte der über den Veränderungswert hinausgehenden Tarifsteigerungen ausgeglichen wird. Damit werden tarifvertraglich vereinbarte Personalkostensteigerungen nur noch teilweise refinanziert. Dies wiegt besonders stark, da die Personalkosten mit rund 70 Prozent der größte Kostenblock im Krankenhaus darstellen.

Krankenhäuser haben auf tarifvertraglich vereinbarte Entgeltsteigerungen geringen Einfluss. Dies folgt dem Grundsatz der Tarifautonomie. Werden diese Kostensteigerungen nicht vollständig berücksichtigt, entsteht eine Finanzierungslücke zwischen den tatsächlichen Personalkosten und den verfügbaren Erlösen. Die wirtschaftliche Situation tarifgebundener Krankenhäuser wird sich weiter verschärfen. Freigemeinnützige Krankenhäuser werden durch die gedeckelte Tarifrefinanzierung angesichts hoher regulativ bedingter Personalkostenquoten unmittelbar unter wirtschaftlichen Druck geraten.

Krankenhäusern verbleiben bei einer dauerhaften Unterfinanzierung tarifbedingter Kostensteigerungen nur begrenzte Reaktionsmöglichkeiten. Steigende Löhne erhöhen die Personalkosten je Beschäftigten kontinuierlich und verringern den finanziellen Spielraum der Krankenhäuser. Kann dieser Anstieg nicht refinanziert werden, lässt sich die Finanzierungslücke langfristig nur durch einen Abbau von Personal schließen. Die Absenkung der Refinanzierungsquote steht damit im Widerspruch zum Ziel, ausreichend qualifiziertes Personal für die Patientenversorgung vorzuhalten und die Arbeit in Medizin, Pflege und Therapie als attraktives Berufsfeld zu erhalten.

Die bisherige vollständige Berücksichtigung tarifbedingter Personalkostensteigerungen hat sich als sachgerechter Ausgleich erwiesen, da sie lediglich Kosten refinanziert, die den Krankenhäusern aufgrund tariflicher Vereinbarungen tatsächlich entstehen. Eine dauerhafte Reduzierung der Refinanzierungsquote auf 50 Prozent ist mithin ungerechtfertigt.

3. Anpassung der Prüfquoten und Schwellenwerte bei Krankenhausabrechnungen, Erweiterung des MD-Prüfauftrags und Stärkung des Falldialogverfahrens (§ 275c SGB V)

Die vorgesehene Änderung wird ausdrücklich abgelehnt und muss vollständig gestrichen werden.

Änderungsvorschlag

Vorrangig zu stärken ist das Falldialogverfahren als frühzeitiges, digitales und verbindliches Klärungsinstrument zwischen Kostenträgern und Krankenhäusern. Der Falldialog muss vor Einschaltung des Medizinischen Dienstes

regelhaft genutzt werden, soweit der Sachverhalt auf diesem Weg geklärt werden kann. Prüfungen durch den Medizinischen Dienst sind auf konkrete, wesentliche und eindeutige Auffälligkeiten zu beschränken. Eine pauschale Erhöhung der Prüfquoten sowie der Schwellenwerte wird abgelehnt.

Vor weiteren gesetzlichen Änderungen zu den Prüfquoten sowie Schwellenwerten sind die Ergebnisse der gesetzlich vorgesehenen Evaluation des bestehenden Prüfregimes abzuwarten und auszuwerten. Gemäß § 17c Absatz 7 KHG legen der GKV-SV und die DKG dem BMG bis zum 30. Juni 2026 einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der Weiterentwicklung der Krankenhausabrechnungsprüfung vor. Nur dieser Bericht und eine eingehende Analyse der Ergebnisse kann die Grundlage für eine Weiterentwicklung der Prüfquoten sein.

Begründung

Der DEKV erkennt das Ziel einer wirtschaftlichen Mittelverwendung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausdrücklich an. Abrechnungsprüfungen können ein notwendiges Instrument sein, um sachlich nicht gerechtfertigte Abrechnungen zu identifizieren. Die vorgesehene pauschale Anhebung der Prüfquoten und Schwellenwerte ist hierfür jedoch kein geeignetes Mittel. Zudem wird damit gesetzgeberisch das Signal gesendet, die Abrechnungspraxis der Krankenhäuser pauschal unter Verdacht zu stellen.

Ein voreilig pauschal ausgeweiteter Prüfdruck bindet erhebliche Personalressourcen bei Krankenkassen, Medizinischen Diensten und Krankenhäusern. Ohne die Ergebnisse des Berichtes zu kennen, wächst nur Bürokratie und Misstrauen. Daraus resultieren jedoch keine Einsparungen sowie Verbesserungen der Versorgungsqualität oder Patientensicherheit. Im Gegenteil, die Ausweitung der Prüfquoten widerspricht dem politischen Ziel des Bürokratieabbaus im Krankenhausbereich. Zusätzliche Prüfverfahren führen nicht automatisch zu realen Einsparungen. Die personellen Ressourcen müssen bei den Krankenhäusern sowie dem MD aufgebaut werden. Eine nachträgliche Rechnungskürzung kann kurzfristig die GKV-Ausgaben entlasten, senkt aber nicht die Kosten im Versorgungssystem.

Zudem ist mit einem deutlichen Anstieg streitiger Verfahren zu rechnen. Je weiter der Prüfauftrag gefasst wird, desto größer ist das Risiko, dass aus einem konkreten Prüfanlass eine umfassende Prüfung des gesamten Behandlungsfalls entsteht. Dies erhöht den Aufwand auf allen Seiten und dürfte zu zusätzlichen Erörterungs- und Gerichtsverfahren führen. Die damit verbundenen Kosten belasten die gesetzliche Krankenversicherung und die Leistungserbringer. Das ist ein Widerspruch zum Ziel der Beitragssatzstabilisierung.

Das Ziel müssen bürokratiearme anlassbezogene Prüfungen sein. Der Schwerpunkt ist auf die Vermeidung von Streitfällen, digitalen Prozessen und klaren Abrechnungsregeln zu legen. Erforderlich ist vielmehr eine Beschränkung des MD-Prüfauftrags auf konkrete Prüfanlässe, verbunden mit einer systematischen Auswertung der Prüfergebnisse zur Verbesserung von Dokumentation und Kodierung sowie eine Vereinfachung streitanfälliger Abrechnungsregelungen.

Beitragssatzstabilisierung kann nicht durch zusätzliche Bürokratie, verzögerte Liquidität und einseitige Rechnungskürzten für Krankenhäuser erfolgen. Notwendig ist ein Prüfregime zu implementieren, das Wirtschaftlichkeit sichert, ohne die Versorgung und die Handlungsfähigkeit der Krankenhäuser weiter zu schwächen.

4. Einsetzung einer Ad-hoc-Arbeitsgruppe des BMG zur kurzfristigen Deregulierung im Krankenhaussektor

Deregulierung als notwendiger Baustein zur Stabilisierung der Beitragssätze.

Änderungsvorschlag:

Das Bundesministerium für Gesundheit setzt bis zum 31. Juli 2026 eine Ad-hoc-Arbeitsgruppe ein, um gemeinsam mit der Selbstverwaltung konkrete Deregulierungsmaßnahmen zu identifizieren. Die Arbeitsgruppe legt den Maßnahmenkatalog spätestens bis zum 31. Oktober 2026 vor.

Begründung:

Dem politischen Ziel, die Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung zu stabilisieren und stärker an der Einnahmenentwicklung auszurichten, wird nicht widersprochen. Eine Begrenzung der Ausgabendynamik kann jedoch nicht allein über finanzielle Deckelungen erreicht werden. Wenn die Einnahmeseite der GKV den Rahmen für die Ausgaben setzt, muss den Krankenhäusern im Gegenzug zwingend die Möglichkeit eröffnet werden, eigenverantwortlich und wirtschaftlich zu handeln.

Dies setzt echte unternehmerische Handlungsfreiheit voraus. Krankenhäusern werden engere finanzielle Grenzen gesetzt, ohne ihnen zugleich die notwendigen Instrumente zu geben, um Prozesse effizienter, flexibler und wirtschaftlicher zu gestalten.

Deregulierung ist deshalb keine flankierende Wunschmaßnahme, sondern eine notwendige Voraussetzung. Die Begrenzung der Ausgaben muss den Leistungserbringern gleichzeitig ermöglichen, vermeidbare Kosten ohne Auswirkungen auf die medizinische Qualität zu reduzieren. Eine wirksame Beitragsstabilisierung darf daher nicht nur auf der Ausgabenseite ansetzen, sondern muss zugleich die Kosten- und Aufwandstreiber in der täglichen Leistungserbringung reduzieren.

Die Beteiligung der Selbstverwaltung und die Krankenhauspraxis ist dabei zwingend, weil viele Belastungen nicht allein aus gesetzlichen Vorgaben entstehen, sondern aus deren praktischer Umsetzung in Abrechnungs-, Prüf-, Nachweis-, Dokumentations-, Qualitäts- und Meldeverfahren.

Der 31. Oktober 2026 ist als verbindliches Datum festzulegen. Die Krankenhäuser benötigen Planungssicherheit und spürbare Entlastungen. Nur so kann gewährleistet werden, dass die Beitragsstabilisierung nicht einseitig zulasten der Krankenhäuser erfolgt, sondern mit einer sachgerechten Stärkung ihrer wirtschaftlichen Handlungsfähigkeit verbunden wird.

Ihr Ansprechpartner:

Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V.
Reinhardtstraße 34, 10117 Berlin

Tel.: +49 (0)30 200 514 19 0
Mail: office@dekv.de, Web: www.dekv.de

Der **Deutsche Evangelische Krankenhausverband e.V. (DEKV)** vertritt mit 180 evangelischen Kliniken an 255 Standorten jedes neunte deutsche Krankenhaus. Die evangelischen Krankenhäuser versorgen jährlich mehr als 1,7 Mio. Patientinnen und Patienten stationär und mehr als 3,7 Mio. ambulant. Das ist bundesweit jeder 10. vollstationäre Patient. Mit über 127.400 Beschäftigten und einem Umsatz von mehr als 12 Mrd. € sind sie ein wichtiger Wirtschaftsfaktor. Der DEKV ist der Branchenverband der evangelischen Krankenhäuser und Mitglied im Evangelischen Werk für Diakonie und Entwicklung e.V. und im Präsidium der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Der DEKV setzt sich insbesondere für eine zukunftsorientierte und innovative Krankenhauspolitik mit Trägervielfalt und Qualitätswettbewerb, verlässliche Rahmenbedingungen für die Krankenhausfinanzierung, eine Modernisierung der Gesundheitsberufe und eine konsequente Patientenorientierung in der Versorgung ein.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(31)
gel. VB zur öffent. Anh. am
22.06.2026 - GKV
18.06.2026

Deutscher Pflegerat e.V.
Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege- und Hebammenwesen

Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e. V. (DPR) zum Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)

Der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR) erkennt an, dass die gesetzliche Krankenversicherung vor erheblichen finanziellen Herausforderungen steht und Maßnahmen zur Stabilisierung der Beitragssätze erforderlich sind. Beitragssatzstabilität ist ein wichtiges und grundsätzlich unterstützenswertes Ziel. Sie wird jedoch nicht nachhaltig erreicht, wenn kurzfristige Einsparungen oder Refinanzierungsverschiebungen zulasten zentraler versorgungsstabilisierender Strukturen erfolgen. Eine Finanzpolitik, die notwendige Investitionen in professionelle Pflege, Personalbindung, Versorgungsqualität und tragfähige Versorgungsstrukturen begrenzt, verschiebt Probleme in die Zukunft und erhöht langfristig die Risiken für Versorgungsausfälle, Qualitätsverluste und zusätzliche Folgekosten. Beitragssatzstabilität darf daher nicht zum alleinigen Steuerungsmaßstab werden, wenn dadurch bedarfsgerechte Versorgung, Patient:innensicherheit, professionelle Pflege und die Weiterentwicklung tragfähiger Versorgungsstrukturen gefährdet werden.

Aus Sicht des DPR greift der Gesetzentwurf dort zu kurz, wo er finanzpolitische Begrenzung zum leitenden Prinzip erhebt, ohne den tatsächlichen pflegerischen Versorgungsbedarf, die demografische Entwicklung, den Fachpersonalbedarf, die Arbeitsmarktsituation und die Anforderungen an eine sichere, qualitativ hochwertige Versorgung ausreichend zu berücksichtigen. Professionelle Pflege ist kein nachrangiger Kostenfaktor, sondern ein eigenständiger, qualitätsrelevanter Leistungsbereich und eine zentrale Voraussetzung für die Funktionsfähigkeit des Gesundheitswesens.

Besonders kritisch bewertet der DPR, dass der Gesetzentwurf in zentralen pflegerelevanten Bereichen auf pauschale Begrenzungsmechanismen setzt. Die Grundlohnrate ist ein Finanzindikator, aber kein Maßstab für den Pflegebedarf. Sie bildet weder Pflegebedürftigkeit, Versorgungsintensität, Personalengpässe, Qualifikationsanforderungen, Tarifentwicklung noch notwendige Personalentwicklung verlässlich ab. Wird sie gleichwohl zur maßgeblichen Obergrenze für pflegerelevante Vergütungsentwicklungen gemacht, droht eine strukturelle Unterfinanzierung professioneller Pflege.

Ausgabensteigerungen in der Pflege sind nicht automatisch Ausdruck von Fehlentwicklungen oder Ineffizienz. Sie können vielmehr bestehenden Nachholbedarf sichtbar machen, etwa bei Vergütung, Tarifbindung, Personalgewinnung und -bindung, Qualifizierung, akademischer Rollenentwicklung, Personalbemessung sowie dem Aufbau tragfähiger Versorgungsstrukturen. Gerade in einem Berufsfeld, das über viele Jahre unter erheblichem ökonomischem Druck stand, dürfen notwendige Verbesserungen nicht erneut finanzpolitisch begrenzt werden.

Dies gilt in besonderer Weise für die vorgesehene Einschränkung der vollständigen Tarifrefinanzierung. Tarifentwicklung in der professionellen Pflege ist keine Fehlsteuerung, sondern Ausdruck einer notwendigen Korrektur und Voraussetzung dafür, den Pflegeberuf attraktiv zu halten, Personal zu gewinnen und Beschäftigte im Beruf zu binden. Wer bessere

Arbeitsbedingungen, mehr Verantwortung, erweiterte pflegerische Kompetenzen und stabile Versorgungsstrukturen politisch einfordert, kann tarifliche Entwicklungen in der Pflege nicht zugleich finanzpolitisch zum Problem erklären.

Der Gesetzentwurf verzichtet zwar auf eine unmittelbare Rückführung des Pflegebudgets in das DRG-System, schwächt dessen Schutzfunktion jedoch an zentralen Stellen erheblich. Die vorgesehene Fortschreibung des Pflegebudgets auf Grundlage des vereinbarten Vorjahresbudgets und des Veränderungswertes, die Einschränkung der Tarifrefinanzierung sowie der Ausschluss des Ausgleichs tatsächlicher Pflegepersonalmehrkosten verengen die Refinanzierung notwendiger Pflegepersonalkosten deutlich. Das Pflegebudget muss als Schutzinstrument für professionelle Pflege, Versorgungsqualität und Patient:innensicherheit erhalten und bedarfsgerecht weiterentwickelt werden.

Professionelle Pflege erschöpft sich nicht in einzelnen unmittelbar patient:innennahen Tätigkeiten. Sie umfasst die eigenständige Einschätzung individueller Pflegebedarfe, Pflegeplanung, klinische Beobachtung, Durchführung und Evaluation pflegerischer Maßnahmen, Beratung und Edukation, Koordination komplexer Versorgung, Entlass- und Überleitungsmanagement, interprofessionelle Abstimmung sowie Qualitätsentwicklung. Auch akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen, Advanced Practice Nurses (APN), Community Health Nurses (CHN) und weitere erweiterte Rollenprofile sind Teil einer zukunftsfähigen Versorgung. Eine Finanzierungssystematik, die solche koordinierenden, qualitätssichernden und kompetenzerweiterten pflegerischer Aufgabenfelder nicht angemessen abbildet, steht im Widerspruch zu den Zielen der Professionalisierung, Akademisierung und Kompetenzentwicklung in der professionellen Pflege.

Zugleich muss der Gesetzentwurf stärker berücksichtigen, dass Versorgung in Versorgungsketten stattfindet. Werden stationäre Aufenthalte verkürzt, Kurzzeitfallpauschalen eingeführt, Ambulantisierungspotenziale erschlossen oder sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen aufgebaut, muss pflegerische Versorgung vor, während und nach der Behandlung gesichert sein. Andernfalls werden Versorgungsverantwortung und Folgekosten in die häusliche Pflege, außerklinische Intensivpflege, akut- und langzeitstationäre Pflegeeinrichtungen, An- und Zugehörige oder zurück in das Krankenhaus verlagert.

Der Gesetzentwurf bleibt insgesamt zu stark in einer sektorbezogenen, fragmentierenden und kleinteiligen Steuerungslogik verhaftet. Krankenhausausgaben entstehen nicht allein im Krankenhaus. Sie werden wesentlich auch dadurch beeinflusst, ob vor- und nachstationäre Versorgungsstrukturen tragfähig sind, ob pflegerische Risiken frühzeitig erkannt werden, ob häusliche Versorgung, außerklinische Intensivpflege, Rehabilitation, Prävention, Beratung, Entlass- und Überleitungsmanagement sowie kommunale Unterstützungsstrukturen ausreichend verfügbar sind. Werden diese Strukturen nicht gestärkt, steigt das Risiko vermeidbarer Krankenhausaufnahmen, ungeplanter Wiederaufnahmen, Versorgungsbrüche und Überlastung von An- und Zugehörigen.

Aus Sicht des DPR braucht es deshalb eine stärker sektorenübergreifende Betrachtung der Finanzierungs- und Versorgungswirkungen. Eine reine Begrenzung einzelner Ausgabenbereiche löst keine strukturellen Versorgungsprobleme, sondern kann diese lediglich verlagern. Nachhaltige Beitragssatzstabilität setzt voraus, dass professionelle Pflege entlang des gesamten Versorgungspfades wirksam eingesetzt, refinanziert und in ihrer koordinierenden, beratenden, präventiven und versorgungssichernden Funktion gestärkt wird.

Der DPR warnt zudem vor langfristigen Folgen einer finanzierungsrechtlichen Schwächung professioneller Pflege. Wenn Pflegepersonalstellen nicht auskömmlich refinanziert, Tarifentwicklungen nicht verlässlich abgebildet und berufliche Entwicklungsperspektiven ausgebremst werden, drohen Pflegefachpersonen dem Berufsfeld dauerhaft verloren zu gehen. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung, steigender Versorgungsbedarfe und eines ohnehin angespannten Pflegearbeitsmarktes wäre dies versorgungspolitisch besonders riskant. Einmal verlorene Pflegefachpersonen stehen dem Versorgungssystem nicht kurzfristig wieder zur Verfügung.

Der DPR fordert daher, den Gesetzentwurf so weiterzuentwickeln, dass Beitragssatzstabilität nicht zulasten professioneller Pflege, Patient:innensicherheit und Versorgungskontinuität erreicht wird. Maßstab müssen bedarfsgerechte pflegerische Versorgung, pflegesensitive Qualität, transparente Mittelverwendung, verlässliche Tarifrefinanzierung und tragfähige Personalentwicklung sein.

Der DPR fordert insbesondere,

- die Schutzfunktion des Pflegebudgets in § 6a KHEntgG zu erhalten und bedarfsgerecht, anhand valider Daten, weiterzuentwickeln,
- die Grundlohnrate nicht zum pauschalen Steuerungsmaßstab für pflegerelevante Vergütungsentwicklungen zu machen,
- tarifbedingte Pflegepersonalkosten im Krankenhaus, in der häuslichen Pflege und in der außerklinischen Intensivpflege weiterhin vollständig und verlässlich zu refinanzieren,
- pflegefachlich notwendige Leistungen, koordinierende und qualitätssichernde Aufgaben sowie akademische und erweiterte Rollenprofile refinanzierungsrechtlich abzubilden,
- bei Kurzzeitfallpauschalen, Ambulantisierung und sektorenübergreifender Versorgung die pflegerische Anschlussversorgung, Entlass- und Überleitungsmanagement sowie Versorgungskontinuität verbindlich zu berücksichtigen,
- pflegespezifische Strukturziele wie Personalbemessung, Qualifikationsaufbau, neue Rollen- und Kompetenzprofile sowie pflegesensitive Qualitätsindikatoren bei der Ausgestaltung des Gesetzes zu berücksichtigen.

Eine Stabilisierung der GKV-Finanzen darf nicht durch eine strukturelle Schwächung professioneller Pflege erreicht werden. Pflege ist kein Kostenproblem, sondern Voraussetzung für eine bedarfsgerechte, sichere und zukunftsfähige Gesundheitsversorgung.

Der DPR fordert daher, finanzielle Konsolidierungsmaßnahmen konsequent mit einer strukturellen Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung zu verbinden. Finanzielle Steuerungsinstrumente dürfen notwendige Strukturentwicklungen nicht ersetzen. Wer Ausgaben nachhaltig begrenzen will, muss die Voraussetzungen für effizientere, bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Versorgungsstrukturen schaffen und die professionelle Pflege als zentralen Gestaltungs- und Erfolgsfaktor dieser Reformen anerkennen.

Im Folgenden nimmt der DPR zu einzelnen Regelungen Stellung.

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nummer 8

§ 11 Absatz 6 SGB V – Leistungsarten

Mit der Änderung des § 11 Absatz 6 SGB V wird geregelt, unter welchen Voraussetzungen Krankenkassen freiwillige zusätzliche Satzungsleistungen anbieten können. Hierzu können weiterhin auch zusätzliche Leistungen im Bereich der häuslichen Krankenpflege und der Haushaltshilfe gehören.

Der DPR begrüßt, dass Krankenkassen ergänzende Leistungen vorsehen können, die pflegerische Versorgung, Unterstützung im häuslichen Umfeld und Versorgungskontinuität stärken. Zugleich weist der DPR darauf hin, dass pflegefachlich notwendige Leistungen nicht von freiwilligen Satzungsentscheidungen einzelner Krankenkassen abhängig gemacht werden dürfen. Soweit Leistungen zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung erforderlich sind, müssen sie als verlässliche Regelleistungen den Versicherten gleichermaßen zur Verfügung stehen.

Freiwillige Satzungsleistungen können eine bedarfsgerechte Versorgung ergänzen, dürfen aber keine Lücken in der gesetzlichen Leistungsgewährung ersetzen. Dies gilt insbesondere für häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfe, pflegerische Unterstützung im Anschluss an Krankenhausbehandlungen sowie Versorgungsformen, die der Vermeidung von Versorgungslücken, Wiederaufnahmen oder Überlastung von An- und Zugehörigen dienen.

Zu Nummer 15

§ 36 SGB V – Festbeträge für Hilfsmittel

Mit der Neufassung des § 36 SGB V wird eine eigenständige Rechtsgrundlage für die Festlegung von Festbeträgen für Hilfsmittel geschaffen. Festbeträge sollen für geeignete Hilfsmittel festgelegt werden können, soweit dadurch eine wirtschaftliche Versorgung gefördert und zugleich eine angemessene Versorgung der Versicherten gewährleistet bleibt.

Der DPR erkennt das Ziel einer wirtschaftlichen Hilfsmittelversorgung an. Zugleich weist er darauf hin, dass Hilfsmittel für pflegerische Versorgung, Selbstständigkeit, Mobilität, Sturz- und Dekubitusprophylaxe, Teilhabe sowie die Sicherung häuslicher Versorgung von zentraler Bedeutung sind. Festbeträge dürfen daher nicht zu einer Einschränkung der bedarfsgerechten und qualitätsgesicherten Hilfsmittelversorgung führen.

Der DPR fordert, dass bei der Bildung von Festbetragsgruppen, der Festsetzung der Festbeträge und deren regelmäßiger Überprüfung pflegefachliche Anforderungen ausdrücklich berücksichtigt werden. Maßgeblich müssen neben Wirtschaftlichkeitsaspekten auch Patient:innensicherheit, Versorgungsqualität, individuelle Bedarfslagen, Handhabbarkeit im Pflegealltag sowie die Vermeidung pflegebedingter Folgekosten sein. Pflegefachliche Expertise sollte bei der Bewertung versorgungsrelevanter Hilfsmittel angemessen einbezogen werden.

Zu Nummer 17 und 18

§ 44c SGB V – Teilarbeitsunfähigkeit

§ 44d SGB V – Teilkrankengeld

§ 47 SGB V – Höhe und Berechnung des Krankengeldes

Mit den neuen §§ 44c, 44d SGB V werden die Teilarbeitsunfähigkeit und das Teilkrankengeld eingeführt. Versicherte sollen bei länger andauernder Erkrankung eine teilweise Ausübung ihrer bisherigen Tätigkeit aufnehmen können, wenn sie sich gesundheitlich hierzu in der Lage sehen, eine ärztliche Feststellung der Teilarbeitsunfähigkeit vorlegen und der Arbeitgebende zustimmt. Ergänzend wird mit § 47 Absatz 2a SGB V geregelt, in welcher Höhe Krankengeld geleistet wird, wenn ein Beschäftigungsverhältnis während Arbeitsunfähigkeit endet.

Der DPR erkennt an, dass eine schrittweise Rückkehr in die berufliche Tätigkeit sinnvoll ist. In körperlich, psychisch und anspruchsvollen Berufen wie der professionellen Pflege muss jedoch sichergestellt werden, dass Teilarbeitsunfähigkeit nicht zu einer faktischen Erwartung oder einem ökonomischen Druck zur verfrühten Rückkehr führt. Maßgeblich muss sein, ob die konkrete Tätigkeit im jeweiligen Pflegesetting gesundheitsgerecht und ohne zusätzliche Belastung des Teams ausgeübt werden kann.

Gerade in der professionellen Pflege darf die Zustimmung des Arbeitgebenden nicht zu einer bloßen Formalie werden. Aufgrund von Schichtdienst, körperlicher und psychischer Belastung, hoher Verantwortung für Patient:innensicherheit sowie der engen Zusammenarbeit im Team muss im Einzelfall sorgfältig geprüft werden, ob und unter welchen konkreten Bedingungen eine teilweise Tätigkeit tatsächlich gesundheitsgerecht möglich ist. Dabei sind Arbeitsschutz, Dienstplangestaltung, Aufgabenzuschnitt sowie Auswirkungen auf das intra- und interprofessionelle Team ausdrücklich zu berücksichtigen.

Der DPR fordert daher, die Regelung so auszugestalten, dass Freiwilligkeit, Arbeitsschutz und nachhaltige Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit gewährleistet bleiben. Die stufenweise

Wiedereingliederung als rehabilitatives Instrument darf durch die Einführung der Teilarbeitsunfähigkeit nicht faktisch verdrängt werden.

Zu Nummer 23

§ 61 SGB V – Zuzahlungen

Mit der Neufassung des § 61 SGB V werden Zuzahlungen unter anderem für häusliche Krankenpflege und außerklinische Intensivpflege erhöht und künftig dynamisiert. Bei häuslicher Krankenpflege und außerklinischer Intensivpflege an den in § 37c Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 SGB V genannten Orten beträgt die Zuzahlung künftig 10 Prozent der Kosten sowie 15 Euro je Verordnung. Bei stationären Maßnahmen und bestimmten Formen außerklinischer Intensivpflege werden 15 Euro je Kalendertag erhoben.

Der DPR sieht diese finanzielle Mehrbelastung sehr kritisch. Häusliche Krankenpflege und außerklinische Intensivpflege sind keine verzichtbaren Zusatzleistungen, sondern medizinisch und pflegerisch notwendige Leistungen zur Sicherung ambulanter und häuslicher Versorgung. Höhere Zuzahlungen dürfen nicht dazu führen, dass Versicherte notwendige pflegerische Versorgung verzögern, reduzieren oder nicht in Anspruch nehmen. Dies würde Versorgungslücken, vermeidbare und ungeplante Krankenhauswiederaufnahmen sowie die Belastung von Familien, An- und Zugehörigen sowie informellen Sorgearrangements erhöhen.

Der DPR fordert daher, sicherzustellen, dass Zuzahlungen nicht zu Zugangshürden für notwendige pflegerische Versorgung werden. Die bestehenden Belastungsgrenzen und Befreiungsmöglichkeiten müssen niedrigschwellig, wirksam und unbürokratisch greifen, insbesondere für Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf, chronischen Erkrankungen, außerklinischem Intensivpflegebedarf und begrenzten finanziellen Ressourcen.

Zu Nummer 25

§ 71 SGB V – Beitragssatzstabilität, besondere Aufsichtsmittel

Der Gesetzesentwurf regelt in § 71 Absatz 3 Sätze 3 bis 5 SGB V, dass die Grundlohnrate als zentraler Referenzwert für Vergütungssteigerungen in wesentlichen Bereichen des Gesundheitswesens gestärkt wird. Zudem soll die durchschnittliche Veränderungsrate in den Jahren 2027, 2028 und 2029 jeweils um einen Prozentpunkt gemindert werden. Für die Jahre 2028 und 2029 wird klargestellt, dass die außerordentliche Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze bei der Ermittlung der Veränderungsrate unberücksichtigt bleibt.

Der DPR erkennt das Ziel stabiler Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung an. Die Grundlohnrate ist jedoch ein Finanzindikator und kein Maßstab für den tatsächlichen pflegerischen Versorgungsbedarf. Sie bildet weder Pflegebedarf, Tarifentwicklung, Fachpersonalgewinnung und -bindung, Qualifikationsanforderungen noch notwendige Personalentwicklung verlässlich ab. Für die professionelle Pflege bedeutet das eine deutliche Verengung der Refinanzierungsspielräume.

Aus Sicht des DPR darf die Grundlohnrate daher nicht zur pauschalen Obergrenze für die Finanzierung notwendiger pflegerischer Versorgung werden. Gesetzlich geschuldete Leistungen der Krankenbehandlung müssen bedarfsgerecht, qualitätsgesichert und patient:innenorientiert erbracht werden können. Eine rein einnahmenorientierte Begrenzungslogik wird diesem Anspruch nicht gerecht, wenn sie notwendige Personal- und Tarifkosten strukturell ausblendet.

Die vorgesehene Begrenzung der Vergütungsentwicklung steht zudem im Spannungsverhältnis zu den gleichzeitig politisch formulierten Erwartungen an den Ausbau pflegefachlicher Kompetenzen, die Umsetzung von Personalbemessungsinstrumenten wie PPR 2.0 sowie die Weiterentwicklung neuer Rollenprofile wie APN. Wer pflegerische Versorgung fachlich weiterentwickelt, muss die dafür notwendigen Personal-, Qualifikations- und Tarifkosten auch refinanzierungsrechtlich abbilden.

Zu Nummer 37 und 38

§ 92a SGB V – Innovationsfonds, Grundlagen der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

§ 92b SGB V – Durchführung der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

Mit den Änderungen der §§ 92a und 92b SGB V wird der Innovationsfonds finanziell und organisatorisch neu ausgerichtet. Der DPR weist darauf hin, dass die Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung auf belastbare Versorgungsforschung, Evaluation und Transfer in die Regelversorgung angewiesen ist.

Dies gilt insbesondere für pflegebezogene Versorgungsmodelle, neue Rollenprofile wie APN, CHN, sektorenübergreifende Versorgung, digitale Pflegeprozesse sowie Maßnahmen zur Verbesserung von Patient:innensicherheit und Versorgungskontinuität. Gerade vor dem Hintergrund von Krankenhausstrukturreform, Ambulantisierung und dem Ausbau pflegefachlicher und pflegewissenschaftlicher Kompetenzen darf die Förderung entsprechender Innovations- und Evaluationsvorhaben nicht geschwächt werden.

Der DPR fordert daher, pflegebezogene Versorgungsforschung, patient:innensicherheitsbezogene Projekte zu Versorgungsformen und -strukturen, die Evaluation neuer pflegerischer Rollen und Versorgungsmodelle im Innovationsfonds weiterhin ausdrücklich sichtbar und förderfähig zu halten. Pflegebezogene Versorgungsmodelle dürfen im Innovationsfonds nicht gegenüber ärztlich-technischen Innovationen nachrangig behandelt werden. Innovation in der bedarfsgerechten und zukunftsfähigen Versorgung muss auch die professionelle Pflege systematisch einbeziehen.

Zu Nummer 42

§ 115f SGB V – Spezielle sektorengleiche Vergütung

Die Änderungen des § 115f SGB V stehen im Zusammenhang mit der Einführung von Kurzzeitpauschalen nach § 17b Absatz 2a KHG. Fälle, die künftig mit Kurzzeitfallpauschalen vergütet werden, sollen auf die Fallzahlvorgaben der speziellen sektorengleichen Vergütung angerechnet werden.

Der DPR verweist insoweit auf seine Ausführungen zu § 17b Absatz 2a KHG. Kurzzeitfallpauschalen und sektorengleiche Vergütung dürfen nicht allein als Instrument der Verweildauerverkürzung und Ambulantisierung verstanden werden. Bei der Ausgestaltung und Anrechnung entsprechender Fälle müssen Pflegebedarf, Entlass- und Überleitungsmanagement sowie die Verfügbarkeit nachstationärer pflegerischer Anschlussversorgung berücksichtigt werden.

Zu Nummer 52 und Nummer 53

§ 132a SGB V – Versorgung mit häuslicher Krankenpflege

§ 132l SGB V – Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege, Verordnungsermächtigung

Die vorgesehenen Änderungen in § 132a Absatz 4 SGB V und § 132l Absatz 5 SGB V betreffen die Vergütungsverhandlungen in der häuslichen Krankenpflege sowie der außerklinischen Intensivpflege. Künftig sollen Vergütungssteigerungen grundsätzlich auf die durchschnittliche Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V (Grundlohnrate) begrenzt werden. Für die Jahre 2027 bis 2029 wird diese Obergrenze zusätzlich um einen Prozentpunkt abgesenkt. Gleichzeitig entfällt die bisherige Verpflichtung zur vollständigen Refinanzierung tariflicher Lohnsteigerungen sowie die damit verbundene Nachweispflicht über die tarifliche Entlohnung der Beschäftigten.

Insgesamt führen die vorgesehenen Regelungen zu einer Schwächung der Refinanzierungsgrundlagen professioneller Pflegeleistungen. Mit der Begrenzung der Vergütungssteigerungen in der häuslichen Krankenpflege und der außerklinischen Intensivpflege auf die Höhe der Grundlohnrate sowie der zusätzlichen Absenkung um einen Prozentpunkt in den Jahren 2027 bis 2029 entfällt die bisherige Verpflichtung zur vollständigen Refinanzierung tariflicher Lohnsteigerungen. Damit werden tarifliche und tatsächliche Kostenentwicklungen nur noch eingeschränkt berücksichtigt.

Der DPR bewertet diese Entwicklung sehr kritisch. Die Begrenzung der Vergütungssteigerungen folgt einer kurzfristigen Kostendämpfungslogik, die den besonderen Herausforderungen des Pflegearbeitsmarktes nicht gerecht wird. Gerade in Bereichen, die in hohem Maße auf die Gewinnung und Bindung qualifizierter Pflegefachpersonen angewiesen sind, ist eine verlässliche Refinanzierung von Lohn- und Tarifsteigerungen von zentraler Bedeutung. Andernfalls drohen wirtschaftliche Belastungen für die Leistungserbringer, die sich unmittelbar auf die Personalgewinnung, die Personalbindung und die Stabilität der Versorgungsangebote auswirken können.

Im Zusammenspiel mit parallel diskutierten Vorhaben, insbesondere dem Referentenentwurf des Pflegeneuordnungsgesetzes (PNOG), verschärft sich diese Wirkung. Das PNOG sieht eine befristete Aussetzung der Tariftreueregelungen nach § 72 Absatz 3b ff. SGB XI vor. Damit werden zwei zentrale pflegepolitische Instrumente, die in den vergangenen Jahren zur Verbesserung der Entlohnung und zur Stärkung der Attraktivität des Pflegeberufs eingeführt wurden, gleichzeitig geschwächt. Die Bundesregierung begründet die Aussetzung der Tariftreueregelungen damit, dass das Ziel einer deutlichen Verbesserung der Entlohnung inzwischen erreicht sei. Aus Sicht des DPR greift diese Schlussfolgerung jedoch deutlich zu kurz. Die Lohnsteigerungen der vergangenen Jahre waren vor allem Ausdruck einer längst überfälligen Korrektur einer über viele Jahre bestehenden Unterbezahlung von Pflegefachpersonen. Sie haben dazu beigetragen, die Attraktivität des Pflegeberufs zu stärken und die Wettbewerbsfähigkeit der Pflege im Vergleich zu anderen Gesundheitsfachberufen zu verbessern. Die positive Lohnentwicklung belegt daher nicht die Entbehrlichkeit der eingeführten Regelungen, sondern vielmehr deren Wirksamkeit.

Werden die Tariftreueregelungen ausgesetzt und zugleich die Refinanzierung tariflicher Entwicklungen begrenzt, besteht die Gefahr, dass die Lohnentwicklung in der professionellen Pflege künftig hinter der tatsächlichen Tarifentwicklung zurückbleibt. Dies erschwert die Gewinnung und Bindung von Pflegefachpersonen, erhöht den wirtschaftlichen Druck auf die Leistungserbringer und kann langfristig die Qualität und Verlässlichkeit der Versorgung pflegebedürftiger Menschen beeinträchtigen.

Der DPR lehnt daher die vorgesehene Begrenzung der Vergütungssteigerungen und den Wegfall der vollständigen Tarifrefinanzierung ausdrücklich ab. Eine nachhaltige Stabilisierung der Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung darf nicht zulasten der Arbeitsbedingungen beruflich Pflegender und der Qualität der pflegerischen Versorgung erfolgen.

Zu Nummer 56

§ 134a SGB V – Versorgung mit Hebammenhilfe

Mit der Änderung des § 134a SGB V wird geregelt, dass die Vorgaben des § 71 Absatz 1 bis 3 SGB V für Verträge über Hebammenhilfe uneingeschränkt gelten. Damit wird die Vergütungsentwicklung in der Hebammenhilfe stärker an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität und die Grundlohnrate gebunden.

Der DPR bewertet dies kritisch. Hebammenhilfe ist ein zentraler Bestandteil einer sicheren, familienorientierten und bedarfsgerechten Versorgung von Schwangeren, Gebärenden, Wöchnerinnen und Neugeborenen. Eine starre Begrenzung der Vergütungsentwicklung bildet weder die Versorgungslage, regionale Sicherstellungsprobleme, steigende Anforderungen,

Haftungs- und Strukturkosten noch den notwendigen Erhalt freiberuflicher und klinischer Hebammenstrukturen hinreichend ab.

Eine Begrenzung der Vertragsverhandlungen auf die Grundlohnrate, in den Jahren 2027 bis 2029 zusätzlich vermindert um einen Prozentpunkt, droht bestehende strukturelle Unterfinanzierungen zu verstetigen. Gerade in Bereichen, in denen bereits heute Sicherstellungsprobleme bestehen, kann eine solche Deckelung dazu führen, dass unwirtschaftliche Vergütungsniveaus fortgeschrieben werden und notwendige Verbesserungen nicht erreicht werden können.

Der DPR fordert daher, die vorgesehene starre Begrenzung der Vergütungsentwicklung in der Hebammenhilfe zu streichen. Vergütungsvereinbarungen nach § 134a SGB V müssen so ausgestaltet werden können, dass eine flächendeckende, qualitätsgesicherte und wirtschaftlich tragfähige Hebammenversorgung gewährleistet bleibt.

Zu Nummer 63

§ 242b – Beitragszuschlag für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner

Der Entwurf verändert die beitragsfreie Familienversicherung für Ehegatten und Lebenspartner:innen. Für bestimmte familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner:innen wird ein Beitragszuschlag eingeführt. Zugleich sieht § 242b SGB V Ausnahmen vor, unter anderem für Personen, die nicht erwerbsmäßig einen Angehörigen mit mindestens Pflegegrad 2 wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, in häuslicher Umgebung pflegen.

Der DPR bewertet diese Ausnahme ausdrücklich positiv. Pflegende An- und Zugehörige übernehmen bereits heute erhebliche Versorgungsverantwortung und leisten einen unverzichtbaren Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements. Diese Verantwortung darf nicht zu zusätzlichen beitragsrechtlichen Belastungen führen.

Gegenüber dem Referentenentwurf wurde die Regelung durch die Absenkung des Beitragszuschlags von 3,5 auf 2,5 Prozentpunkte sowie durch zusätzliche Ausnahmetatbestände entschärft. Dies ist zu begrüßen. Entscheidend ist jedoch, dass die Ausnahmen für pflegende An- und Zugehörige praxistauglich, unbürokratisch und realitätsgerecht umgesetzt werden. Pflegeverantwortung darf nicht durch Nachweispflichten oder Verwaltungsverfahren zusätzlich erschwert werden.

Artikel 3
Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Zu Nummer 3

§ 6a KHEntgG – Vereinbarung eines Pflegebudgets

Mit Änderungen des § 6a KHEntgG wird die Systematik des Pflegebudgets ab dem Jahr 2027 wesentlich verändert. Das Pflegebudget bleibt zwar formal als eigenständiges Finanzierungsinstrument außerhalb der DRG-Fallpauschalen bestehen. Zugleich soll der Anstieg des Pflegebudgets künftig grundsätzlich an das Pflegebudget des Vorjahres und den Veränderungswert gebunden werden. Eine Überschreitung soll nur noch möglich sein, soweit dies zur Einhaltung verbindlicher gesetzlicher oder untergesetzlicher Personalvorgaben erforderlich ist.

Aus Sicht des DPR muss Ausgangspunkt jeder Weiterentwicklung des Pflegebudgets die Sicherstellung einer bedarfsgerechten, qualitätsgesicherten und patient:innenorientierten pflegerischen Versorgung sein. Das Pflegebudget wurde geschaffen, um notwendige Pflegepersonalkosten aus der pauschalen DRG-Logik herauszulösen und die professionelle Pflege im Krankenhaus verlässlicher zu refinanzieren. Diese Schutzfunktion darf nicht aufgegeben werden.

Die vorgesehene Regelung schafft das Pflegebudget zwar nicht ab, schränkt seine bisherige Schutzfunktion aber deutlich ein. Sie verschiebt das Pflegebudget von einer bedarfs- und kostenorientierten Finanzierung notwendiger Pflegepersonalkosten hin zu einer ausgabenbegrenzenden Fortschreibungslogik. Diese Logik bildet den Pflegepersonalbedarf, die Tarifentwicklung, die Arbeitsmarktsituation, notwendige Personalentwicklung und Qualifikationsanforderungen nicht hinreichend ab.

Die geplante Begrenzung steht damit in einem erheblichen Spannungsverhältnis zum Grundsatz einer bedarfs- und systemgerechten Krankenhausvergütung. Krankenhausvergütung ist nicht losgelöst von Erforderlichkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu betrachten. Wenn Krankenhäuser qualitativ hochwertige, erforderliche und wirtschaftliche Versorgung erbringen müssen, muss auch die hierfür notwendige pflegerische Personalausstattung refinanzierbar bleiben.

Der DPR erkennt an, dass das Pflegebudget weiterentwickelt werden muss, und hat hierzu bereits Forderungen zur Weiterentwicklung des Pflegebudgets ausgearbeitet (siehe Expert:innenpapier „Pflegebudget als ein notwendiges und lernendes System“). Fehlanreize sind zu vermeiden, pflegefremde Tätigkeiten klar abzugrenzen und die Verwendung der Mittel muss nachvollziehbar bleiben. Der hierfür gewählte Weg einer pauschalen Begrenzung notwendiger Pflegepersonalkosten ist jedoch nicht sachgerecht. Er verlagert finanzielle Risiken auf die Krankenhäuser und gefährdet damit Personalaufbau, Personalentwicklung, Personalbindung, Versorgungsqualität und Patient:innensicherheit.

Besonders problematisch ist, dass ein Anstieg oberhalb des Veränderungswertes nur noch bei verbindlichen Personalvorgaben möglich sein soll. Pflegepersonaluntergrenzen markieren die Schwelle, unterhalb derer Versorgung besonders risikobehaftet wird. Sie sind kein Maßstab für eine bedarfsgerechte Pflegepersonalausstattung. Die geplante Regelung droht daher, Mindestvorgaben faktisch zur Finanzierungsobergrenze zu machen.

Deutlich wird dies insbesondere in versorgungssensiblen Bereichen wie der Geburtshilfe. Eine bedarfsgerechte Versorgung von Schwangeren, Gebärenden, Wöchnerinnen und Neugeborenen setzt verlässliche pflegerische und hebammengeleitete Versorgungsstrukturen voraus. Modelle wie hebammengeleitete Kreißsäle, eine kontinuierliche Begleitung während der Geburt und bedarfsgerechte Betreuungsschlüssel dürfen nicht dadurch ausgebremst werden, dass notwendige Personal- und Strukturkosten im Pflegebudget nicht mehr vollständig refinanzierbar sind.

Dem steht entgegen, dass der Gesetzgeber mit § 137k SGB V und der Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV) bereits eine Grundlage für die Ermittlung bedarfsgerechter Pflegepersonalausstattung geschaffen hat. Die PPR 2.0 für Erwachsene sowie die Kinder- und Kinderintensiv-PPR 2.0 dienen der Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs. Es ist fachlich widersprüchlich, diese Instrumente einzuführen und zugleich das Pflegebudget an eine hiervon entkoppelte Deckelungslogik zu binden. Hinzu kommt, dass die Krankenhäuser zur Umsetzung der PPBV und der PPR 2.0 bereits erhebliche organisatorische, technische und personelle Strukturen aufgebaut haben. Pflegedirektionen, Pflegefachpersonen, Controlling, Qualitätsmanagement und IT haben Dokumentationsprozesse angepasst, Mitarbeitende geschult, Datenflüsse etabliert und neue Routinen zur Erfassung und Übermittlung der relevanten Daten geschaffen. Diese Aufbauleistung darf bei der Weiterentwicklung des Pflegebudgets nicht ignoriert werden. Es wäre fachlich und steuerungspolitisch widersprüchlich, zunächst Instrumente zur Ermittlung bedarfsgerechter Pflegepersonalausstattung einzuführen und umzusetzen, die hieraus entstehende Datengrundlage dann aber nicht als zentrale Grundlage der Pflegebudgetsteuerung zu nutzen.

Auch die vorgesehene asymmetrische Ausgleichslogik ist abzulehnen. Überschreiten die tatsächlichen Pflegepersonalkosten künftig die vereinbarten Pflegepersonalkosten, soll kein Ausgleich dieser Mehrkosten erfolgen. Minderkosten werden hingegen weiterhin berücksichtigt. Damit entsteht ein einseitiger finanzieller Druck zulasten notwendiger Pflegepersonalentwicklung. Pflegepersonalmehrkosten, die aus dem Pflegebedarf, einer bedarfsgerechten

Personalbemessung, Qualitätsanforderungen, Tarifentwicklung, Personalaufbau oder Qualifikationsentwicklung entstehen, müssen vollständig refinanzierbar bleiben.

Die Einschränkung der Tarifrefinanzierung ist ebenfalls nicht sachgerecht. Tarifsteigerungen in der professionellen Pflege sind keine Fehlentwicklung, sondern Voraussetzung für Personalbindung, Fachpersonalgewinnung und stabile Versorgungsstrukturen. Werden tarifliche Entwicklungen nur anteilig refinanziert, entsteht ein struktureller Druck, notwendige Personalkosten anderweitig zu kompensieren. Das gefährdet die Versorgungssicherheit.

Kritisch ist zudem der Wegfall der gesonderten Berücksichtigung pflegeentlastender Maßnahmen im Pflegebudget. Pflegeentlastende Maßnahmen sind kein nachrangiger Organisationsposten, sondern Voraussetzung dafür, dass Pflegefachpersonen ihre pflegerischen Kernaufgaben wahrnehmen können. Ein Verweis auf die Kalkulation der Fallpauschalen ersetzt keine krankenhausindividuelle, zweckgerichtete, nachweisbare und bedarfsgerechte Finanzierung.

Zugleich darf die Abgrenzung pflegebudgetfähiger Personalkosten nicht an einem verkürzten Verständnis „unmittelbarer Patientenversorgung“ ansetzen. Professionelle Pflege lässt sich nicht auf körpernahe, sichtbare Tätigkeiten „am Bett“ reduzieren. Sie umfasst den gesamten Pflegeprozess, insbesondere Pflegebedarfserhebung, Pflegeprozesssteuerung, Pflegeplanung, klinische Beobachtung, Risikoeinschätzung, Beratung, Edukation, An- und Zugehörigenarbeit, Koordination, Entlassungsplanung, Evaluation und Qualitätssicherung . Diese mittelbaren patient:innennahen Aufgaben sind für eine sichere Versorgung und eine angemessene Gestaltung des Versorgungsprozesses unverzichtbar und müssen deshalb im Pflegebudget berücksichtigungsfähig bleiben.

Eine sachgerechte Abgrenzung darf daher nicht tätigkeitsmechanisch erfolgen. Sie muss daran anknüpfen, ob eine Tätigkeit aus individuellem Pflegebedarf, Pflegeprozessverantwortung, Patient:innensicherheit oder pflegesensitiven Qualitätsanforderungen begründet ist. Pflegefremde Tätigkeiten sind demgegenüber solche Tätigkeiten, die primär dem allgemeinen Krankenhausbetrieb, der Infrastruktur, Logistik, Material-, Raum-, Geräte-, Verpflegungs-, Transport-, Dokumenten-, Abrechnungs- oder Serviceorganisation dienen und nicht aus Pflegebedarf oder Pflegeprozessverantwortung folgen.

Hinzu kommt, dass die laufende Krankenhausstrukturreform den pflegerischen Versorgungsbedarf zusätzlich verändern wird. Mit Leistungsgruppen, Qualitätskriterien, Vorhaltevergütung und sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturen werden Versorgungsaufträge, Leistungsprofile und Kooperationsstrukturen neu geordnet. Daraus können veränderte Fallprofile, neue Qualifikationsanforderungen, Spezialisierung, Konzentration oder regionale Sicherstellungsentscheidungen folgen. Eine Fortschreibung des Pflegebudgets auf Grundlage des Vorjahresbudgets bildet diese Veränderungen nicht sachgerecht ab, weil der Vorjahreswert ausschließlich die bisherige Struktur widerspiegelt, nicht aber zwingend den künftigen Pflegepersonalbedarf.

Der DPR fordert daher, die Begrenzung des Pflegebudgets auf den Veränderungswert, die nur anteilige Refinanzierung tariflicher Entwicklungen sowie den Ausschluss des Ausgleichs tatsächlicher Pflegepersonalmehrkosten zu streichen. Das Pflegebudget muss als Schutzinstrument für professionelle Pflege, Versorgungsqualität und Patient:innensicherheit erhalten und als lernendes System weiterentwickelt werden.

Eine sachgerechte Weiterentwicklung muss an bedarfsgerechter Pflegepersonalbemessung, transparenter Mittelverwendung und pflegefachlicher Qualität ansetzen. Pflegepersonalmehrkosten, die aus Pflegebedarf, bedarfsgerechter Personalbemessung, Qualitätsanforderungen, Tarifentwicklung, Personalaufbau, Qualifikationsentwicklung oder veränderten Versorgungsaufträgen entstehen, müssen refinanzierungsfähig bleiben.

Nummer 4

§ 6c KHEntgG – Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen

Mit der Änderung des § 6c KHEntgG wird die für § 6a KHEntgG vorgesehene Begrenzungslogik auf sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen übertragen. Pflegepersonalkosten sollen bei der erstmaligen Vereinbarung des Gesamtvolumens zwar vollständig berücksichtigt werden. In den Folgejahren soll der Anstieg der Pflegepersonalkosten jedoch grundsätzlich an den Veränderungswert gebunden werden. Überschreiten die tatsächlichen Pflegepersonalkosten die vereinbarten Pflegepersonalkosten, soll auch hier künftig kein Ausgleich dieser Mehrkosten erfolgen.

Aus Sicht des DPR ist dies kritisch zu bewerten. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sollen dazu beitragen, wohnortnahe Versorgung zu gestalten und zukünftig zu sichern, Versorgungsbrüche zu vermeiden und stationäre, ambulante und pflegerische Leistungen stärker miteinander zu verbinden. Dafür ist eine bedarfsgerechte, qualitätsgesicherte und patient:innenorientierte pflegerische Versorgung zwingende Voraussetzung.

Eine Finanzierungssystematik, die Pflegepersonalkosten in diesen Einrichtungen in den Folgejahren im Wesentlichen an Vorjahreswerte und den Veränderungswert bindet, bildet diesen Versorgungsauftrag nicht sachgerecht ab. Gerade in der Aufbau- und Transformationsphase können neue pflegerische Aufgaben, Koordinationsanforderungen, Schnittstellenfunktionen und qualifikationsgebundene Rollen erforderlich werden, die bislang nicht in verbindlichen Personalvorgaben abgebildet sind.

Der DPR lehnt daher die pauschale Übertragung der Deckelungslogik auf sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen ab. Wenn diese Einrichtungen wohnortnahe, sektorenübergreifende, geriatrische, ambulante, pflegerische und präventionsorientierte Versorgung weiterentwickeln sollen, müssen die dafür notwendigen Pflegepersonalkosten bedarfsgerecht refinanzierbar sein.

Dazu gehören insbesondere pflegerische Koordination, Beratung, Prävention, Gesundheitsförderung, Case- und Care-Management, APN, CHN sowie Pflegefachpersonen mit erweiterten Kompetenzen. Eine Finanzierung, die Mehrbedarfe nur bei bereits bestehenden gesetzlichen oder untergesetzlichen Personalvorgaben berücksichtigt, würde diese Entwicklung strukturell ausbremsen.

Der DPR fordert daher, § 6c KHEntgG transformationssensibel auszugestalten. Pflegepersonalkosten in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen müssen sich am jeweiligen Versorgungsauftrag, am regionalen Bedarf, an den pflegerischen Aufgabenprofilen und an der Aufbauphase der Einrichtung orientieren. Die Refinanzierung darf nicht allein an Vorjahreswerte und den Veränderungswert geknüpft werden.

Zu Nummer 6 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb)

§ 9 Absatz 1 Nummer 7 KHEntgG – Vereinbarung auf Bundesebene

Mit der Änderung des § 9 Absatz 1 Nummer 7 KHEntgG wird die Regelung zur Vereinbarung der Erhöhungsrate für Tariferhöhungen und einer anteiligen Erhöhungsrate durch die Vertragsparteien auf Bundesebene neu gefasst. Anders als noch im Referentenentwurf vorgesehen, wird die Vorschrift nicht gestrichen, sondern an die neue Systematik der Tarifrefinanzierung angepasst.

Diese Änderung ist im Zusammenhang mit den vorgesehenen Neuregelungen zum Pflegebudget zu bewerten. Nach der Gesetzesbegründung soll infolge der Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip künftig auch das Pflegepersonal in der unmittelbaren Patient:innenversorgung auf bettenführenden Stationen in die anteilige Tarifrefinanzierung einbezogen werden. Damit würde die bisherige gesonderte vollständige Berücksichtigung tariflicher Entwicklungen für Pflegepersonal entfallen. Die Tarifrefinanzierung wird damit nicht mehr konsequent an den tatsächlich entstehenden tarifbedingten Pflegepersonalkosten ausgerichtet, sondern in die allgemeine Begrenzungslogik der Krankenhausfinanzierung überführt.

Der DPR lehnt diese Einbeziehung des Pflegepersonals in eine nur anteilige Tarifrefinanzierung ab. Tarifsteigerungen in der professionellen Pflege sind keine Fehlsteuerung, sondern Ausdruck einer notwendigen Korrektur und ein zentraler Bestandteil, um den Pflegeberuf attraktiver zu machen, Personal zu halten und neue Fachpersonen zu gewinnen. Wer bessere Arbeitsbedingungen, mehr Verlässlichkeit und stabile Personalentwicklung politisch einfordert, kann tarifliche Entwicklungen nicht zugleich finanzpolitisch zum Problem erklären.

Gerade für das pflegerische Berufsfeld, das über viele Jahre unter erheblichem ökonomischem Druck stand, ist die vollständige Refinanzierung tariflicher Entwicklungen keine Sonderbegünstigung. Sie ist Voraussetzung dafür, dass notwendige Verbesserungen bei Vergütung und Beschäftigungsbedingungen wirksam werden können. Eine nur anteilige Refinanzierung tariflicher Entwicklungen erzeugt wirtschaftlichen Druck, notwendige Pflegepersonalkosten an anderer Stelle zu kompensieren. Dies gefährdet Personalentwicklung, Personalbindung, Versorgungsqualität und Patient:innensicherheit.

Der DPR fordert daher, die vollständige Refinanzierung tarifbedingter Pflegepersonalkosten im Rahmen des Pflegebudgets sicherzustellen. Die Neufassung des § 9 Absatz 1 Nummer 7 KHEntgG darf nicht dazu führen, dass Pflegepersonal in eine lediglich anteilige Tarifrefinanzierung überführt wird. Das Pflegebudget muss als eigenständiges Schutzinstrument erhalten bleiben. Tarifliche Entwicklungen des Pflegepersonals müssen innerhalb dieser Systematik vollständig abgebildet werden.

Dies gilt für alle im Pflegebudget berücksichtigungsfähigen Pflegepersonalkosten, insbesondere für Pflegepersonal in der unmittelbaren Patient:innenversorgung sowie für Pflegepersonalkosten im Zusammenhang mit bedarfsgerechter Personalbemessung, Qualifikationsanforderungen, Personalaufbau, Praxisanleitung, akademisierter Pflege und professionsentwickelnden Rollenprofilen. Die in § 6a KHEntgG vorgesehene Begrenzungslogik darf nicht zusätzlich über die Tarifmechanik des § 9 Absatz 1 Nummer 7 KHEntgG abgesichert werden.

Eine Stabilisierung der GKV-Finanzen darf nicht dadurch erreicht werden, dass tariflich gebotene Pflegepersonalkosten nur noch anteilig refinanziert und damit von der tatsächlichen Tarifentwicklung entkoppelt werden.

Zu Nummer 7

§ 10 KHEntgG – Vereinbarung auf Landesebene, Verordnungsermächtigung

Mit der Änderung des § 10 KHEntgG wird die Berücksichtigung tariflicher Entwicklungen im Rahmen der Krankenhausvergütung rechnerisch umgesetzt. Tarifsteigerungen oberhalb des Veränderungswertes sollen künftig nur noch anteilig berücksichtigt werden. Gegenüber dem Referentenentwurf stellt dies zwar eine begrenzte Entschärfung dar, weil tarifliche Entwicklungen oberhalb des Veränderungswertes nicht vollständig unberücksichtigt bleiben. Die grundsätzliche Abkehr von der vollständigen Refinanzierung tariflicher Entwicklungen wird dadurch jedoch nicht aufgehoben.

Soweit reale Kostenentwicklungen durch die neue Systematik nicht mehr angemessen abgebildet werden, verstärkt dies die Risiken, die bereits durch die geplanten Eingriffe in Pflegebudget und Tarifrefinanzierung entstehen. Aus pflegefachlicher Sicht ist dabei entscheidend, dass allgemeine Begrenzungen der Krankenhausvergütung nicht zusätzlich Druck auf Pflegepersonalentwicklung, Qualifikationsaufbau und Versorgungsqualität erzeugen dürfen.

Der DPR bewertet dies kritisch, soweit dadurch tarifbedingte Pflegepersonalkosten nur noch teilweise refinanziert werden. Auch eine anteilige Berücksichtigung bleibt hinter dem Erfordernis zurück, tarifliche Entwicklungen in der professionellen Pflege vollständig abzubilden und verlässlich zu finanzieren. Wird diese Refinanzierungslogik zurückgenommen, sendet dies ein falsches Signal: Einerseits soll professionelle Pflege mehr Verantwortung übernehmen und eine tragende Rolle in einer bedarfsgerechten und zukunftsfähigen Versorgung einnehmen. Andererseits werden ausgerechnet die finanziellen Grundlagen geschwächt, die für stabile Personalstrukturen und verlässliche Arbeitsbedingungen erforderlich sind.

§ 10 KHEntgG ist Teil der gesetzlich angelegten Gesamtmechanik zur Einschränkung der bisherigen vollständigen Tarifrefinanzierung. Der DPR fordert daher, die Regelungen in § 6a, § 9 Absatz 1 Nummer 7 und § 10 KHEntgG insgesamt so anzupassen, dass tarifbedingte Pflegepersonalkosten im Rahmen des Pflegebudgets weiterhin vollständig refinanzierbar bleiben. Die professionelle Pflege darf nicht durch das Zusammenspiel von Pflegebudgetbegrenzung, anteiliger Erhöhungsrate und Tarifmechanik von der tatsächlichen Tarifentwicklung entkoppelt werden.

Artikel 4
Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Zu Nummer 2

§ 17b Absatz 2a KHG – Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung

Mit § 17b Absatz 2a KHG werden die Grundlagen für die Einführung von Kurzzeitfallpauschalen geschaffen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) soll bis zum 31. März 2027 ein Konzept für geeignete Fallgruppen für eine gesonderte Kalkulation von Bewertungsrelationen für stationäre Behandlungsfälle mit einer Behandlungsdauer von bis zu drei Kalendertagen und maximal zwei Übernachtungen erarbeiten. Auf dieser Grundlage sollen die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 KHG bis zum 30. April 2027 eine Vereinbarung schließen. Die Kurzzeitfallpauschalen sollen erstmals im Entgeltkatalog für das Jahr 2028 ausgewiesen werden. Zugleich sollen die Vertragsparteien prüfen, welche der mit Kurzzeitfallpauschalen vergüteten Fälle künftig ambulant erbracht und gegebenenfalls in den AOP-Katalog (Katalog ambulant durchführbarer Operationen und stationsersetzender Eingriffe und Behandlungen) überführt werden können.

Der DPR erkennt an, dass Kurzzeitfallpauschalen ein Instrument sein können, um geeignete stationäre Aufenthalte zu verkürzen, verzichtbare Übernachtungen zu vermeiden und Ambulantisierungspotenziale zu erschließen. Die Ausgestaltung darf jedoch nicht allein aus abrechnungs-, verweildauer- oder mengensteuernder Perspektive erfolgen. Gerade kurze stationäre Aufenthalte können mit erheblichem pflegerischem Aufwand verbunden sein, etwa bei klinischer Beobachtung, Risikoerkennung, Mobilisation, Beratung, Edukation, Koordination, Entlassmanagement und Überleitung in die Anschlussversorgung.

Ambulantisierung gelingt nicht allein durch eine veränderte Vergütungssystematik. Sie setzt voraus, dass pflegerische Versorgung vor, während und nach einem kurzen stationären Aufenthalt gesichert ist. Dazu gehören eine pflegefachliche Einschätzung des Unterstützungs- und Versorgungsbedarfs, eine strukturierte Überleitung sowie eine tragfähige nachstationäre, ambulante oder häusliche Anschlussversorgung. Andernfalls besteht die Gefahr, dass Versorgungsverantwortung in den ambulanten Bereich, in die häusliche Krankenpflege, in Pflegeeinrichtungen oder auf An- und Zugehörige verlagert wird, ohne dass die hierfür erforderlichen pflegerischen Strukturen abgesichert sind.

Der DPR fordert daher, bei der Entwicklung, Kalkulation und jährlichen Weiterentwicklung der Kurzzeitfallpauschalen pflegefachliche Anforderungen verbindlich zu berücksichtigen. Dies betrifft insbesondere Pflegebedarf, pflegerische Risikoerkennung, Entlass- und Überleitungsmanagement sowie die Sicherung der Anschlussversorgung. Die Vertragsparteien müssen verpflichtet werden, bei der Festlegung geeigneter Fallgruppen und bei der Prüfung einer Überführung in den AOP-Katalog auch die pflegerische Versorgungsrealität und die Verfügbarkeit nachstationärer pflegerischer Anschlussstrukturen einzubeziehen. Die vorgesehene Berichterstattung an das BMG zu den Auswirkungen der Kurzzeitfallpauschalen auf die Versorgung muss pflegefachliche Kriterien und pflegesensitive Qualitätsindikatoren ausdrücklich erfassen.

Die Regelungen in § 8 Absatz 5a und § 9 Absatz 1 Nummer 11 KHEntgG sind entsprechend so auszugestalten, dass Kurzzeitfallpauschalen nicht zu Fehlanreizen zulasten pflegerischer Versorgung führen. Vorgaben zur Vermeidung von Fallzahlausweitungen sind notwendig, reichen aber nicht aus. Ebenso erforderlich ist eine versorgungsqualitätsbezogene Absicherung, damit akutstationäre Verweildauerverkürzung und Ambulantisierung nicht auf Kosten von Patient:innensicherheit, Pflegequalität und Versorgungskontinuität erfolgen.

Artikel 5
Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Mit den Änderungen der Bundespflegesatzverordnung wird die Begrenzung der Vergütungsentwicklung über den Veränderungswert auch auf den Bereich psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen übertragen.

Der DPR weist darauf hin, dass professionelle Pflege auch in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ein zentraler Bestandteil bedarfsgerechter und qualitativ hochwertiger Versorgung ist. Pflegefachpersonen übernehmen dort unter anderem Aufgaben der Beziehungsgestaltung, Krisenintervention, Deeskalation, Beobachtung, somatischen Mitversorgung, An- und Zugehörigenarbeit und multiprofessionellen Koordination.

Eine pauschale Begrenzung der Vergütungsentwicklung darf nicht dazu führen, dass notwendige Pflegepersonal-, Tarif- und Qualifikationskosten in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen strukturell unterfinanziert werden. Der DPR fordert daher, auch in diesem Bereich sicherzustellen, dass pflegerischer Versorgungsbedarf, Patient:innensicherheit, Qualifikationsanforderungen und Tarifentwicklung refinanzierungsrechtlich abgebildet bleiben.

Berlin, 18.06.2026

Kontakt:
Deutscher Pflegerat e.V. (DPR)
Tel.: + 49 30 / 398 77 303
Alt-Moabit 91
10559 Berlin
E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de
www.deutscher-pflegerat.de

Medizinischer Dienst Bund

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(32)
gel. VB zur öffent. Anh. am
22.06.2026 - GKV
18.06.2026

Stellungnahme des Medizinischen Dienstes Bund

zum

Entwurf
eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)

BT-Drucksache: 21/6130

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Medizinischer Dienst
Bund

Inhalt der Stellungnahme

I Vorbemerkungen 3

II Stellungnahme zum Gesetzentwurf 4

Zu Artikel 1 Nr. 66, § 275c Absatz 2 Satz 4 SGB V, Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst 4

Zu Artikel 4 Nr. 3a, § 17c Absatz 1 Satz 2 KHG, Prüfung von Unterlagen unabhängig vom Prüfgegenstand 5

III Ergänzender Änderungsbedarf 6

Übergangsregelung zur Anpassung der Schwellenwerte der Pflegebegutachtung mit dem Pflegeneuordnungsgesetz 6

Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV, §17c KHG) - Einbeziehung des Medizinischen Dienstes Bund als Vertragspartner 7

Hybrid-DRG (§115f SGB V) – Einbeziehung des Medizinischen Dienstes Bund als Vertragspartner 9

Medizinischer Dienst
Bund

I Vorbemerkungen

Der Medizinische Dienst Bund unterstützt, dass die Bundesregierung mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung ein Paket von Maßnahmen vorgelegt, um die Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zukunftssicher aufzustellen.

Es ist nach Auffassung des Medizinischen Dienstes Bund sachgerecht, hierzu auf die am 30. März 2026 im Rahmen eines ersten Berichtes vorgestellten Empfehlungen der FinanzKommission Gesundheit zurückzugreifen. Die Empfehlungen setzen mit mehr Evidenzbasierung und einer stärkeren Prüfung der Mittelverwendung ein wichtiges Signal für Qualität und Nachhaltigkeit in der Versorgung. Der Medizinische Dienst ist bereit, mit seiner Expertise und Kompetenz als Begutachtungs- und Prüfdienst in der gesetzlichen Krankenversicherung einen Beitrag zur Erreichung der Ziele zu leisten.

Der Gesetzesentwurf sieht unter anderem verschiedene gesetzliche Anpassungen zur Krankenhausabrechnungsprüfung vor. Hierzu werden die Prüfquoten und Schwellenwerte angepasst. Der Medizinische Dienst Bund unterstützt die Maßnahmen, die das Ziel verfolgen, Anreize für regelkonforme Abrechnungen zu stärken.

Es ist in diesem Zusammenhang auch sachgerecht, dass im Gesetzesentwurf klargestellt wird, dass der Medizinische Dienst abrechnungsrelevante Auffälligkeiten, die er im Rahmen einer Prüfung feststellt, unabhängig vom beauftragten Prüfgegenstand bei seiner Prüfung zu berücksichtigen hat. Hierdurch kann der Medizinische Dienst ihm bereits vorliegende Unterlagen im Sinne der Interessen der Versichertengemeinschaft auch auf weitere Auffälligkeiten zu prüfen.

Der Medizinische Dienst Bund regt darüber hinaus an, weitere Reformmaßnahmen im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zu ergreifen:

- Übergangsregelung zur Aussetzung der Frist zur Pflegebegutachtung (§ 18c Absatz SGB XI)

- Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV, §17c KHG) - Einbeziehung des Medizinischen Dienstes Bund als Vertragspartner;

- Hybrid-DRG (§115f SGB V) – Einbeziehung des Medizinischen Dienstes Bund als Vertragspartner.

.

II Stellungnahme zum Gesetzentwurf

Zu Artikel 1 Nr. 66, § 275c Absatz 2 Satz 4 SGB V, Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst

Um die Anreize für regelkonforme Rechnungen zu stärken, werden die Schwellenwerte für die Festlegung der Prüfquote und zugleich die Prüfquoten selbst angehoben. In der Folge kann ein Krankenhaus erst bei einem höheren Anteil unbeanstandeter Abrechnungen eine niedrigere Prüfquote erreichen. Die bisher niedrigste Prüfquote von bis zu fünf Prozent wird beibehalten. Voraussetzung für die Erreichung dieser Prüfquote ist zukünftig jedoch ein Anteil unbeanstandeter Abrechnungen von 80 Prozent oder mehr und nicht wie bisher von 60 Prozent oder mehr. Die mittlere Prüfquote von bis zu 10 Prozent wird durch eine Prüfquote von bis zu 15 Prozent ersetzt. Krankenhäuser erreichen diese mittlere Prüfquote, wenn ihr Anteil unbeanstandeter Abrechnungen zwischen 60 Prozent und unterhalb von 80 Prozent liegt (anstatt bislang zwischen 40 Prozent und unterhalb von 60 Prozent). Die höchste Prüfquote liegt zukünftig bei bis zu 25 Prozent anstatt bislang bei bis zu 15 Prozent. Diese wird erreicht, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 60 Prozent liegt und nicht wie bislang unterhalb von 40 Prozent.

Zudem darf die für ein Krankenhaus geltende Prüfquote zukünftig überschritten werden, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 40 Prozent liegt und nicht wie bislang unterhalb von 20 Prozent. Auch weiterhin sind die Prüfquoten die Obergrenze der prüfbaren Abrechnungen.

Bewertung:

Die Zahl der durchgeführten Krankenhausrechnungsprüfungen wurde durch die mit dem MDK-Reformgesetz eingeführte Deckelung der Prüfquoten reduziert. Entsprechend haben sich auch die Rückzahlungen, die die Krankenhäuser aufgrund einer durch eine MD-Prüfung festgestellte fehlerhafte Abrechnung an die Krankenkassen zu leisten hatten, vermindert. Die Beanstandungsquote des Medizinischen Dienstes bei in der Regel überhöhten Krankenhausrechnungen hat sich seit dem MDK-Reformgesetz jedoch im Mittel so gut wie nicht verändert und liegt weiterhin bei rd. 50 Prozent der geprüften Fälle. Die erhoffte nachhaltige Verbesserung der Abrechnungsqualität ist somit bisher ausgeblieben.

Der Medizinische Dienst Bund unterstützt, dass der Gesetzesentwurf mit der geplanten Anpassung der Prüfquoten und Schwellenwerte Anreize für regelkonforme Abrechnungen stärkt. Der Fokus der Prüfungen wird zudem vermehrt auf Krankenhäuser mit einer schlechteren Abrechnungsqualität gelegt.

Das quartalsbezogene Prüfquotensystem ist jedoch mit einem erhöhten bürokratischen Ressourcenaufwand verbunden. Die jetzt vorgesehenen Änderungen führen insoweit nicht zu einer Entbürokratisierung. Dies sollte noch einmal überprüft werden.

Die FinanzKommission Gesundheit hat empfohlen, das quartalsbezogene Prüfquotensystem abzuschaffen und Krankenhausabrechnungsprüfungen ohne quotenmäßige Begrenzungen wieder zu ermöglichen.

Zu Artikel 4 Nr. 3a, § 17c Absatz 1 Satz 2 KHG, Prüfung von Unterlagen unabhängig vom Prüfgegenstand

Mit der Regelung soll klargestellt werden, dass der Medizinische Dienst abrechnungsrelevante Auffälligkeiten, die er im Rahmen einer Prüfung feststellt, unabhängig vom beauftragten Prüfgegenstand bei seiner Prüfung zu berücksichtigen hat.

Bewertung:

Die vorliegende Regelung ist sachgerecht. Hierdurch kann der Medizinische Dienst ihm bereits vorliegende Unterlagen im Sinne der Interessen der Versichertengemeinschaft auch auf weitere Auffälligkeiten prüfen. Zusätzliche Aufwände auf Seiten der Leistungserbringer entstehen dadurch nicht, da ohnehin nur bereits an den Medizinischen Dienst weitergeleitete Unterlagen auf weitere Auffälligkeiten geprüft werden können.

Medizinischer Dienst
Bund

III Ergänzender Änderungsbedarf

Übergangsregelung zur Anpassung der Schwellenwerte der Pflegebegutachtung mit dem Pflegeneuordnungsgesetz

Mit dem Referentenentwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung (Pflegeneuordnungsgesetz – PNOG) sollen auch die Schwellenwerte der Pflegebegutachtung und die zugehörige Bewertungssystematik gemäß den Empfehlungen des Expertenbeirates aus dem Jahr 2013 angepasst werden.

Durch eine Anpassung der Bewertungssystematik ist mit Vorzieheffekten noch vor der Umstellung auf das neue Berechnungsverfahren zu rechnen. Dies wird zu einem Anstieg der Begutachtungsaufträge führen. Daher ist absehbar, dass die Begutachtungen durch die Medizinischen Dienste in einer Übergangszeit vor dem Inkrafttreten des PNOG vielfach nicht komplett in den nach § 18c Absatz 5 SGB XI vorgesehenen Fristen erledigt werden können.

Es wird daher angeregt, die Fristenregelung in § 18c Absatz 5 SGB XI für eine Übergangszeit, analog zur Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes, aufzuheben. Seinerzeit wurden die Fristen ebenfalls für eine Übergangsfrist ausgesetzt. Gleichzeitig sollten verbindliche Kriterien durch den Medizinischen Dienst Bund gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband festgelegt werden, in welchen Fällen ein dringlicher Entscheidungsbedarf vorliegt, bei denen die Entscheidung der Pflegekasse über den Antrag in den vorgesehenen Fristen zu treffen ist.

Entsprechende Regelungen sollen möglichst frühzeitig vor dem Inkrafttreten des PNOG greifen können.

Änderungsvorschlag:

§ 18c Absatz 5 SGB XI ist um folgenden Absatz 5a zu ergänzen:

„(5a) Die Frist nach Absatz 5 ist bis zum 30. Juni 2027 unbeachtlich. Abweichend von Absatz 5 ist einem Antragsteller, der einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellt und bei dem ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf vorliegt, spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Der Medizinische Dienst Bund entwickelt im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen bundesweit einheitliche Kriterien für das Vorliegen, die Gewichtung und die Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs.“

Medizinischer Dienst
Bund

Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV, §17c KHG) - Einbeziehung des Medizinischen Dienstes Bund als Vertragspartner

Die derzeitige Zweiparteienstruktur des § 17c Absatz 2 KHG bildet die Verfahrenswirklichkeit der Krankenhausabrechnungsprüfung nur unvollständig ab: Der gesetzliche Katalog der Vereinbarungsgegenstände erfasst in mehreren Punkten nicht nur das Verhältnis zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern, sondern die eigentliche Arbeits- und Entscheidungslogik der Medizinischen Dienste. Das gilt insbesondere für die Regelungen zur elektronischen Unterlagen- und Datenübermittlung zwischen Krankenhaus und Medizinischem Dienst (MD), zum Zeitpunkt der MD-Beauftragung, zur Dauer der Prüfung sowie zum Prüfungsort. Damit wird normativ festgelegt, wann, wie, mit welchen Unterlagen und in welchem Setting der MD prüft. Die Einbeziehung des Medizinischen Dienstes Bund würde damit sicherstellen, dass zwei Vertragspartner nicht verbindliche Regelungen über Kernbereiche eines dritten, unmittelbar gebundenen und operativ tragenden Akteurs setzen, ohne dass dieser auf Augenhöhe an der Normsetzung beteiligt ist.

Die aktuelle Regelung steht zudem nicht im Einklang mit der mit dem Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG) vorgesehenen Ergänzung der Richtlinienkompetenz des Medizinischen Dienstes Bund um die Befugnis, bundesweit einheitliche Vorgaben zu den digitalen Datenaustauschverfahren zwischen Medizinischen Diensten und insbesondere Krankenkassen sowie Leistungserbringern festzulegen.

Im Gegenzug zur Einbeziehung des Medizinischen Dienstes Bund als drittem Vertragspartner können die bislang vorgesehenen besonderen, nur punktuellen Beteiligungsformen des Medizinischen Dienstes Bund entfallen.

Änderungsvorschlag:

§ 17c Absatz 2 KHG wird wie folgt gefasst:

„(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Medizinische Dienst Bund regeln das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch; in der Vereinbarung sind abweichende Regelungen zu § 275c Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch möglich. Dabei haben sie insbesondere Regelungen über
1.den Zeitpunkt der Übermittlung zahlungsbegründender Unterlagen an die Krankenkassen,
2.eine ab dem 1. Januar 2021 erfolgende ausschließlich elektronische Übermittlung von Unterlagen der gesamten zwischen den Krankenhäusern und den Medizinischen Diensten im Rahmen der Krankenhausabrechnungsprüfung ablaufenden Vorgänge sowie deren für eine sachgerechte Prüfung der Medizinischen Dienste erforderlichen Formate und Inhalte,
3.das Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes,
4.den Zeitpunkt der Beauftragung des Medizinischen Dienstes,
5.die Prüfungsdauer,
6.den Prüfungsort,
7.die Abwicklung von Rückforderungen und

8.das Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern für die einzelfallbezogene Erörterung nach Absatz 2b Satz 1
zu treffen; die §§ 275 bis 283a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleiben im Übrigen unberührt. ~~Bei der Regelung nach Satz 2 Nummer 2 ist der Medizinische Dienst Bund zu beteiligen~~. Die Vertragsparteien nach Satz 1 haben bis zum 31. Dezember 2020 gemeinsame Umsetzungshinweise zu der Vereinbarung nach Satz 1 zu vereinbaren; die Umsetzungshinweise gelten als Bestandteil der Vereinbarung nach Satz 1. Die Regelung nach Satz 2 Nummer 8 ist bis zum 30. Juni 2020 zu treffen und hat insbesondere vorzusehen, innerhalb welcher angemessenen Frist Tatsachen und Einwendungen schriftlich oder elektronisch geltend gemacht werden müssen, die im Rahmen der Erörterung zu berücksichtigen sind, unter welchen Voraussetzungen eine nicht fristgemäße Geltendmachung von Einwendungen oder Tatsachenvortrag zugelassen werden kann, wenn sie auf nicht zu vertretenden Gründen beruht, und in welcher Form das Ergebnis der Erörterung einschließlich der geltend gemachten Einwendungen und des geltend gemachten Tatsachenvortrags zu dokumentieren sind. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 oder Satz 5 ganz oder teilweise nicht oder nicht fristgerecht zu Stande, trifft auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 die ausstehenden Entscheidungen. Die Vereinbarung oder Festsetzung durch die Schiedsstelle ist für die Krankenkassen, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich. Die Vertragsparteien nach Satz 1 geben das Datum des Inkrafttretens der Vereinbarung nach Satz 5 oder der Festsetzung nach Satz 6 in Verbindung mit Satz 5 unverzüglich nach dem Abschluss der Vereinbarung oder nach der Festsetzung im Bundesanzeiger bekannt.“

Medizinischer Dienst
Bund

Hybrid-DRG (§115f SGB V) – Einbeziehung des Medizinischen Dienstes Bund als Vertragspartner

Nach § 115f Absatz 3 SGB V können Krankenkassen zur Prüfung der Abrechnung, Wirtschaftlichkeit und Qualität den Medizinischen Dienst beauftragen. Damit die hierfür erforderlichen Prüf-, Datenübermittlungs- und Verfahrensanforderungen bereits bei der Vereinbarung von Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sachgerecht berücksichtigt werden, ist eine Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund als Vertragspartner geboten. Dies dient der Entwicklung eines einheitlichen, praxistauglichen und rechtssicheren Verfahrens für Hybrid-DRG-Abrechnungen und vermeidet Unsicherheiten darüber, welche Prüf- und Mitwirkungsanforderungen im Verhältnis zwischen Leistungserbringern, Krankenkassen und den Medizinischen Diensten gelten. Zudem ist auch hier eine Kollision mit der neuen Richtlinienkompetenz des Medizinischen Dienstes Bund aus dem GeDIG zu vermeiden.

Änderungsvorschlag:

§ 115f Absatz 3 SGB V wird wie folgt gefasst:

„(3) Zur Erbringung der nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten oder durch Entscheidung nach Absatz 4 Satz 2 oder Satz 5 bestimmten Leistungen und zur Abrechnung der nach Absatz 1 Satz 2 kalkulierten Fallpauschale berechtigt sind die nach § 95 Absatz 1 Satz 1 sowie § 108 an der Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer, die die in § 115b Absatz 1 Satz 5 genannten Qualitätsvoraussetzungen erfüllen. Die Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Die in Satz 1 genannten Leistungserbringer können die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung oder Dritte gegen Aufwandsersatz mit der Abrechnung von nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten oder durch Entscheidung nach Absatz 4 Satz 2 oder Satz 5 bestimmten Leistungen beauftragen. Die Prüfung der Abrechnung und der Wirtschaftlichkeit sowie der Qualität der Leistungserbringung erfolgt durch die Krankenkassen, die hiermit eine Arbeitsgemeinschaft oder den Medizinischen Dienst beauftragen können. § 295 Absatz 1b Satz 1, § 295a und § 301 Absatz 1 und 2 gelten für die jeweiligen in Satz 1 genannten Leistungserbringer entsprechend. Das Nähere über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie über die erforderlichen Vordrucke ist von den Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 gemeinsam mit dem Medizinischen Dienst Bund zu vereinbaren. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ist nach Maßgabe der nach § 87a Absatz 5 Satz 7 beschlossenen Vorgaben des Bewertungsausschusses in den Vereinbarungen nach § 87a Absatz 3 um die Leistungen zu bereinigen, die Bestandteil der Fallpauschale nach Absatz 1 Satz 2 sind.“

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(33)
gel. VB zur öffent. Anh. am
22.06.2026 - GKV
18.06.2026

BDA
Die Arbeitgeber.

Entlastungspotenzial für GKV-Finanzen stärker ausschöpfen – keine neuen Belastungen für Beitragszahlende schaffen

Stellungnahme zum Gesetzentwurf zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)

18. Juni 2026

Zusammenfassung

Der vorliegende Gesetzentwurf ist der erste überzeugende Versuch seit über 20 Jahren, die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zu begrenzen. Zu begrüßen sind insbesondere die Annäherung an eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik und eine stärkere Konzentration auf Leistungen mit nachgewiesenem Nutzen und wirtschaftlicher Erbringung.

Vom Entlastungspotenzial, das die FinanzKommission Gesundheit aufgezeigt hat, bleibt allerdings allein im nächsten Jahr mehr als die Hälfte ungenutzt. Es ist zudem von ursprünglich 19,6 Mrd. € im Referentenentwurf weiter auf 16,3 Mrd. € im Gesetzentwurf geschrumpft. Die Chance, die viel zu hohen Beitragssätze zur Krankenversicherung endlich auch wieder zu senken, darf nicht vertan werden. Deshalb muss im weiteren Gesetzgebungsverfahren noch deutlich nachgelegt werden.

Das gilt ganz besonders, weil die Ausgaben auch nach Gesetzentwurf weiter stärker steigen würden als Löhne und Gehälter. Die angekündigte Beitragssatzstabilität wird durch Mehrbelastungen der Arbeitgeber erkauft. Die Beitragsbelastung der Arbeitgeber steigt als Folge der geplanten Mehrbelastungen im kommenden Jahr in gleichem Umfang wie bei einer Beitragssatzanhebung um 0,4 Prozentpunkte auf 18,1 %.

- Die außerordentliche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze wird die Arbeitgeber mindestens mit 1,3 Mrd. € zusätzlich belasten. Von ihr hatte die FinanzKommission Gesundheit ausdrücklich abgeraten, u. a. wegen der Nachteile für die gesamtwirtschaftliche Entwicklung. Die Beiträge für Beschäftigte, die oberhalb der Beitragsmessungsgrenze liegen, werden dadurch im Ergebnis im kommenden Jahr um 10 % teurer.

- Die geplante kräftige Anhebung der Beiträge für Minijobs um 15 % wird die Arbeitgeber um 1,9 Mrd. € zusätzlich belasten. Durch sie wird ein wichtiges Flexibilitätsinstrument im deutschen Arbeitsmarkt geschädigt. Zudem sollen auch Midijobs verteuert werden.

Die geplante Kürzung des Bundeszuschusses um 2 Mrd. € ist faktisch eine Beitragserhöhung zulasten der Arbeitgeber und Beschäftigten. Der Bundeshaushalt wird so ein weiteres Mal auf Kosten der Beitragszahlenden saniert. Darüber hinaus muss der Bund endlich seinen Verpflichtungen zur ausreichenden Finanzierung der Gesundheitsversorgung von Bürgergeldbeziehenden nachkommen. Die FinanzKommission Gesundheit hatte dies explizit empfohlen. Gerade vor dem Hintergrund, dass diese Empfehlung das größte Entlastungspotenzial für die Beitragszahlenden hätte, ist die Nichtumsetzung ärgerlich. Die jetzt vorgesehene Anhebung der Beiträge des Bundes für Bürgergeldbeziehende reicht bei Weitem nicht aus, um die Kosten der GKV für Bürgergeldbeziehende zu decken.

Die geplante Einschränkung der beitragsfreien Mitversicherung von Ehegatten greift zu kurz. Sie sollte – abgesehen von Zeiten des Elterngeldbezugs – vollständig abgeschafft werden. Zumindest sollten die hierzu von der Kommission vorgelegten Vorschläge umgesetzt werden. Durch die nun vorgesehenen zusätzlichen Ausnahmen wird viel Entlastungspotenzial verschenkt und die Umsetzung bürokratisch aufwändiger. Verfehlt ist auch, dass bislang beitragsfrei mitversicherte Ehegatten – anders als von der Kommission empfohlen – keinen eigenen Beitrag zahlen sollen, sondern ihre beschäftigten Ehepartner einen höheren Beitrag von ihrem Gehalt zahlen müssen. Das bedeutet eine deutliche Abschwächung der sonst möglichen positiven Erwerbsanreize für die nicht erwerbstätigen Ehegatten und sogar weniger Erwerbsanreize für die erwerbstätigen Ehegatten, deren Gehalt beim geplanten Start der Neuregelung im Jahr 2028 mit demotivierend hohen Sozialbeiträgen von mehr als 47 % (!) belastet würde.

Im Einzelnen

Beitragsbemessungsgrenze nicht erhöhen

Eine außerordentliche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze ist entschieden abzulehnen. Damit würden den Beitragszahlenden laut Gesetzentwurf zusätzliche Beitragslasten in Höhe von rund 2,5 Mrd. € alleine in der GKV auferlegt. Zusätzliche Beitragslasten in der Sozialen Pflegeversicherung – die gar nicht im Gesetzentwurf ausgewiesen sind – kämen dazu. Andere Berechnungen gehen sogar von einer jährlichen Mehrbelastung von mindestens 4,5 Mrd. € für die Beitragszahlenden durch die geplante Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze aus[1]. Eine solche Mehrbelastung steht in klarem Widerspruch zu dem Ziel des Gesetzesvorhabens, die Beitragsbelastung zu begrenzen. Dies gilt umso mehr, als die FinanzKommission angesichts möglicher negativer Auswirkungen auf die gesamtwirtschaftliche Entwicklung ausdrücklich davon abgesehen hatte, eine höhere Beitragsbemessungsgrenze zu empfehlen.

Zugleich verkennt eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze die eigentlichen Ursachen der finanziellen Schieflage der GKV. Die strukturellen Ausgabenprobleme des Systems – insbesondere ineffiziente Versorgungsstrukturen, fehlende Ausgabensteuerung sowie die unzureichende Finanzierung versicherungsfremder Leistungen – werden dadurch nicht angegangen. Es würden lediglich Mehreinnahmen generiert, ohne die langfristige Ausgabendynamik zu bremsen. Die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze

[1] Stockhausen/Pimpertz (2026): Höhere Beitragsbemessungsgrenze: Beschäftigte und Unternehmen zahlen 4,5 Milliarden Euro mehr. IW-Nachricht vom 17. April 2026. https://www.iwkoeln.de/presse/iw-nachrichten/maximilian-stockhausen-jochen-pimpertz-beschaeftigte-und-unternehmen-zahlen-45-milliarden-euro-mehr.html. [Letzter Abruf: 17. April 2026].

würde vielmehr die lohnbezogene Finanzierung der GKV weiter ausdehnen und damit die Lohnzusatzkosten für die betroffenen Beschäftigten und ihre Arbeitgeber noch weiter erhöhen.

Auch von der überproportionalen Anhebung der Versicherungspflichtgrenze sollte abgesehen werden. Damit wird die Wahlfreiheit der Versicherten reduziert und der Wettbewerb zwischen der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung eingeschränkt.

Beiträge bei Mini- und Midijobs nicht noch weiter erhöhen – voller Beitragssatz für Minijobbende ist aufgrund des fehlenden Krankengeldanspruchs überhöht

Die vorgeschlagene Anhebung des Beitragssatzes zur GKV bei Minijobs auf die Höhe des allgemeinen Beitragssatzes zzgl. des durchschnittlichen Zusatzbeitrages sollte unterbleiben. Hierdurch würden keine Ausgaben der GKV gespart, sondern nur neue Mehreinnahmen geschaffen. Dabei zahlen die Arbeitgeber ohnehin insgesamt höhere Krankenversicherungsbeiträge als die Beschäftigten, weil sie für Beschäftigtengruppen wie Mini- und Midijobbende mehr oder sogar alle Beiträge zahlen. Laut Gesetzentwurf werden die Arbeitgeber dadurch mit 1,9 Mrd. € jährlich mehrbelastet.

Zudem ist der vorgeschlagene Beitragssatz zu hoch. Da Minijobbende keinen Anspruch auf Krankengeld haben, wäre der allgemeine Beitragssatz unangemessen hoch. Allenfalls wäre der ermäßigte Beitragssatz, der auch bei anderen Versicherten ohne Krankengeldanspruch gilt (§ 243 SGB V), angemessen.

Die vorgeschlagene Beitragsmehrbelastung würde die Kosten für Minijobs für Arbeitgeber deutlich verteuern (Anstieg der Beitragssätze für Minijobs um 15 % von 28,0 % auf 32,5 %). Branchen, die besonders auf den Einsatz von Minijobbenden angewiesen sind, könnten die höheren Kosten oftmals gar nicht verkraften (vgl. zunehmende Betriebsaufgaben im Gastronomiebereich) oder müssten diese an die Kunden weitergeben, was z. B. im Bereich des Lebensmitteleinzelhandels zu sozial unerwünschten Wirkungen führen würde. Minijobs entsprechen in aller Regel den Wünschen der Beschäftigten und sorgen für Flexibilität am Arbeitsmarkt. Sie helfen gerade kleinen Unternehmen in besonderen Situationen, z. B. bei einer ungewöhnlichen Lage der Arbeitszeit, besonderen Kundenwünschen oder bei schwankendem Arbeitsanfall, Beschäftigung passgenau zu organisieren. Eine Umwandlung von Minijobs in sozialversicherungspflichtige Beschäftigung ist wegen ihres geringen zeitlichen Umfangs oftmals nicht möglich.

Zudem werden auch die Kosten der Arbeitgeber für die Midijobs erhöht. Arbeitgeber müssten für Midijobbende künftig Sozialversicherungsbeitragssätze von bis zu 32,1 % und damit über die Hälfte mehr als für sonstige sozialversicherungspflichtig Beschäftigte zahlen. Dabei gibt es keinen vernünftigen Grund, wieso Midijobs für Arbeitgeber teurer sein sollten als andere sozialversicherungspflichtige Beschäftigung. Statt einer weiteren Belastung der Arbeitgeber bei den Midijobs vorzusehen, müsste vielmehr wieder die paritätische Finanzierung der Sozialversicherungsbeiträge in diesem Entgeltbereich hergestellt werden.

Bundeszuschuss nicht kürzen

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Kürzung des Bundeszuschusses zur gesetzlichen Krankenversicherung um jeweils 2 Mrd. € in den Jahren 2027 bis 2030 muss unterbleiben. Sie konterkariert das Ziel der

Beitragssatzstabilisierung und läuft faktisch auf eine verdeckte Beitragserhöhung zulasten der Beschäftigten und Arbeitgeber hinaus. Anstatt die Finanzierungsprobleme der GKV durch ausgabensenkende Maßnahmen zu lösen, werden sie durch die Absenkung des Bundeszuschusses auf die Beitragszahlenden verlagert, um den Bundeshaushalt zu sanieren.

Der Bundeszuschuss dient dem Ausgleich versicherungsfremder Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, deren Umfang allerdings sehr viel höher liegt. Insofern wären sogar zusätzliche Bundesmittel erforderlich, um die Belastungen der GKV durch versicherungsfremde Leistungen zu kompensieren.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Erhöhung der Bundesleistungen für Bürgergeldbeziehende kann die gleichzeitige Kürzung des Bundeszuschusses bei weitem nicht kompensieren. Vielmehr würden die vom Bund an die GKV gezahlten Mittel in den nächsten Jahren insgesamt deutlich niedriger liegen als nach geltendem Recht.

Beiträge des Bundes für Bürgergeldbeziehende zeitnah kostendeckend gestalten

Es ist ein großes Versäumnis, dass die von der Kommission empfohlene Maßnahme mit der größten Finanzwirkung für die GKV, nämlich die vollständige Steuerfinanzierung angemessener Beiträge für Bürgergeldbeziehende, so nicht im Gesetzentwurf realisiert wurde. Die schrittweise Anhebung der Beiträge für Bürgergeldbeziehende reicht bei Weitem nicht aus, um die Kosten der GKV für Bürgergeldbeziehende zu decken. Damit werden im Ergebnis weiter die Beitragszahlenden mit den Kosten der Krankenversicherung von Bürgergeldbeziehenden belastet. Dabei ist die Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes von Bürgergeldbeziehenden eine versicherungsfremde Leistung, da es nicht Aufgabe der Beitragszahlenden der Krankenversicherung ist, die Krankheitskosten von Empfängern staatlicher Fürsorgeleistungen zu finanzieren. Wenn die jährliche Unterfinanzierung von 12 Mrd. € vollständig beendet werden würde, könnten die Beiträge zur GKV sofort um 0,5 Beitragssatzpunkte sinken.

Beitragsfreie Ehegattenversicherung auf Zeiten des Elterngeldbezugs beschränken und Bürokratiebelastung für Arbeitgeber ausschließen

Die im Gesetzentwurf vorgesehene teilweise Abschaffung der – international unüblichen – beitragsfreien Mitversicherung von Ehegatten ist grundsätzlich zu begrüßen. Hierdurch wird eine versicherungsfremde Leistung der Krankenversicherung zumindest reduziert.

Allerdings sollte die beitragsfreie Mitversicherung – außerhalb des Elterngeldbezugs – vollständig abgeschafft und wie von der Kommission empfohlen ein Beitrag auf Basis des Mindestbeitrags für freiwillig versicherte Selbstständige erhoben werden.

Die jetzt vorgeschlagene Ausgestaltung ist gleich in mehrfacher Weise misslungen: Durch die zahlreichen Ausnahmen und die Abschmelzung des ursprünglich vorgesehenen einkommensbezogenen Beitragszuschlags von 3,5 auf 2,5 % wird viel Entlastungspotenzial verschenkt, die möglichen positiven Erwerbsanreize auf nicht erwerbstätige Ehegatten werden kaum spürbar und die Arbeitgeber werden mit zusätzlichem Bürokratie- und Kostenaufwand belastet:

1. Zu viele Ausnahmen

Richtig wäre, die beitragsfreie Versicherung von Ehegatten auf die Zeit des Elterngeldbezugs (§ 224 SGB V) zu begrenzen. Für diese Zeit hat der Gesetzgeber mit dem Elterngeld eine Entgeltersatzleistung vorgesehen, die Eltern nach der Geburt ihres Kindes vorübergehend den Verzicht auf eine Erwerbstätigkeit ermöglichen soll. Insofern ist es konsequent, wenn nicht erwerbstätige Eltern in dieser Zeit keinen Krankenversicherungsbeitrag zahlen müssen.

Die darüber hinaus vorgesehenen Ausnahmen gehen zu weit:

- Ehegatten mit bis zu 7-jährigen Kindern oder zu pflegenden Angehörigen von der Beitragspflicht auszunehmen, bedeutet eine nicht gerechtfertigte Begünstigung von verheirateten Eltern bzw. Angehörigen von Pflegebedürftigen. Schließlich müssen unverheiratete, geschiedene oder verwitwete Eltern bzw. Angehörige von Pflegebedürftigen grundsätzlich auch einen Krankenkassenbeitrag leisten. Zudem würden mit einer entsprechend weitreichenden Ausnahme alle staatlichen Anstrengungen, geburtsbedingte Erwerbsunterbrechungen zeitlich zu begrenzen (z. B. durch den Ausbau der Kinderbetreuung oder die zeitliche Begrenzung des Elterngeldes auf grundsätzlich ein Jahr) konterkariert, wenn Nichterwerbstätigkeit bis zum vollendeten 7. Lebensjahr eines Kindes begünstigt würde. Falls dennoch die Begünstigung von Ehegatten mit bis zu 7-jährigen Kindern bzw. zu pflegenden Angehörigen gewollt ist, dann müsste hierfür jedenfalls eine Steuerfinanzierung vorgesehen werden, weil die Finanzierung von Krankenversicherungsschutz von Nichtmitgliedern keine Aufgabe der Mitglieder einer Krankenversicherung und ihrer Arbeitgeber ist.

- Nicht überzeugend ist auch die vorgesehene Beibehaltung der beitragsfreien Mitversicherung von Ehegatten nach Erreichen der Regelaltersgrenze. Der Hinweis, dass die Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung in diesem Alter häufig erschwert sei, rechtfertigt diese Privilegierung nicht. Denn dieselbe Situation gilt für viele andere Menschen nach Erreichen der Regelaltersgrenze, die gleichwohl ihre Krankenversicherungsbeiträge selbst tragen müssen. Eine beitragsfreie Mitversicherung allein wegen des Ehegattenstatus ist daher weder systemgerecht noch mit dem Gleichbehandlungsgrundsatz überzeugend zu begründen. Vor dem Hintergrund, dass das Haushaltsnettoeinkommen von älteren Paaren im Durchschnitt bei rund 4.000 € im Monat liegt[2], lässt sich auch kaum behaupten, dass ein eigener Krankenversicherungsbeitrag von Ehegatten grundsätzlich unzumutbar wäre. Auch hier gilt: Falls dennoch eine Begünstigung von Ehegatten nach der Regelaltersgrenze gewollt ist, dann müsste hierfür eine Steuerfinanzierung vorgesehen werden, weil die Finanzierung von Krankenversicherungsschutz von Nichtmitgliedern keine Aufgabe der Mitglieder einer Krankenversicherung und ihrer Arbeitgeber ist.

[2] BMAS (2024): Alterssicherungsbericht 2024, S. 85. BMAS (2024): Alterssicherungsbericht 2024, S. 85. [Letzter Abruf: 9. April 2026]. Gemäß dem Alterssicherungsbericht betrug im Jahr 2023 das Haushaltsnettoeinkommen von Paarhaushalten im Alter ab 65 Jahren 3.759 € im Monat. Unter Berücksichtigung der zwischenzeitlichen Renten- und Einkommenssteigerungen ist von einer Höhe von rund 4.000 € auszugehen.

2. Kaum spürbare Erwerbsanreize

Es wird die Chance vertan, durch die Abschaffung der beitragsfreien Mitversicherung spürbare Erwerbsanreize für den nicht erwerbstätigen Ehegatten zu setzen. Denn anders als von der Kommission empfohlen, soll kein eigener Beitrag für den nicht erwerbstätigen Ehegatten geleistet werden, sondern der erwerbstätige Ehegatte durch einen höheren Lohnabzug belastet werden. Dabei zeigen alle Erfahrungen, dass das Preissignal durch lohnbezogene Krankenkassenbeiträge deutlich schwächer ist als durch Fixbeträge. Zudem erreicht das Preissignal durch den zusätzlichen Krankenkassenbeitrag den bislang beitragsfrei mitversicherten Ehegatten höchstens dann, wenn er oder sie die Entgeltbescheinigung des Partners auswertet. Erreicht wird dagegen der erwerbstätige Ehepartner, dessen Gehalt beim geplanten Start der Neuregelung im Jahr 2028 mit Krankenversicherungsbeiträgen von über 20 % und von Sozialversicherungsbeiträgen in Höhe von mehr als 47 % (!) belastet würde. Dabei ist die Lohnsteuer noch nicht einmal berücksichtigt. Die negativen Erwerbsanreize durch höhere Sozialbeiträge für den erwerbstätigen Ehepartner könnten sogar die möglichen positiven Erwerbsanreize auf den nicht erwerbstätigen Ehepartner übersteigen. Besonders belastet würden betroffene Ehepartner, die bis zur Beitragsbemessungsgrenze Beiträge zahlen. Ihr Krankenversicherungsbeitrag würde im Vergleich zu heute von 1.029 € auf voraussichtlich 1.333 € monatlich steigen (+ 30 %).

3. Erhebliche zusätzliche Bürokratie für Arbeitgeber

Zudem würde die Erhebung des geplanten Zusatzbeitrags zwangsläufig neue Bürokratie und Kosten für die Arbeitgeber bedeuten, weil sie nach dem Gesetzentwurf – entgegen dem Kommissionsvorschlag – unentgeltlich mit dem Beitragseinzug für Dritte, nämlich für die Ehegatten ihrer Beschäftigten, beauftragt werden sollen. Dieser Aufwand könnte sich als erheblich herausstellen, weil Arbeitgeber hierfür Informationen zu den Ehegatten ihrer Beschäftigten benötigen, über die sie bislang nicht verfügen und aus Datenschutzgründen auch nicht verfügen dürfen. Zudem führen auch Konstellationen der Mehrfachbeschäftigung sowie des Bezugs von Entgeltersatzleistungen, von Renten- oder Versorgungsleistungen und von Leistungen nach SGB II bzw. SGB III zu Schwierigkeiten bei der Erhebung des geplanten Zusatzbeitrages.

Wenn trotz aller Nachteile der Ehegattenbeitrag als Abzug vom Lohn des Partners erhoben werden soll, sollten zur Vermeidung der genannten Probleme die Krankenkassen mit dem Einzug beauftragt werden. Sie müssen ohnehin bereits gemäß Sozialgesetzbuch das Vorliegen der Voraussetzungen der Familienversicherung prüfen. Dieser Pflicht folgend könnten sie auch den Einzug durchführen. Zur konkreten Durchführung könnten sie von den Arbeitgebern eine Entgeltbescheinigung (analog zu anderen Verfahren, wie z. B. bei der Krankengeldzahlung) oder die Monatsmeldung (Abgabegrund 58) vom Arbeitgeber anfordern, um auf dieser Basis den Beitrag zu berechnen und einzuziehen.

Sollte den Arbeitgebern trotz aller Nachteile dennoch der Einzug des Zusatzbeitrags aufgebürdet werden, muss zumindest in § 10 Abs. 6 SGB V eine Anhörung der BDA und des BMAS bei der Festlegung des einheitlichen Verfahrens und der einheitlichen Meldevordrucke durch den GKV-Spitzenverband in Analogie zu § 28a Abs. 3e SGB IV vorgesehen werden. Zudem bedarf es in diesem Fall auch einer klaren Regelung der Haftungsfragen bei rückwirkenden Korrekturen des fehlenden Anspruchs auf Familienversicherung und für Betriebsprüfungen nach § 28p SGB IV.

Ausgaben für Krankengeld deutlich stärker begrenzen

Die vorgesehenen Maßnahmen zum Krankengeld beschränken sich auf Missbrauchsbegrenzung und die Beseitigung von Fehlanreizen. Damit wird viel Einsparpotenzial verschenkt. Seit dem Jahr 2015 gab es im Bereich des Krankengeldes ein überproportionales Wachstum. Die aktuellen Prognosen gehen von einer Fortsetzung des jährlichen Wachstums für die nächsten Jahre aus. Eine Begrenzung der Leistungen ist auch zumutbar, denn Deutschland leistet sich derzeit im internationalen Vergleich mit die großzügigste Absicherung im Krankheitsfall, sowohl in Bezug auf die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall als auch auf das Krankengeld.

- **Höhe des Krankengelds reduzieren:** Die noch im Referentenentwurf vorgesehene Absenkung des Krankengeldzahlbetrages sollte wieder in das Gesetz aufgenommen werden, um systematische Fehlanreize zu verhindern. Deutschland bietet mit die großzügigste Absicherung im Krankheitsfall sowohl was die Dauer als auch die Höhe der Leistungen angeht. Eine Begrenzung der Leistungen wäre vor diesem Hintergrund zumutbar. Zudem zeigt die Analyse der FinanzKommission Gesundheit im Bereich des Krankengeldes seit 2025 ein überproportionales Wachstum, das sich gemäß der aktuellen Prognosen fortsetzen dürfte und beitragssatzsteigernd wirkt.

- **Krankengeld auf maximal 52 Wochen begrenzen:** Die maximale Bezugsdauer des Krankengeldes von bis zu 78 Wochen sollte auf maximal 52 Wochen begrenzt werden. Die Leistungsdauer für Krankengeld ist in Deutschland deutlich länger als in den übrigen europäischen Ländern. Dort beträgt die Dauer der Leistungen im Krankheitsfall oftmals 52 Wochen oder weniger. Eine Befristung auf 52 Wochen ist auch sachgerecht, weil im Falle einer über ein Jahr währenden Krankheit eine zumindest vorübergehend verminderte Erwerbsfähigkeit vorliegt. Die Absicherung dieses Risikos ist jedoch nicht Aufgabe der Krankenversicherung, sondern der Rentenversicherung (Erwerbsminderungsrente). Zudem besteht beim Bezug einer Erwerbsminderungsrente eine größere Chance, dass Betroffene zu einer Reha-Maßnahme bereit sind, weil sie in diesem Fall vom höheren Übergangsgeld profitieren.

- **Krankengeld generell bei Rentenbezug ausschließen:** Der Anspruch auf Krankengeld bei Bezug einer Teilrente sollte vollständig ausgeschlossen werden. Der Gesetzentwurf will den Krankengeldanspruch nur dann entfallen lassen, wenn eine Teilrente von mindestens zwei Dritteln der Vollrente bezogen wird. Diese Differenzierung überzeugt nicht. Teilrentner sind bei länger andauernder Krankheit bereits durch ihre Rentenleistung abgesichert. Reicht die Teilrente im Einzelfall nicht aus, besteht zudem jederzeit die Möglichkeit, kurzfristig in eine Vollrente zu wechseln. Ein zusätzlicher Anspruch auf Krankengeld ist deshalb nicht erforderlich. Hinzu kommt, dass beschäftigte Rentner wegen der weggefallenen Hinzuverdienstgrenzen nach der Genesung wieder uneingeschränkt zur Rente hinzuverdienen können, ohne dass eine Rentenkürzung droht.

Teilarbeitsunfähigkeit zurückstellen

Die Einführung einer Teilarbeitsunfähigkeit sollte mit Blick auf die erheblichen damit verbundenen Auswirkungen auf die betriebliche Praxis zunächst auf ihre möglichen Auswirkungen überprüft und ausgetestet werden. Im positiven Fall könnte eine Teilarbeitsunfähigkeit dazu führen, dass Beschäftigte dadurch mit

reduzierter Arbeitszeit früher an den Arbeitsplatz zurückkehren und die Wiedereingliederungschancen erhöhen. Genauso möglich ist jedoch, dass krankheitsbedingte Fehlzeiten verlängert werden, weil Beschäftigte künftig nicht gleich vollständig, sondern nur stundenweise wieder mit dem Arbeiten anfangen.

Fraglich ist zudem, inwieweit nicht voll arbeitsfähige Beschäftigte im Einzelfall in Betrieben beschäftigt werden können und dürfen. Hierbei stellen sich viele Fragen, auch mit Blick auf die Arbeitssicherheit. Diese lassen sich nicht im Rahmen eines Reformvorhabens, bei dem nur wenige Tage zur Beratung vorgesehen sind, klären. Hierfür bedarf es vielmehr einer vertieften Befassung. Im Vergleich zu den zahlreichen anderen Maßnahmen des Gesetzentwurfs, die zur Begrenzung der stark gestiegenen Krankengeldaufwendungen ergriffen werden können, ist die Einführung einer Teilarbeitsunfähigkeit ohnehin nicht vorrangig.

Wichtig ist in jedem Fall, dass eine Arbeitsaufnahme bei Teilarbeitsfähigkeit nur mit Zustimmung des Arbeitgebers möglich ist, so wie es der Gesetzentwurf auch vorsieht. Denn nur der Arbeitgeber kann entscheiden, ob die zu erbringende Arbeit auch unter den gesundheitlichen Einschränkungen der betroffenen Beschäftigten in Teilzeit erbracht werden kann.

Die Einführung einer Teilarbeitsunfähigkeit ist mit erheblichen grundsätzlichen und praktischen Fragen verbunden. Zentrale Fragen zur konkreten Ausgestaltung, insbesondere hinsichtlich Abrechnungssystematik, arbeitsrechtlicher Einordnung und sozialversicherungsrechtlicher Folgen, sind bislang nicht geklärt.

- Für die Arbeitgeber entstünde bei Einführung der Teilarbeitsunfähigkeit ein zusätzlicher Prozess zur Erfassung und Verarbeitung differenzierter Arbeitsunfähigkeitsdaten. Notwendig würden umfangreiche Anpassungen der Abrechnungssoftware, der Zeitwirtschaftssysteme sowie ggf. der Meldewege. Voraussetzung für die Einführung wäre die verpflichtende und einheitliche Teilnahme aller Ärztinnen und Ärzte sowie weiteren Beteiligten am Verfahren der elektronischen Arbeitsunfähigkeit. Bereits heute bestehen parallele Verfahren, insbesondere durch nicht gesetzlich krankenversicherte Beschäftigte, sowie durch Störfälle im Verfahren der elektronischen Arbeitsunfähigkeit, die die Prozesse verkomplizieren.

- Unklar ist, wie die eingeschränkte Arbeitsfähigkeit in den Entgeltabrechnungs- und Zeitwirtschaftssystemen abgebildet werden kann. Gegebenenfalls müssten Mitarbeitende für den Zeitraum der Teilarbeitsunfähigkeit administrativ und manuell als Teilzeitbeschäftigte geführt werden, obwohl das Arbeitsverhältnis dem Grunde nach in Vollzeit fortbesteht. Dies steht im Widerspruch zu bestehenden, weitgehend digitalisierten und automatisierten HR-Prozessen, die typischerweise von klaren Statuszuordnungen (arbeitsfähig/arbeitsunfähig, Vollzeit/Teilzeit) ausgehen. Fraglich ist, wie eine solche Zwischenkategorie sachgerecht, fehlerfrei und rechtssicher in die bestehenden Systeme integriert werden kann, ohne erhebliche Systemanpassungen, manuelle Nacharbeiten und erhöhte Fehleranfälligkeit zu verursachen. Es wäre eine Umstellung der kompletten Abrechnungs- und Bescheinigungslogik erforderlich. Zusätzlich bräuchte es eine korrespondierende Anpassung des § 23c SGB IV (“nicht beitragspflichtige Einnahmen").

- Im Zuge der Einführung der Teilarbeitsunfähigkeit müsste zudem der Datensatz der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) erweitert werden. Eine entsprechende Anpassung des § 109

SGB IV ist im vorliegenden Entwurf bislang nicht vorgesehen; wäre aber dann folgerichtig. In diesem Zusammenhang bestünde zugleich die Möglichkeit, die Einführung eines Push-Verfahrens sowie eine Erweiterung des Datensatzes um Angaben zur Form der Anamnese zu berücksichtigen.

- Für eine rechtssichere Umsetzung müssten entsprechende Grundsätze (eAU, EEL, AAG u.a.) durch den GKV-Spitzenverband festgelegt werden. Um sicherzustellen, dass diese auch praxistauglich sind, ist eine Anhörung der BDA und des BMAS analog zu § 28a ABS. 3e SGB IV vorzusehen. Aufgrund der vorgegebenen gesetzlichen Verfahrensweisen und einer notwendigen Umsetzung in das Basismodul aller Entgeltabrechnungsprogramme ist eine praktische Umsetzung ab 1. Januar 2027 unrealistisch.

Die für die Erweiterung des elektronischen Arbeitsunfähigkeitsverfahrens im Zuge der Einführung einer Teilkrankschreibung angesetzten 5 Mio. € Erfüllungsaufwand sind daher zu gering angesetzt. Die Schätzung bildet weder den Umfang der erforderlichen IT-Anpassungen in den Entgeltabrechnungs- und Personalverwaltungssystemen noch den zusätzlichen Personalaufwand für die Verarbeitung differenzierter Krankmeldungen sowie den erhöhten Informations- und Aufklärungsaufwand gegenüber den Beschäftigten angemessen ab. Der daraus resultierende laufende Mehraufwand für Arbeitgeber wird damit systematisch unterschätzt und sollte im Rahmen der Erfüllungsaufwandsermittlung realistisch nachjustiert werden.

Verwaltungs- und Werbeausgaben der Krankenkassen begrenzen – Unnötige Eingriffe in die Autonomie der Selbstverwaltung vermeiden

Es ist zu begrüßen, dass die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen begrenzt werden sollen. Sie sind zwar im Verhältnis zu den Leistungsausgaben niedrig, in ihrer absoluten Höhe mit 13,3 Mrd. € (2025) aber erheblich und es bestehen durchaus Effizienzpotenziale. Deshalb ist die Begrenzung des jährlichen Anstiegs der Verwaltungsausgaben auf die Grundlohnrate zu begrüßen. Richtig und wichtig ist allerdings, dass in der Begründung festgehalten wird, dass die Aufsichtsbehörden eine wirtschaftlich gerechtfertigte, vorübergehende Überschreitung des zulässigen Anstiegs der Verwaltungsausgaben tolerieren können. Denn eine vorübergehende Überschreitung kann z. B. bei IT-Investitionen notwendig sein. Gerade im Bereich der elektronischen Patientenakte und dem europäischen Gesundheitsdatenraum stehen große Projekte und Investitionen an. Wenn diese Investitionen gemeinschaftlich (z. B. über ARGEn oder den GKV-Spitzenverband) erfolgen, sollten auch die diesbezüglichen Beiträge der Einzelkassen zu diesen Institutionen von der Begrenzung ausgenommen werden können. Vorübergehende Überschreitungen der Verwaltungsausgabenobergrenze durch einzelne Krankenkassen sollten allerdings durch verminderte Verwaltungsausgaben in den Folgejahren kompensiert werden. Die vorgesehene Ausnahme von der Verwaltungskostenobergrenze für die Durchführung der Sozialwahlen sollte nicht nur für die Durchführung von Online-Wahlen gelten, weil alle mit den Sozialversicherungswahlen entstehenden Ausgaben außerordentlich sind und nur alle sechs Jahre anfallen.

Zu begrüßen ist auch die im Gesetzentwurf vorgesehene Halbierung der Werbeausgaben-Obergrenze der Krankenkassen. Zu Recht ist auch vorgesehen, dass bei Werbemaßnahmen der Krankenkassen die sachbezogene Information im Vordergrund stehen muss. Der Krankenkassenwettbewerb kann seine gewünschte Wirkung nur entfalten, wenn Informationen zur Qualität oder zum Preis einer Krankenkasse bekannt sind. Banden- oder Trikotwerbung erfüllen diesen Anspruch nicht und kosten nur unnötig

Beitragsgelder. Im Gegenteil wird der gewünschte Wettbewerb um Qualität und Preise sogar geschwächt, wenn der Wettbewerb um Mitglieder mit sachfremden Aspekten – wie z. B. der Popularität von Fußballclubs – geführt wird.

In ihrem zweiten Bericht, der Strukturreformen vorschlagen soll, sollte die FinanzKommission weitere Vorschläge zur Begrenzung von Verwaltungskosten vorlegen. Die Arbeitgeber haben Vorschläge für eine effiziente Organisation der Sozialversicherungsträger bereits vorgelegt[3].

Unterbleiben sollte dagegen das Verbot von Vergütungserhöhungen für Vorstandsmitglieder und außertariflich bezahlte Führungskräfte unterhalb der Vorstandsebene der Krankenkassen und ihrer Verbände während eines Zeitraums von sechs Jahren seit der letzten Vergütungsanpassung und die einheitliche Deckelung der Vergütungserhöhungen auf den Anstieg der Grundlohnrate (§§ 410, 411 SGB-V-E). Zum einen greift eine solche Vorgabe tief in die Autonomie und Rechte der sozialen Selbstverwaltung ein, wenn sie nicht mehr über die Vergütung ihrer Führungskräfte entscheiden kann. Sie widerspricht auch der im Koalitionsvertrag (S. 15) vereinbarten Stärkung der sozialen Selbstverwaltung. Zudem kann damit auch keine Ausgabenbegrenzung erreicht werden, weil evtl. geringere Vergütungen von Führungskräften den Krankenkassen zusätzlichen Spielraum zur Ausfüllung des neuen Verwaltungskostendeckels (§ 4 Abs. 5 SGB-V-E) geben würde.

Eigenverantwortung der Versicherten stärker ausbauen

Die vorgesehene Anhebung der Zuzahlungsbegrenzungen um 50 % (Mindestbetrag von 5 auf 7,50 €; Höchstbetrag von 10 auf 15 €) ist richtig. Die derzeit geltenden Zuzahlungen bzw. deren Mindest- (5 €) und Höchstbeträge (10 €) sind seit dem 1. Januar 2004 konstant und wurden seither der allgemeinen Lohn- und Preisentwicklung nicht angepasst. Damit haben sie erheblich real an Wirkung verloren. Die ebenfalls vorgesehene Anpassung und Dynamisierung der Zuzahlungen durch die Bindung an die Grundlohnrate ist daher sehr zu begrüßen, weil so eine Entwertung von Zuzahlungen künftig vermieden wird und die ursprüngliche Bedeutung der Zuzahlungen erhalten bleibt.

Die Eigenverantwortung der Versicherten sollte aber noch darüber hinaus ausgebaut werden. Versicherte sollten durch geeignete Regelungen zu einem wirtschaftlichen Verhalten, zu Kostenverantwortung und zu einem gesundheitsbewussten Verhalten motiviert werden. Folgende zusätzliche Maßnahmen sollten daher ergriffen werden:

- **Belastungsgrenze anheben:** Die heute geltende Belastungsobergrenze für Selbstbeteiligungen sollte von 2 auf 3 % der jährlichen Bruttoeinnahmen angehoben werden. Eine solche Belastungsgrenze reicht aus, um eine Überforderung des Einzelnen zu verhindern und gewährleistet, dass auch im späteren Verlauf eines Jahres noch die gewünschte Steuerungswirkung der Zuzahlungsregelungen gegeben ist.

- **Kostentransparenz herstellen:** Damit die Versicherten die Leistungen bewusst in Anspruch nehmen und die abgerechneten ärztlichen Leistungen überprüfen können, müssen unterstützend auch

[3] BDA (2025): Sozialversicherungsträger effizient organisieren und Soziale Selbstverwaltung stärken, https://arbeitgeber.de/themen/sozialpolitik-und-soziale-sicherung/soziale-selbstverwaltung/. [Letzter Abruf: 6. April 2026].

Transparenz und Information der Versicherten erhöht werden. Deshalb sollten die Versicherten bei Leistungsinanspruchnahme automatisch – und nicht nur auf Anfrage – eine Aufstellung aller Leistungen und Kosten in übersichtlicher Form (Patientenquittung nach § 305 SGB V) erhalten. Die Patientenquittung sollte automatisch in die elektronische Patientenakte eingestellt werden. Damit wäre auch kein zusätzlicher Bürokratieaufwand verbunden, denn alle hierfür notwendigen Informationen liegen in der Praxisverwaltungssoftware ohnehin vor. Zudem sollte jede Krankenkasse die Wahl haben, vom Sachleistungs- auf das Kostenerstattungsprinzip umzustellen. Das würde die bewusste Leistungsinanspruchnahme durch die Versicherten weiter fördern.

- **Kontaktgebühr bei Arztbesuchen einführen:** Arztbesuche sollten nicht länger als einzige Gruppe unter den Leistungserbringern von Selbstbeteiligungen ausgenommen bleiben. Dies gilt ganz besonders, weil Selbstbeteiligungen bei Arztbesuchen Anreize zu gesundheits- und kostenbewusstem Verhalten, also Steuerungswirkung, entfalten können. Eine Kontaktgebühr bei jedem Arztkontakt/Ambulanzkontakt würde eine bessere Steuerungswirkung entfalten als die bis Ende 2012 erhobene Praxisgebühr von 10 €, die bei Arztbesuchen einmalig im Quartal anfiel. Ihre Abschaffung war ein Fehler. Sie hat die Krankenkassen und damit die Beitragszahlenden mit rund 2°Mrd. € zusätzlich belastet. Die Praxisgebühr hätte jedoch weiterentwickelt werden müssen, da sie in der alten Form nicht ihre optimale Steuerungswirkung entfalten konnte. Mit einer bei jedem Arztkontakt/Ambulanzkontakt erhobenen Kontaktgebühr ließe sich sowohl eine – moderate – Ausweitung der Selbstbeteiligung als auch eine gegenüber der Praxisgebühr verbesserte Steuerung erreichen. Die Zahl unnötiger Arztbesuche und „Ärzte-Hopping“ könnte reduziert und damit Wartezeiten verkürzt und Praxen entlastet werden. Die FinanzKommission Gesundheit hat – trotz einer grundsätzlich positiven Bewertung der Kontaktgebühr – vor dem Hintergrund der geplanten Einführung eines Primärversorgungssystems und einer umfassenden Reform der Notfallversorgung von einem Vorschlag zu einer Kontaktgebühr abgesehen, da sie es derzeit als verfrüht und nicht als sachgerecht ansieht, eine konkrete Empfehlung für oder gegen die Einführung einer Kontaktgebühr auszusprechen. Wenn deshalb im Rahmen dieses Gesetzgebungsverfahrens auf eine Einführung einer Kontaktgebühr verzichtet wird, dann gilt umso mehr, dass sowohl bei der Reform der Notfallversorgung als auch bei der Einführung eines Primärversorgungssystems wirksame Steuerungsmechanismen und finanzielle Anreize für eine wirtschaftliche Inanspruchnahme von Leistungen vorgesehen werden müssen. Die Vorschläge der Arbeitgeber für ein Primärversorgungsmodell und eine Reform der Notfallversorgung liegen vor[4].

Keine Lenkungssteuern einführen

Von der angekündigten Einführung einer Abgabe auf zuckergesüßte Getränke sollte abgesehen werden. Die GKV hat – wie auch die FinanzKommission festgestellt hat – kein Einnahmen-, sondern ein Ausgabenproblem. Hinzu kommt, dass eine Abgabe auf zuckergesüßte Getränke selektiv und sachlich nicht überzeugend ist. Hoher Zuckerkonsum hat auch in vielen anderen Lebensmitteln gesundheitlich relevante Wirkungen, diese bleiben jedoch weiterhin steuerlich begünstigt. Der Präventionsanspruch wird dadurch unterlaufen. Zudem ist die empirische Basis, dass sich durch Steuern auf zuckergesüßte Getränke positive gesundheitliche Effekte erreichen ließen, äußerst dünn. Wirksamer als fiskalische Lenkungsinstrumente

[4] BDA (2025): Vorschläge der Arbeitgeber für eine Gesundheitsreform 2026, S.6 f. https://arbeitgeber.de/wp-content/uploads/bda-arbeitgeber-positionspapier-vorschlaege_der_arbeitgeber_fuer_eine_gesundheitsreform-2025_10_20.pdf. [Letzter Abruf; 9. April 2026].

sind Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz und Eigenverantwortung sowie präventive Ansätze, die nachhaltige Lebensstiländerungen fördern.

Zudem besteht die große Gefahr, dass entgegen der jetzigen Willensbekundung, die Einnahmen aus einer Abgabe auf zuckergesüßte Getränke nicht der gesetzlichen Krankenversicherung zugutekommen, sondern am Ende der Sanierung des Staatshaushalts dienen, da eine zweckgebundene Erhebung nach dem Nonaffektationsprinzip nicht möglich ist und etwaige Absichtserklärungen jederzeit geändert werden können.

Ausgaben im Arzneimittelbereich auch durch Absenkung der Mehrwertsteuer begrenzen

Im Zuge der angestrebten Rückkehr zu einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik ist es konsequent, auch den Arzneimittelbereich einzubeziehen. Darüber hinaus sollte die Mehrwertsteuer auf Arzneimittel (wie auch auf Heilmittel) auf den reduzierten Satz (7 %) abgesenkt werden. EU-weit erhebt Deutschland mit den höchsten Steuersatz auf Arzneimittel. Es ist nicht nachzuvollziehen, warum (lebens-)notwendige Arzneimittel höher besteuert werden als z. B. Süßigkeiten oder Katzenfutter, für die der reduzierte Mehrwertsteuersatz gilt.

Ansprechpartner:

BDA | Die Arbeitgeber.
Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände
Abteilung Soziale Sicherung
T +49 30 2033-1600
soziale.sicherung@arbeitgeber.de

Die BDA organisiert als Spitzenverband die sozial- und wirtschaftspolitischen Interessen der gesamten deutschen Wirtschaft. Wir bündeln die Interessen von einer Million Betrieben mit rund 30,5 Millionen Beschäftigten. Diese Betriebe sind der BDA durch freiwillige Mitgliedschaft in Arbeitgeberverbänden verbunden.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(34)
gel. VB zur öffent. Anh. am
22.06.2026 - GKV
18.06.2026

efpia
European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations

EFPIA-Stellungnahme | 18. Juni 2026

Was in Deutschland geschieht, hat Auswirkungen weit über Deutschland hinaus

Die Frage ist nicht länger, ob Europa vor einer Herausforderung für seine Wettbewerbsfähigkeit steht. Die entscheidende Frage ist vielmehr, ob wir bereit sind, dieser Herausforderung mit dem notwendigen Ehrgeiz und der gebotenen Dringlichkeit zu begegnen.

Europa verfügt nach wie vor über erhebliche Stärken. Es beheimatet weltweit führende Universitäten, Forschungseinrichtungen und wissenschaftliche Talente sowie Gesundheitssysteme, die auf dem Prinzip einer solidarischen Gesundheitsversorgung beruhen. Diese Stärken bilden eine solide Grundlage für zukünftiges Wachstum, dürfen jedoch nicht als selbstverständlich angesehen werden.

Deutschland kommt in dieser Debatte eine besondere Bedeutung zu. Als größter Pharmamarkt Europas und eines der führenden Innovationsökosysteme des Kontinents haben politische Entscheidungen in Deutschland Auswirkungen weit über die nationalen Grenzen hinaus. Das AMNOG-Verfahren gilt seit vielen Jahren international als ein Referenzmodell für die Balance zwischen der finanziellen Nachhaltigkeit der Gesundheitssysteme und einem schnellen Zugang der Patientinnen und Patienten zu innovativen Arzneimitteln.

Trotz anhaltender Diskussionen über einzelne Elemente des Systems und des aus Sicht der pharmazeutischen Industrie bestehenden Verbesserungsbedarfs hat insbesondere der unmittelbare Marktzugang neuer Arzneimittel nach ihrer europäischen Zulassung wesentlich dazu beigetragen, Deutschlands Ruf als attraktiven Innovationsstandort und als Land mit einer hochwertigen Gesundheitsversorgung zu stärken.

Diese Ausgewogenheit zählt zu den wesentlichen Stärken des deutschen Systems und sendet ein wichtiges Signal an internationale Investoren.

Vor dem Hintergrund möglicher zukünftiger Reformen ist es daher entscheidend, nicht nur deren Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben zu betrachten, sondern auch ihre Folgen für Innovation, Wettbewerbsfähigkeit und die Attraktivität des Standorts für Investitionen. Veränderungen des deutschen Rahmens werden unweigerlich beeinflussen, wie innovative pharmazeutische Unternehmen Europa als Standort für Forschung, Entwicklung, Produktion und Markteinführungen bewerten. Was in Deutschland geschieht, hat daher Auswirkungen weit über Deutschland hinaus.

Während Europa seine Wettbewerbsfähigkeit durch Initiativen wie den Competitiveness Compass, die Life Sciences Strategy, den Biotech Act und den Critical Medicines Act stärken will, sollten nationale Reformen diese Ziele unterstützen – und nicht untergraben. Europa kann nicht den Anspruch erheben, weltweit führend im Bereich der Life Sciences zu werden, während gleichzeitig auf nationaler Ebene die Rahmenbedingungen für Innovation und Investitionen geschwächt werden.

Wenn wir ein weltweit wettbewerbsfähiges Life-Sciences-Ökosystem, mehr Resilienz, eine nachhaltige Gesundheitsversorgung, hochwertige Arbeitsplätze und einen schnelleren Zugang zu Innovationen schaffen wollen, müssen wir heute die richtigen Entscheidungen treffen.

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Innovation durch moderne, nachhaltige und verlässliche Gesundheits- und Erstattungssysteme angemessen zu honorieren, ist nicht nur eine gesundheitspolitische Notwendigkeit. Es ist zugleich eine wirtschafts-, industrie- und wettbewerbspolitische Voraussetzung für die Zukunft Deutschlands und Europas.

Die Wettbewerbsfähigkeit Europas steht auf dem Spiel

In den vergangenen zehn Jahren sind die weltweiten Investitionen in pharmazeutische Forschung und Entwicklung um nahezu 60 Prozent gestiegen. Allein im Jahr 2024 investierte die innovative pharmazeutische Industrie 55 Milliarden Euro in Forschung und Entwicklung in Europa, davon 44 Prozent in klinische Studien. Gleichzeitig sichert die Branche europaweit 2,6 Millionen Arbeitsplätze. Im Jahr 2025 erreichten die Pharmaexporte der EU ein Volumen von 366,5 Milliarden Euro und machten den Sektor zum größten positiven Beitragenden zur europäischen Handelsbilanz. Ohne die pharmazeutische Industrie würde Europa von einem Handelsüberschuss von 130 Milliarden Euro in ein Handelsdefizit von 88 Milliarden Euro rutschen.

Dennoch verliert Europa im globalen Wettbewerb um Innovationen, Investitionen und Talente zunehmend an Boden. Dies hat immer stärkere Auswirkungen – nicht nur auf die europäische Wirtschaft, sondern auch auf die Patientinnen und Patienten. Der Zugang zu innovativen Arzneimitteln verschlechtert sich: Der Anteil neuer Arzneimittel, die vollständig in den nationalen Erstattungssystemen verfügbar sind, ist von 42 Prozent im Jahr 2019 auf lediglich 29 Prozent im Jahr 2024 gesunken.

Gleichzeitig verlagern sich Investitionen und Forschungsaktivitäten zunehmend in Regionen, die Unternehmen mehr Planungssicherheit, attraktivere Rahmenbedingungen und ein klareres Bekenntnis zu Innovation bieten.

Diese Entwicklungen finden vor dem Hintergrund zunehmender geopolitischer Unsicherheiten und wachsender handelspolitischer Spannungen statt. Die jüngsten Diskussionen über Zölle auf pharmazeutische Produkte sowie umfassendere transatlantische Handelsmaßnahmen verdeutlichen, wie wichtig es ist, Europas Attraktivität als Standort für Forschung, Entwicklung und Produktion zu erhalten. In einer Zeit, in der globale Investitionsentscheidungen immer stärker von politischen und regulatorischen Rahmenbedingungen beeinflusst werden, sollte Europa die Faktoren stärken – und nicht schwächen –, die Innovation und Wettbewerbsfähigkeit fördern.

Europa steht daher vor einer strategischen Entscheidung. Es kann die Voraussetzungen schaffen, die Investitionen anziehen, Innovation belohnen und Europas Fähigkeit stärken, die Arzneimittel der Zukunft zu erforschen, zu entwickeln und zu produzieren. Oder es setzt seinen bisherigen Kurs fort und riskiert, dass Forschung, Investitionen, Produktion und hochwertige Arbeitsplätze zunehmend in andere Regionen der Welt verlagert werden.

Nationale Preisbildungs- und Erstattungssysteme stehen im Zentrum dieser Entscheidung. Sie bestimmen nicht nur, wie Arzneimittel finanziert werden, sondern beeinflussen auch, ob Patientinnen und Patienten zeitnah von Innovationen profitieren können. Gleichzeitig prägen sie Investitionsentscheidungen maßgeblich. Lange Verfahrensdauern, mangelnde Planbarkeit und ein einseitiger Fokus auf kurzfristige Kostendämpfung senden Signale aus, die weit über die Gesundheitsbudgets hinausreichen. Sie beeinflussen die Entscheidung darüber, wo Unternehmen klinische Studien durchführen, Forschungspartnerschaften eingehen, Produktionskapazitäten aufbauen und innovative Arzneimittel auf den Markt bringen.

Effiziente, nachhaltige und innovationsfreundliche Preisbildungs- und Erstattungssysteme hingegen können einen wichtigen Beitrag zu wirtschaftlichem Wachstum, höherer Wettbewerbsfähigkeit und besseren Gesundheitsergebnissen leisten. Sie stärken die Attraktivität Europas für Forschungs- und Entwicklungsinvestitionen, schaffen hochqualifizierte Arbeitsplätze und tragen dazu bei, dass Patientinnen und Patienten schneller von medizinischem Fortschritt profitieren.

EFPIA Statement | 18 June 2026

English

What happens in Germany matters beyond Germany

The question is no longer whether Europe faces a competitiveness challenge. The question is whether we are prepared to act with sufficient ambition and urgency to address it.

Europe starts from a position of considerable strength. It remains home to world-leading universities, research institutions and scientific talent and a healthcare model that provides universal health coverage to its citizens. These assets provide a strong foundation for future growth but cannot be taken for granted.

Germany plays a particularly important role in this debate. As Europe's largest pharmaceutical market and one of its leading innovation ecosystems, decisions taken in Germany have implications well beyond national borders. For many years, the AMNOG framework has been widely recognised internationally as a reference model for balancing budget sustainability with timely patient access to innovation. While there is ongoing debate about specific elements of the system and recent reforms, its ability to provide access to new medicines from the time of regulatory approval has contributed to Germany's reputation as an attractive launch market, a key location for pharmaceutical innovation and contributed to high standards of healthcare provision.

This balance has been a key strength of the German system and an important signal to global investors. It has helped position Germany as a leading destination for research, clinical development and the early introduction of innovative medicines.

As policymakers consider future reforms, it is therefore essential to assess not only their budgetary implications, but also their broader impact on innovation, competitiveness and investment attractiveness. Changes to the German framework will inevitably influence how companies assess Europe as a location for research, development, manufacturing and launch activities. What happens in Germany matters beyond Germany.

At a time when Europe is seeking to strengthen its competitiveness through initiatives such as the Competitiveness Compass, the Life Sciences Strategy, the Biotech Act and the Critical Medicines Act, national reforms should reinforce – not undermine – these objectives. Europe cannot aspire to become a global leader in life sciences while simultaneously weakening the conditions that support innovation and investment.

If we want a globally competitive life sciences ecosystem, greater resilience, sustainable patient care, high-quality jobs and faster patient access to innovation, we must make the right choices today.

Valuing innovation through modern, sustainable and predictable healthcare and reimbursement systems is not only a health policy imperative. It is an economic, industrial and competitiveness imperative for Germany and for Europe.

The stakes for Europe's future competitiveness could not be higher

Over the last decade, global pharmaceutical R&D investment has increased by almost 60%. In 2024 alone, the innovative pharmaceutical industry invested €55 billion in research and development in Europe, with 44% dedicated to clinical trials, while supporting 2.6 million jobs across the region. In 2025, EU pharmaceutical exports reached €366.5 billion, making the sector the largest contributor to Europe's trade balance. Without the pharmaceutical industry, Europe would move from a trade surplus of €130 billion to a trade deficit of €88 billion.

Yet, Europe is steadily losing ground in the global competition for innovation, investment and talent. This increasingly has consequences not only for Europe's economy, but also for patients. Access to innovative medicines is deteriorating with the proportion of new medicines fully available on public reimbursement lists falling from 42% in 2019 to just 29% in 2024. At the same time, investment and research activity are increasingly shifting to regions that offer greater predictability, stronger incentives and a clearer commitment to innovation.

These developments are taking place against a backdrop of increasing geopolitical uncertainty and growing trade tensions. Recent discussions on pharmaceutical tariffs and broader transatlantic trade measures underline the importance of maintaining Europe's attractiveness as a location for research, development and manufacturing. At a time when global investment decisions are becoming more sensitive to policy and regulatory conditions, Europe should seek to strengthen—not weaken—the factors that support innovation and competitiveness.

Europe therefore faces a strategic choice. It can create the conditions that attract investment, reward innovation and strengthen its capacity to discover, develop and manufacture the medicines of the future. Or it can continue on its current trajectory and risk seeing research, investment, production and high-value jobs increasingly migrate elsewhere.

National pricing and reimbursement systems are central to this choice. They do not simply determine how medicines are funded; they influence whether patients benefit from innovation in a timely manner and shape investment decisions. Long delays, unpredictable procedures and a narrow focus on short-term cost containment send signals that extend far beyond healthcare budgets. They influence where companies conduct clinical trials, establish research partnerships, build manufacturing capacity and launch innovative medicines. Conversely, efficient and sustainable pricing and reimbursement systems that recognise the value of innovation can contribute to economic growth, competitiveness and better health outcomes. They can help attract R&D, support highly skilled jobs and ensure that patients benefit more rapidly from medical advances.

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(35)
gel. VB zur öffent. Anh. am 22.06.2
18.06.2026

18.06.2026

Stellungnahme

zum Entwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung

Der Deutsche Städtetag und der Deutsche Landkreistag bedanken sich für die Einladung zur Anhörung am 22. Juni 2026 und für die Gelegenheit, zum vorgelegten Entwurf eines GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes (GKV-BStabG) Stellung zu nehmen.

Der Deutsche Städtetag und der Deutsche Landkreistag kritisieren

- Die Zielsetzung der Verbesserung der Finanzlage der Krankenkassen ist nachvollziehbar. Unklar bleibt jedoch, warum der Bund seine Verantwortung für die Finanzierung der Gesundheitskosten von SGB-II-Berechtigten nicht ausreichend wahrnimmt. Ein Einsparpotenzial von bis zu 12 Mrd. Euro bleibt ungenutzt.
- Die geplanten Maßnahmen schränken die Vergütung im Krankenhausbereich deutlich ein. Angesichts der angespannten Lage vieler Kliniken besteht die Gefahr, Ziele der Krankenhausreform zu konterkarieren und die Versorgungssicherheit zu gefährden.
- Kommunen dürfen nicht länger als Ausfallbürgen für eine unzureichende Betriebskostenfinanzierung des Bundes herangezogen werden.
- Ansätze zur besseren Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung mit kostendämpfender Wirkung fehlen weitgehend.
- Bislang ist es nicht einmal im Ansatz gelungen, Bürokratie spürbar abzubauen und bestehende Überregulierung zu reduzieren. Gerade hierin läge ein erhebliches Entlastungspotenzial für Krankenhäuser und ihr Personal, das weiterhin ungenutzt bleibt.
- Prävention ist ein zentraler Hebel zur nachhaltigen Entlastung des Gesundheitssystems. Einschnitte im Rahmen des GKV-Sparpakets sind daher kontraproduktiv und abzulehnen; vielmehr muss Prävention deutlich stärker in den Mittelpunkt der Gesundheitspolitik rücken.

Deutscher Landkreistag
Ulrich-von-Hassell-Haus, Lennéstraße 11, 10785 Berlin, Telefon 030 590097-309
E-Mail: info@landkreistag.de; https://www.landkreistag.de/

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Der Deutsche Städtetag und der Deutsche Landkreistag fordern

- Keine Streichung der Tarifrate für kommunal und tarifgebunden tätige Krankenhäuser.
- Beibehaltung des Selbstkostendeckungsprinzips im Pflegebudget oder verbindliche flankierende Maßnahmen, die sicherstellen, dass PpUG-Anforderungen und Leistungsgruppenqualitätskriterien weiterhin erfüllbar bleiben.
- Aussetzung weiterer Sparmaßnahmen im stationären Bereich, bis die Zuweisung der Leistungsgruppen in den Ländern abgeschlossen ist und die Auswirkungen der Vorhaltevergütung für die jeweiligen Krankenhäuser verlässlich feststehen.
- Als ultima ratio erneute Bereitstellung eines befristeten Rechnungszuschlags aus Mitteln des Krankenhaus-Transformationsfonds als Überbrückungsleistung**,** um Krankenhäuser während der Transformationsphase finanziell zu stabilisieren. Obwohl die Mittel grundsätzlich für die Umsetzung der Strukturreformen vorgesehen sind, werden zahlreiche Krankenhäuser ohne kurzfristige Unterstützung die wirtschaftlich kritische Übergangsphase nicht überstehen und die angestrebten Reformen nicht mehr erreichen können.
- Keine isolierten Sparmaßnahmen im Rettungsdienst ohne Berücksichtigung der parallellaufenden Notfallreform und der besonderen Strukturen des Rettungswesens. Erforderlich sind substanzielle Nachbesserungen, um die Versorgungsqualität, die Personalstabilität und die Versorgungssicherheit langfristig zu gewährleisten und negative Auswirkungen auf die Patientenversorgung zu verhindern.

Allgemeine Einschätzung:

Das Ziel, die Sozialbeiträge und Lohnnebenkosten mindestens stabil zu halten, unterstützen wir ausdrücklich. Angesichts der angespannten gesamtwirtschaftlichen Lage ist dies nachvollziehbar. Die vorliegenden Vorschläge im Krankenhausbereich und im Rettungswesen gehen aber über den im Grundsatz nachvollziehbaren Ansatz einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik hinaus. Sie werden zu realen Kürzungen führen. Dabei waren gerade die Krankenhäuser in den vergangenen Jahren nicht die wesentlichen Kostentreiber im Gesundheitswesen und wurden bereits erheblich belastet. Auch das grundlegende Ziel der Krankenhausreform, Bedingungen für einen nachhaltig wirtschaftlichen Betrieb zu erreichen, wurde nicht erreicht.

Durch die im GKV-BStabG vorgesehenen Maßnahmen droht nun eine einseitige Verlagerung der finanziellen Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf Krankenhäuser und Rettungsdienste sowie deren kommunale Träger. Die Summe der im Gesetzentwurf enthaltenen, die Städte und Landkreise betreffenden Maßnahmen überfordert die Kommunen dabei bei weitem. Bereits heute gleichen sie erhebliche Finanzierungslücken aus, um die Versorgung aufrechtzuerhalten. Obwohl die Krankenhäuser fast flächendeckend Rekorddefizite einfahren und allein die Landkreise in den vergangenen Jahren bereits mindestens 25 Mrd. Euro für ihre eigenen Krankenhäuser bereitstellen mussten, sollen die Krankenhäuser nun weitere 5 Mrd. Euro einsparen, allein im kommenden Jahr – was abermals gerade auch kommunale Kliniken treffen wird. Das ist nicht leistbar und treibt einerseits den kalten, ungesteuerten Strukturwandel im Krankenhausbereich voran. Andererseits steigen zugleich die Deckungsbeiträge aus den kommunalen Haushalten, da die Kommunen aufgrund ihres Sicherstellungauftrags ihre Krankenhäuser auch bei dauerhaften Verlusten weiter betreiben müssen. Sie laufen zudem Gefahr, Häuser anderer Träger übernehmen zu müssen, wenn diese den Betrieb einstellen und das Krankenhaus für die Versorgung notwendig ist.

Die dem Gesetzentwurf offenbar zu Grunde liegende Annahme, die Kommunen könnten die durch die vorgeschlagenen Maßnahmen entstehenden, noch höheren Defizite ausgleichen und die Versorgung so sicherstellen, ist falsch. Bei einem Gesamt-Jahresdefizit im Jahr 2025 von ca. 30 Mrd. Euro und einem für das Jahr 2026 zu erwartendes Defizit in der gleichen Größenordnung sind die Kommunen hierzu nicht mehr in der Lage. Wir lehnen daher eine Entlastung der GKV auf Kosten der kommunalen Haushalte, wie im Gesetz faktisch vorgesehen, nachdrücklich ab. Kommunen können nicht dauerhaft Ausfallbürgen für strukturelle Defizite im Gesundheitswesen sein.

Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser ist bereits heute äußerst angespannt. Die jüngsten Anpassungen der Krankenhausreform lösen die bestehenden Finanzierungsprobleme nicht. Zusätzliche Belastungen gefährden daher unmittelbar die stationäre Versorgung. Die vorgesehene Begrenzung der Erlösentwicklung auf die Grundlohnrate bildet die tatsächliche Kostenentwicklung der Krankenhäuser nicht ab und verschärft die bestehende Unterfinanzierung. Zusammen mit weiteren Sparmaßnahmen drohen zusätzliche Standortschließungen, längere Versorgungswege und eine Schwächung der Notfallversorgung.

Bereits das Sparpaket des vergangenen Jahres belastet die Krankenhäuser mit rund 1,8 Milliarden Euro zusätzlich. Ab dem 1. November 2026 droht durch den Wegfall des befristeten Rechnungszuschlags für nachgewiesenermaßen nicht ausgeglichene dauerhafte Kostensteigerungen der Jahre 2022 und 2023 eine weitere Belastung von rund 4 Milliarden Euro. Weitere Kürzungen sind daher nicht vertretbar. Krankenhäuser benötigen stattdessen eine verlässliche und auskömmliche Finanzierung, um ihre Versorgungsaufgaben dauerhaft erfüllen zu können.

Auch im Rettungswesen bestehen in Folge des vorliegenden Entwurfs erhebliche Risiken. Vor diesem Hintergrund braucht es eine zwingende gesetzliche Klarstellung zur Refinanzierung von Kosten im Rettungsdienst, auch derjenigen, die über die Grundlohnrate nach dem neu vorgesehenen § 71 bzw. § 133 SGB V hinausgehen. Ohne substanzielle Nachbesserungen besteht die Gefahr, dass die Versorgungsqualität sowie die Personalstabilität und die Versorgungssicherheit nachhaltig beeinträchtigt werden. Besonders wichtig ist, dass auch im Rettungsdienst die Refinanzierung tariflich bedingter Personalkosten uneingeschränkt sichergestellt bleibt. Denn tarifgebundene Beschäftigung ist eine zentrale Voraussetzung für Personalbindung, Leistungsfähigkeit und Versorgungssicherheit.

Eine erfolgreiche Reform des Gesundheitswesens setzt wirtschaftlich stabile Krankenhäuser voraus. Solange viele Einrichtungen um ihre finanzielle Existenz kämpfen, fehlen die Voraussetzungen für nachhaltige Strukturreformen. Statt weiterer Kürzungen braucht es einen konsequenten Abbau von Bürokratie sowie überbordenden Kontroll- und Prüfverfahren. Hier liegen erhebliche Einsparpotenziale, die ohne Leistungseinschränkungen gehoben werden können. Werden diese Maßnahmen erst in späteren Gesetzgebungsverfahren umgesetzt, könnte dies für viele Krankenhäuser zu spät sein.

Rückt der Gesetzgeber nicht von den nun vorgesehenen Sparmaßnahmen ab, schlagen wir als kurzfristige Maßnahme die befristete Bereitstellung eines Rechnungszuschlags aus Mitteln des Krankenhaus-Transformationsfonds als Überbrückungsleistung vor, um die Krankenhäuser akut finanziell zu stabilisieren. Dabei ist ausdrücklich festzuhalten, dass eine solche Unterstützung keine nachhaltige Lösung der strukturellen Finanzierungsprobleme der Krankenhäuser darstellt, sondern – im Sinne einer ultima ratio – lediglich dazu beitragen kann, die notwendigen Reformprozesse unter wirtschaftlich tragfähigen Rahmenbedingungen überhaupt zu ermöglichen.

Dies ist auch vor dem Hintergrund zu sehen, dass weiterhin erhebliche Zweifel daran bestehen, ob die bislang durch KHVVG und KHAG vorgesehenen Finanzierungsmechanismen geeignet sind, die angestrebten Strukturveränderungen zu ermöglichen. Das Konzept der Vorhaltefinanzierung lässt bislang nicht erkennen, wie finanzielle Mittel infolge von Standort- oder Abteilungsschließungen bedarfsgerecht innerhalb der Versorgungslandschaft neu verteilt werden sollen. Vielmehr besteht die Gefahr, dass Krankenhäuser, die im Zuge regionaler Strukturveränderungen zusätzliche Versorgungsaufgaben übernehmen, wirtschaftliche Nachteile erleiden, da Mehrleistungen nicht in jedem Fall angemessen in der Vorhaltevergütung berücksichtigt werden.

Vor diesem Hintergrund ist derzeit nicht erkennbar, wie die bestehenden und durch das GKV-Spargesetz zusätzlich verschärften Finanzierungsprobleme der Krankenhäuser dauerhaft gelöst werden sollen. Gleichzeitig hält der Bund an umfangreichen Struktur- und Qualitätsvorgaben fest, die für die Einrichtungen mit erheblichen zusätzlichen Kosten verbunden sind. Daher sollte im weiteren Gesetzgebungsverfahren kritisch geprüft werden, ob die vorgesehenen Regelungen zur Krankenhausfinanzierung tatsächlich geeignet sind, die gewünschten Strukturreformen zu fördern und zugleich eine wirtschaftlich tragfähige Krankenhausversorgung sicherzustellen.

Zudem sollte die Bundesbeteiligung an den Gesundheitskosten von Grundsicherungsempfängerinnen und -empfängern schneller und stärker schrittweise erhöht werden, um die gesetzliche Krankenversicherung nachhaltig zu entlasten.

Weitere Hinweise im Einzelnen:

Dauerhafte Streichung bzw. Umkehr der Meistbegünstigungsklausel (§ 9 KHEntgG)

Künftig gilt als Obergrenze der jeweils niedrigere Wert aus Veränderungsrate und Orientierungswert. Für 2027 bis 2029 wird die Veränderungsrate zusätzlich um 1 Prozent gekürzt; 2028 und 2029 erfolgt ihre Berechnung ohne die außerordentliche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze. Der Orientierungswert umfasst künftig auch das Pflegepersonal am Bett. Der so ermittelte Veränderungswert gilt einheitlich für alle Bereiche (u. a. DRG-, Psych-System, besondere Einrichtungen, SÜV, Pflegebudget).

Die tatsächlichen Kostensteigerungen der Krankenhäuser werden damit nicht ausreichend abgebildet. Die bestehende Systematik sichert bereits zu, dass die Vergütungen nie stärker steigen können als die tatsächlichen Kostensteigerungen der Krankenhäuser, sodass die geplanten Kürzungen sachlich nicht erforderlich sind und vielmehr willkürlich wirken.

Der zeitliche Verzug bei der Kostenberücksichtigung führt zudem zu struktureller Unterfinanzierung, insbesondere bei Tarifsteigerungen. Die Abschaffung von Ausgleichsmechanismen wie Tarifrate und Meistbegünstigungsklausel verschärft diese Entwicklung weiter. Eine sachlich nachvollziehbare Begründung fehlt: Zwischen 2022 und 2025 sind die Krankenhauskosten kumuliert um 21,78% gestiegen, die Vergütungen jedoch nur um 18,12%. Die Kosten-Erlös-Schere klafft also bereits heute; eine weitere Beschneidung der Obergrenze ist damit systemisch nicht begründbar.

Erhöhungsrate für Tariferhöhungen („Tarifrate“)

Mit dem vollständigen Wegfall der Tarifrate entfällt ein zentrales Instrument zur Refinanzierung von Personalkosten ersatzlos. Da die bestehenden Veränderungswerte tarifbedingte Kostensteigerungen bereits heute nicht vollständig abbilden, wird die strukturelle Unterfinanzierung weiter verschärft – mit direkten Folgen für Personalgewinnung und -bindung und im Widerspruch zum Ziel, die Tarifbindung zu stärken.

Besonders betroffen sind kommunale Krankenhäuser, die aufgrund der Tarifbindung (TVöD) keine Spielräume bei der Personalvergütung haben. Tarifsteigerungen, die über dem allgemeinen Veränderungswert liegen, konnten bislang zumindest teilweise ausgeglichen werden; künftig gilt die Grundlohnrate als harte Obergrenze. Darüberhinausgehende Personalkosten müssen aus Einsparungen oder durch den Träger finanziert werden.

Die zusätzliche Absenkung der Grundlohnrate um einen Prozentpunkt in den Jahren 2027 bis 2029 verschärft die Problematik weiter. Da die Grundlohnrate lediglich die durchschnittliche Einnahmenentwicklung widerspiegelt und nicht die spezifischen Kostenstrukturen von Krankenhäusern, entstehen systematische Finanzierungslücken. Für kommunale Häuser, die in die Tarifstrukturen der VKA eingebunden sind und keinen Einfluss auf Tarifabschlüsse haben, ergibt sich daraus ein erhebliches Risiko. Angesichts eines Personalkostenanteils von 60 bis 70 Prozent führen bereits geringe Abweichungen innerhalb kurzer Zeit zu Defiziten in Millionenhöhe, die zumindest kurzfristig nur durch Personalabbau ausgeglichen werden können.

Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips beim Pflegebudget

Die Deckelung des Pflegebudgets auf den allgemeinen Veränderungswert mit gleichzeitigem Wegfall des Mehrkostenausgleichs und Streichung der pauschalen Finanzierung pflegeentlastender Maßnahmen (2,5%) schafft ein einseitig wirkendes Finanzierungssystem: Mindestkosten werden erstattet, Mehrkosten nicht mehr ausgeglichen. Das Ergebnis ist eine strukturelle Abwärtsspirale beim Pflegepersonal – mit direkten Auswirkungen auf die Versorgungsqualität und die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) sowie der nunmehr im KHAG verankerten Leistungsgruppenqualitätskriterien.

Zweitmeinung (§ 27b SGB V)

Die Einführung von Zweitmeinungsverfahren bei mengensensiblen Eingriffen wird grundsätzlich als geeignetes Instrument zur Verbesserung der Indikationsqualität und zur Vermeidung medizinisch nicht notwendiger Eingriffe bewertet.

In der praktischen Umsetzung bestehen jedoch erhebliche Herausforderungen. Bereits heute führen lange Wartezeiten im fachärztlichen Bereich zu Verzögerungen, die sich ohne einen entsprechenden Ausbau ambulanter Kapazitäten weiter verschärfen dürften. Dies kann zu zusätzlichen Belastungen in der Patientenversorgung führen.

Zudem ist mit einer verstärkten Fehlsteuerung zu rechnen, da vermehrt Fälle, die grundsätzlich ambulant behandelt werden könnten, in den stationären Bereich ausweichen. Dies betrifft insbesondere Krankenhäuser mit umfassendem Leistungsspektrum und breiter fachlicher Aufstellung.

Schließlich ist sicherzustellen, dass die Einführung solcher Verfahren nicht zu zusätzlichem administrativem Aufwand in den Krankenhäusern führt.

Erhöhung der Prüfquoten des MD (§ 275c Absatz 2 SGB V)

Ein weiterer zentraler Hebel zur Begrenzung der Krankenhausausgaben ist die deutliche Verschärfung des Prüfquotensystems nach § 275c SGB V. Die Systematik bleibt bestehen, die maßgeblichen Parameter werden jedoch einseitig zulasten der Krankenhäuser verschoben – mit dem Ziel, Einsparungen von rund 1,6 Milliarden Euro durch intensivere Prüfungen des Medizinischen Dienstes zu realisieren.

Zwar bleibt die niedrigste Prüfquote nominell erhalten, faktisch wird ihr Erreichen durch deutlich erhöhte Schwellenwerte erheblich erschwert. Künftig sind 80 Prozent unbeanstandete Abrechnungen erforderlich (bisher 60 Prozent), sodass viele Krankenhäuser aus der bisherigen 5-Prozent-Quote herausfallen dürften. Gleichzeitig werden die höheren Prüfquoten massiv ausgeweitet (von bislang 10 auf 15 Prozent und von 15 auf 25 Prozent). Vor dem Hintergrund einer bisherigen durchschnittlichen Prüfquote von etwa 8 bis 8,5 Prozent ist dieser Anstieg nicht sachlich begründet und führt in der Praxis zu einer Verdoppelung bis Verdreifachung der Prüfungen.

Besonders gravierend ist die Anhebung der maximalen Prüfquote auf 25 Prozent. Damit wird ein Niveau erreicht, das selbst über den Höchstständen früherer, ungeregelter Prüfphasen liegt. Dies belastet nicht nur die Liquidität der Krankenhäuser durch verzögerte Zahlungseingänge erheblich, sondern wirft auch die Frage auf, ob Krankenkassen und Medizinischer Dienst die zusätzlichen Prüfvolumina überhaupt bewältigen können.

Zudem wird die Schwelle für umfassendere Prüfungen deutlich abgesenkt, sodass Instrumente wie die Vollprüfung künftig häufiger zur Anwendung kommen dürften. Die vorgesehene automatische Ausweitung von Prüfaufträgen bei Auffälligkeiten verschärft diese Entwicklung weiter und bedeutet faktisch einen Systemwechsel hin zu verdachtsunabhängigen Ausforschungsprüfungen.

Insgesamt führt die Reform zu einem erheblichen Anstieg bürokratischer Belastungen: Der personelle und administrative Aufwand für die Bearbeitung von Prüfverfahren steigt massiv, ohne dass hierfür eine Refinanzierung vorgesehen ist. Vorschläge zur Ausweitung vorgelagerter Verfahren wie des Falldialogs greifen zu kurz, da hierfür die notwendigen rechtlichen Rahmenbedingungen – insbesondere für den Austausch medizinischer Daten – fehlen. Zugleich besteht die Gefahr, dass solche Verfahren genutzt werden, um die Begrenzungswirkung der Prüfquoten zu umgehen.

Die Erhöhung der Prüfquoten trotz der hohen Abrechnungsqualität der Krankenhäuser lehnen wir ab.

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (§ 6c KHEntgG)

Die erfolgreiche dauerhafte Etablierung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (süV) ist von großer Bedeutung für das Gelingen der Krankenhausreform und deren Akzeptanz in der Bevölkerung. Sie sollten zentrale Instrumente zur Sicherstellung der bundesweiten flächendeckenden Versorgung werden. Die Voraussetzungen dafür sind jedoch bereits jetzt nicht gegeben. Ein wirtschaftlich tragfähiger Beitrag zur Versorgungssicherheit ist unter

den gegebenen Rahmenbedingungen nicht möglich. Um süV zu sinnvollen und sich wirtschaftlich selbst tragendenden Einrichtungen zu machen, braucht es klare und durchdachte Regelungen zur Umsetzung. Der vorliegende Gesetzentwurf verschärft die bestehenden Probleme jedoch weiter. Auch für die süV werden Vergütungssteigerungen von der realen Kostenentwicklung entkoppelt. Der geänderte Veränderungswert und die gestrichene Tarifrate führen zu einer weiteren Belastung für das ohnehin schwer umsetzbare Konzept. Zudem drohen weitere Verzögerungen. Die Etablierung dieses aus Sicht der Landkreise elementaren Bestandteils einer erfolgreichen, die Versorgung sichernden Krankenhausreform, wird somit weiter erschwert. Das lehnen wir ausdrücklich ab.

Prüfung der Erweiterung der Fallzusammenführung (§ 9 KHEntgG)

Auch die Prüfung der Erweiterung der Fallzusammenführung erscheint als reine, von der Versorgungswirklichkeit losgelöste Sparmaßnahme. Die differenzierte Ausgestaltung war bei Einführung des DRG-Systems mit Bedacht gewählt worden, seither haben sich die bestehenden Verfahren bewährt. Insbesondere eine durch die FinanzKommission Gesundheit vorgeschlagene krankenhausübergreifende Fallzusammenführung lehnen wir ab. Sie würde zu neuer, unnötiger Bürokratie führen. Insgesamt sehen wir hierin keine Vereinfachung, sondern zusätzliche Bürokratie und die Etablierung neuer Abgrenzungsfragen und neuer Abrechnungsstreitigkeiten. Positiv sehen wir, dass es sich, entgegen der Empfehlungen der FinanzKommission Gesundheit um einen Prüfauftrag an die Vertragsparteien auf Bundesebene handelt. Das Ergebnis ihrer Prüfung können die Vertragsparteien in Form einer Anpassung der einschlägigen Regelungen ihrer Fallpauschalenvereinbarung mit Wirkung ab dem Jahr 2028 umsetzen. Die Prüfung muss ergebnisoffen erfolgen.

Versorgung mit Krankentransportleistungen (§ 133 SGB V)

Durch die vorgesehene Neuregelung, völlig losgelöst von der parallellaufenden Reform der Notfallversorgung, bestehen erhebliche Risiken. Durch die systematische Koppelung von Vergütungssteigerungen an die Grundlohnrate sowie zusätzliche Dämpfungsmechanismen stellt sie einen fundamentalen Systemwechsel der Finanzierungsregelung im Rettungsdienst dar, der die strukturellen Besonderheiten nicht ausreichend berücksichtigt. Denn der Rettungsdienst ist geprägt von hohen Vorhaltekosten, steigenden Personalkosten und einer dynamisch wachsenden Nachfrage. Eine pauschale Begrenzung der Finanzierung unabhängig vom tatsächlichen Versorgungsbedarf führt mittel- und langfristig zu strukturellen Unterdeckungen, Investitionshemmnissen und Risiken für die flächendeckende Versorgungssicherheit. Zudem würden finanzielle Risiken in erheblichem Umfang auf Leistungserbringer und kommunale Leistungsträger verlagert. Die Kommunen haben jedoch auch hier keine weiteren Spielräume, steigende Kosten anderweitig auszugleichen.

Es braucht eine umfassende Regelung im Rahmen der Notfallreform, die die offenen Finanzierungsfragen des Rettungsdienstes, insbesondere zu den Fehlfahrten, beantwortet. Die nun vorgesehenen davon losgelösten Vorgaben, in Fällen, in denen die Entgelte für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt werden, sowie die Vorgabe, dass die Krankenkassen ihre Leistungspflicht zur Übernahme der Kosten in festgelegten Fällen auf Festbeträge an die Versicherten in Höhe vergleichbarer wirtschaftlich erbrachter Leistungen beschränken müssen – nicht wie bisher „können“ – lehnen wir daher ab. Es braucht eine zwingende gesetzliche Klarstellung zur Refinanzierung von Kosten im Rettungsdienst, auch derjenigen, die über

die Grundlohnrate nach dem neu vorgesehenen § 71 bzw. § 133 SGB V hinausgehen. Ohne substanzielle Nachbesserungen besteht die Gefahr, dass die Versorgungsqualität sowie die Personalstabilität und die Versorgungssicherheit nachhaltig beeinträchtigt werden. Besonders wichtig ist, dass auch im Rettungsdienst die Refinanzierung tariflich bedingter Personalkosten uneingeschränkt sichergestellt bleibt. Denn tarifgebundene Beschäftigung ist eine zentrale Voraussetzung für Personalbindung, Leistungsfähigkeit und Versorgungssicherheit.

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(36)
gel. VB zur öffent. Anh. am 22.06.2
18.06.2026

Sozialverband Deutschland

Stellungnahme

Stabilisierung der GKV-Beitragssätze

Bundesgeschäftsstelle
Abteilung Sozialpolitik

Bei Rückfragen:

Tel. 030 726222-0

Fax 030 726222-328

sozialpolitik@sovd.de

anlässlich der öffentlichen Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 22. Juni 2026 zu den Vorlagen

Gesetzentwurf der Bundesregierung
Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)
BT-Drucksache: 21/6130

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Entlastung statt Belastung für Beitragszahlende und Betriebe – Krankenkassenbeiträge jetzt senken
Drucksache 21/5753

Antrag der Fraktion Die Linke
Krankenversicherte entlasten, nicht belasten
Drucksache 21/5487

1 Zusammenfassung des Gesetzentwurfs

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) befindet sich in einer erheblichen finanziellen Schieflage, da die Ausgaben seit Jahren deutlich stärker steigen als die Einnahmen. Der Gesetzentwurf führt dies insbesondere auf Preis-, Lohn- und Vergütungssteigerungen zurück, die sich zunehmend von der Einnahmenentwicklung entkoppelt haben. In der Folge kam es bereits zu historisch starken Anstiegen der Zusatzbeitragssätze, die von rund 1,4 Prozent im Jahr 2022 auf etwa 2,9 Prozent

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Anfang 2025 gestiegen sind und nur kurzfristig stabilisiert werden konnten. Für 2027 wird zudem eine Finanzierungslücke von rund 15 Milliarden Euro erwartet, die bis 2030 auf etwa 40 Milliarden Euro anwachsen und weitere Beitragssatzerhöhungen nach sich ziehen könnte.

Um die Finanzierungsgrundlagen der GKV zu stabilisieren, sieht der Gesetzentwurf auf Basis der Empfehlungen der Finanzkommission Gesundheit vom 30. März 2026 ein umfassendes Maßnahmenpaket vor, das insbesondere auf eine Begrenzung des Ausgabenwachstums abzielt und die Vergütungssteigerungen im Gesundheitswesen stärker an die Einkommensentwicklung anpassen soll (einnahmenorientierte Ausgabenpolitik). Ziel ist es, die Ausgaben wieder in Einklang mit der Einnahmenentwicklung zu bringen und die Beitragssätze ab 2027 zu stabilisieren. Erreicht werden soll eine wirtschaftliche, qualitativ hochwertige und an den Grundsätzen evidenzbasierter Medizin ansetzende Versorgung. Während strukturelle Mehreinnahmen nur eine untergeordnete Rolle spielen, sind vor allem zur Ausgabenbegrenzung Maßnahmen zur Preis-, Vergütungs- und Mengensteuerung folgende wesentliche Maßnahmen vorgesehen:

- Begrenzung der Ausgabensteigerungen auf Seiten der Leistungserbringer im Gesundheitswesen, vor allem durch eine engere Kopplung von Vergütungs- und Preissteigerungen an die gesamtwirtschaftliche Lohnentwicklung sowie Anpassungen der Vergütungs- und Budgetsysteme in verschiedenen Versorgungsbereichen, um stark steigende Ausgaben zu dämpfen,
- Preis- und Rabattmechanismen sowie strengere Wirtschaftlichkeitsvorgaben im Arzneimittelbereich,
- Zuzahlungserhöhungen und Kürzungen bei den Leistungsregelungen zulasten der Versicherten, zum Beispiel durch die Reduzierung der Festzuschüsse für Zahnersatz, sowie die Einführung von Teilkrankschreibungen mit dem Ziel, Eigenbeteiligungen stärker an den Kostenentwicklungen auszurichten,
- Begrenzung der beitragsfreien Familienmitversicherung auf Ehe- und eingetragene Lebenspartner mit Kindern bis zum 7. Lebensjahr, mit Kindern mit Behinderung, mit pflegebedürftige Angehörige sowie nach Erreichen der Regelaltersgrenze,
- Geringfügige Anhebung der Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze um 300 Euro monatlich für das Jahr 2027,
- Langfristig aufwachsende Beitragspauschale des Bundes für die Beziehenden von Grundsicherung ab dem Jahr 2027 bei gleichzeitiger Reduzierung des Bundeszuschusses an den Gesundheitsfonds ab dem Jahr 2027 um 2 Milliarden Euro auf 12,5 Milliarden Euro,

- Ankündigung einer zweckgebundenen Abgabe auf zuckergesüßte Getränke ab dem Jahr 2028.

2 Gesamtbewertung des Gesetzentwurfs

Angesichts der drohenden Finanzdefizite in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind Reformen dringend erforderlich. Dabei unterstützt der SoVD ausdrücklich die konsequente Stärkung der **evidenzbasierten Medizin** über alle Leistungsbereiche hinweg.

Kritisch sieht der SoVD jedoch die einseitige Ausrichtung auf eine **einnahmenorientierte Ausgabenpolitik**. Weder diese noch eine rein ausgabenorientierte Einnahmenpolitik wird den strukturellen Herausforderungen im Gesundheitswesen gerecht. Vielmehr besteht hierbei die Gefahr, dass notwendige Regelungen zulasten der Versicherten, des Personals und der Versorgungsqualität eingeschränkt werden. Ziel sollte eine Verbesserung der bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung sein. **Gesundheit ist Daseinsvorsorge** und darf nicht allein über Ausgabenbegrenzung gesteuert werden – mindestens ebenso erforderlich ist eine ausgewogene und verlässliche, solidarische Einnahmenbasis.

Deshalb begrüßt der SoVD grundsätzlich die **Anhebung der Beitragsbemessungs- sowie Versicherungspflichtgrenze**, hält die vorgesehene Erhöhung um jeweils 300 Euro monatlich jedoch für zu gering und lediglich auf das Jahr 2027 begrenzt für ungenügend. Vielmehr fordert der SoVD die deutliche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze bei entsprechender Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze **mindestens auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung**, um die Finanzierung der GKV solidarischer und gerechter zu gestalten. Während die Beitragsbemessungsgrenze in der GKV derzeit bei 69.750 Euro jährlich (5.812,50 Euro monatlich) liegt, beträgt sie in der deutschen Rentenversicherung 101.400 Euro jährlich (8.450 Euro monatlich).

Dabei sieht der SoVD durchaus Einsparpotential auf der Ausgabenseite, insbesondere dort, wo kostenintensive Gesetzgebungen der vergangenen Jahre zu **Preis- und Vergütungssteigerungen** sowie Fehlanreizen geführt haben, ohne dass sich die Versorgung entsprechend verbessert hat. Exemplarisch sind die extrabudgetären Vergütungsregelungen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) zu nennen, die trotz ihrer Zielsetzung weder die Wartezeiten spürbar verkürzt noch das Sprechstundenangebot messbar ausgeweitet haben. Die Korrektur dieser Regelungen sowie die Begrenzung von Vergütungssteigerungen hält der SoVD daher grundsätzlich für nachvollziehbar.

Aber die Einsparungen sind insgesamt erheblich **ungleich verteilt**: Der SoVD betont, dass die GKV nahezu ausschließlich beitragsfinanziert ist und Versicherte, Beitragszahlende und Patient*innen in den vergangenen Jahren bereits in erheblichem Umfang durch steigende Beiträge, Leistungseinschränkungen und Eigenbeteiligungen zur Finanzstabilisierung herangezogen wurden. Vor diesem Hintergrund sind die zusätzlichen Belastungen dieser Gruppen im vorliegenden Entwurf überproportional und nicht akzeptabel.

Insbesondere die geplanten **Erhöhungen der Zuzahlungen** lehnt der SoVD entschieden ab. Sie führen dazu, dass gerade kranke und einkommensschwächere Versicherte überdurchschnittlich belastet werden, da sie einen größeren Anteil ihres Einkommens für Gesundheitskosten aufbringen müssen und notwendige Behandlungen aus finanziellen Gründen vermeiden könnten. Die Belastung ist besonders hoch für Personen, die knapp oberhalb der Belastungsgrenze liegen und daher keinen Anspruch auf Begrenzung der Zuzahlungen haben.

Ebenso lehnt der SoVD eine **Teilkrankschreibung** ab. Es besteht die berechtigte Sorge, dass erkrankte Beschäftigte unter wirtschaftlichem und betrieblichem Druck seitens der Arbeitgeber trotz gesundheitlicher Einschränkungen weiterarbeiten müssen, wodurch ihre Genesung gefährdet und das solidarische Absicherungssystem im Krankheitsfall geschwächt wird. Für den SoVD gilt: Krank ist krank! Diese Maßnahmen widersprechen dem Solidarprinzip und verschärfen soziale Ungleichheiten. Aus Sicht des SoVD ist dies der falsche Weg und setzt ein sozialpolitisch gefährliches Signal.

Weiter lehnt der SoVD die geplante Neuregelung ab, nach der Krankenkassen Versicherte im Zusammenhang mit dem Bezug oder drohenden Bezug von Krankengeld künftig ohne vorherige Einwilligung kontaktieren dürfen, um Leistungsansprüche zu prüfen oder Maßnahmen zur Sicherung der Arbeitsfähigkeit einzuleiten. Aus der SoVD-Sozialrechtsberatung wissen wir, dass durch solche **Kontaktaufnahmen massiver Druck auf die Betroffenen ausgeübt** wird – etwa mit dem Ziel, sie zu einer schnellen Reha oder einem Wechsel in die Erwerbsminderungsrente zu drängen oder gesundheitliche Angaben wiederholt kritisch zu hinterfragen. Vor diesem Hintergrund warnt der SoVD davor, dass die Ausweitung der Kontaktbefugnisse den bestehenden Druck auf kranke und belastete Versicherte weiter verschärfen und deren Position im Leistungsbezug zusätzlich schwächen könnte.

Auch gegenüber den **Einschränkungen der Mitversicherung von Familienangehörigen** bestehen beim SoVD weiterhin Bedenken. Die beitragsfreie Familienversicherung ist ein zentrales solidarisches Element der GKV. Zwar sieht der Gesetzentwurf keine derart weitreichenden Einschränkungen der beitragsfreien Ehegattenversicherung vor, wie es

ursprünglich der Vorschlag der Finanzkommission Gesundheit umfasst, der lediglich Ausnahmen für Lebenspartner*innen mit Kindern bis 6 Jahren sowie für Rentner*innen beinhaltete. Stattdessen sollen laut Gesetzentwurf in der beitragsfreien Mitversicherung Ehepartner*innen und eingetragene Lebenspartner*innen mit Kindern bis zum vollendeten 7. Lebensjahr und mit Kindern mit Behinderungen sowie pflegebedürftigen Angehörigen und Rentner*innen nach Erreichen der Regelaltersgrenze berücksichtigt bleiben. Auch ein prozentualer Beitragszuschlag von 2,5 Prozent auf das beitragspflichtige Einkommen berücksichtigt stärker die Einkommensunterschiede in Einverdiener-Haushalten – insbesondere höhere beitragspflichtige Einkommen –, als dies etwa bei Festbeträgen der Fall wäre. Der SoVD mahnt jedoch an, dass vor der Streichung sozialrechtlicher „Sicherheitsnetze" gerade für Familien mit Kindern ab dem vollendeten 7. Lebensjahr auch die betreuungs- und arbeitsrechtlichen Rahmenbedingungen stimmen müssen. Hier wird der zweite Schritt vor dem ersten gemacht, wenn in bestehende Absicherungen eingegriffen wird, ohne dass zentrale Voraussetzungen wie ein flächendeckender Ausbau der Kinderbetreuung und verlässliche arbeitsrechtliche Rahmenbedingungen ausreichend erfüllt sind. So zeigt der Dritte Bericht der Bundesregierung zum Ausbaustand der ganztägigen Bildungs- und Betreuungsangebote für Grundschulkinder nach § 24a SGB VIII (GaFöG-Bericht) zur Ganztagsbetreuung im Schuljahr 2023/24 einen stetig steigenden Bedarf an Ganztagsplätzen. Viele Bundesländer haben bereits mit dem Ausbau begonnen, jedoch ist die Umsetzung noch ungleich verteilt. Besonders ländliche Regionen und kleinere Kommunen haben noch größere Schwierigkeiten beim Ausbau der Ganztagsbetreuung.

Hinzu kommt, dass es aus Sicht des SoVD nicht länger hinnehmbar ist, wenn Versicherte fortlaufend zusätzlich belastet werden, während der Bund seiner Finanzierungsverantwortung für versicherungsfremde Leistungen und gesamtgesellschaftliche Aufgaben, insbesondere bei der **Absicherung von Grundsicherungsbeziehenden,** nicht ausreichend nachkommt. Der GKV-Spitzenverband beziffert die daraus resultierende Belastung auf rund 12 Milliarden Euro jährlich, die faktisch von den Beitragszahlenden der GKV getragen werden. Diese Kosten sind jedoch angemessen aus Steuermitteln zu finanzieren, da es sich um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt. Statt diese Last gerecht auf alle Schultern zu verteilen – einschließlich der Privatversicherten und Beamt*innen – wird sie seit Jahren einseitig den Beitragszahlenden aufgebürdet. Vor diesem Hintergrund ist es zwar grundsätzlich zu begrüßen, dass der Gesetzentwurf einen Einstieg in eine stärkere Bundesbeteiligung bei den Beitragspauschalen für Grundsicherungsbeziehende vorsieht. Die Ausgestaltung bleibt jedoch deutlich hinter dem tatsächlichen Handlungsbedarf zurück. Die Bundesmittel sollen nur schrittweise und minimal ansteigen (um 250 Millionen Euro im Jahr 2027, 500 Millionen Euro 2028,

1 Milliarde Euro 2029 und 1,5 Milliarden Euro 2030; erst ab 2031 sind 2 Milliarden Euro jährlich vorgesehen). Angesichts einer heutigen Unterdeckung von rund 12 Milliarden Euro bleibt dies weit hinter dem erforderlichen Umfang zurück. Die Lücke wird damit auf Jahre hinaus nur zu einem Bruchteil geschlossen und dürfte angesichts steigender Gesundheitsausgaben weiter wachsen.

Auch vor diesem Hintergrund ist die vorgesehene **Kürzung des Bundeszuschusses um 2 Milliarden Euro ab dem Jahr 2027 völlig unverständlich**. Der SoVD protestiert entschieden gegen diese Maßnahme! Die Beitragszahlenden der GKV finanzieren bereits heute in erheblichem Umfang gesamtgesellschaftliche Aufgaben anstelle eines ausreichenden Steuerzuschusses. Statt diese strukturelle Schieflage zu beseitigen, will der Bund der GKV weitere Mittel entziehen und seinen Haushalt zulasten der Versicherten entlasten. Besonders widersprüchlich ist, dass der Bund einerseits einen schrittweisen Einstieg in eine höhere Finanzierung der Krankenversicherung von Grundsicherungsbeziehenden vorsieht, andererseits jedoch gleichzeitig den Bundeszuschuss kürzt: Im Jahr 2027 stehen damit den Mehrausgaben von lediglich 250 Millionen Euro eine Kürzung um das Achtfache gegenüber. Per Saldo ergibt sich damit bereits im ersten Jahr eine zusätzliche Belastung der GKV von 1,75 Milliarden Euro. Der angekündigte Einstieg in eine stärkere Bundesbeteiligung wird damit faktisch ins Gegenteil verkehrt und ist ein Etikettenschwindel: Was der GKV an einer Stelle in kleinen Schritten gegeben wird, wird ihr an anderer Stelle in deutlich größerem Umfang wieder entzogen. Die Konsolidierung des Bundeshaushalts darf nicht auf dem Rücken der gesetzlich Versicherten erfolgen. Erforderlich ist vielmehr eine verlässliche und auskömmliche Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben durch den Bund – nicht eine weitere Schwächung der Finanzbasis der GKV.

Auch die von der Finanzkommission Gesundheit empfohlene **Dynamisierung des Bundeszuschusses** bleibt im Entwurf weiterhin unberücksichtigt, obwohl sie notwendig und überfällig ist, um die steuerfinanzierten Mittel an die steigenden Ausgaben anzupassen und eine einseitige Belastung der Beitragszahler*innen zu vermeiden.

Die Verschiebung der Rückzahlung der in den Jahren 2023, 2025 und 2026 gewährten Darlehen von insgesamt 5,6 Milliarden Euro bietet lediglich eine kurzweilige Entlastung und verlagert das Problem der milliardenhohen Darlehensrückzahlungen weiter in die Zukunft. Im Hinblick auf die jährliche Unterfinanzierung versicherungsfremder Leistungen und gesamtgesellschaftlicher Ausgaben seitens des Bundes ist ein **dauerhafter Erlass der Rückzahlung der Bundesdarlehen** richtig und angemessen.

Zudem sind die im Gesetzentwurf vorgesehenen Ausgabeneinsparungen im Arzneimittelbereich aus Sicht des SoVD deutlich zu gering. Im Vergleich zu anderen Akteuren des Gesundheitswesens wird die **Pharmaindustrie unangemessen geschont**, obwohl sie den zweitgrößten Ausgabenbereich der GKV darstellt, der in den letzten Jahren von hohen Wachstumsraten geprägt ist. Eine deutlich stärkere Beteiligung der Pharmaindustrie an der Kostenbegrenzung ist angemessen und dringend erforderlich. Hinzu kommt, dass im Entwurf arzneimittelpreisregulierende Instrumente teilweise abgeschwächt oder durch weniger verbindliche Regelungen ersetzt werden. Dadurch wird der finanzielle Beitrag der Pharmaindustrie zur Begrenzung der Ausgaben weiter aufgeweicht. Angesichts der stark steigenden Arzneimittelausgaben ist dies aus Sicht des SoVD völlig unangemessen.

Hinsichtlich einzelner Kosteneinsparmaßnahmen, insbesondere bei den Einschränkungen des **Pflegebudgets** und der Rücknahme der Refinanzierung von **Tarifsteigerungen**, hat der SoVD jedoch erhebliche Bedenken. Das Pflegebudget und die Refinanzierung von Tarifsteigerungen hatten das Ziel, das Pflegepersonal besser zu finanzieren und die Versorgungsqualität zu verbessern. In der Praxis kam es jedoch zu Abgrenzungsproblemen bei der Zuordnung von Personalkosten, wodurch insbesondere durch organisatorische Umstrukturierungen Ausgaben dem Pflegebudget zugerechnet wurden, die dort nicht eindeutig vorgesehen waren, was diesen Einrichtungen kritisch vorzuhalten ist. Die vorgesehenen Einschränkungen reagieren auf diese Fehlentwicklung, greifen aber aus Sicht des SoVD zu stark in die ursprünglich positiven Zielsetzungen ein. Besonders vor dem Hintergrund des gravierenden Fachkräftemangels könnte die beabsichtigte Verbesserung der Attraktivität der Pflege und der Versorgung durch die geplanten Änderungen erheblich gefährdet werden. Aus Sicht des SoVD sollten andere gezielte Anpassungen an den bestehenden Regelungen erfolgen, um Fehlanreize und Missbrauch zu verhindern, ohne die ursprünglichen Ziele zu gefährden oder eine Rückkehr zu den früheren Problemen zu riskieren. Auch die geplanten Einsparungen in der **häuslichen Krankenpflege** und der **außerklinischen Intensivpflege** stoßen auf erhebliche Bedenken.

Abschließend begrüßt der SoVD, dass der Kabinettsentwurf nun die Einführung einer **Abgabe auf zuckergesüßte Getränke ab dem Jahr 2028** vorsieht und die daraus erwarteten Einnahmen in Höhe von rund 450 Millionen Euro zur Entlastung der GKV sowie für Maßnahmen der Primärprävention genutzt werden sollen. Erfahrungen aus England zeigen, dass eine Steuer auf zuckergesüßte Getränke Hersteller dazu veranlasst hat, den Zuckergehalt ihrer Produkte deutlich zu reduzieren. Entscheidend ist jedoch, dass die Mittel tatsächlich und zweckgebunden für wirksame Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen eingesetzt werden, von denen alle Bevölkerungsgruppen profitieren können. Darüber hinaus hält der SoVD es für

erforderlich und angemessen, **Tabak und Alkohol perspektivisch ebenfalls als zweckgebundene gesundheitsbezogene Abgaben auszugestalten**, um präventive Lenkungswirkungen zu stärken und zusätzliche finanzielle Spielräume für Gesundheitsförderung und Prävention zu schaffen.

3 Zu den Anträgen der Fraktionen BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Die Linke

Die **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** fordert in ihrem Antrag (BT-Drucksache 21/5753) eine Entlastung statt Belastung für Beitragszahlende und Betriebe sowie eine spürbare Senkung der Krankenkassenbeiträge. Dies soll durch ein umfassendes Reform- und Einsparpaket insbesondere in den Bereichen Arzneimittelpreise, Krankenhausstrukturen und Prävention sowie durch zusätzliche Einnahmen aus stärkerer Besteuerung gesundheitsschädlicher Produkte erreicht werden.

Der Antrag der **Fraktion Die Linke** (Drucksache 21/5487) kritisiert die geplanten Reformmaßnahmen der Bundesregierung als einseitige Belastung der Versicherten. Gefordert wird stattdessen eine stärkere Heranziehung hoher Einkommen durch eine deutliche Anhebung der Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze sowie der Verzicht auf Leistungskürzungen und zusätzliche Belastungen für Versicherte.

Der **SoVD** sieht in beiden Anträgen zahlreiche inhaltliche Gemeinsamkeiten und teilt wesentliche Zielrichtungen der vorgeschlagenen Maßnahmen; insoweit wird auf die obenstehenden Ausführungen verwiesen.

Berlin, 18. Juni 2026

DER VORSTAND
Abteilung Sozialpolitik

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(37)
gel. VB zur öffent. Anh. am 22.06.2
18.06.2026

vfa. Die forschenden Pharma-Unternehmen

Stellungnahme zum Gesetzentwurf für ein GKV-Beitragssatzstabilisierungs-gesetz (BStabG)

Kernforderungen

- Erhalt des evidenzbasierten AMNOG und der nutzenorientierten Preisfindung
- Gewährleistung stabiler, innovationsfreundlicher Marktbedingungen statt eines zusätzlichen dynamischen Herstellerabschlags
- Keine Marktverengung und Verordnungssteuerung durch Rabattverträge bei Patentarzneimitteln
- Streichung der gesetzlichen „Auffangregelung“ bei Preis-Mengen-Vereinbarungen
- Streichung des zusätzlichen Abschlags für Impfstoffe mit Patent- und Unterlagenschutz

Einleitung

Der vorliegende Gesetzentwurf markiert eine Zäsur. Die vorgesehenen Maßnahmen greifen genau dort ein, wo medizinischer Fortschritt und zukünftige Wertschöpfung entstehen: bei patentgeschützten, innovativen Arzneimitteln. Damit wird riskiert, Deutschland als Standort für Forschung, Produktion und die frühe Versorgung mit innovativen Arzneimitteln weiter zu schwächen.

Die angedachten Maßnahmen verursachen nicht nur erhebliche Unsicherheiten für die zukünftige Versorgung, sondern werfen auch ganz grundsätzlich die Frage auf, welchen Wert Innovation, technologischer Fortschritt und damit insbesondere Patente überhaupt noch haben. Der Patentschutz soll Investitionen in Forschung und Entwicklung ermöglichen und die mit hohen Risiken verbundenen Innovationskosten refinanzierbar machen. Wenn dieser Schutzmechanismus in Deutschland durch eine nicht nutzenbasierte Preisregulierung entwertet wird, sinkt die Fähigkeit, in Forschung, klinische Studien und Produktion zu investieren oder neue Therapien früh in Deutschland einzuführen. Medizinischer Fortschritt ist zwar politisch gewollt, doch wird die dafür benötigte Investitionsbereitschaft der pharmazeutischen Unternehmen geschwächt.

Handlungsdruck angesichts vielfältiger Herausforderungen

Deutschland sieht sich mit vielfältigen gesellschaftlichen, ökonomischen und geopolitischen Herausforderungen konfrontiert. Während die deutsche Wirtschaft kaum wächst, steigt die Wettbewerbsfähigkeit und Innovationskraft anderer Volkswirtschaften rasant. Insbesondere die USA und China setzen sich immer weiter ab, wenn es darum geht, neue Technologien bis zur Marktreife zu entwickeln. Daraus ergeben sich ökonomische und strategische Abhängigkeiten, welche den innen- und außenpolitischen Gestaltungsspielraum nachhaltig einschränken.

Insbesondere das Vorgehen der US-Administration macht deutlich, dass Deutschland dringend an Wettbewerbsfähigkeit gewinnen muss. Mit einer aggressiven Zollpolitik, gezielten Investitionsanreizen für die Industrie und ihrer Arzneimittelpolitik setzen die USA den Pharmastandort Deutschland erheblich unter Druck. Vor allem die US-amerikanische Referenzierung unter anderem auf deutsche Arzneimittelpreise nach dem Most-Favored-Nation-Prinzip (MFN) gefährdet aufgrund der überragenden Bedeutung des US-Marktes für die globale Refinanzierung von Investitionen und Aufwendungen in Forschung und Entwicklung die Versorgung mit innovativen Arzneimitteln hierzulande. Schließlich müssen Unternehmen berücksichtigen, welchen Effekt ein niedriger deutscher

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Erstattungspreis fortan auf den amerikanischen Markt haben wird. Das führt dazu, dass das deutsche System zur Preisbildung und Erstattung von innovativen Arzneimitteln nicht mehr nur in seiner nationalen Dimension betrachtet werden kann.

Würden hingegen die richtigen Weichen gestellt, könnte die Pharmaindustrie einen noch stärkeren Beitrag zu wirtschaftlicher Stärke, einer größeren Innovationskraft und zur Gesundheit der Gesamtgesellschaft leisten. Schließlich zählt die Branche zu den innovativsten, produktivsten und exportstärksten des Landes. Sie übertrifft in Forschung und Entwicklung sowie bei Investitionen in moderne Maschinen und Anlagen die meisten Wirtschaftszweige und gewährleistet auch in Krisenzeiten qualifizierte Beschäftigung mit entsprechenden Beitragszuflüssen in die Sozialversicherungssysteme. Die pharmazeutische Herstellung weist überdies starke Multiplikatoreffekte bei gleichzeitig geringer Ressourcenintensität auf. Diese Eigenschaften machen sie zu einer Schlüsselindustrie für die Modernisierung des Landes mit Ausstrahlung auf Branchen wie Maschinenbau, Chemie, Medizintechnik und KI. Zudem sorgen ihre Innovationen dafür, die Gesundheit einer schrumpfenden Erwerbsbevölkerung zu erhalten, Pflegebedarfe zu reduzieren und das Gesundheitssystem zu entlasten. Investitionen in Arzneimittelinnovationen zahlen sich kurz-, mittel- und langfristig aus: für die individuelle Gesundheit, die Gesellschaft und die Volkswirtschaft.

Innovationsrückstand nimmt zu

Zwischen 2016 und 2025 hat rund ein Drittel der in den USA zugelassenen neuen Medikamente keine Zulassung in Deutschland erhalten; konkret fehlen 175 Arzneimittel, darunter 51 mit Breakthrough-Therapy-Status und damit besonders hohem medizinischem Potenzial. Ursache ist nicht die Ablehnung durch die europäische Zulassungsbehörde, sondern dass Unternehmen ihre Medikamente häufig gar nicht erst bei der Europäischen Arzneimittel-Agentur zur Zulassung einreichen. Zugleich verliert Europa – auch im Vergleich zu China – als früher Zulassungsstandort an Bedeutung. Gerade vor dem Hintergrund der aktuellen Reformdebatten und der US-Politik zeigt sich: Der Innovationsrückstand ist nicht allein eine regulatorische Frage, sondern eng mit der Attraktivität und Verlässlichkeit des europäischen und deutschen Marktumfelds verknüpft. Entsprechende europäische Initiativen wie der Biotech-Act, der Critical Medicines Act und insbesondere auch die jüngste deutsch-französiche Erklärung zur Stärkung der pharmazeutischen Industrie in Europa sind wichtige – auch und gerade von Deutschland getragene – Initiativen zur Verbesserung europäischer Wettbewerbsfähigkeit. Das Gesetzgebungsvorhaben muss daher daran gemessen werden, ob es planbare, innovationsfreundliche Erstattungsbedingungen stärkt – oder durch zusätzliche Unsicherheit dazu beiträgt, dass neue Therapien künftig noch häufiger zuerst in anderen Regionen entwickelt und verfügbar werden und Deutschland weiter den Anschluss an Innovationen verliert.

Gesetzentwurf setzt an falscher Stelle an: Arzneimittelausgaben stabil

Fakt ist, dass der Herstelleranteil an den Arzneimittelausgaben von Arzneimitteln seit Jahren konstant bei etwa 12 Prozent an den GKV-Leistungsausgaben liegt. Die Ausgabenentwicklung bei Arzneimitteln entspricht genau dem, was aufgrund der Inflation und einer höheren Inanspruchnahme von Medikamenten infolge einer alternden Gesellschaft zu erwarten ist. Der größte Markteinfluss ist der wachsende Verbrauch mit mehr behandelten Fällen, längeren Behandlungsdauern und neuen therapeutischen Optionen. Mit den angedachten Maßnahmen im Gesetzentwurf würde der Patentmarkt faktisch für die höhere Inanspruchnahme von Arzneimitteln infolge des demografischen Wandels und des medizinischen Fortschritts belastet. Im Ergebnis zeigt sich, dass der Ausgabenanteil patentgeschützter Arzneimittel seit Jahren konstant unter 50 Prozent liegt – und das trotz stetig neuer Innovationen.

Schließlich leistet die Pharmaindustrie bereits einen erheblichen Sparbeitrag. 2025 lag dieser durch Festbeträge, individuelle und gesetzliche Rabatte bei rund 29 Milliarden Euro.

Geplante Maßnahmen untergraben die nutzenbasierte Preisbildung

Die Einführung eines dynamischen Herstellerabschlags, der aller Voraussicht nach allein bis 2030 zu einer Gesamtbelastung durch den Herstellerrabatt von schätzungsweise rund 20 Prozent führt,

eine marktverengende Verordnungssteuerung über Rabattverträge im patentgeschützten Bereich, wonach nicht mehr die beste Therapie sich durchsetzt, sondern das billigste Angebot, und drastisch verschärfte gesetzliche Vorgaben zur Ausgestaltung einer Preis-Mengen-Regelung resultieren darin, dass der Wert einer Innovation nicht mehr über ihren nachgewiesenen Zusatznutzen bestimmt wird. Die vorgesehenen pauschalen Abschläge, Mengenmechanismen und Rabattlogiken höhlen die nutzenbasierte Preisbildung im AMNOG weiter aus und entwerten diesen feinjustierten Prozess nahezu vollständig. Erstattungsbetragsverhandlungen, die individuelle und flexible Lösungen für die Markteinführung innovativer Arzneimittel ermöglichen sollen, werden faktisch obsolet. Auch der Maßstab der evidenzbasierten Medizin wird ausgehebelt, indem der belegte Zusatznutzen einer Therapie nebensächlich wird und Verordnungen zunehmend basierend auf Preiswettbewerben stattfinden sollen.

Maßnahmen wirken über Deutschland hinaus

Die kumulativ wirkenden Maßnahmen erschweren angesichts einer internationalen Preisreferenzierung massiv den frühen und umfassenden Zugang zu innovativen Arzneimitteln für die Bevölkerung in Deutschland. Zahlreiche Staaten – darunter die großen europäischen Märkte Frankreich, Italien, Spanien, die Niederlande sowie zahlreiche weitere Länder weltweit – orientieren ihre nationalen Erstattungspreise für Arzneimittel systematisch an den Preisen in einem Korb von Referenzländern. Deutschland ist in diesen Körben aufgrund seiner Marktgröße und seiner anerkannten und geschätzten nutzenbasierten Preisbildung regelmäßig enthalten und gehört zu den am häufigsten zitierten Referenzmärkten überhaupt.

Das weitere drastische Absenken des deutschen Preisniveaus hat mithin Folgeeffekte über Deutschland hinaus, die von Unternehmen nicht unberücksichtigt bleiben können. Besonders deutlich wird dies anhand der amerikanischen Preisreferenzierung, denn aufgrund der weltweiten Bedeutung des US-Marktes sind die globalen Folgen der deutschen Preispolitik erheblich.

Verschlechterung des Versorgungsniveaus

Die Maßnahmen des Gesetzentwurfs werden das medizinische Versorgungsniveau in Deutschland spürbar verschlechtern. Besonders deutlich wird dies an der Einführung von Rabattverträgen im patentgeschützten Bereich. Künftig würden die gesetzlichen Krankenkassen im Zuge von Ausschreibungen über die konkrete Therapie für eine Patientin oder einen Patienten maßgeblich bestimmen, nicht mehr die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt. Die Verordnungssteuerung hin zu einer möglichst billigen statt einer geeigneten Therapie ist die Konsequenz; Liefer- und Versorgungsengpässe durch Marktverengung, lange Liefer- und Produktionsketten sowie eine verstärkte Verlagerung der Forschungs- und Produktionsaktivitäten ins Ausland sind die logischen Folgen.

Auch die Versorgungssicherheit bei Impfstoffen wird durch den Gesetzentwurf nachhaltig gefährdet. Der vorgesehene zusätzliche Abschlag für Impfstoffe trifft eine der wirksamsten und effizientesten Präventionsmaßnahmen im Gesundheitssystem: Er schwächt Investitionsanreize, gefährdet die Verfügbarkeit bestehender Impfstoffe und setzt den Markteintritt neuer Impfstoffe unter Risiko.

Auch die verschlechterten Erstattungsbedingungen für Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) führen dazu, dass Prävention ausgebremst und digitale Versorgung geschwächt wird.

Erratische Eingriffe schwächen Investitionsbereitschaft, Vertrauen und Versorgungssicherheit

Die Koalition hatte die Chancen einer starken Pharmaindustrie eigentlich erkannt und sich in ihrem Koalitionsvertrag explizit dazu bekannt, Deutschland zum innovativsten Pharmastandort weltweit zu entwickeln. Dies würde entschlossenes Handeln erfordern, gerade auch für innovationsfreundliche Markt- und verlässliche Investitionsbedingungen.

Auch deshalb beschreibt die vor gut zwei Jahren beschlossene Pharmastrategie der Bundesregierung einen verlässlichen ordnungspolitischen Rahmen, insbesondere mit Blick auf die Höhe des Herstellerabschlags. Im Vertrauen auf diese

Zusagen wurden in Deutschland Investitionen in erheblichem Umfang getätigt. Dieses Vertrauen wird mit den vorgeschlagenen Maßnahmen massiv untergraben.

Das Signal, das nun an internationale Konzerne ausgeht, ist eindeutig: Deutschlands Marktbedingungen sind nicht verlässlich. Dies wird in zukünftigen Markteinführungsentscheidungen und in der Allokation globaler Entwicklungsbudgets berücksichtigt werden. Dass der Gesetzentwurf diesen Schritt vollzieht, während die Europäische Kommission auf Grundlage des Draghi-Reports gerade eine entgegengesetzte Politik verfolgt – mehr Verlässlichkeit, weniger Regulierungsbelastung, stärkere Innovationsanreize – verschärft den Glaubwürdigkeitsverlust für den Standort zusätzlich.

Die richtigen Weichen jetzt stellen

Für eine tatsächliche Umsetzung der Ziele aus dem Koalitionsvertrag zur Stärkung des Pharmastandorts Deutschland und der medizinischen Versorgung wäre eine konsequente Verbesserung der Marktbedingungen für patentgeschützte Arzneimittel die richtige Antwort. In der aktuellen Lage bedeutet dies Spielraum für flexible Preisverhandlungen und eine strikt nutzenbasierte Preisfindung. Die Aufhebung der „Leitplanken“ und des Abschlags auf Kombinationstherapien ist zwar ein Schritt in die richtige Richtung; die Einführung drastischer, gegenläufiger Preisregulierungsmaßnahmen macht diesen jedoch mehr als zunichte und verschlechtert die Gesamtsituation gegenüber dem Status quo ante erheblich.

Die Herausforderungen, denen Deutschland gegenübersteht, wurden seitens der Industrie auch im Rahmen des Pharma- und Medizintechnikdialogs der Bundesregierung mehrfach kommuniziert, doch bleiben diese im vorliegenden Gesetzentwurf vollständig unreflektiert. Deutschland braucht jetzt Sicherheit und Wachstum – und das gelingt nur mit Innovationen und Investitionssicherheit.

Zu den pharmarelevanten Regelungen des Gesetzentwurfs nimmt der vfa wie folgt Stellung:

Zu Artikel 1 Nr. 48 a) – § 130a Abs. 1b, c SGB V (neu) Einführung dynamischer Herstellerabschlag und Befreiungsmöglichkeit

Neuregelung

Zusätzlich zum bestehenden allgemeinen Herstellerabschlag soll ab dem 1. Januar 2027 ein dynamischer Herstellerabschlag eingeführt werden. Für das erste Halbjahr 2027 ist eine Festsetzung von 3,5 Prozent vorgesehen. Ab Juli 2027 wird dessen Höhe jährlich durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in Abhängigkeit von der Entwicklung der Arzneimittelausgaben und der beitragspflichtigen Einnahmen berechnet und festgesetzt. Von der Abschlagspflicht ausgenommen sind generikaabschlagspflichtige Arzneimittel, Biosimilars, Festbetragsarzneimittel sowie weitere Arzneimittel. Zudem ist eine Befreiungsmöglichkeit für ab 1. Januar 2027 erstmalig in Verkehr gebrachte Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen vorgesehen.

Kommentierung

Der zusätzliche dynamische Herstellerabschlag ist in seiner Ausgestaltung folgenschwer. Innerhalb weniger Jahre kann die Gesamtbelastung durch den Herstellerrabatt auf einen Wert deutlich jenseits der 20 Prozent ansteigen, was für sich genommen bereits eine drastische Belastung und den Entzug von Investitionsmitteln darstellt. Allein die Belastung durch den dynamischen Herstellerabschlag verfünffacht sich bis 2030.

Das erratische Handeln Deutschlands mit Blick auf den Herstellerabschlag sendet zudem ein fatales Signal. Die Tatsache, dass in der Pharmastrategie von 2023 eine Stabilisierung des Abschlags von 7 Prozent zugesagt wurde und diese Zusage nur wenige Jahre später nichtig wird, beschleunigt den allgemeinen Vertrauensverlust in den Standort weit über die Pharmabranche hinaus. Deutschland hätte die Gelegenheit, sich in Zeiten globaler Instabilität als verlässlicher Investitionsstandort zu positionieren.

Die nun vorgesehene Befreiungsmöglichkeit, die sich auf ab dem 1. Januar 2027 erstmalig eingeführte Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen beschränkt, legt überdies Voraussetzungen fest, die

nicht erfüllbar sind. Die hohen Anforderungen an beide Kriterien dürften dazu führen, dass die vorgesehene Standortausnahme ins Leere läuft.

Folgende Wechselwirkungen verstärken den Schaden dieses Instruments für die Unternehmen und die Gesamtwirtschaft:

1. Strukturelle Planungsunsicherheit durch exogene Abhängigkeiten

Der dynamische Herstellerabschlag hängt von gesamtwirtschaftlichen und systemischen Faktoren ab, die Unternehmen nicht zuverlässig kalkulieren können:

- **Gesamtmarktvolumen**: Das Marktvolumen wird getrieben von Morbiditätsentwicklung, Verschreibungsverhalten, Indikationserweiterungen Dritter und Generika-Marktdynamik. Keiner dieser Faktoren liegt im Einflussbereich der Hersteller patentgeschützter Arzneimittel.
- **Beitragspflichtige Einnahmen**: Die Einnahmen der GKV sind eine makroökonomische Variable, die von Lohnentwicklung, Beschäftigung, demographischer Wandel und konjunktureller Lage abhängt. In einer konjunkturellen Schwächephase sinken die Einnahmen, der Referenzpfad der Soll-Ausgaben wächst langsamer, der Abstand zu den Ist-Ausgaben vergrößert sich und der Abschlag steigt. Dieser prozyklische Effekt droht konjunkturelle Krisen zu vertiefen und Strukturwandelprozesse in anderen Branchen auf den bisherigen Stabilitätsanker und Wachstumsmotor pharmazeutische Industrie überschlagen zu lassen. Das Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen ist auch von der Qualität der Wirtschaftspolitik der jeweiligen Bundesregierung abhängig. Werden Wachstum und Beschäftigung beispielsweise durch ausbleibende Reformen geschwächt, schlägt dies auch negativ auf das Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen durch, was dann wiederum c.p. zu einem höheren Rabatt führt.
- **Pfadabhängigkeit**: Der Referenzpfad der Soll-Ausgaben wird jährlich um die Grundlohnrate fortgeschrieben. Ein einmaliger Ausgabenschub – durch eine Pandemie, eine neue Therapieklasse oder veränderte Verschreibungspraxis – wirkt dauerhaft abschlagserhöhend.
- **Publikationsrisiko**: Der Abschlagssatz wird erst am 1. Juni des jeweiligen Jahres im Bundesanzeiger veröffentlicht. Preisgestaltung, Budgetplanung und Investitionsentscheidungen werden langfristig geplant und sind zu diesem Zeitpunkt längst getroffen. Mithin ist der dynamische Abschlag zum Zeitpunkt der Markteinführung – und damit der ihr vorausliegenden Investitionsentscheidung – perspektivisch strukturell unbekannt und auch für einen Zehnjahreszeitraum nicht belastbar modellierbar.

2. Exportentwertung

Ein in der öffentlichen Debatte bislang weitgehend unterbeachteter Effekt des dynamischen Abschlags ist seine internationale Wirkung über den Mechanismus der Referenzpreisbildung. Pharmazeutische Erzeugnisse zählen zu den bedeutendsten deutschen Exportgütern. Deutschland exportierte zuletzt Arzneimittel im Wert von über 100 Mrd. € jährlich – ein Großteil davon patentgeschützte Originalpräparate.

Gerade die Preisreferenzierung in den USA wird dabei zu einer Herausforderung: Weil der US-Markt ein Vielfaches des deutschen Marktvolumens hat, bedeutet eine Erhöhung des Herstellerabschlags nicht nur ein unmittelbarer Liquiditätsentzug, der sich negativ auf die Investitionstätigkeit auswirken wird, sondern eine systematische Entwertung der Pharmaexporte. Allein die Wirkung des Herstellerrabattes kann anhand folgender Beispielrechnung nachvollzogen werden: Ein in Deutschland hergestelltes patentgeschütztes Präparat mit einem GKV-Umsatz von 200 Mio. € und einem US-Umsatz von 1,5 Mrd. $ erfährt durch einen dynamischen Abschlag von 5 Prozent in Deutschland einen direkten Liquiditätsentzug von 10 Mio. €. Wird diese Preisänderung über den Referenzpreismechanismus auch nur zur Hälfte in den USA berücksichtigt, ergibt sich ein zusätzlicher Umsatzrückgang von 37,5 Mio. $, allein durch den Referenzpreiskanal. Dies ist ein unmittelbarer Wertschöpfungsverlust für die deutsche Volkswirtschaft. Dies ist ökonomisch eine implizite Exportsteuer – mit dem Unterschied, dass die Einnahmen nicht dem deutschen Fiskus, sondern den

Gesundheitssystemen anderer Staaten zugutekommen.

3. Liquiditätsentzug und Vertrauensverlust

Der Herstellerabschlag entzieht den Unternehmen wichtige Liquidität, die zur Finanzierung von Investitionen in Hightechproduktion und Forschung dringend benötigt wird. Dies trifft die Pharmabranche umso mehr, da Investitionen wegen des Risikoprofils der Branche in besonderem Maße auf Eigenfinanzierung und -risiko angewiesen sind und besonders lange Planungszeiträume aufweist. Forschungs- und Produktionsaktivitäten werden häufig in Dekaden geplant – nicht in Zyklen von wenigen Monaten und Jahren.

Empfehlung

Die Regelungen zum dynamischen Herstellerabschlag müssen ersatzlos gestrichen werden.

Zu Artikel 1 Nr. 48 b) – § 130a Abs. 2 SGB V (neu) Abschlag für Impfstoffe mit Patent- oder Unterlagenschutz

Neuregelung

Zum bereits bestehenden Impfstoffabschlag soll ein zusätzlicher Herstellerabschlag von 7 Prozent auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers eingeführt werden. Dieser Zusatzabschlag soll für Impfstoffe gelten, für die Patentschutz oder Unterlagenschutz besteht.

Kommentierung

Impfstoffe sind ein hohes gesellschaftliches Gut. Sie zählen zu den wirksamsten und kosteneffizientesten Maßnahmen der modernen Medizin zur Verhinderung von Infektionskrankheiten. Hohe Impfquoten vermeiden unnötige Erkrankungen, stabilisieren langfristig die GKV-Ausgaben oder können sogar zu einem Rückgang der Gesamtausgaben führen. Studien belegen den bis zu 19-fachen wirtschaftlichen Nutzen von Impfungen in Form von weniger Krankheitsfällen und geringerer Produktivitätsverluste. Eine nachhaltige Erhöhung der Impfquoten ist daher ein wichtiges gesellschaftliches und wirtschaftspolitisches Ziel.

Der nun vorgesehene zusätzliche Abschlag von 7 Prozent auf patentgeschützte Impfstoffe konterkariert das Ziel stärkerer Prävention und höherer Impfquoten. Auch diese Maßnahme zielt isoliert auf Innovation und Fortschritt und steht im Widerspruch zu den Zielen im Koalitionsvertrag, Deutschland als führenden Standort für Forschung und Biotechnologie auszubauen.

Aktuell gilt ein europäischer Vergleichspreis für von den Krankenkassen erstattete Impfstoffe mit belastbaren Preisinformationen aus anderen Ländern. Für Impfstoffe mit eingeschränkten Preisinformationen zahlen Hersteller stattdessen einen Abschlag von 7 Prozent (§ 130a Abs. 1 Satz 1 SGB V). Neue Impfstoffe mit Patent- oder Unterlagenschutz wären in diesen Fällen mit der neuen Regelung auf unbestimmte Zeit mit einem Abschlag von insgesamt 14 Prozent belastet. Betroffen ist jedoch auch der Bestandsmarkt: Für rund ein Fünftel der patent- oder unterlagengeschützten Impfstoffe im STIKO-Kalender gilt bereits ein Abschlag von 7 Prozent, der sich entsprechend verdoppeln würde. Das gefährdet die Attraktivität des Marktes sowie die schnelle Einführung neuer und die verlässliche Verfügbarkeit bereits am Markt befindlicher Impfstoffe. Ein eindeutiges Missverhältnis, schließlich machen Impfstoffe konstant weniger als ein Prozent der GKV-Ausgaben aus.

Erfahrungen zeigen: Planbare und stabile Marktbedingungen bieten den notwendigen Rahmen für Versorgungssicherheit und weiteren medizinischen Fortschritt in der Impfprävention durch die dringend notwendige Verbesserung der Impfquoten. Sie fördern Innovation, ein breites Impfstoffangebot und eine schnelle Verfügbarkeit für Versicherte. Schnellere STIKO-Empfehlungsverfahren würden zudem die Wirkung des europäischen Vergleichspreises beschleunigen. In Kombination mit einem starken Standort und einem innovationsfreundlichen Umfeld entstehen so stabile Bedingungen für eine breite Verfügbarkeit preisstabiler Impfstoffe. Entscheidend sind Regelungen, die Herstellern Planungssicherheit geben und Versicherten schnellen Zugang sichern. Dafür ist eine ausreichende personelle Ausstattung der STIKO

und ihrer Geschäftsstelle am RKI sowie die strukturierte Implementierung impfquotensteigernder Maßnahmen durch die Nationale Lenkungsgruppe Impfen (NaLI) unerlässlich.

Empfehlungen

- Die geplante Regelung sollte gestrichen werden.
- Die STIKO, ihre Geschäftsstelle und die NaLI sollten gestärkt werden. Ziel sind schnelle und planbare Impfempfehlungen und deren Umsetzung.

Zu Artikel 1 Nr. 48 c) – § 130a Abs. 3a Satz 1, 4 SGB V (neu) Preismoratorium

Neuregelung

Im Entwurf ist vorgesehen, das Preismoratorium bis Ende 2030 zu verlängern. Das sog. erweiterte Preismoratorium soll durch einen künftigen Wirkstoffbezug ausgedehnt werden. Zudem soll zur Bestimmung des Vergleichsarzneimittels nicht mehr auf die Packungsgröße und Wirkstärke, sondern allein auf die Gesamtwirkstoffmenge abgestellt werden.

Kommentierung

Das Preismoratorium ist ein gravierender staatlicher Eingriff in die freie Preisbildung, der nicht leichtfertig permanent fortgeführt werden darf. Es wirkt als flankierende Maßnahme zum System der gesetzlichen Herstellerabschläge. Gerade dieses System soll durch die Einführung eines zusätzlichen dynamischen Herstellerabschlags weiter ausgebaut werden – mit einer immensen Mehrbelastung der pharmazeutischen Industrie als Folge. Von der pharmazeutischen Industrie wird abermals ein erheblicher zusätzlicher Beitrag zur Bewältigung der GKV-Finanzprobleme abverlangt, zumal die Unternehmen hier die weit über Inflation liegenden Energiekostensteigerungen und weitere Kostenzuwächse nicht weitergeben können.

Zudem sieht der Entwurf vor, dass eine Neueinführung eines pharmazeutischen Unternehmers auch dann als abschlagspflichtige Preiserhöhung angesehen werden kann, wenn deren Produktpreis im Vergleich zu Arzneimitteln eines anderen pharmazeutischen Unternehmers als Preiserhöhung angesehen werden kann. Die geplante Neuregelung hat damit weitreichende Implikationen; denn sie resultiert in einer Festschreibung eines allgemeinen Preisniveaus im Markt für einen bestimmten Wirkstoff. Eine geplante Preisreferenzierung auf andere pharmazeutische Unternehmer bei Neueinführungen von patentfreien Wirkstoffen stellt einen massiven Eingriff in die freie Preisfestsetzung dar. Dies kann Anreize für solche Investitionen schwächen und sich langfristig nachteilig auf die Anbietervielfalt auswirken.

Bereits jetzt führt das erweiterte Preismoratorium zu erheblichen Problemen in seiner Umsetzung und zeigt hohen bürokratischen Aufwand.

Empfehlungen

- Das Preismoratoriums sollte zu Ende 2026 auslaufen.
- Es sollte keine Ausdehnung des erweiterten Preismoratoriums auf weitere pharmazeutische Unternehmer erfolgen.

Zu Artikel 1 Nr. 49 a) – § 130b Abs. 1a SGB V (neu) Preis-Mengen-Regelung

Neuregelung

Die bestehende Pflicht zur Berücksichtigung mengenbezogener Aspekte im Rahmen der Erstattungsbetragsverhandlungen wird um eine gesetzliche „Auffangregelung“ ergänzt, die automatisch im Falle einer Nicht-Einigung unter Ausschluss der Schiedsstelle greift. Dabei soll ergänzend zu einer relativen Komponente in einer ausgabenvolumenbezogenen Staffel pro 100 Mio. Euro Umsatz ein um den Faktor 10 über der bisherigen Praxis der Schiedsstelle liegender zusätzlicher Rabatt auf den

nutzenbasierten Erstattungsbetrag eingeräumt werden.

Kommentierung
Eine so erhebliche Verschärfung der sogenannten „Preis-Mengen-Regelung“ ist weder notwendig noch sachgerecht und stellt erneut einen gravierenden Eingriff in das AMNOG-System dar.

1. Bruch mit dem etablierten und bewährten Aushandlungsprinzip

Die vorgesehene Regelung ist äußerst kritisch einzuordnen, weil sie sich von der im AMNOG-System etablierten Festlegung von Vertragsbestandteilen durch die Vertragsparteien oder die AMNOG-Schiedsstelle löst, die für einen fairen und angemessenen Interessenausgleich zwischen der GKV-Versichertengemeinschaft und dem pharmazeutischen Unternehmer sorgt. Bislang führten 95 Prozent aller Preisverhandlungen zu einer Einigung. Die Verhandlungspraxis zeigt also eindeutig, dass unter Würdigung des Einzelfalls für beide Parteien zufriedenstellende Ergebnisse erzielt werden können. Es soll nunmehr ein Instrument eingeführt werden, welches eine einvernehmliche Lösung auf dem Verhandlungsweg erübrigt. Es ist anzunehmen, dass das, was der Gesetzgeber als „Auffangregelung“ beschreibt, die neue Untergrenze für zukünftige Preis-Mengen-Regelungen darstellen wird. Damit ist im Rahmen der „Auffangregelung“ keine Berücksichtigung von Einzelfällen möglich. Das etablierte und bewährte Verhandlungsprinzip des AMNOG-Systems wird damit nachhaltig relativiert und geschwächt.

2. Bruch mit dem evidenzbasierten AMNOG-Prinzip und Drittwirkung durch Preisreferenzierung

Mit der vorgesehenen Regelung wird eine zusätzliche preisbestimmende Dimension basierend alleinig auf dem Gesamtausgabevolumen eines Produktes einführt. Aufgrund der konkreten Ausgestaltung handelt es sich faktisch um einen weiteren gesetzlich vorgegebenen Rabatt.

Dieser soll das Zehnfache der bisherigen Schiedsspruchpraxis betragen. Wenn der Erstattungsbetrag aufgrund der Mengenregelung massiv und permanent sinkt, käme das dem Ende der nutzenbasierten Preisfindung und einer völligen Entwertung der Nutzenbewertung des G-BA gleich. Mittels dieser Maßnahme werden gezielt innovative Produkte, die einen hohen Stellenwert in der Patientenversorgung haben, unabhängig von ihrem nachgewiesenen Zusatznutzen mit einem erheblichen zusätzlichen Abschlag auf den nutzenbasierten Preis belegt.

Der unverfälschte nutzenadäquate Erstattungsbetrag ist unter anderem wichtig für Folgeverhandlungen bei Indikationserweiterung. Sinkt der Erstattungsbetrag, starten zwei Kellertreppeneffekte: Erstens würden sich Erstattungsbeträge durch Bezug auf die zweckmäßige Vergleichstherapie gegenseitig nach unten ziehen und zweitens hätte ein stark sinkender gelisteter Erstattungsbetrag in Deutschland deutlichen Einfluss auf internationale Referenzpreise.

3. De-Incentivierung klinischer Entwicklung und Verengung der Zulassungslage

Zudem führt die obligatorische Berücksichtigung eines Preis-Mengen-Algorithmus dazu, zwei unterschiedliche Sachverhalte fälschlich gleich zu behandeln. Es macht einen Unterschied, ob ein Produkt in einer Indikation bestimmte Umsatzschwellen überschreitet oder dies für ein Produkt in einer Vielzahl von Indikationen der Fall ist. Dadurch benachteiligt er Arzneimittel, die einen ungedeckten Bedarf in mehr als einem Therapiegebiet adressieren und genau deshalb auf Basis eines umfangreichen Forschungsprogramms mit entsprechenden sukzessiven Zulassungen und jeweils durchgeführten vollwertigen einzelnen AMNOG-Nutzenbewertungsverfahren einen hohen Stellenwert in der Versorgung einnehmen. Der jeweils verhandelte Erstattungsbetrag als Mischpreis bildet sowohl den Zusatznutzen in neuen Anwendungsgebieten als auch die Ausweitung des Patientenkollektivs vollumfänglich ab. Mit der geplanten Doppelregulierung werden Forschungsanstrengungen und Zulassungen in weiteren Anwendungsgebieten nicht nur ausgebremst, sondern geradezu bestraft.

4. Unterschätzung der Eingriffstiefe: Liquiditätsentzug und Vertrauensverlust

Der Entwurf sieht zur Umsetzung der vorgesehenen Regelung ein Sonderkündigungsrecht für seit dem 12. November 2022 abgeschlossene Erstattungsbetragsvereinbarungen vor. Die in diesen

Erstattungsbetragsvereinbarungen nicht abgebildete, um den Faktor 10 verschärfte Regelung entzieht den Unternehmen Liquidität, die zur Finanzierung von geplanten Investitionen in Hightech-Produktion und Forschung dringend benötigt wird. Deutschland greift insofern durch das vorgesehene Sonderkündigungsrecht staatlicherseits in bestehende Erstattungsbetragsvereinbarungen ein. Ein fatales Signal, das das Vertrauen der pharmazeutischen Industrie in verlässliche Rahmenbedingungen für zukünftige Markteinführungs- und Investitionsentscheidungen erheblich schwächt.

Zudem bezieht sich der Abschlag auf einen rein virtuellen Umsatz vor Abzug von gesetzlichen und freiwilligen Rabatten, der der Berechnung zugrunde gelegte Umsatz wird durch den pharmazeutischen Unternehmer nicht erzielt.

Empfehlungen

- Die Preis-Mengen-Regelung muss Teil der Verhandlungslösung bleiben.
- Die gesetzliche „Auffangregelung“ ist ersatzlos zu streichen.

Zu Artikel 1 Nr. 49 b) - § 130b Abs. 2 SGB V und Nr. 39 a), b) – § 106b Abs. 1 Satz 5, Abs. 5 SGB V (neu), Nr. 50 - § 130e Abs. 2 Satz 1 SGB V (neu) Praxisbesonderheiten und Wirtschaftlichkeitsprüfung

Neuregelung

Die geplante Streichung der Soll-Vereinbarung einer bundesweiten Praxisbesonderheit bei AMNOG-Arzneimitteln mit Zusatznutzen wird mit der vorgesehenen Einführung von speziellen Rabattverträgen für Patentarzneimittel mit Wirkstoffen therapeutisch vergleichbarer Wirkung begründet. Nur für solche rabattierten Arzneimittel ist zukünftig die Anerkennung als Praxisbesonderheit vorgesehen.

Kommentierung

Für über 100 Arzneimittel bestehen aktuell verhandelte Praxisbesonderheiten gemäß § 130b Abs. 2 SGB V. Die entsprechende Regelung hat – entgegen der Begründung des Gesetzgebers – insofern bedeutende Relevanz in der Erstattungsbetragsverhandlung und Versorgung. Insbesondere in Indikationen, in denen der Fachgruppe nur sehr niedrige Richtgrößen für Arzneimittelverordnungen zur Verfügung stehen, sind Praxisbesonderheiten notwendig, um innovative Arzneimittel in die Versorgung zu bringen. Der Wegfall der Anerkennung als Praxisbesonderheit von AMNOG-Arzneimitteln mit Zusatznutzen schwächt daher wesentlich das seit über 15 Jahren etablierte AMNOG-System. Bekanntlich geht es nicht nur um eine nutzenadäquate Preisbildung, sondern gleichzeitig auch um eine gezielte Steuerung des Verordnungsverhaltens der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte hin zu Präparaten mit Zusatznutzen. Dies wird durch die Streichung der Anerkennung als Praxisbesonderheit bei Zusatznutzenpräparaten deutlich geschwächt.

Bei Produkten mit Praxisbesonderheiten nach § 130b Abs. 2 SGB V handelt es sich ausschließlich um Produkte, die im Rahmen der Nutzenbewertung des G-BA einen Zusatznutzen gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie nachweisen konnten. Ohne Praxisbesonderheiten, die bislang mit dem GKV-Spitzenverband vereinbart werden, steigt die Unsicherheit bei Ärztinnen und Ärzten zu Lasten der Patientinnen und Patienten, da die Verordnungssicherheit vor dem Hintergrund von Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht mehr gegeben ist. Es ist ein wichtiges Werkzeug, das den verschreibenden Ärztinnen und Ärzte Regressängste nimmt und den Zugang von Patientinnen und Patienten zu innovativen Arzneimitteln unterstützt.

Aus Sicht des vfa ist die geplante Streichung der im Rahmen des AMNOG vereinbarten Praxisbesonderheiten problematisch. Zum einen scheint die Begründung wenig nachvollziehbar, zum anderen entsteht bezüglich bereits verhandelter Regelungen ein hohes Maß an rechtlicher Unsicherheit, was den weiteren Umgang mit den noch bestehenden Regelungen angeht. Praxisbesonderheiten werden vor allem in besonders sensiblen Versorgungsbereichen vereinbart, insbesondere bei Arzneimitteln für seltene Erkrankungen und in der

Onkologie, also dort, wo hochspezialisierte Therapien und besondere Versorgungserfordernisse berücksichtigt werden müssen. Zugleich wird damit auch der Verhandlungsspielraum in den Erstattungsbetragsverhandlungen abermals spürbar beschnitten: Wenn Praxisbesonderheiten künftig nicht mehr Gegenstand der Verhandlungen sein können, wird den Verhandlungspartnern ein weiteres Element der Ausgestaltung passgenauer, versorgungsorientierter Vereinbarungen entzogen. Stattdessen soll die Praxisbesonderheit künftig allein an rabattierte patentgeschützte Arzneimittel nach § 130e (neu) anknüpfen. Damit verschiebt sich das System grundlegend: weg von einer nutzen- und versorgungsorientierten Steuerung hin zu einem Leitbild, bei dem vor allem der günstigste Preis über die Verordnung entscheidet. Dieser Paradigmenwechsel ist aus Sicht des vfa klar abzulehnen.

Empfehlung

Die Vereinbarung von Praxisbesonderheiten im AMNOG muss bestehen bleiben.

Zu Artikel 1 Nr. 49 c) – § 130b Abs. 3 Satz 2, 5, 11-15 SGB V, Nr. 12 a, c) - § 35a Abs. 1 Satz 3 Nr. 7, Abs. 3 Satz 5 und 6 SGB V Abschaffung der Leitplanken

Neuregelung

Die gesetzlichen Vorgaben der „Leitplanken“ für die Vereinbarung oder Festsetzung eines Erstattungsbetrags werden gestrichen.

Kommentierung

Mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz wurden folgenschwere Eingriffe vorgenommen. Der Gesetzgeber konstruierte sog. „Leitplanken“ für die Erstattungsbetragsverhandlungen – ein starres Korsett von Vorgaben, das dazu führte, dass der Zusatznutzenbeschluss des G-BA entwertet und das Prinzip der nutzenbasierten Preisfindung ausgehöhlt wurde.

Die Begründung des Gesetzgebers zur Streichung der „Leitplanken“, nämlich eine angemessene monetäre Wertschätzung von Innovationen zu erreichen und notwendige Gestaltungsspielräume bei den Preisverhandlungen wiederherzustellen, erscheint jedoch widersprüchlich, wenn gleichzeitig unter anderem durch die geplante Einführung wirkstoffübergreifender Ausschreibungen nach § 130e (neu) und drastisch erhöhter Preis-Mengen-Rabatte das Prinzip der nutzenbasierten Preisbildung ad acta gelegt wird.

Empfehlung

Die vorgesehene Abschaffung der innovationsfeindlichen „Leitplanken“ wird begrüßt.

Zu Artikel 1 Nr. 50 – § 130e SGB V (neu) Verordnungssteuerung über Rabattverträge für Patentarzneimittel

Neuregelung

Krankenkassen oder ihre Verbände sollen künftig Gruppen von patentgeschützten Arzneimitteln mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung in einem Therapiegebiet festlegen und hierfür Rabattverträge mit pharmazeutischen Unternehmen vereinbaren können. Diese Vereinbarungen können exklusiv und wirkstoffübergreifend ausgeschrieben werden. Zulässig sind bis Ende 2030 Ausschreibungen für ausgewählte Wirkstoffgruppen. Vertragsärztinnen und Vertragsärzte müssen die jeweils rabattierten Arzneimittel verordnen, wenn nicht im Einzelfall medizinische Gründe dagegensprechen. Der GKV-Spitzenverband legt dem BMG bis zum 31. Juli 2030 einen Bericht über Auswirkungen auf Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung sowie über Auswirkungen auf die Arzneimittelausgaben vor.

Kommentierung

Der vfa lehnt die geplante Neuregelung entschieden ab. Die Regelung ist ein tiefgreifender Systemeingriff in die Versorgung mit patentgeschützten Arzneimitteln in Deutschland. Unter dem Deckmantel der „Förderung des Wettbewerbs“

wird ein Instrument geschaffen, das in der Praxis zu einer kassengetriebenen Verordnungssteuerung allein nach Preisgesichtspunkten führt und damit zentrale Grundentscheidungen der deutschen Arzneimittelversorgung aushebelt.

Auch wenn nach jetziger Rechtslage Krankenkassen bereits Rabattverträge in einem Therapiegebiet für therapeutisch vergleichbare Wirkstoffe – die sich jedoch grundlegend in ihren Zulassungen für Patientenpopulationen unterscheiden – abschließen können, geht dieser Vorschlag weit über bisherige Versorgungsverträge hinaus. Der entscheidende Punkt ist, dass weitreichende Rechtswirkungen mit diesen Rabattverträgen verbunden werden sollen und keine Vereinbarung auf Augenhöhe getroffen wird. Insoweit könnte diese Vorschrift faktisch die Wirkung eines Verordnungsausschlusses haben und mittelfristig den Einstieg in eine sog. „Vierte Hürde“ bedeuten und die Notwendigkeit einer nutzenbasierten Preisfindung fundamental in Frage stellen.

Letztlich wird das Wettbewerbsprinzip des Patentmarktes – der Innovationswettbewerb – durch das Wettbewerbsprinzip des Generikamarktes – den preislichen Unterbietungswettbewerb – ersetzt. Rabattverträge für Patentarzneimittel stoppen den Innovationszyklus der Forschung, wenn Generika-Mechanismen auf innovative Produkte übertragen werden.

1. Bruch mit dem evidenzbasierten AMNOG-Prinzip und Einführung einer Zugangshürde

Der geplante § 130e (neu) ist ein klarer Bruch mit der Zielsetzung des AMNOG, Innovationen evidenzbasiert zu honorieren und in die Versorgung zu bringen. Das AMNOG-Prinzip wird damit strukturell entwertet und ad absurdum geführt: Ein Unternehmen führt umfangreiche klinische Studien durch, durchläuft das vollständige AMNOG-Verfahren, reicht ein individuelles Dossier ein, verhandelt mit dem GKV-Spitzenverband, basierend auf dem durch den G-BA festgestellten Zusatznutzen, einen nutzenbasierten Erstattungsbetrag. Und anschließend wird der neue Wirkstoff in eine Rabatt-Wirkstoffgruppe eingeordnet und verliert seinen Verordnungsanteil an den günstigsten Bieter einer Ausschreibung – unabhängig vom Ergebnis der Nutzenbewertung und unabhängig vom verhandelten Preis. Damit würde am Ende nicht mehr der medizinische Nutzen, sondern der niedrigste Preis über den tatsächlichen Zugang zur Versorgung entscheiden. Das ist ein fundamentaler Bruch mit dem bisherigen Ordnungsrahmen. Für die meisten Arzneimittel einer Gruppe ergäbe eine AMNOG-Nutzenbewertung zukünftig keinen Sinn mehr, da ihre Ergebnisse keine Relevanz für „evidenzfreie“ Rabattverträge hätten. Allein für die zunächst vorgesehenen fünf Wirkstoffgruppen würden über 180 Nutzenbewertungen mit mehr als 200 zugrunde liegenden Studien nachträglich an Bedeutung verlieren. Dies gilt auch in Hinblick auf das angelaufene EU-HTA, dessen Ergebnisse in Deutschland für diese Arzneimittel keinen Zweck mehr erfüllen würden. Der Gedanke einer gemeinsamen europäischen Nutzenbewertung verliert hier an Bedeutung, noch bevor sich der Prozess etablieren konnte.

Offenbar gehen die Verfasser des Vorschlags davon aus, dass AMNOG-Arzneimittel unabhängig von ihrer Zulassung und den Ergebnissen klinischer Studien Bestandteil einer Gruppe von Arzneimitteln mit „therapeutisch vergleichbarer“ Wirkung sein können. Damit erfolgt perspektivisch eine Einordnung in Gruppen „therapeutisch vergleichbarer“ Arzneimittel völlig nach Belieben der Kostenträger – mit weitreichenden Folgen für die Versorgung.

Besonders irritiert dabei die Möglichkeit, dass Arzneimittel ohne Berücksichtigung oder Vorhandensein von Evidenz in Gruppen einbezogen werden könnten. In diesem Fall könnte ein festgestellter Zusatznutzen in der Versorgungspraxis sogar benachteiligt werden, weil Ärztinnen und Ärzte auf ein rabattiertes Arzneimittel gelenkt würden. Auch der Verweis auf medizinisch begründete Ausnahmen löst dieses Problem nicht. Denn wenn der Gesetzgeber das rabattierte Arzneimittel zur Regel und die medizinisch abweichende Verordnung zur Ausnahme macht, stellt er die Nutzenbewertung als auch Leitlinien-Empfehlungen infrage. Das ist mit dem Anspruch einer evidenzbasierten Versorgung nicht vereinbar.

Damit entfällt zunehmend auch jede Planungssicherheit für die forschenden Unternehmen, obwohl zuletzt (auch im Pharma- und Medizintechnikdialog) die Planbarkeit als essenzielle Voraussetzung bei den Investitionen in hochwertige

klinische Studien deutlich wurde. Zugleich könnten die Unternehmen nicht kalkulieren, ob – und falls ja wann – ihr Produkt eingruppiert wird, welche anderen Wirkstoffe in dieser Gruppe zusammengefasst werden und welcher Nettopreis nach Rabattvertrag tatsächlich erzielbar ist.

Hinzu kommt, dass mit der vorgesehenen Regelung und den daraus folgenden Verordnungswirkungen faktisch eine „Vierte Hürde“ eingeführt wird. Dies nimmt die Grundlage für eine frühe Markteinführung in Deutschland. Das AMNOG galt bislang weltweit als ein Vorbild, was den frühen und umfassenden Zugang zu innovativen Arzneimitteln betrifft. Diese bislang gute Ausgangslage würde damit der Vergangenheit angehören.

2. Gravierender Eingriff in therapeutische Verordnungsfreiheit

Der vorgesehene Regelungskomplex setzt Ärztinnen und Ärzte unter erheblichen Druck, vorrangig rabattierte Arzneimittel zu verordnen. Formal bleibt eine abweichende Verordnung zwar möglich, jedoch nur in medizinisch begründeten Einzelfällen und natürlich nur, wenn Alternativen überhaupt noch im Markt verfügbar sind. Damit wird die ärztliche Therapiefreiheit eingeschränkt und die Wahl der Behandlung de facto von den Krankenkassen mitbestimmt. Dem Arzt oder der Ärztin werden damit zusätzliche bürokratische Begründungspflichten auferlegt, wenn er im Sinne seiner Patientinnen und Patienten von den Vorgaben abweichen möchte.

Für Patientinnen und Patienten kann dieser Richtungswechsel erhebliche Nachteile mit sich bringen. Nicht mehr die individuell am besten geeignete Therapie würde im Vordergrund stehen, sondern allein diejenige, die zusätzlich rabattiert ist und zur Erfüllung einer Quote dient. Medizinische Unterschiede zwischen Therapien – etwa unterschiedliche Resistenz-, Nebenwirkungs- und Wechselwirkungsprofile, Selektivitäten, Wirkmechanismen oder Einsatzmöglichkeiten in verschiedenen Therapiesequenzen – würden dabei systematisch unberücksichtigt bleiben. In der Medizin gilt nicht das Prinzip „one size fits all“. Medizinische Leitlinien sehen oft mehrere gleichwertige oder komplementäre Optionen vor, da Patientinnen und Patienten unterschiedlich – selbst auf Medikamente der gleichen Wirkstoffklasse – ansprechen und somit die wirksamste und verträglichste Option gewählt werden kann.

Außer Acht gelassen bleiben damit also auch medizinische Leitlinien-Empfehlungen für die jeweilige Patientengruppe. Dadurch wird nicht nur die therapeutische Verordnungsfreiheit in Frage gestellt, sondern auch evidenzbasierte Leitlinienempfehlungen – denn einziges Entscheidungskriterium bleibt dann, in welcher Krankenkasse der Patient bzw. die Patientin versichert ist.

3. Risiken für Versorgungssicherheit und Therapiekontinuität

Exklusive Rabattverträge gefährden die Versorgungssicherheit in extremer Weise. Ein übersteigerter Preis- und Selektionswettbewerb im patentgeschützten Markt erhöht das Risiko von Marktrückzügen, verringert die Bereitschaft, Kapazitätsreserven vorzuhalten, und verschärft Fehlsteuerungen in Lieferketten. Der Bundestag hat exklusive Rabattverträge im Biosimilar-Bereich bewusst verboten, da sie Versorgungssicherheit und Resilienz gefährden können. Diese Argumente gelten für patentgeschützte Arzneimittel in noch stärkerem Maße, da hier pro Wirkstoff nur ein einziger Anbieter und eine deutlich höhere therapeutische Komplexität auf Grund unterschiedlicher Indikationen vorliegen.

Auch kann dieses Konstrukt dazu führen, dass therapeutische Alternativen aus der Versorgung gedrängt werden, obwohl sie medizinisch weiterhin erforderlich sind. Damit droht nicht nur eine schleichende Verengung des Therapiespektrums, sondern es entstehen Risiken für die Therapiekontinuität. Aufgrund eines Kassenwechsels oder Neuausschreibungen kann es zu einem Risiko für eine erfolgreiche Behandlung kommen, wenn ein Austausch des Arzneimittels erfolgen muss, der nicht medizinisch, sondern allein vertraglich begründet ist. Gerade bei schweren Erkrankungen ist ein solches Vorgehen problematisch, denn die Versorgung braucht Verlässlichkeit. Die Umsetzung würde zu massenhaften Umstellungen in kritischen Indikationen führen.

Seit Bestehen des Lieferengpassregisters ist zu beobachten, dass der Anteil der patentgeschützten Arzneimittel, die von Lieferengpässen betroffen sind, verschwindend gering ist. Derzeit ist für

zwei Arzneimittel, die noch unter Patent- oder Unterlagenschutz stehen, ein Lieferengpasse gemeldet. Insgesamt umfasst die Liste aktuell 316 Arzneimittel. Mit der neuen Regelung sind bei den rabattierten Arzneimitteln nicht nur vermehrt Lieferengpässe, sondern auch Versorgungsengpässe und Marktrücknahmen wahrscheinlich.

4. Schwächung des Forschungs- und Entwicklungsstandorts

Darüber hinaus droht durch eine Einschränkung des Marktzugangs eine deutliche Schwächung des Forschungs- und Entwicklungsstandortes Deutschlands und Europas. Der Zugang zu innovativen Therapien ist ein zentraler Faktor dafür, ob klinische Studien hierzulande durchgeführt werden können und ob Unternehmen Deutschland weiterhin als prioritären Markt für Forschung und Investitionen betrachten. Wenn Arzneimittel aufgrund eines künstlich erzeugten Preis- und Selektionswettbewerbs gar nicht erst in der Versorgung ankommen oder frühzeitig vom Markt genommen werden, gehen Rekrutierungswege für Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer verloren, Forschungsaktivitäten werden ins Ausland verlagert und Deutschlands Attraktivität für internationale Entwicklungsprogramme sinkt nachhaltig.

Besonders problematisch ist der Fehlanreiz für Forschungs- und Entwicklungs-Portfolios. Wenn der wirtschaftliche Erfolg zukünftig im Wesentlichen daran hängt, auf eine Fokusliste für bereits kommerziell attraktive, volumenstarke Indikationen mit einer flachen Kostenstruktur zu gelangen, wird Kapital in inkrementelle Nachahmerprodukte gelenkt als in echte Sprunginnovationen, seltene Erkrankungen oder schwer erschließbare Patientengruppen. Das wäre gesundheitspolitisch und industriepolitisch das falsche Signal. Wenn sich der wirtschaftliche Erfolg eines innovativen Arzneimittels künftig nicht mehr verlässlich an medizinischem Nutzen, sondern an nachgelagerten Rabattmechanismen entscheidet, sinkt die Bereitschaft, in Deutschland frühzeitig einzuführen und zu investieren.

5. Abschaffung des Innovationswettbewerbs

Es wird zudem verkannt, dass zwischen forschenden Pharmaunternehmen und zwischen patentgeschützten Arzneimitteln selbst bereits ein intensiver, marktgetriebener Wettbewerb besteht. Stets sind die Unternehmen gefordert, kontinuierlich neue therapeutische Ansätze zu entwickeln, um in internationalen Märkten bestehen zu können. Die geplante Regelung verschiebt den Innovationswettbewerb in Richtung eines administrativ gesteuerten Preis- und Selektionswettbewerbs.

Gerade für innovative Arzneimittel mit komplexen Evidenzanforderungen, kleineren Patientengruppen oder erst später festgestelltem Zusatznutzen in weiteren Anwendungsgebieten sinkt damit die Planbarkeit erheblich. Unternehmen können künftig deutlich schlechter kalkulieren, ob ein Arzneimittel nach Markteintritt überhaupt – und wenn ja wie lange – reale Verordnungschancen hat. Das erschwert Investitionsentscheidungen und schwächt den Anreiz, neue Therapien in Deutschland auf den Markt zu bringen.

6. Mehr Bürokratie statt Entlastung

Für alle Beteiligten entstünden erhebliche zusätzliche bürokratische Belastungen, die eine ohnehin ausufernde Bürokratie im Versorgungssystem auf die Spitze treiben. Ärztinnen und Ärzte müssten Verordnungsquoten beachten, medizinische Abweichungen rechtfertigen und Regressrisiken im Blick behalten. Aber auch auf Seiten der Krankenkassen, deren Kosten durch die Versicherten zu tragen wären, gäbe es einen immensen Bürokratiezuwachs. Nach Abschluss des regulären Verfahrens mit Nutzenbewertung und Erstattungsbetragsverhandlung würden weitere Rabattvertragsverhandlungen folgen. Regionale oder kassenspezifische Ausgestaltungen würden die Komplexität nochmals erhöhen.

Fazit

Die geplante Neuregelung in § 130e (neu) ist klar abzulehnen. Sie macht das evidenzbasierte AMNOG-Prinzip weitgehend obsolet, gefährdet die ärztliche Therapiefreiheit, führt zu einer Verschlechterung der Versorgung, erhöht das Risiko für Liefer- und Versorgungsengpässe, verursacht Bürokratie und verringert letztlich Anreize für die Erforschung, Entwicklung und Markteinführung innovativer Arzneimittel . Die Regelung ist ein Widerspruch zu den Maßstäben einer evidenzbasierten Medizin und den Anforderungen an inländische Resilienz. Auch eine Selbstevaluation der

Auswirkungen aus Sicht der Kostenträger ist nicht sachgerecht.

Statt eines künstlich erzeugten Preis- und Selektionswettbewerbs im patentgeschützten Markt braucht es einen verlässlichen Ordnungsrahmen, der medizinischen Fortschritt honoriert, ärztliche Entscheidungen nach medizinischen Gesichtspunkten ermöglicht und Patientinnen und Patienten den Zugang zu innovativen Therapien sichert.

Empfehlung

Die geplante Regelung des § 130e SGB V (neu) muss ersatzlos gestrichen werden.

Zu Artikel 1 Nr. 50 – § 130e SGB V, Nr. 12 b), c) – § 35a Abs. 1d, 3 Satz 4 SGB V und Nr. 72 – § 429 SGB V (neu) Wegfall des Kombinationsabschlages

Neuregelung

Der Kombinationsabschlag für Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen soll wegfallen. Der neue § 429 SGB V sieht eine Übergangsregelung vor. Die Abschlagspflicht soll für alle Arzneimittel bestehen bleiben, die bis zum Tag vor dem Inkrafttreten des Gesetzes zu Lasten der Krankenkassen abgegeben werden. Ausweislich der Begründung sollen Arzneimittel, die nach diesem Stichtag abgegeben werden, aber gegebenenfalls als Kombinationspartner für die Begründung der Abschlagspflicht von Abgabevorgängen vor dem Stichtag zu berücksichtigen sein.

Kommentierung

Der zusätzliche pauschale Eingriff durch die Einführung des Kombinationsabschlages war weder notwendig noch sachgerecht, da Kombinationstherapien längst umfassend im Rahmen der Preisverhandlungen berücksichtigt werden. Dies ist anhand der Schiedssprüche nachverfolgbar. Durch den Kombinationsabschlag kommt es daher aktuell zu nicht gerechtfertigten Doppelrabattierungen.

Auch die praktischen Erfahrungen beim Kombinationsabschlag haben eindeutig gezeigt, dass es einer dringenden Abschaffung des Instruments bedarf. Insbesondere die Feststellung und Abgrenzung eines Kombinationseinsatzes auf Grundlage der unwiderleglichen Vermutungsregelung sowie die Abrechnung durch die Krankenkassen hat sich als sehr fehleranfällig und bürokratisch erwiesen. Insgesamt führt die Umsetzung der Abschlagspflicht zu einer hohen Rechtsunsicherheit.

Dass Arzneimittel, die nach dem Inkrafttreten des BStabG abgegeben werden, als Kombinationspartner berücksichtigt werden, ist nicht sachgerecht. Zur Vermeidung von Rechtsunsicherheit sollte daher in § 429 SGB V (neu) klargestellt werden, dass nach dem Inkrafttreten des BStabG abgegebene Arzneimittel auch nicht als Kombinationspartner zur Begründung der Abschlagspflicht von Abgabevorgängen vor dem Stichtag zu berücksichtigen sind.

Empfehlungen

- Die Abschaffung des Kombinationsabschlages ist dringend notwendig.
- In § 429 SGB V (neu) sollte klargestellt werden, dass nach Inkrafttreten abgegebene Arzneimittel auch nicht als Kombinationspartner zur Begründung der Abschlagspflicht von Abgabevorgängen vor dem Stichtag zu berücksichtigen sind.

Zu Artikel 1 Nr. 55 a), b) – § 134 Abs. 1, Abs. 5 Satz 3 SGB V (neu) Vorgaben für DiGA

Neuregelung

Der Gesetzgeber sieht vor, in der DiGA-Rahmenvereinbarung mengenbezogene Abschläge einzuführen. Diese sollen von 2 Prozent ab 3 000 Verordnungen pro Jahr bis zu 30 Prozent bei über 100 000 Verordnungen pro Jahr reichen. Darüber

hinaus soll die Rahmenvereinbarung Höchstbeträge für die vorübergehende Vergütung im ersten Jahr festlegen. Diese sollen für DiGA, die keiner Gruppe vergleichbarer Produkte zugeordnet werden können, als Mittelwert der nach Abgaben gewichteten Vergütungsbeträge kalkuliert werden.

Kommentierung

Die vorgeschlagenen Maßnahmen in Bezug auf die Vergütung von DiGA sind abzulehnen. Sie steht dem in der Digitalstrategie erklärten Ziel des Bundesgesundheitsministeriums, digitale Gesundheits- und Pflegeanwendungen (DiGA und DiPA) als integrale Bestandteile digital unterstützter Versorgungsprozesse zu etablieren, diametral entgegen, da sie die Entwicklung der Produkte hemmen, statt sie zu fördern. Insbesondere unter Berücksichtigung des marginalen Einsparpotenzials im Promillebereich ist von einer weiteren Schwächung des DiGA-Marktes Abstand zu nehmen.

DiGA sind ein essenzieller Baustein, um die Versorgung in Deutschland auch angesichts des bereits heute spürbaren und sich in den kommenden Jahren voraussichtlich weiter verschärfenden Ärztemangels sicherzustellen. Deutschland war hier bislang Vorreiter. Zusätzliche Regulierungen drohen jedoch, diesen jungen und innovativen Versorgungsbereich massiv zu beschädigen: Schon heute liegt der Vergütungsbetrag faktisch bei einem „Einheitspreis“ von rund 230 Euro pro Quartal und pro DiGA – ein Niveau, das für viele Hersteller bereits jetzt nicht auskömmlich ist. Wenn nun die hohen Zulassungshürden mit noch geringeren Erlösen zusammentreffen, werden Markteinführung und wird der Standort zunehmend unattraktiv. Denn bereits die bestehenden, regelmäßig steigenden Anforderungen verursachen erhebliche Entwicklungs-, Zertifizierungs- und laufende Kosten. In der Summe gefährdet diese Kombination aus sinkender Wirtschaftlichkeit und wachsenden Belastungen die Zukunft der DiGA in Deutschland.

Die Mengenausweitung einer DiGA ist immer auch ein Indikator dafür, dass sich das Produkt in der Versorgung etabliert und ein Versorgungsbedarf in der Bevölkerung besteht. Diese positiven Versorgungeffekte werden mit mengenbezogenen Preisabschlägen konterkariert. Die im Entwurf vorgesehenen Preis-Mengen-Vereinbarungen in Kombination mit den bereits etablierten und breit kritisierten Maßnahmen der Anwendungsbegleitenden Erfolgsmessung (AbEM) würden Preisreduktionen nach sich ziehen, die weitere Innovationen unrentabel machen und damit die Digitalisierungsbestrebungen hemmen werden.

Ein Höchstpreis für DiGA, die keiner Gruppe vergleichbarer Anwendungen zugeordnet werden können, ist besonders kritisch. Das gilt vor allem für Nischenindikationen, in denen Entwicklung und Markteintritt ohnehin mit hohen Risiken und geringen Skaleneffekten verbunden sind. Werden für Stand-Alone-Produkte in solchen Indikationen starre Preisobergrenzen festgelegt, erschwert das die Re-Finanzierung der hohen initialen Entwicklungskosten erheblich. Dadurch sinken die Anreize für Innovationen und Investitionen gerade in Bereichen, in denen der medizinische Bedarf oft besonders hoch ist. Im Sinne der Stärkung der digitalen Versorgung sollten die Vergütungen daher perspektivisch nach oben angepasst werden und insbesondere bei Nischenindikationen eine stärkere Berücksichtigung des Versorgungsbedarfs erfolgen.

Sollte die angestrebte Regelung trotz der klaren Kritikpunkte beibehalten werden, muss im Gesetzestext mindestens klargestellt werden, dass die verhandelten Abschläge ausschließlich für eingelöste Codes über dem jeweiligen Schwellenwert gelten und keine rückwirkenden Abschläge erhoben werden.

Empfehlungen

- Die Versorgungssituation bei der Preisbildung für DiGA sollte berücksichtigt werden.
- Die Belastungen der Branche sollten vermindert werden, um die Digitalisierung des Gesundheitswesens zu stärken.

Zu Artikel 1 Nr. 71 – § 430 SGB V (neu)
Evaluation

Neuregelung

Es ist vorgesehen, dass das BMG bis zum 31. Dezember 2030 eine Evaluierung der mit dem Gesetz getroffenen Maßnahmen durchführt und prüft, ob diese geeignet waren, das Ziel stabiler Beitragssätze bei Beibehaltung eines Niveaus der gesundheitlichen Versorgung nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot in § 12 Abs. 1 Satz 1 SGB V zu erreichen.

Kommentierung

Die vorgesehene Evaluierung darf sich nicht allein auf die Frage stabiler Beitragssätze und kurzfristiger Ausgabenbegrenzung beschränken. Sie muss ebenso sorgfältig untersuchen, welche Auswirkungen die Maßnahmen auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit innovativen Arzneimitteln sowie auf den Forschungs-, Entwicklungs- und Produktionsstandort Deutschland haben. Gerade mit Blick auf die im Koalitionsvertrag formulierten Ziele, Deutschland als starken Pharma- und Innovationsstandort weiterzuentwickeln und den Zugang zu medizinischem Fortschritt zu sichern, ist eine entsprechend breite und differenzierte Evaluation erforderlich.

Dabei sollte insbesondere geprüft werden, ob die Regelungen die Verfügbarkeit innovativer Arzneimittel in Deutschland beeinträchtigen, Markteinführungen verzögern, Investitionsentscheidungen zulasten des Standorts beeinflussen oder Anreize für klinische Forschung und pharmazeutische Wertschöpfung in Deutschland schwächen. Eine Evaluation, die ausschließlich auf Beitragssatzstabilität abstellt, würde zentrale Zielkonflikte ausblenden. Die Evaluierung sollte ausdrücklich um diese Dimensionen ergänzt und methodisch so ausgestaltet werden, dass negative Auswirkungen auf die Versorgung mit innovativen Arzneimitteln und auf den Pharmastandort Deutschland frühzeitig erkannt und regulatorisch adressiert werden können. Die Evaluation sollte zur Bewertung der Auswirkungen auf den Standort das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie einbeziehen.

Grundsätzlich bleibt angesichts der beschriebenen erheblichen absehbaren Auswirkungen der vorgeschlagenen Maßnahmen, sowie der Langfristigkeit von Forschungs- und Investitionsplanungen festzuhalten, dass die Aufnahme einer Evaluationsklausel den heutigen Gesetzgeber nicht davon entbindet, Rahmenbedingungen proaktiv so auszugestalten, dass negative Auswirkungen auf die Verfügbarkeit von innovativen Arzneimitteln sowie den Produktions- und Forschungsstandort Deutschland nach besten Ermessen ausgeschlossen werden können.

Empfehlung

Die Evaluationskriterien sollten um zusätzliche versorgungs- und standortpolitische Dimensionen erweitert werden.

Kontakt
Verband forschender Arzneimittelhersteller (vfa)
Charlottenstraße 59
10117 Berlin
Telefon +49 30 206 04–0
info@vfa.de

Der vfa ist registrierter Interessenvertreter gemäß LobbyRG (Registernummer R000762) und beachtet die Grundsätze integrer Interessenvertretung nach § 5 LobbyRG.

Stand: 18. Juni 2026

Deutscher Bundestag

Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(38)

gel. VB zur öffent. Anh. am 22.06.2

18.06.2026

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)

Stellungnahme

zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung

für ein

Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)

Bundestags-Drucksache 21/6130

Berlin, 18. Juni 2026

bpa – Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.
Bundesgeschäftsstelle, Friedrichstr. 148, 10117 Berlin
Tel. 030 – 30 87 88 60, bund@bpa.de
https://de.linkedin.com/company/der-bpa – www.bpa.de

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	3
Zusammenfassung	**3**
Zu den Vorschriften im Einzelnen:	
Grundlohnrate – § 71 Abs. 3 SGB V	9
Haushaltshilfe – § 132 SGB V Häusliche Krankenpflege – § 132a SGB V Außerklinische Intensivpflege – § 132l SGB V	10

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)

Vorbemerkung

Der **Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)** bildet mit mehr als 14.000 aktiven Mitgliedseinrichtungen die größte Interessenvertretung privater Anbieter sozialer Dienstleistungen in Deutschland. Einrichtungen der ambulanten und (teil-) stationären Pflege, der Behindertenhilfe sowie der Kinder- und Jugendhilfe in privater Trägerschaft sind systemrelevanter Teil der Daseinsvorsorge. Als gutes Beispiel für Public-private-Partnership tragen die Mitglieder des bpa die Verantwortung für rund 465.000 Arbeitsplätze und circa 23.000 Ausbildungsplätze. Die Investitionen in die pflegerische Infrastruktur liegen bei etwa 31 Milliarden Euro. Mit rund 7.400 Pflegediensten, die circa 420.000 Patienten betreuen, und 6.700 stationären Pflegeeinrichtungen mit etwa 390.000 Plätzen vertritt der bpa mehr als jede dritte Pflegeeinrichtung bundesweit. Vor diesem Hintergrund nimmt der bpa wie folgt Stellung.

Zusammenfassung

Anstatt der beabsichtigten „Stärkung der Vergütungsgerechtigkeit zwischen den Sektoren“ wird dieser Gesetzentwurf einen Personalmangel zulasten der ambulanten Pflege auslösen, von dem die Krankenhäuser profitieren werden.

Der Gesetzgeber rühmt sich damit, dass er mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz die Vorschläge der FinanzKommission Gesundheit (FKG) weitgehend umsetzen würde.

Das gilt aber nicht für die Krankenhäuser!

Obwohl die FKG in ihrer Empfehlung Nr. 27 die Wiedereingliederung der Pflegepersonalkosten in das DRG-System vorschlägt, findet sich dazu keine entsprechende Regelung im vorliegenden Gesetzentwurf. Darüber hinaus gibt es für den Krankenhausbereich Ausnahmen von der strikten Begrenzung auf die um einen Prozentpunkt abgesenkte Grundlohnsummensteigerung.

So kann das krankenhausindividuelle Pflegebudget über die maßgebliche Obergrenze ausgeweitet werden, wenn zusätzliches Pflegepersonal auf

Grund von Bundesgesetzen, Verordnungen oder Richtlinien benötigt wird. Außerdem wird die vollständige Finanzierung von Tarifsteigerungen, die oberhalb des Veränderungswerts liegen (der der Grundlohnsummensteigerung entspricht), nur auf 50 % reduziert. Das heißt: Während künftig Gehaltssteigerungen oberhalb der Steigerung der Grundlohnsumme im Bereich der Haushaltshilfe, der häuslichen Krankenpflege und der außerklinischen Intensivpflege nicht mehr refinanziert werden, bekommen Krankenhäuser Tarifsteigerungen bis zu 50 % über der Grundlohnsummensteigerung refinanziert.

Das ist ein klarer Wettbewerbsvorteil für die Krankenhäuser im Wettbewerb um Pflegepersonal – zum Nachteil der ambulanten Pflegedienste!

Ambulante Pflegedienste können durch dieses Gesetz Gehaltssteigerungen nicht mehr refinanzieren, wie es Krankenhäusern ermöglicht wird:

- Wenn die Pflegedienste solche Gehaltssteigerungen wie die Krankenhäuser umsetzen wollen, um den Pflegekräften weiterhin attraktive Vergütungen zu bieten, gefährden sie ihre Wirtschaftlichkeit und damit ihre Existenz.
- Wenn die Pflegedienste aber aufgrund der Begrenzung auf die Grundlohnsummensteigerung die den Pflegekräften gezahlten Gehälter nicht wie die Krankenhäuser erhöhen, gefährden sie ihre Personalausstattung, denn die Pflegekräfte wissen, dass in den Krankenhäusern höhere Gehälter gezahlt und refinanziert werden.

Die Pflegedienste sind damit in einer Zwickmühle.

Viele Pflegedienste befinden sich aktuell in einer wirtschaftlichen Krisensituation. Die Bundesregierung hat diese Schwierigkeiten in der letzten Legislaturperiode in der Antwort auf eine Kleine Anfrage der CDU/CSU-Bundestagsfraktion erstmals zugestanden (Bundestags-Drucksache 20/8036). Deswegen sind wirksame Maßnahmen zur Stärkung der Pflegeeinrichtungen dringend notwendig. Dass sie monatelang auf Vergütungsvereinbarungen oder Zahlungen von Kostenträgern warten müssen, ist ein Teil der Ursache für die fortschreitende Angebotskrise, unter der Pflegebedürftige und ihre Familien massiv leiden. Anstatt hier zu dringend benötigten Lösungen zu kommen – für die der bpa umfassende Vorschläge zusammen mit allen anderen Trägerverbänden vorgelegt hat – verschärft der vorliegende Gesetzentwurf die wirtschaftliche Situation der Pflegedienste.

Die meisten der rund 15.500 ambulanten Pflegedienste sind kleine, mittelständische Unternehmen, die bei privaten Trägern oft auf Gründungen von Pflegefachkräften zurückgehen, die den Sprung in die Selbständigkeit gewagt haben. Etwa die Hälfte aller Pflegedienste versorgen nur bis zu 50

Pflegebedürftige; durchschnittlich beschäftigt ein Pflegedienst lediglich 29 Beschäftigte (Quelle: Pflegestatistik 2023). Diese Zahlen machen deutlich, dass Pflegedienste zuallermeist kleine Unternehmen sind, die kein großes Potenzial für Skalierungen, Umschichtungen oder Einsparmöglichkeiten haben.

Diese Struktur und die wirtschaftliche Situation der Pflegedienste berücksichtigt der Gesetzentwurf nicht.

Der bpa lehnt die Begrenzung der Vergütungssteigerungen auf die (um einen Prozentpunkt abgesenkte) Grundlohnsummensteigerung für die Haushaltshilfe, die häusliche Krankenpflege und die außerklinische Intensivpflege deswegen in aller Entschiedenheit ab!

Durch das Pflegebudget in den Krankenhäusern hat es bereits in den letzten Jahren eine massive Personalverschiebung von der Langzeitpflege zur Krankenhauspflege gegeben, wie die nachfolgenden Zahlen belegen:

- Zwischen 2019 und 2024 stieg die Zahl der Vollzeit-Pflegekräfte im Krankenhaus laut WIdO um mehr als 50.000 auf rund 350.600. Die Krankenhäuser stellen immer mehr Altenpflegekräfte ein. Laut der Studie stieg die Zahl der ausgebildeten Altenpflegekräfte in den Kliniken von 2019 bis 2023 um das 2,5-fache. Deutlich langsamer gewachsen ist dagegen die Zahl der Vollkräfte in der Altenpflege: seit Einführung Pflegebudgets nur noch um durchschnittlich 0,8 Prozent, davor im Jahresschnitt um 2,6 Prozent in Pflegeheimen und 5,4 Prozent in ambulanten Diensten. (Wissenschaftliches Institut der AOK – WidO)

- Zwischen 2007 und 2024 ist die Anzahl der Pflege-Vollzeitkräfte in Krankenhäusern um 110.000 gestiegen – bei annähernd gleich gebliebener Anzahl der Fälle. Durch die Einführung des Pflegebudgets 2019 ist es bis 2024 zu Neueinstellungen von Pflegekräften im Umfang von **63.000 zusätzlichen Vollzeitstellen in den Krankenhäusern** gekommen (Präsentation von Johannes Wolff, Abteilungsleiter Krankenhäuser beim GKV-Spitzenverband, beim DRG-Forum am 19.03.2026).

- **Zwischen 2018 und 2024 hat sich die Anzahl der Altenpflegerinnen und Altenpfleger in deutschen Krankenhäusern um 239 % erhöht** (von 4.333 auf 14.697) – die Anzahl der Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfer in den Krankenhäusern stieg sogar um 246 % (von 551 auf 1.905). Insgesamt stieg die Zahl der Pflegevollkräfte in den Krankenhäusern um 17 % (von 284.377 auf

333.901). Quelle: Bundestags-Drucksache 21/5870 vom 08.05.2026.

Der vorliegende Gesetzentwurf zieht daraus nicht die notwendigen Konsequenzen, um die Personalsicherung in der ambulanten Pflege zu gewährleisten, sondern verschärft den Wettbewerbsnachteil der Pflegedienste.

Die Bundesregierung selbst verweist im Gesetzentwurf (Seite 1) auf das steigende Durchschnittsalter der Bevölkerung und eine stagnierende Beschäftigungsentwicklung – allerdings nur als Begründung für abschwächende Einnahmenzuwächse für die gesetzliche Krankenversicherung. Aber genau diese Faktoren werden dazu führen, dass immer mehr Menschen pflegebedürftig werden und pflegerische Versorgung durch Pflegedienste benötigen, für die eine ausreichende Anzahl an Pflegekräften erforderlich ist. Diese demografischen Implikationen im Hinblick auf die pflegerische Versorgung werden ausgeblendet – der Personalmangel um Pflegekräfte wird sich verstärken und erfordert eine entsprechende Absicherung.

Jetzt kann noch gegengesteuert werden – die größten Effekte werden sich erst durch die Renteneintritte der Babyboomer-Generation ergeben:

- Bereits 2035 wird in Deutschland ein Viertel der Bevölkerung 67 Jahre und älter sein. Die Zahl der Personen im Rentenalter steigt bis 2038 um mindestens 3,8 Millionen, während die Zahl der Menschen im Erwerbsalter bis 2070 um mindestens 4,0 Millionen sinkt (Quelle: Statistisches Bundesamt.). Nach einer Studie des Instituts der deutschen Wirtschaft erreichen bis 2036 weit mehr Babyboomer das Rentenalter, als junge Menschen ins Erwerbsalter nachrücken. Am Ende fehlt ein Potenzial von mehr als vier Millionen Arbeitskräften. Das hat gewaltige Auswirkungen auf die Pflege.
- **In den nächsten 10 Jahren müssen in fast jedem Bundesland mehr als 20% Pflegepersonal ersetzt werden, um die altersbedingt Ausscheidenden zu ersetzen.** Dies entspricht etwa 250.000 Personen. Der zusätzliche Bedarf an professionell Pflegenden, der durch den Anstieg der pflegebedürftigen Personen entsteht, ist dabei nicht berücksichtigt. (Quelle: DAK-Pflegereport 2024)

Angesichts des Fachkräftemangels in der Pflege wird sich die vorgesehene Reglementierung bei der Refinanzierung der Personalkosten problemverschärfend auf die Mangelsituation auswirken. Bei einer Abfrage unter den Mitgliedern des bpa im Jahr 2024 hat sich herausgestellt, dass jeder ambulante Dienst durchschnittlich jeden Tag drei Anfragen nach pflegerischer Versorgung ablehnen muss: „Bei Anruf sorry“. An dieser Situation hat sich

im Jahr 2026 nichts geändert. Der Gesetzentwurf wird vielmehr die Situation verschärfen.

Angemessene Gehaltssteigerungen müssen auch zukünftig unabhängig von der Grundlohnsummensteigerung refinanziert werden, damit die Einrichtungen die notwendige Flexibilität bei der Personalsicherung bei zunehmender Personalmangelsituation insgesamt erhalten!

Disparität zum SGB XI trotz PNOG

Der bpa hat in seiner Stellungnahme zum Referentenentwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes die Begrenzung von Vergütungserhöhungen auf die Grundlohnsummensteigerung im SGB V insbesondere im Hinblick auf die Disparität zum SGB XI kritisiert (im SGB V sollte die Refinanzierung abgeschafft werden, im SGB XI bliebe hingegen die Verpflichtung zur Tariftreue als Zulassungsvoraussetzung bestehen).

Durch die Vorlage des Referentenentwurfs für das Pflegeneuordnungsgesetz (PNOG) durch das Bundesministerium für Gesundheit hat sich diese Kritik des bpa nicht erledigt.

Das PNOG sieht vor, dass die Tariftreueregelung im SGB XI ab dem 2. Januar 2027 für vier Jahre ausgesetzt wird.

Pflegedienste müssen demnach aber noch zum 1. Januar 2027 die 2026 erzielten tariflich bedingten Gehaltssteigerungen im Rahmen der Tariftreue des SGB XI umsetzen, während es dafür im SGB V keine gesicherte Refinanzierung mehr geben soll (Begrenzung der Vergütungserhöhung auf die abgesenkte Grundlohnsummensteigerung). Die Disparität zwischen SGB V und SGB XI bleibt daher bestehen und gefährdet die Wirtschaftlichkeit der Pflegedienste damit erheblich.

Die der Begrenzung der Vergütungssteigerungen im SGB V offenbar folgende, im Entwurf des PNOG vorgesehene Begrenzung der Vergütungssteigerungen auf die abgesenkte Grundlohnsummensteigerung im SGB XI wird im Übrigen auch dort erhebliche negative Auswirkungen haben. Insbesondere wird dies für den vollstationären Bereich bedeuten, dass sich Pflegeeinrichtungen entscheiden müssen, ob sie lieber eine Mehrpersonalisierung oder eine Gehaltssteigerung durchführen wollen. Beides wird regelhaft nicht möglich sein. Die PeBeM-Umsetzung wird so aktiv sabotiert. Dies gilt gleichermaßen für eine Weiterqualifikation von QN 1- und QN 2-Personal zu QN-3-Kräften. Da letztere höhere Gehaltskosten haben, muss auch an dieser Stelle überlegt werden, wie dies mit dem Pflegesatzdeckel vereinbar sein kann. Die Problematik setzt sich fort bei der Umsetzung der

verbesserten Sonderpersonalschlüssel auf Landesebene (insbesondere Hygienebeauftragte und Leitung & Verwaltung) oder bei der Anwerbung ausländischer Fachkräfte aus dem Ausland in Umsetzung des § 75 Abs. 2 Nr. 10 SGB XI. Wenn auf Landesebene dringend notwendige Anpassungen zur wirtschaftlichen Betriebsfähigkeit, beispielsweise eine Absenkung der kalkulatorischen Auslastungsquote, getroffen werden, führt dies gleichermaßen zu einer Erhöhung des Pflegesatzes wie bei einem Anstieg des durchschnittlichen Pflegegrads der Bewohnenden.

Es ist davon auszugehen, dass der Gesetzgeber diese Folgewirkungen bei der Übernahme der Regelung aus dem SGB V nicht bedacht hat. Es können jedoch nicht politisch Ziele definiert und dann die Mittel zur Erreichung dieser erheblich eingeschränkt werden.

Die Begrenzung der Vergütungssteigerungen auf die Grundlohnrate muss daher zwingend wieder gestrichen werden.

Die Finanzen der gesetzlichen Krankenkassen dürfen nicht gerettet werden auf Kosten der ambulanten Pflegedienste und der Patienten, die keine Versorgung mehr finden werden.

Zu den Vorschriften im Einzelnen

Artikel 1, Nr. 25b
§ 71 Abs. 3 SGB V – Grundlohnrate

Vorgeschlagene Neuregelung
Die Grundlohnrate wird als feste Obergrenze für Vergütungssteigerungen verankert. Da aus Sicht der Bundesregierung die Grundlohnrate in den Jahren 2027 bis 2029 mit schätzungsweise durchschnittlich rund 4 Prozent voraussichtlich noch deutlich höher liegen wird als im langfristigen Schnitt und damit oberhalb der geschätzten Entwicklung der Einnahmen der Krankenkassen in diesem Zeitraum (rund 2,5 Prozent), erfolgt für die Jahre 2027 bis 2029 ein Abschlag in Höhe von einem Prozentpunkt.

Stellungnahme
Der bpa lehnt die Änderung entschieden ab.

Vergütungssteigerungen und damit auch Personalkostensteigerungen sollen strikt begrenzt werden auf die Steigerung der Grundlohnrate, die aber – zusätzlich verschärfend – für drei Jahre noch einmal um einen Prozentpunkt abgesenkt wird. Der bpa weist die Annahme der Bundesregierung zurück, dass auch mit einer Grundlohnrate von rund 3 Prozent die Finanzierung von jährlichen Lohn- und Vergütungssteigerungen oberhalb der erwarteten Inflationsentwicklung von rund 2 Prozent und damit auch im Gesundheitswesen weiterhin reale Einkommenszuwächse möglich sind.

Eine strikte Begrenzung von Gehaltssteigerungen auf eine abgesenkte Grundlohnrate ist wird für Pflegedienste angesichts der Personalmangelsituation nicht möglich sein. Zur Begründung wird auf die Ausführungen in der Zusammenfassung verwiesen (s. Seite 3).

Wenn Gehaltssteigerungen aus Gründen der Personalsicherung höher ausfallen müssen als die abgesenkte Grundlohnrate, gefährdet dieses die wirtschaftliche Basis der Pflegedienste, was eine weitere Reduzierung des pflegerischen Versorgungsangebots nach sich ziehen wird.

Änderungsvorschlag
Die Regelung wird wieder gestrichen. Der bisherige Gesetzestext in § 71 Abs. 3 SGB V wird beibehalten.

Artikel 1, Nr. 51, Nr. 52 und Nr. 53
§ 132 Abs. 1 SGB V – Haushaltshilfe
§ 132a Abs. 4 SGB V – häusliche Krankenpflege
§ 132l Abs. 5 SGB V – außerklinische Intensivpflege

Vorgeschlagene Neuregelung
In den Regelungen zur Haushaltshilfe, zur häuslichen Krankenpflege und zur außerklinischen Intensivpflege wird die Anerkennung von Gehältern, die tariflich vereinbarten Gehältern entsprechen, als wirtschaftlich gestrichen. Stattdessen wird die Grundlohnrate nach § 71 Abs. 3 SGB V als Obergrenze für Vergütungssteigerungen verankert.

Stellungnahme
Der bpa lehnt diese Änderungen entschieden ab. Zur Begründung wird auf die einleitende Zusammenfassung verwiesen.

Entlarvend sind die Erläuterungen zu diesen Vorhaben in der Gesetzesbegründung:

„Die Regelung ist erforderlich, um die Preissteigerungen in der gesetzlichen Krankenversicherung wieder an die gesamtgesellschaftliche Lohnentwicklung anzupassen. Damit wird eine Rückkehr zur einnahmenorientierten Ausgabenpolitik intendiert und ein Beitrag zur wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit und Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung geleistet. Die Maßnahme ist als Teil des Gesamtpaketes zur nachhaltigen Sicherung der Finanzierungsgrundlage in der GKV zu verstehen."

Damit wird noch einmal verdeutlicht, dass die aktuellen Löhne in der Pflege aus Sicht der Bundesregierung offenbar zu hoch sind, solange sie über die gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden. Die Pflegedienste sollen ihren Beitrag leisten, um einen Beitragssatzanstieg zu verhindern. **Die wirtschaftlichen Probleme der Krankenkassen werden damit zu wirtschaftlichen Problemen der Pflegedienste.**

Fazit: Der bpa fordert daher die Streichung der im Gesetzentwurf vorgesehenen Neuregelungen.

Änderungsvorschlag
Die vorgeschlagenen Änderungen in §§ 132, 132a und 132l SGB V müssen entfallen.

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(39)
gel. VB zur öffent. Anh. am 22.06.2
19.06.2026

Dachverband

BKK Dachverband e.V.
Mauerstraße 85
10117 Berlin

TEL (030) 2700403-300
politik@bkk-dv.de
www.bkk-dachverband.de

STELLUNGNAHME
BKK DACHVERBAND E.V.

vom 18.06.2026

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz), Drs. 21/6130

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Inhalt

I. VORBEMERKUNG _____ 7

II. DETAILKOMMENTIERUNG _____ 11

1. Einnahmenorientierte Ausgabenpolitik _____ 11

1.1 Koppelung der Vergütungen in der HzV an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität 11

1.2 Koppelung der Vergütungen bei der zahnärztlichen Versorgung an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität 12

2. Arzneimittelbereich _____ 13

2.1 Dynamischer Herstellerabschlag 13

2.2 Preismoratorium für Arzneimittel, Verbandmittel und Sonstige Produkte zur Wundbehandlung 14

2.3 Zusätzlicher Impfstoffabschlag 14

2.4 Gesetzliche Auffanglösung für Preis-Mengen-Regelungen 15

2.5 Rabattverträge für patentgeschützte, therapeutisch vergleichbare Arzneimittel 16

2.6 Streichung des Kombinationsabschlags 17

2.7 Abschaffung der „Leitplanken" bei Erstattungsbeträgen 17

2.8 Ausschluss von der Verordnungsfähigkeit von Cannabis und Verbandmitteln 18

3. Apothekenbereich _____ 19

3.1 Erhöhung des Apothekenabschlags 19

3.2 Streichung § 346 Abs. 4: 19

4. Krankenhausbereich _____ 20

4.1 Grundprinzip: Kappung der Vergütungsdynamik 20

4.2 Pflegebudget: Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip 21

4.3 Abschaffung der Finanzierung von Tarifsteigerungen oberhalb des Veränderungswerts 24

4.4 Krankenhausabrechnungsprüfung: schärfere Anreize für korrekte Rechnungen 25

4.5 Einführung DRG-Kurzzeitfallpauschalen als Ambulantisierungsinstrument 28

4.6 Psychiatrie und Psychosomatik: Rückzahlungsverpflichtung bei fehlender Besetzung vereinbarter Personalstellen 30

5. Vertragsärztliche Versorgung _____ 30

5.1 Begrenzung der Höhe der Anpassung des Orientierungswerts nach § 87 Absatz 2e SGB V und des Punktwerts nach § 87a Absatz 2 Satz 1 SGB V durch die Grundlohnrate als feste Obergrenze (Nr. 31. f und Nr. 32. a) 30

5.2 Der Anstieg des extrabudgetär vergüteten Ausgabenvolumens wird begrenzt. 31

5.3 Hausarztzentrierte Versorgung 34

6. Weitere Leistungserbringer _____ 35

6.1 Preis- und Vergütungssteigerungen werden auf die Grundlohnrate begrenzt. 35

6.2 Blankoverordnung 37

6.3 Hilfsmittel 37

7. Krankenkassen ____ **40**
7.1 Verwaltungsausgaben 40
7.2 Werbeausgaben 41
7.3. Außertarifliche Vergütungen 42
7.4. Information über die Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes 43
8. Evidenzbasierung ____ **45**
8.1 Zweitmeinungsverfahren 45
9. Leistungsausschlüsse ____ **45**
9.1 Gesundheitsuntersuchungen für Erwachsene 45
9.2 Hautkrebsscreening 46
9.3 Kieferorthopädie 46
10. Krankengeld ____ **47**
10.1 Absenkung Krankengeld bei Arbeitslosigkeit während Krankengeldbezug 47
10.2 Wartezeit für die Inanspruchnahme einer Wahlerklärung 48
10.3 Krankengeld bei Teilrentenbezug 49
10.4 Fristverkürzung bei Antrag auf Reha oder Rente 49
10.5 Teilkrankengeld und Einführung einer Teilarbeitsunfähigkeit 50
10.6 Anspruch auf individuelle Beratung bei Bezug von Krankengeld 51
11. Innovationsfonds ____ **51**
11.1 Absenkung der Finanzierung 51

11.2 Rückführung nicht verausgabter Mittel an den Gesundheitsfonds 52

11.3 Vereinfachte Förderverfahren 52

12. Digitale Gesundheitsanwendungen 53

12.1 Höchstbetragsregelung im ersten Jahr 53

12.2 Abstaffelungsregelung ab dem 13. Monat 53

13. Belastungen für Patientinnen und Patienten 54

13.1 Zuzahlungserhöhungen 54

13.2 Zahnersatz 55

14. Belastungen für Arbeitgeber und Mitglieder 55

14.1 Dauerhafte Kürzung des Zuschusses des Bundes 55

14.2 Geringfügige Beschäftigung 56

14.3 Beitragsbemessungsgrenze 56

14.3 Beitragsfreie Familienversicherung 57

15. Der magere Beitrag aus dem Bundeshaushalt: Darlehen, Finanzierung Grundsicherungsbeziehende und Zuckerabgabe 60

15.1 Verschiebung der Rückzahlung der Darlehen 60

15.2 Erhöhung des Bundesanteils an der Finanzierung für Grundsicherungsbeziehende 60

15.3 Einführung einer Zuckerabgabe 61

III. ERGÄNZENDER ÄNDERUNGSBEDARF 63

1. Elektronischer Datenaustausch zwischen der Finanzverwaltung und den Krankenkassen für Zwecke der Beitragsbemessung und zur Feststellung des Gesamteinkommens im Sinne der Regelungen zur Familienversicherung _ 63

2. Streichung einer nicht kriteriengestützten Förderung ausgewählter Versorgungsstrukturen _____ 66

I. VORBEMERKUNG

Es ist wichtig und richtig, dass der Gesetzgeber mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz) einen Großteil der Vorschläge der FinanzKommission Gesundheit aufgreift. Er setzt nun Maßnahmen in Gang, um schnell die nach wie vor hohe Ausgabendynamik zu bremsen und gleichzeitig auch durch mehr evidenzbasierte Medizin die Qualität der Versorgung zu erhöhen. Mehr Qualität und stabilere Beiträge sind eine gute Nachricht für die Patient:innen und Beitragszahlenden.

Hierbei setzt der Gesetzgeber insbesondere das Primat der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik. Dies unterstützt der BKK Dachverband nachdrücklich, wurde es doch in den vergangenen Jahren zunehmend ausgehöhlt. Die alle Leistungserbringer umfassende Begrenzung von Preis- und Vergütungssteigerungen auf die Grundlohnsummenentwicklung – ergänzt um einen zeitlich befristeten zusätzlichen Abschlag – ist Grundvoraussetzung für eine Reduzierung der hohen Ausgabendynamik in allen Versorgungsbereichen und damit einer Stabilisierung der Beitragssätze.

Damit dieses Instrument nicht durch Vorzieheffekte an Wirksamkeit verliert, ist z.B. im Bereich der Hilfsmittel ein sofortiges Preismoratorium vorzusehen. Bereits jetzt liegen Preiserhöhungsforderungen aus der Hilfsmittelbranche vor, die ohne Moratorium statt der geplanten Einnahmen sogar zu Mehrausgaben führen würden. Ein Moratorium würde zusätzlich bürokratische Verhandlungsaufwände mit eventuellen Schiedsverfahren vermeiden. Für langfristige wirksame Kostenbegrenzung und Wirtschaftlichkeit wäre außerdem das Instrument der Qualitätsausschreibungen nötig.
Zur Vermeidung von Vorzieheffekten ist neben den Hilfsmitteln auch ein Preismoratorium für Impfstoffe vorzusehen.

Wir begrüßen ausdrücklich die konsequente Stärkung der Evidenzbasierung etwa durch die Neuregelungen bei Cannabis, Verbandmitteln, der Wundversorgung oder der Ausweitung der Zweitmeinungsverfahren. Diese Maßnahmen stärken die Akzeptanz der GKV als solidarisches, wissenschaftsbasiertes System.

Die Betriebskrankenkassen begrüßen ferner insbesondere den dynamischen Herstellerabschlag, die Erhöhung des Apothekenabschlags und die Erhöhung des Impfstoffabschlags, sowie die Streichung der Cannabisblüten.

Kritisch sehen wir im Arzneimittelbereich die weitreichenden Ausnahmeregelungen für den dynamischen Herstellerabschlag, die Abschaffung der sogenannten Leitplanken bei den Erstattungsbeträgen im AMNOG-Verfahren und des Kombinationsabschlags. Damit werden wichtige Instrumente zur Kostenbegrenzung aus der Hand gegeben. Daraus resultieren wiederum zusätzliche Ausgaben für die GKV.

Wichtig und richtig sind die Änderung der Prüfquotenregelung sowie die Reform des Pflegebudgets im stationären Bereich. Allerdings gingen die Vorschläge der FinanzKommission Gesundheit im Krankenhausbereich wesentlich weiter: Die Pflegebudgets sollten in die DRG zurückgeführt, die Prüfquoten komplett gestrichen werden. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist es zudem dringend geboten, die Vorhaltebudgets in den zulässigen Prüfumfang einzubeziehen. Damit könnten Fehlanreize und erhebliche Mehrausgaben vermieden werden.

In der ambulanten Versorgung werden die Begrenzung extrabudgetärer Ausgaben, die Rückführung von TSVG-Leistungen in die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung sowie die Streichung sachlich nicht gerechtfertigter Zuschläge ausdrücklich unterstützt. Kritisch sehen die Betriebskrankenkassen hingegen den Wegfall zentraler Prüfinstrumente, da hierdurch Doppelvergütungen und unwirtschaftliche Leistungsausweitungen begünstigt werden.

Eine finanzielle Schieflage erhält das Gesetz dadurch, dass ein großer Teil der Maßnahmen auch zu Lasten der Patient:innen sowie der Beitragszahlenden gehen. Dabei ist genug Geld im System, das mit einem effizienteren und ressourcenschonenden Einsatz die Beitragssätze stabilisieren könnte. Vor allem aber erschüttern solche Maßnahmen das Vertrauen in unser Gesundheitssystem, das seit Jahren immer höhere Beiträge verlangt, dabei aber nur mittelmäßige Leistungen abliefert.

Wir lehnen ferner die geplanten Zuzahlungserhöhungen und die Rücknahme verbesserter Leistungen beim Zahnersatz ab, denn sie können zu einer Unterinanspruchnahme notwendiger Leistungen führen. Kritisch sehen wir auch die vorgesehene Einschränkung der beitragsfreien Familienversicherung und die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze. Auch diese Maßnahmen reduzieren die Akzeptanz der GKV als wesentliche Säule unseres Sozialstaats. Immerhin wird die Anpassung der Beitragsbemessungsgrenze mit einer Anhebung der Versicherungspflichtgrenze verbunden. Dennoch gilt: Durch eine Anpassung der Beitragsbemessungsgrenze erfolgt auch eine zusätzliche finanzielle Belastung der Arbeitgeber. Dies ist kein gutes Signal an einen Wirtschaftsstandort, der mit vielen Krisen zu kämpfen hat.

Mit Blick auf die Regelungen der beitragsfreien Familienversicherung sei ferner darauf hingewiesen, dass sie dem Credo des Bürokratieabbaus zuwiderlaufen. Im Gegenteil werden diese Regelungen zu einem Bürokratieberg an zu erbringenden Nachweisen, Prüfungen und Verwaltungsprozesse bei Unternehmen und Arbeitgebern, Kranken- und Pflegeversicherten, Kranken- und Pflegekassen sowie weiteren, beitragsabführenden sowie meldepflichtigen Stellen führen.

Nachvollziehen können wir, dass auch die Krankenkassen selbst einen Beitrag zur finanziellen Stabilität der GKV leisten sollen. Diesen Beitrag leisten sie allerdings bereits seit Jahren, indem sie ihre Verwaltungskosten effizient und in der Entwicklung deutlich unter der Ausgabenentwicklung der Leistungsbereiche halten (zur Erinnerung: Im Jahr 2025 betrug die Entwicklung der Verwaltungskosten der Krankenkassen 4,7 Prozent gegenüber einer Entwicklung der Einnahmen von 5,3 Prozent bzw. der Leistungsausgaben von 7,9 Prozent). Der vorhandene Wettbewerb um eine gute Versorgung, Services und Beratung und nicht zuletzt des Preises setzt bereits einen intrinsischen Anreiz, so vorzugehen.

Diesen Beitrag leisten sie außerdem, seitdem durch das Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) eine gesetzliche Deckelung ihrer Verwaltungsausgaben erfolgte. Die damit verbundene Ausgabenbegrenzung wirkt unmittelbar dämpfend auf die Entwicklung der Verwaltungsausgaben. Eine weitere Reduzierung der Verwaltungskosten sollte daher differenzierter vorgenommen werden, als geplant. Selbst dann wird die Reduktion der Verwaltungskosten eine Kraftanstrengung, die die Krankenkassen jedoch übernehmen.

Der Gesetzentwurf steht unter dem Grundsatz der Ausgewogenheit der Maßnahmen, alle sollen sich gleichermaßen beteiligen. Der einzige Beitrag allerdings, den der Bundeshaushalt leistet, ist eine Verschiebung der Rückzahlung der Darlehen aus den Jahren 2023, 2025 und 2026 an die GKV auf die Jahre 2035 bis 2039 und der vermeintliche Einstieg in eine bessere Finanzierung der Beiträge für Grundsicherungsbeziehende. Tatsächlich ist die Entlastung bei den Grundsicherungsbeziehenden sehr überschaubar, sie beginnt mit 250 Mio. € und steigt bis auf 2 Mrd. € im Jahr 2031 an. Zugleich wird der Zuschuss des Bundes an die GKV sofort und dauerhaft auf 12,5 Mrd. € gekürzt. Damit wird die GKV nicht ent- sondern belastet – und zwar gleich im Jahr 2027 um 1,75 Mrd. €. Erst im Jahr 2031 sinkt diese zusätzliche Belastung auf Null. Damit findet seitens des Bundes keinerlei Entlastung statt.

Zusätzlich verschärft wird diese Situation dadurch, dass das erwartete Defizit für 2027 nach aktuellen Berechnungen des Bundesministeriums für Gesundheit um 3,5 Mrd.

Euro höher ausfällt als erwartet. Damit reicht das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz in seiner jetzigen Form nicht mehr aus, den Beitragssatz 2027 stabil zu halten. Zusätzliche Einsparmaßnahmen werden notwendig. Das Manöver zur Haushaltskonsolidierung zu Lasten der Beitragszahler:innen vergrößert das Defizit.

Angesichts der enormen Herausforderungen in der GKV appellieren wir daher auch erneut, dass der Staat seiner gesamtgesellschaftlichen Verpflichtung nachkommt und die Beiträge für Bürgergeldbeziehende adäquat erhöht und damit die Belastung auf breitere Schultern verteilt. Eine Kürzung des Bundeszuschusses, der Kosten für versicherungsfremde Leistungen decken soll, darf nicht erfolgen.

Wir plädieren außerdem dafür, weitere, gute Vorschläge der Kommission, die leicht umzusetzen wären, aufzunehmen. Dazu gehören die Wiedereinführung von apothekenbezogenen Ausschreibungen für Zytostatika und für Hilfsmittel. Ausschreibungen stellen die Wirtschaftlichkeit in der Versorgung sicher. Zusätzlich kommt es zum Ausbau von Qualitätskriterien, einer Erhöhung von Transparenz und Vermeidung von Korruption.

Insgesamt stellt der Referentenentwurf einen wichtigen Schritt dar, um strukturelle Ausgabenprobleme der GKV anzugehen. Er bleibt jedoch weit hinter seinen Möglichkeiten zurück. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen bedarf der Entwurf daher in zentralen Punkten einer deutlichen Nachschärfung und Ergänzung, um sowohl finanzielle Nachhaltigkeit als auch eine solidarische und qualitativ hochwertige Versorgung dauerhaft sicherzustellen.

Keinesfalls sollten daher die vorgesehenen Maßnahmen weiter abgeschwächt oder ausgehöhlt werden. Das Stabilisieren der Finanzsituation der GKV ist Voraussetzung dafür, dass die notwendigen strukturellen Reformen angegangen und finanziert werden können.

II. DETAILKOMMENTIERUNG

1. Einnahmenorientierte Ausgabenpolitik

Artikel 1, Nr. 25 (§ 71, Abs. 2, Abs. 3 Satz 3 und 4 neu SGB V)

Die Vergütungsanstiege der Leistungserbringer werden auf die jeweilige Kostenentwicklung mit der Grundlohnrate (Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied) als Obergrenze begrenzt. Das bedeutet eine Anpassung der Lohnzuwächse im Gesundheitswesen an die Lohnzuwächse in der Gesamtwirtschaft.

Zusätzlich wird in den Jahren 2027 bis 2029 ein Prozentpunkt auf die Grundlohnrate abgeschlagen, da die Grundlohnrate bis 2029 voraussichtlich deutlich höher als im langfristigen Schnitt und wesentlich oberhalb der Entwicklung der Einnahmen der Krankenkassen liegen wird. Sollte die Inflation die realen Einkommenszuwächse im Gesundheitswesen bedrohen, wird eine Refinanzierung inflationsbedingter Kostensteigerungen möglich sein, sobald sich das auch in der Lohnentwicklung der Gesamtwirtschaft widerspiegelt.

Bewertung:

Die Regelung ist richtig und wichtig, um die Ausgabendynamik zu bremsen und an die Einnahmenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung anzupassen. Dies entlastet die GKV finanziell und ermöglicht dennoch eine Vergütungs- und Investitionsentwicklung.

1.1 Koppelung der Vergütungen in der HzV an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität

Artikel 1 Nr. 27 (§ 73b Abs. 5 neu SGB V)

Diese Regelung gilt für Preisanpassungen für bestehende Leistungen ebenso wie für die Einführung neuer Leistungen. Die zusätzlichen Leistungen auf Grund eines festgestellten Anstiegs der Teilnehmer an den Verträgen der hausarztzentrierten Versorgung werden mit einem Abschlag auf die vereinbarten Preise für die allgemeine

Fixkostendegression vergütet. Um den Anstieg der Teilnehmerzahl festzustellen, ist die Teilnehmeranzahl eines jeden Kalenderquartals mit der Teilnehmeranzahl des entsprechenden Kalenderquartals des Vorjahres zu vergleichen. Die Leistungen für die Differenz der Teilnehmerzahl sind mit dem Abschlag zu vergüten.

Bewertung:

Die Regelung ist sachlogisch und richtig. Sie reduziert die Ausgabendynamik und Fehlanreize zur Mengenentwicklung.

1.2 Koppelung der Vergütungen bei der zahnärztlichen Versorgung an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität

Artikel 1 Nr. 30 (§ 85 Abs. 2d neu, Abs. 3 Satz 2 neu SGB V)

Anstieg des Honorarvolumens für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz auf die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied wird nach § 71 Absatz 3 begrenzt. Ausgenommen sind zahnärztliche Vorsorgeleistungen für Kinder und Jugendliche, die Zuschläge für das Aufsuchen von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen sowie Parodontitisbehandlungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen.

Bewertung:

Die Regelung ist sachlogisch und richtig. Wichtig sind die formulierten Ausnahmetatbestände.

2. Arzneimittelbereich

2.1 Dynamischer Herstellerabschlag

Artikel 1 Nr. 48a (§ 130a Abs. 1b SGB V)

Die wichtigste Maßnahme im Arzneimittelbereich ist der ergänzende dynamische Herstellerabschlag nach § 130a SGB V. Er soll ab 2027 zusätzlich zum allgemeinen Herstellerabschlag greifen und richtet sich danach, ob die Arzneimittelausgaben stärker steigen als die beitragspflichtigen Einnahmen. Technisch wird ein Ausgaben-„Soll" anhand der BPE-Entwicklung definiert; liegt das tatsächliche Ausgabenniveau darüber, wird die Differenz im Folgejahr über die Abschlagshöhe ausgeglichen. Der Entwurf zielt damit ausdrücklich vor allem auf hochpreisige patentgeschützte Arzneimittel ab.

Bewertung:

Die Maßnahme wird ausdrücklich begrüßt. Die langfristige Anpassung des Abschlags trägt deutlich zur Stabilisierung der Finanzen der GKV bei. Die Preisentwicklung der Arzneimittel ist ein wesentlicher Kostentreiber in der GKV.

Vor diesem Hintergrund lehnt der BKK Dachverband die weitreichenden Ausnahmen ab, die z.B. sogar eine vollständige Befreiung vom Abschlag vorsehen. Die Finanzierung einer Industrie- und Standortförderung ist jedoch nicht Aufgabe der GKV-Beitragszahlenden. Die medialen Erpressungsversuche von Pharmaunternehmen gegen diese Regelungen sollten auch nicht darüber hinwegtäuschen, dass Standortentscheidungen für Forschung, Entwicklung und Produktion von Arzneimitteln maßgeblich von geopolitischen und Shareholder Value Erwägungen abhängen.

Ferner gehen gerade auch mit Blick auf diese Ausnahmeregelung wichtige Einsparmöglichkeiten verloren und die Verfahren zur Bestimmung der korrekten Abschläge werden zunehmend bürokratisch und komplex. Abzulehnen sind zusätzliche Ausnahmen, die erst im parlamentarischen Verfahren geprüft werden. Durch diese kommt es zu weiteren Verwässerungen. Das im Gesetzentwurf genannte Einsparpotential (das trotz der Ausnahmen gegenüber dem Referentenentwurf nicht angepasst wurde), ist damit nicht erreichbar und überschätzt.

Nicht nachvollziehbar ist insbesondere auch die Ausnahme für gleiche biotechnologisch hergestellte biologische Arzneimittel (sogenannte Biosimilars). Laut Begründung bestünden bereits ausreichende Kostendämpfungen durch marktwirtschaftliche

Mechanismen. Diese Aussage ist insbesondere vor dem Hintergrund des Verbots der exklusiven Ausschreibungen im Apothekenversorgungs-Weiterentwicklungsgesetz (ApoVWG) fragwürdig. Dadurch werden für die GKV Einsparungen in Milliarden-Höhe eliminiert.

Insgesamt ist es dringend geboten, für die freie Preisbildung Mechanismen zu finden, die nachhaltig wirken und das Ausgabenniveau senken.

2.2 Preismoratorium für Arzneimittel, Verbandmittel und Sonstige Produkte zur Wundbehandlung

Artikel 1 Nr. 48c (§ 130a Abs. 3a SGB V)

Das Preismoratorium nach § 130a Abs. 3a SGB V wird bis 31. Dezember 2030 verlängert. Neu ist außerdem, dass es künftig bereits dann greift, wenn ein pharmazeutischer Unternehmer ein Arzneimittel mit gleichem Wirkstoff und vergleichbarer Darreichungsform in Verkehr gebracht hat. Zusätzlich wird ein Preismoratorium für Verbandmittel und sonstige Produkte zur Wundbehandlung eingeführt.

Bewertung:

Die Verlängerung des Preismoratoriums für Arzneimittel bis in das Jahr 2030 ist sachgerecht und ein wesentliches Instrument, ungebremste Preisanstiege abzufangen. Daher ist es auch sachlogisch, dieses sowohl für Verbandmittel, als auch die Wundversorgung einzuführen. Positiv ist, dass für die letztgenannten Produkte der Preisstand auf den 01.01.2026 fixiert wurde und damit Vorzieheffekte und Umgehungsstrategien der Hersteller vermieden werden.

Ergänzend müssten auch die Impfstoffe in diese Regelung fallen (siehe 2.3).

2.3 Zusätzlicher Impfstoffabschlag

Artikel 1 Nr. 48b (§ 130a Abs. 2 SGB V)

Ergänzend wird ein Impfstoffabschlag für Impfstoffe unter Patent- oder Unterlagenschutz mit 7 Prozent eingeführt.

Bewertung:

Es ist seit langem überfällig, dass der bislang ausschließlich für Arzneimittel geltende, allgemeine Herstellerabschlag i. H. v. 7 Prozent nun auch für Impfstoffe gilt. Impfstoffe sorgen aufgrund der freien Preisbildung seit Jahren für erhebliche Ausgabensteigerungen.

Zusätzlich sollte ein retrospektives Preismoratorium nach 130a Abs. 3a SGB V für Impfstoffe vorgesehen werden. Hierfür muss der Preisstand rückwirkend auf den 01.01.2026 eingefroren werden. Ohne diese Regelung könnte der erhöhte Herstellerabschlag leicht durch entsprechende Preiserhöhungen der Hersteller ausgeglichen werden, denn die Preisbildung für Impfstoffe ist frei. Zusätzlich sollten Impfstoffe zur Immunisierung gegen dieselbe Krankheit in ihrer jeweiligen Impfstoffklasse (Totimpfstoff, Lebendimpfstoff und genbasierter Impfstoff) als Wirkprinzip-analoger Impfstoff gelten. Damit werden Impfstoffe mit lediglich saisonalen Anpassungen, einer unterschiedlichen Abdeckung verschiedener Serotypen oder einer chemischen Modifikation des immunitätsauslösenden Agens gleichbehandelt. Ziel dieser Regelung ist die Vermeidung von Umgehungen des Preismoratoriums durch nicht-innovative Veränderungen des Wirkprinzips (analog der Pseudoinnovationen („me too“) im Arzneimittelbereich.

Außerdem sollten – wie von der Finanzkommission Gesundheit vorgeschlagen – Preisverhandlungen für neu auf den Markt kommende Impfstoffe geführt und Ausschreibungsmöglichkeiten für Krankenkassen geschaffen werden.

2.4 Gesetzliche Auffanglösung für Preis-Mengen-Regelungen

Artikel 1 Nr. 49a (§ 130b Abs. 1a SGB V)

Die Regelung sieht die Weiterentwicklung der Preis-Mengen-Regelung nach § 130b Abs. 1a SGB V vor. Der Entwurf betont, dass die bisherige Praxis die Krankenkassen nicht ausreichend an Skaleneffekten partizipieren lasse. Deshalb wird für den Fall fehlender Einigung zwischen GKV-SV und pharmazeutischem Unternehmer eine gesetzliche Auffanglösung vorgesehen. Die Begründung stellt klar: Die Schiedspraxis habe bislang zu Preisabschlägen unterhalb marktüblicher Konditionen geführt und das Einsparpotenzial nur unzureichend gehoben.

Bewertung:

Grundsätzlich ist die Maßnahme positiv zu bewerten: Die bisherige Regelung erzeugt zu wenig substanzielle finanzielle Effekte.

In der aktuellen Ausgestaltung sind die stationär verabreichten Arzneimittel nicht berücksichtigt. Diese sollten ebenfalls in einem weiterentwickelten Preis-Mengen-Modell berücksichtigt werden, weil für sie der gleiche Grundsatz gilt wie für die ambulanten Arzneimittel. Beide erhöhen den Umsatz des pharmazeutischen Unternehmers und steigern die Ausgaben der GKV.

2.5 Rabattverträge für patentgeschützte, therapeutisch vergleichbare Arzneimittel

Artikel 1 Nr. 50 (§ 130e SGB V)

Der Entwurf eröffnet Krankenkassen die Möglichkeit, in Therapiegebieten mit mehreren vergleichbaren patentgeschützten Arzneimitteln Rabattverträge zur bevorzugten Verordnung auszuschreiben. Ziel ist ausdrücklich, auch im patentgeschützten Bereich Wettbewerb um Marktanteile zu erzeugen. Rabattierte patentgeschützte Arzneimittel nach § 130e sind neu bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen als Praxisbesonderheit anzuerkennen und in der Arztsoftware nach § 73 SGB V abzubilden.

Bewertung:

Dass im Markt der patentgeschützten Arzneimittel ein Wettbewerb eingeführt wird, ist zu begrüßen.

Vermieden werden sollte, dass damit die Bürokratie im System erhöht wird. Beispielsweise kann die Berücksichtigung der rabattierten Arzneimittel aus einer Gruppe patentgeschützter Arzneimittel den Aufwand der regionalen Prüfungsstellen (und damit ihren Personalbedarf) deutlich erhöhen. Zusätzlich widerspricht die Vereinbarung von Quoten aus dem selektivvertraglichen Bereich der Grundlage, das die Vertragsparteien auf regionaler Ebene ihre regionalen Prüfvereinbarungen einheitlich und gemeinsam abschließen müssen. Die Berücksichtigung von selektivvertraglichen Quoten muss pragmatisch umsetzbar sein.

Bei der Ausgestaltung dürfen keine Wettbewerbsverzerrungen der Krankenkassen untereinander entstehen. Schon jetzt gezahlte Ärztepauschalen aus Verträgen dürfen auch zukünftig die Einsparungen aus diesen Selektivverträgen nicht überkompensieren.

Zu begrüßen ist die Abbildung der wirtschaftlichen Verordnung von Arzneimitteln in der Arztsoftware (Nr. 26, § 73 Abs. 9 SGB V)

Damit Krankenkassen über ihre neuen Selektivverträge auch die Vertragsärzte informieren können, sollte der Gesetzgeber die Änderungen des § 305a SGB V, die mit dem Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb ab dem Jahr 2021 eingeführt wurden, wieder in den Zustand zuvor überführen.

2.6 Streichung des Kombinationsabschlags

Artikel 1 Nr. 50 (Streichung des bisherigen § 130e SGB V)

Der alte § 130e SGB V soll gestrichen werden. Damit will der Gesetzgeber den Kombinationsabschlag komplett abschaffen. Der Kombinationsabschlag adressiert die weiterhin bestehende Problematik, dass neue Arzneimittel häufig als Add-on-Therapie in den Markt kommen. Dabei erhöhen sich die Kosten mehr als der zusätzliche Nutzen für die Betroffenen. Die aktuelle Umsetzung ist zeitaufwendig und streitbefangen. Die Einsparungen erreichen nicht das ursprünglich avisierte Ziel.

Bewertung:

In der aktuellen Ausgestaltung ist der Kombinationsabschlag nicht sinnvoll. Bei Änderung der Rahmenbedingungen könnte sich das zukünftig ändern. Aktuell scheint eine Streichung vertretbar.

2.7 Abschaffung der „Leitplanken“ bei Erstattungsbeträgen

Artikel 1 Nr. 49c (§ 130b Abs. 3 SGB V)

Der Entwurf sieht vor, dass die Rechtslage vor dem GKV-FinStG im Wesentlichen wiederhergestellt werden soll. Die bisherigen Obergrenzen in § 130b Abs. 3 fallen weg; zugleich wird betont, dass die dadurch erwartete Mehrbelastung der GKV durch andere

Instrumente wie Preiswettbewerb, Preis-Mengen-Regelungen und den dynamischen Herstellerabschlag kompensiert werden müsse.

Bewertung:

Die Abschaffung der Leitplanken schwächt die nutzen- und vergleichstherapiebasierte Preisbegrenzung im AMNOG und wird zu zusätzlichen Ausgaben der GKV führen.

Für die GKV werden erhebliche Mehrausgaben von 150 Mio. Euro im ersten Jahr bis 600 Mio. Euro im Jahr 2030 genannt. Diese gilt es zu kompensieren. Dass das gelingt, darf angesichts der Ausnahmeregelungen bei den Herstellerabschlägen bezweifelt werden.

2.8 Ausschluss von der Verordnungsfähigkeit von Cannabis und Verbandmitteln

Artikel 1 Nr. 10b; Artikel 1 Nr. 8 (§ 31 Abs. 6 und § 11 Abs. 6 SGB V)

Der Anspruch auf Versorgung mit Cannabisblüten wird gestrichen. Erstattungsfähig bleiben standardisierte Extrakte sowie Arzneimittel mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabilon. Zudem wird der Begriff des Verbandmittels gesetzlich neu gefasst.

Bewertung:

Der Ausschluss von der Verordnungsfähigkeit der sonstigen Produkte zur Wundversorgung ohne Nutzennachweis wird begrüßt. Die Übergangsfristen wurden seit 6 Jahren kontinuierlich verlängert. Durch den Ausschluss bestimmter Verbandmittel soll nun endlich konsequent auf Evidenzbasierung gesetzt werden

Die Streichung von Cannabisblüten folgt ebenfalls dem Evidenzgedanken. Die Streichung der Begleiterhebung ist sachlogisch.

Dem widerspricht jedoch die vorgesehene gesetzliche Definition von „proteasemodulierenden oder antimikrobiell im oder am menschlichen Körper“ wirkenden Produkten als Verbandmittel. An sich sollten diese Produkte als Sonstige Verbandmittel nach Ablauf der Übergangsfrist aus dem Leistungskatalog der GKV gestrichen werden. Da dieses entfällt und der G-BA nicht mehr als Korrektiv eingreifen kann, ist eher mit Mehr-

als mit Minderausgaben zu rechnen. Und das auch noch für Produkte, die keinen Nutzennachweis haben.

3. Apothekenbereich

3.1 Erhöhung des Apothekenabschlags

Artikel 1 Nr. 47 (§ 130 Abs. 1 SGB V)

Die zentrale und einzige apothekenbezogene Sparmaßnahme ist die Anhebung des Apothekenabschlags nach § 130 Abs. 1 SGB V von 1,77 Euro auf 2,07 Euro je abgegebener Packung.

Bewertung:

Die Maßnahme wird ausdrücklich begrüßt und ist angesichts der Anhebung des sogenannten Packungsfixums dringend geboten. Damit würde die entstehende Ausgabensteigerung von 875 Mio. Euro zumindest für einen kleinen Teil kompensiert werden.

Zu begrüßen ist, dass diese Regelung sofort nach Inkrafttreten greift.

Als weitere langfristige Maßnahme wäre der 3-prozentige Aufschlag für den Einkauf von Arzneimitteln zu deckeln. Diese Deckelung gewinnt angesichts der vermehrten Neueinführung hochpreisiger Arzneimittel immer mehr an Bedeutung. Der bislang nicht gedeckelte prozentuale Vergütungsanteil von drei Prozent setzt dabei den Anreiz zur Abgabe hochpreisiger Arzneimittel – wobei teurere Arzneimittel keinen höheren Aufwand bei der Abgabe erzeugen.

3.2 Streichung § 346 Abs. 4:

Artikel 1 Nr. 69 (§ 346 SGB V)

Durch den Wegfall der in § 346 Absatz 3 bislang geregelten gesonderten Pflicht zur Unterstützung des Versicherten bei der Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte (ePA) für Ärztinnen und Ärzte entfällt auch die Grundlage für die entsprechenden

Vergütungen. Dieses gilt gleichermaßen für die zusätzliche Vergütung für Apotheken im Abs. 4 und ist aufgrund zunehmender Digitalisierung sachlogisch und zu begrüßen.

4. Krankenhausbereich

4.1 Grundprinzip: Kappung der Vergütungsdynamik

Artikel 3 Nr. 6 (§ 9 Abs. 1b KHEntgG); Artikel 5 Nr. 4 (§ 9 Abs. 1 Nr. 5 BPflV)

Die Regelung sieht vor, dass der vom Statistischen Bundesamt ermittelte Orientierungswert die Grundlage für die Vereinbarung des Veränderungswertes bildet, sofern dieser niedriger ist als die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V. Ist der Orientierungswert hingegen höher als die Veränderungsrate, haben die Vertragsparteien auf Bundesebene den Veränderungswert in Höhe der Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V zu vereinbaren.

Bewertung:

Die Regelung stellt eine Abkehr von der bisherigen Logik der Meistbegünstigungsklausel dar und wird von den Betriebskrankenkassen ausdrücklich begrüßt. Durch die geplante Regelung wird sichergestellt, dass in Zukunft sowohl für Krankenhäuser, die nach KHEntgG behandeln, als auch für Krankenhäuser, die nach BPflV behandeln, nur die tatsächlich anfallenden Kosten vergütet werden. Wie im Bericht der Finanzkommission richtig dargestellt, verursacht die Anwendung der Meistbegünstigungsklausel, dass die Vergütung der Krankenhausleistungen deutlich über der Einnahmeentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung liegt. Dadurch bewirkt die bisherige Regelung, dass es für Krankenhäuser einen geringen Anreiz gibt, Kostenentwicklungen zu prüfen und wo möglich zu reduzieren.

Ferner sollte die im Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) eingefügte Regelung (§ 6 Absatz 3 Satz 9 KHEntgG), wonach als Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung der Erlössumme für das Jahr 2027 die für das Jahr 2026 vereinbarte oder festgesetzte Erlössumme um 1,14 Prozent zu erhöhen ist, gestrichen werden. Die analoge Regelung im BPflV-Bereich ist ebenfalls zu streichen. Beide Regelungen laufen der Intention der hier vorgenommenen Änderungen entgegen.

Artikel 5 Nr. 1 (§ 3 Abs. 3 S. 5 BPflV); Artikel 5 Nr. 4 (§ 9 Abs. 1 Nr. 5 BPflV)

Bei der Regelung handelt es sich um eine Folgeänderung zur Aufhebung von § 9 Absatz 1 Nummer 5. Die Aufhebung führt dazu, dass zukünftig nur noch ein Veränderungswert durch die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbart wird.

Bewertung:

Die Änderung ist sachlogisch.

4.2 Pflegebudget: Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip

Artikel 3 Nr. 3 (§ 6a KHEntgG)

Die Regelung führt die Begrenzung der Kostenanstiege in den Pflegebudgets über den Veränderungswert ein. Vorgaben des Absatzes 2 sind letztmalig für die Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2026 anzuwenden. Für das Jahr 2027 wird das Pflegebudget des Jahres 2026 und nachfolgend jeweils das vorherige Vereinbarungsjahr als Ausgangsgrundlage genommen. Ab dem Vereinbarungsjahr 2027 wird eine Erhöhung der Pflegebudgets auf die Höhe des jeweils gültigen Veränderungswertes begrenzt. Eine Überschreitung des Veränderungswerts ist jedoch möglich, soweit die Einhaltung von Personalvorgaben, die sich aus Bundesgesetzen, Verordnungen, die auf Grundlage des SGB V erlassen worden sind, oder Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses ergeben, dies erfordert. Bei einer Überschreitung der vereinbarten Pflegepersonalkosten durch die tatsächlichen Pflegepersonalkosten erfolgt kein Ausgleich dieser Mehrkosten mehr. Minderkosten werden weiterhin vollständig ausgeglichen. Die Möglichkeit der Anrechnung der Kosten für pflegeentlastende Maßnahmen im Pflegebudget wird gestrichen. Weicht die Summe der auf das Vereinbarungsjahr entfallenden Erlöse des Krankenhauses aus den tagesbezogenen Pflegeentgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a von dem vereinbarten Pflegebudget ab, so werden Mehr- oder Mindererlöse weiterhin ohne Begrenzung des Veränderungswertes vollständig ausgeglichen.

Bewertung:

Die Abschaffung der Anrechnung der pflegeentlastenden Maßnahmen im Pflegebudget wird begrüßt, da diese in den DRG-Fallpauschalen bereits abgebildet sind und es hier zu einer unnötigen Doppelfinanzierung kommt.

Die Deckelung der Ausgaben des Pflegebudgets durch die Abschaffung des Prinzips der Selbstkostendeckung ist aus Sicht der Betriebskrankenkassen ein wichtiger Schritt zur Begrenzung der unkontrollierten Anstiege der Pflegepersonalkosten. Schließlich wurde das politisch intendierte Ziel einer Steigerung der Pflegegehälter erreicht.

Durch das Selbstkostendeckungsprinzip besteht durch die derzeitige Finanzierungsgrundlage kein Anreiz für einen effizienten Einsatz des Pflegepersonals. Stattdessen entstehen durch die Hebung von Effizienzgewinnen und der damit verbundenen Absenkung der Budgetgrundlage für die Verhandlungen der zukünftigen Pflegebudgets Nachteile für die Krankenhäuser und damit Anreize, das Pflegebudget so hoch wie möglich zu vereinbaren und eine Ausweitung des Personaleinsatzes zu erreichen. Tätigkeiten außerhalb des Kerntätigkeitsbereichs der Pflege wie Reinigungs- oder Transportarbeiten werden auf das Pflegepersonal umgelegt und das bisher dafür verantwortliche Personal wird entlassen. Es kommt zur Abwanderung von Pflegepersonal aus der Altenpflege ins Krankenhaus.

Gleichzeitig hat die bisherige Regelung das Ziel einer besseren Pflegepersonaldecke in den Krankenhäusern nicht vollumfänglich erreichen können, da die Pflegepersonaluntergrenzen in vielen Krankenhäusern noch immer nicht eingehalten werden. Stattdessen konkurrieren die Krankenhäuser untereinander um die Pflegekräfte, diese wandern in Krankenhäuser mit besseren Ausgangsvoraussetzungen ab, was die Personalnot insbesondere in kleineren Krankenhäusern zusätzlich verschärft. Die Deckelung der Vergütung über den Veränderungswert, wie durch die Regelung vorgesehen, begrenzt diese negativen Auswirkungen.

Die Umsetzung der Maßnahme über die Pflegebudgets des Jahres 2026 als Ausgangsgrundlage wird allerdings kritisch gesehen. Die Pflegebudgets des Jahres 2026 sind noch nicht in allen Krankenhäusern verhandelt. Dadurch besteht ein sehr hoher Anreiz, die Pflegebudgets so hoch wie möglich zu verhandeln, um so eine möglichst hohe Ausgangsbasis für die Budgets ab 2027 zu schaffen. Hier muss dringend eine Lösung gefunden werden, um die Verhandlungen auf Ortsebene zu entlasten und eine Blockade der Budgetbeschleunigung zu verhindern. Stattdessen sollte als Aufsatzpunkt auf die bereits vereinbarten Pflegebudgets 2025 aufgebaut werden, welche um den Wert 3,99

Prozent zu erhöhen sind, der aktuell im Rahmen der Tarifrate für den Pflegebereich in 2026 vereinbart wurde.

Auch die Öffnung der Deckelung durch die Veränderungsrate, um die Einhaltung von Personalvorgaben, Vorgaben von Bundesgesetzen und Verordnungen oder Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu gewährleisten, ist in dieser allgemeinen Form kritisch zu sehen.

Grundsätzlich sollten diese Tatbestände in den Pflegebudgets abgedeckt werden, sie eröffnen auf Ortsebene aber auch Möglichkeiten, um die Deckelung des Pflegebudgets zu umgehen. Hier muss sichergestellt werden, dass solche Tatbestände und ihre Kosten klar abgegrenzt werden. Dies ist über eine allgemein formulierte Ausnahmeregelung nicht möglich. Die aktuell geplante Ausgestaltung wird weder eine effektive Deckelung der Kostensteigerung gewährleisten, noch den administrativen Aufwand reduzieren, da aufgrund der vorgesehenen Ausnahmeregelungen die Ausgaben faktisch nicht auf den Veränderungswert begrenzt werden. Auf jeden Fall ist eine Überprüfung der Auswirkungen und gegebenenfalls eine Anpassung der Regelung vorzusehen.

Um das Ziel einer Ausgabenbegrenzung im Pflegebudget wirklich wirksam erreichen zu können, ist langfristig eine Wiedereingliederung ins DRG-System unumgänglich. Die Eigenständigkeit der Pflegebudgets kann dabei auch nach der Reintegration der Pflegepersonalkosten in das DRG-System beibehalten werden, indem die Pflegebewertungsrelationen im DRG-Katalog als abgrenzbarer Teil der Fallpauschale erhalten bleiben. So würde auch in Zukunft ein Anteil der pauschalen Vergütung als leistungsbezogenes Pflegebudget identifizierbar bleiben, während den Krankenhäusern gleichzeitig eine leistungsbezogene Grenze für die Höhe der Personalkosten vorgegeben würde.

Es sollte ergänzend eine Klarstellung aufgenommen werden, dass Rufbereitschaftsdienste für freiberufliche Hebammen nicht über das Pflegebudget zu finanzieren sind.

Art. 3 Nr. 7 (§ 10 Abs. 5 KHEntgG)

Bei der Vereinbarung des Basisfallwerts sollen erstmals für das Jahr 2026 Tariferhöhungen für Löhne und Gehälter über den Veränderungswert nach Absatz 4 Satz 1 hinaus berücksichtigt werden. Bezogen auf die Personalkosten werden für den Pflegedienst sowie für den übrigen nichtärztlichen Personalbereich und für den ärztlichen Personalbereich jeweils 50 Prozent des Unterschieds zwischen dem Veränderungswert und der Tarifrate berücksichtigt.

Bewertung:

Mit der Aufhebung der ursprünglich geplanten Streichung der vollständigen Refinanzierung der Tarifrate fällt der Gesetzgeber hinter die Empfehlungen der Finanzkommission zurück. Die vollständige Streichung der Tarifrefinanzierung ist eine notwendige und sinnvolle Maßnahme, die eine Entkopplung der Tarifverhandlungen von Wirtschaftlichkeitsanreizen verhindern würde und unnötige Doppelfinanzierung beenden könnte. Unabhängig davon, ob die Refinanzierung der Tarifsteigerungen hälftig oder vollständig erfolgt, werden die betreffenden Kosten bereits über den Orientierungswert (bzw. der Teilorientierungswert für Personalkosten) und in den Landesbasisfallwertverhandlungen abgebildet. Da die Mehrkosten über die Beiträge finanziert werden und die Tarifpartner diese nicht selbst zu tragen haben, führt die geplante Regelung zu Tarifabschlüssen, die über das wirtschaftlich vertretbare Maß hinausgehen. Zudem entfalten die höheren Tarifabschlüsse im stationären Bereich eine Sogwirkung auf die Tarife in anderen Sektoren, etwa im ambulanten Bereich.

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist die Streichung der vollständigen Tarifrefinanzierung deshalb wie ursprünglich im Referentenentwurf geplant, aber bereits ab dem Jahr 2026 umzusetzen.

4.3 Abschaffung der Finanzierung von Tarifsteigerungen oberhalb des Veränderungswerts

Artikel 3 Nr. 7 (§ 10 Abs. 5 KHEntgG), Artikel 3 Nr. 2 (§ 6 Abs. 3 Satz 5 KHEntgG), Artikel 3 Nr. 3 (§ 6a Abs. 4 Sätze 5 und 6 KHEntgG), Artikel 3 Nr. 6 (§ 9 Abs. 1 Nr. 7 KHEntgG) sowie Artikel 4 Nr. 1 (§ 3 Abs. 4 und Abs. 5 Sätze 4 und 5 BPflV)

Ab dem Tag des Inkrafttretens der Vereinbarung einer Erhöhungsrate für Tariferhöhungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 soll abweichend von Satz 3 für den Rest des jeweiligen Jahres der krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert nach Satz 3 erhöht um 50 Prozent der Erhöhungsrate angewendet werden. Dabei soll der für das restliche Kalenderjahr anzuwendende, in Satz 5 genannte krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert infolge der unterjährigen Vereinbarung entsprechend erhöht werden.

Bewertung:

Die Betriebskrankenkassen lehnen auch die anteilige Umsetzung der Tarifsteigerungen in Höhe von 50 Prozent im krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert ab.

Mit der Aufhebung der ursprünglich geplanten Streichung der vollständigen Refinanzierung der Tarifrate fällt der Gesetzgeber hinter die Empfehlungen der Finanzkommission zurück. Die vollständige Streichung der Tarifrefinanzierung ist eine notwendige und sinnvolle Maßnahme, die eine Entkopplung der Tarifverhandlungen von Wirtschaftlichkeitsanreizen verhindern würde und unnötige Doppelfinanzierung beenden könnte. Unabhängig davon, ob die Refinanzierung der Tarifsteigerungen hälftig oder vollständig erfolgt, werden die betreffenden Kosten bereits über den Orientierungswert (bzw. der Teilorientierungswert für Personalkosten) und in den Landesbasisfallwertverhandlungen abgebildet. Da die Mehrkosten über die Beiträge finanziert werden und die Tarifpartner diese nicht selbst zu tragen haben, führt die geplante Regelung zu Tarifabschlüssen, die über das wirtschaftlich vertretbare Maß hinausgehen. Zudem entfalten die höheren Tarifabschlüsse im stationären Bereich eine einseitige Sogwirkung auf Pflegende in anderen Sektoren, etwa im ambulanten Bereich, da die analogen Regelungen zur Tariftreue in § 72 SGB XI, § 132a SGB V, § 132l SGB V etc. explizit auf die Grundlohnrate begrenzt sind. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist die Streichung der vollständigen Tarifrefinanzierung deshalb wie im Referentenentwurf geplant, aber bereits ab dem Jahr 2026 umzusetzen und dringlich den Regelungen in der stationären und ambulanten Langzeitpflege anzupassen, um gleiche Wettbewerbsbedingungen zu schaffen.

4.4 Krankenhausabrechnungsprüfung: schärfere Anreize für korrekte Rechnungen

Artikel 1 Nr. 66 (§ 275c SGB V)

Bei der Krankenhausabrechnungsprüfung hält der Entwurf am Prüfquotensystem fest, verschärft aber die Anreize für korrekte Abrechnungen. Die Prüfquoten als auch die Schwellenwerte hinsichtlich der Abrechnungsqualität der Krankenhäuser werden angehoben. Ab dem Jahr 2027 ist folgende Staffelung vorgesehen:

bis zu 5% (bei einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen $\geqslant$ 80%)

bis zu 15% (bei einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen zwischen 60-80%)

bis zu 25% (bei einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen ⩽60%)

Eine Prüfquotenöffnung und damit ein unbegrenzter Prüfspielraum ist möglich bei einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 40%.

Bewertung:

Die Betriebskrankenkassen begrüßen die Zielsetzung des Entwurfs, den Anreiz für eine korrekte Rechnungsstellung zu stärken, indem die Prüfquoten und Schwellenwert angehoben werden. Die Stärkung der Wirtschaftlichkeitskontrollen sind ein wesentlicher Baustein, um die Leistungsausgaben des stationären Sektors zu dämpfen. Damit wird sichergestellt, dass GKV-Beitragsmittel ordnungsgemäß an die Krankenkassen zurückfließen, wenn der Medizinische Dienst bescheinigt, dass die Rechnung überhöht oder falsch war.

Die bisherigen Erfahrungen mit dem Prüfquotensystem haben gezeigt, dass die gewünschten Steuerungseffekte leider nicht im erhofften Maß eingetreten sind. Die Statistiken des GKV-Spitzenverbandes verdeutlichen, dass sich der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen seit der Einführung kaum verändert hat. Aufgrund der hohen bürokratischen Aufwände und des zusätzlichen Konfliktpotentials bei der quartalsweisen Ermittlung der Prüfquoten, sprechen sich die Betriebskrankenkassen nach wie vor für eine vollständige Abschaffung des quartalsbezogenen Prüfquotensystems aus. Stattdessen sollte die Prüfquote einheitlich bei 20 Prozent festgelegt werden. An dieser Stelle wird darauf hingewiesen, dass auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft zwischenzeitlich eine feste Quote fordert.

Aufwandspauschale, Rechnungsaufschlag sowie die Jahresstatistiken sollen erhalten bleiben. Wichtig ist jedoch, dass § 275c Abs. 3 SGB V, der die Rechnungsaufschläge bei beanstandeten Abrechnungen regelt, an die neue Regelung angepasst wird – unabhängig davon, ob doch noch eine einheitliche Prüfquote eingeführt oder letztendlich die bisher vorgesehene Erhöhung der Prüfquoten und Schwellenwerte umgesetzt wird.

Eine wichtige Reformempfehlung der FinanzKommission Gesundheit ist im Gesetzentwurf nicht enthalten, sollte aber unbedingt noch umgesetzt werden: die Aufnahme der Vorhaltebudgets in den zulässigen Prüfumfang der Krankenkassen. Wenn die Vorhaltebudgets faktisch immun und ein blinder Fleck der Krankenhausabrechnung bleiben, wird sich die finanzielle Wirkung der Krankenhausabrechnungsprüfung ab 2028 in etwa

halbieren. Es werden wieder erhebliche, nicht intendierte Mehrausgaben für die GKV entstehen. Die Einführung des Vorhaltebudgets kann damit nicht budgetneutral umgesetzt werden.

Die Betriebskrankenkassen drängen darauf, die Regelung zur Herausnahme der Vorhaltebudgets aus dem zulässigen Prüfumfang nach § 275c Abs. 6 Nr. 3 zu streichen und klarzustellen, dass daraus resultierende Mehr- und Mindererlöse nicht ausgeglichen werden, sondern das Erstattungsvolumen bei den Krankenkassen verbleibt.

Positiv hervorzuheben ist, dass die automatische Erweiterung des MD-Prüfauftrages auf alle abrechnungsrelevanten Sachverhalte eines Prüffalles gesetzlich verankert werden soll. Außerdem begrüßt werden die Aufnahme der Vorschläge der FinanzKommission zur Fallzusammenführung und zur Stärkung des Falldialogs.

Für eine rechtssichere und zeitnahe Umsetzung des Falldialogs fordern die Betriebskrankenkassen unbedingt die gesetzliche Verankerung, dass Krankenhäusern bereits im Vorverfahren relevante medizinische Fallunterlagen an die Krankenkassen übermitteln dürfen. Der bisher im Gesetzentwurf vorgesehene Prüfauftrag sowie eine daraus resultierende zeitlich verzögerte Umsetzung nach dem Jahr 2027 sind aus Sicht der Betriebskrankenkassen nicht erforderlich. Vielmehr kann eine konkrete gesetzliche Änderung bereits jetzt vorgenommen werden.

Damit kann der Prüfaufwand bei Krankenhäusern, die diese Möglichkeit partnerschaftlich mit den Krankenkassen nutzen, zeitnah sinken und Kapazitäten des Medizinischen Dienstes werden geschont.

Änderungsvorschläge

§ 17c Absatz 2 KHG sollte wie folgt ergänzt werden:

„Die Krankenhäuser sind befugt, personen- und einrichtungsbezogene Daten für das Verfahren gemäß Satz 2 Nummer 3 im erforderlichen Umfang zu verarbeiten."

Streichung der §§ 275c Absatz 2 und 4 SGB V (Modalitäten des quotenbasierten Verfahrens).

Zusätzliche Streichung von § 275c Absatz 6 Nummer 3 SGB V und Klarstellung, dass daraus resultierende Mehr- und Mindererlöse der Abrechnung zugrunde gelegt werden dürfen.

4.5 Einführung DRG-Kurzzeitfallpauschalen als Ambulantisierungsinstrument

Artikel 4 Nr. 2 (§ 17b Abs. 2a KHG neu)

Die Regelung erteilt den Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 den Auftrag, das DRG-Vergütungssystem dahingehend weiterzuentwickeln, sogenannte Kurzzeitfallpauschalen für den Bereich von kurzen Behandlungsdauern im Krankenhaus einzuführen. Hiermit soll weiteres Potenzial für Verweildauerverkürzungen und für eine Ambulantisierung gehoben sowie unnötige Ausgaben für die Versichertengemeinschaft vermieden werden.

Bewertung:

Die Betriebskrankenkassen begrüßen die Einführung der DRG-Kurzzeitfallpauschalen. Krankenhausfälle können in den ambulanten Bereich verschoben werden, ohne einen gleichzeitigen Steigerungseffekt bei der Vergütung im ambulanten Bereich zu verursachen. Die intendierten Wirtschaftlichkeitsanreize in der Behandlung insbesondere hinsichtlich der Verweildauer motivieren die Krankenhäuser zu einer bedarfsgerechten Patientenversorgung. Zudem sind kostenseitige und strukturelle Anpassung innerhalb der vorgesehenen Zeitschiene in den Krankenhäusern für die Kurzlieger-Fälle gut realisierbar. Die Krankenhäuser können einschätzen, welche Fälle bereits heute Kurzlieger-Fälle sind und entsprechend ihr Leistungsportfolio dahingehend anpassen. Der notwendige Aufbau von Ambulantisierungsstrukturen wird gleichzeitig forciert.

Zudem befürworten die Betriebskrankenkassen ausdrücklich, dass die bereits seit langem kritisierten Erlösoptimierungen bei der UGVD mit der Einführung der DRG-Kurzzeitfallpauschalen entfallen. Eine vom InEK kalkulierte Pauschale unabhängig von der Verweildauer führt zusätzlich zu einem Abbau von Aufwänden durch den Wegfall der Prüfung auf UGVD.

Weiterhin ist durch die jährliche Absenkung der Bewertungsrelationen der Kurzzeitfallpauschalen ein langfristiger Einsparungseffekt bei der GKV zu erwarten. Ohne begleitende Steuerungsinstrumente besteht jedoch das Risiko, dass die prognostizierten Entlastungen für die GKV nicht in vollem Umfang realisiert werden oder durch andere Kostenentwicklungen kompensiert werden. Des Weiteren sind zusätzliche Vergütungsdynamiken im ambulanten Sektor zu beachten.

§ 115f Abs. 2 S. 2 SGB V (Änderung)

Die Regelung besagt, dass Fälle, die mit den in § 17b Absatz 2a Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Kurzzeitfallpauschalen vergütet werden, auf die in § 115f Abs. 2 genannten Fallzahlvorgaben anzurechnen sind.

Bewertung:

Die Änderung ist sachlogisch und nachvollziehbar.

Artikel 3 Nr. 5 (§ 8 Abs. 5a KHEntgG neu)

Mit der Regelung wird vorgegeben, dass die Kurzzeitfallpauschalen nicht abrechenbar sind, wenn die Leistung im Katalog für ambulant durchführbare Operationen, stationsersetzende Eingriffe und stationsersetzende Behandlungen (AOP-Katalog) aufgeführt ist.

Bewertung:

Die Änderung ist nachvollziehbar. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen braucht es klare Regelungen, um eine Abgrenzung zu den bereits implementierten Ambulantisierungs-Instrumenten Hybrid-DRG und AOP sowie zu weiteren Abrechnungswegen im ambulant-stationären Grenzbereich zu gewährleisten. Langfristig ist eine Vereinfachung des aG-DRG-System anzustreben.

Artikel 3 Nr. 6 (§ 9 Absatz 1 Nr. 11 KHEntgG neu)

Die Vertragsparteien haben gemäß dieser Regelung auf Bundesebene nähere Einzelheiten für die Kurzzeitfallpauschalen zu vereinbaren. Es sind Vorgaben zu treffen, mit denen sichergestellt wird, dass das jeweilige Krankenhaus durch die Einführung der Kurzzeitfallpauschalen keine Fallzahlausweitung der stationären Behandlungsfälle von bis zu drei Kalendertagen und maximal zwei Übernachtungen vornimmt. Zudem sind die Folgen zu vereinbaren, sofern das einzelne Krankenhaus entgegen den Vorgaben eine Fallzahlausweitung vorgenommen hat und die festgelegte Mengenbegrenzung nicht eingehalten wurde.

Bewertung:

Der Hinweis des Gesetzgebers auf die drohende Fallzahlausweitung ist korrekt. Es muss aus Sicht der Betriebskrankenkassen sichergestellt werden, dass die mit

Einführung der Kurzzeitfallpauschalen verbundenen Mengenanreize, kurzfristigen Übervergütungen und drohende Wechselwirkungen im aG-DRG-System in der Ausgestaltung ausreichend Berücksichtigung finden.

Weiterhin besteht die Gefahr, dass Krankenhäuser die Reduzierung der Fallmenge durch Kurzzeitfallpauschalen oder Hybrid-DRG kompensieren. Sie könnten am Ende trotz politisch gewollter Ambulantisierung und Fallreduzierung gleich viele oder sogar mehr Fälle abrechnen, um ihren bisherigen Case-Mix beizubehalten.

4.6 Psychiatrie und Psychosomatik: Rückzahlungsverpflichtung bei fehlender Besetzung vereinbarter Personalstellen

Artikel 5 Nr. 1 (§ 3 Abs. 3 Sätze 8-10 BPflV)

Die vorgesehene Ergänzung des § 3 Abs. 3 Sätze 8-10 BPflV umfasst die Verpflichtung der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser zur Rückzahlung von Mitteln für vereinbarte aber nicht besetzte Personalstellen. Zudem ist der demnach überhöhte Gesamtbetrag abzusenken.

Bewertung:

Die Regelung wird ausdrücklich begrüßt, trägt sie doch zur zweckentsprechenden Verwendung finanzieller Mittel der gesetzlichen Krankenversicherungen bei.

5. Vertragsärztliche Versorgung

5.1 Begrenzung der Höhe der Anpassung des Orientierungswerts nach § 87 Absatz 2e SGB V und des Punktwerts nach § 87a Absatz 2 Satz 1 SGB V durch die Grundlohnrate als feste Obergrenze (Nr. 31. f und Nr. 32. a)

Artikel 1 Nr. 32a (§ 87a Absatz 2 Satz 1 und Absatz 2e SGB V)

Die Regelung stellt klar, dass bei der Festlegung der Weiterentwicklung des Orientierungswertes nach §87 Absatz 2g SGB V und des Punktwertes nach § 87a Absatz 2

Satz 1 SGB das Prinzip Beitragsstabilität gilt. Dazu wird die Veränderungsrate entsprechend § 71 Absatz 3 Satz 3 bis 5 begrenzt.

Dies gilt auch für die vertraglichen Vergütungsanpassungen für Leistungen der Hochschulambulanzen, der Weiterbildungsambulanzen, der psychiatrischen Institutsambulanzen, der sozialpädiatrischen Zentren und der medizinischen Behandlungszentren sowie für die hausarztzentrierte Versorgung, für die zudem ein Abschlag zur Berücksichtigung der Fixkostendegression eingeführt wird.

Bewertung:

Die Regelungen sind sachgerecht und werden ausdrücklich begrüßt.

5.2 Der Anstieg des extrabudgetär vergüteten Ausgabenvolumens wird begrenzt.

Die Begrenzung des extrabudgetären Ausgabenvolumens soll durch verschiedene Maßnahmen erreicht werden.

Artikel 1, Nr. 31, 69 (§ 87 Abs. 2a, Abs. 2b Satz 3 und 5 neu, Abs. 2c Satz 3 neu, Satz 8 neu, § 346 Abs. 3 und 5 SGB V)

Streichung von Vergütungsbestandteilen (SGB V § 87 Abs. 2a Streichung Sätze 25 und 26, Abs. 2b Satz 3 und 5 neu, Abs. 2c Satz 3 neu, Satz 8 neu, § 346 Streichung Abs. 3 und 5)

Die Zuschläge für einen zeitnahen Behandlungsbeginn nach einer Terminvermittlung, die Zuschläge bei der psychotherapeutischen Kurzzeittherapie und die Vergütung der Beratung bei der Organspende werden abgeschafft.

Die Pflicht zur Unterstützung des Versicherten bei der Erstbefüllung der elektronischen Patientenakte (ePA) entfällt (Streichung der Absätze 3 und 5 im § 346 SGB V). Durch den Wegfall entfällt auch die Grundlage für die entsprechende Vergütung im vertragsärztlichen Bereich. Die entsprechende Änderung im § 87 SGB V (Streichung der Sätze 25 und 26 in Absatz 2a) ist sachlogisch und zu begrüßen.

Änderungsvorschlag:

Streichung § 346 Abs. 2 .

Artikel 1, Nr. 32 (§ 87a Abs. 3 Satz 5 bis 8 neu SGB V)

Überführung der extrabudgetären Vergütungen nach dem TSVG in die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung (SGB V § 87a Abs. 3 Satz 5 bis 8 neu)

Die mit dem TSVG eingeführte extrabudgetäre Vergütung von Leistungen, die im Rahmen der Vermittlung der Terminservicestelle oder eines Hausarztes oder im Rahmen der offenen Sprechstunde erbracht wurden, soll ab dem Jahr 2027 abgeschafft werden. Das bereits bereinigte Vergütungsvolumen soll ab dem Jahr 2027 basiswirksam in die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung zurücküberführt werden.

Bewertung:

Die Rücküberführung in die MGV wird ausdrücklich begrüßt, wurden die Ziele, die mit der Regelung erreicht werden sollten, wie z.B. schnellere Facharzttermine nicht erreicht. Die Regelung entspricht den Forderungen des BKK-Systems.

Artikel 1, Nr. 32c (§ 87a Abs. 3b und c neu SGB V)

Anpassung der Systematik der Entbudgetierung der Kinder- und Jugendmedizin und im Bereich hausärztlichen Versorgung (SGB V, § 87a Absätze 3b und 3c neu)

Die Vorgaben zur Anpassung der Bildung und Weiterentwicklung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Bereich Kinder- und Jugendmedizin (Kinderarzt-MGV) wird inhaltlich angepasst und an die Systematik bei der Entbudgetierung der Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung angeglichen.

Sofern Leistungen im hausärztlichen oder kinder- und jugendmedizinischen Bereich nicht vollständig aus der jeweils vereinbarten MGV vergütet werden können, sollen die von den Krankenkassen zu vergütenden Ausgleichszahlungen künftig mit einem Abschlag für die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen vergütet werden.

Bewertung:

Um eine Kostendämpfung zu erreichen und den bürokratischen Aufwand so gering wie möglich zu halten, sollten sowohl Leistungen der Kinder- und Jugend-Medizin, als auch der hausärztlichen Versorgung innerhalb der MGV finanziert werden.

Eine Vereinheitlichung der Systematik der Entbudgetierung für den Fall, dass eine MGV-Finanzierung nicht umgesetzt werden soll, wird als sachgerecht eingeschätzt.

Die Einführung von Abschlägen auf Ausgleichzahlungen für eine allgemeine Kostendegression könnte mit einer Überführung in die MGV entfallen. Im Falle des Beibehaltes der Entbudgetierung sind die Abschläge sachgerecht.

Artikel 1 Nr. 34 (§ 87d neu SGB V)

Änderung der Systematik der extrabudgetären Vergütung (SGB V §87d neu)

Die Systematik der extrabudgetären Vergütung soll grundsätzlich angepasst werden um weitere Ausgabenanstiege zu begrenzen: Künftig sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen je eine Gesamtvergütung für das Ausgabenvolumen von Leistungen der Vorsorge und Prävention sowie eine für weitere durch Beschluss des Bewertungsausschusses EGV-finanzierte Leistungen beschließen. Die Gesamtvergütungen sind mit befreiender Wirkung von den Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu entrichten.

Diese Finanzvolumina sollen erstmalig bis zum 15. Februar 2027 festgelegt und für das Jahr 2027 in Kraft gesetzt werden. Eine Weiterentwicklung dieser Gesamtvergütungen soll anschließend jährlich bis zum 31.Oktober für das Folgejahr anhand der Versichertenzahlentwicklung, der Veränderung der Morbiditätsstruktur, der Orientierungswertanpassung und der veränderten Leistungsstruktur erfolgen. Die Weiterentwicklung wird dabei grundsätzlich auf die Grundlohnsumme und für die Jahre 2027, 2028 und 2029 auf die Grundlohnsumme minus ein Prozent begrenzt.

Vollständig extrabudgetär vergütet werden sollen weiterhin nichtärztliche Dialyseleistungen, neue Leistungen innerhalb der ersten zwei Jahre, Leistungen im Rahmen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit sowie kinder- und jugendpsychiatrische Leistungen. Der Bewertungsausschuss kann zudem Kriterien festlegen, die Leistungen erfüllen müssen, damit diese ebenfalls vollständig extrabudgetär vergütet werden können. Dabei müssen die Kriterien sicherstellen, dass die Leistungen

nachweisbar die Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit signifikant erhöhen und dies mit einer Vergütung der Leistungen innerhalb der MGV oder EGV-Gesamtvergütung nicht erreicht werden. Eine Extrabudgetäre Vergütung anhand der Kriterien ist nachzuweisen.

Für die im neuen § 87d vorgesehenen Änderungen wird zudem eine umfassende Evaluation eingeführt.

Bewertung:

Die Begrenzung Ausgaben für die meisten EGV-Leistungen ist sachgerecht und wird sehr begrüßt. Auch die Ermöglichung einer unbudgetierten EGV-Vergütung in Ausnahmefällen zur Förderung der Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit und auf Basis einer strikten Evidenzbasierung wird als sachgerecht eingeschätzt. Es wird erwartet, dass es in einzelnen Leistungsbereichen zu Leistungsverschiebungen kommen kann. Zum Beispiel könnten künftig mehr Operationen als Hybrid-DRG-Leistung abgerechnet werden, da dort eine höhere und sichere Vergütung zu erwarten wäre.

Um eine ressourcenintensive erstmalige Festsetzung der beiden Gesamtvergütungen in siebzehn Kassenärztlichen Vereinigungen zu vermeiden wird vorgeschlagen, die Festsetzung der EGV- Gesamtvergütungen für das Jahr 2027 in den Aufgabenbereich des Bewertungsausschusses aufzunehmen. Dies hätte gleichzeitig den Vorteil, dass eine bundeweit einheitliche und vergleichbare Systematik bei der Festlegung der Gesamtvergütungen gewährleistet wäre.

Eine umfassende Evaluation wird ausdrücklich begrüßt.

5.3 Hausarztzentrierte Versorgung

Artikel 1, Nr. 27 (§ 73b SGB V)

Bei steigender Teilnehmerzahl an den Verträgen der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) sind zusätzliche Leistungen mit einem Abschlag auf die vereinbarten Preise zu vergüten, um allgemeine Kostendegressionen bei Fallzahlsteigerungen zu berücksichtigen. Die Höhe des Abschlags sollen die Vertragspartner vereinbaren und den Teilnehmeranstieg quartalsweise mit den Zahlen desselben Quartals des Vorjahres vergleichen.

Darüber hinaus können die Einzelverträge der HzV Abweichendes von den Vorschriften des § 73b SGB V regeln, lediglich die Regelungen zur Kostendegression sind einzuhalten.

Bewertung:

Die Einführung einer Kostendegression bei steigenden Fallzahlen wird grundsätzlich begrüßt. Eine Öffnung der Verträge der HzV über das bestehende Maß hinaus ist abzulehnen. Die Teilnahme an der HzV für Krankenkassen sollte künftig als freiwilliges Angebot ausgestaltet werden.

6. Weitere Leistungserbringer

6.1 Preis- und Vergütungssteigerungen werden auf die Grundlohnrate begrenzt.

Artikel 1 Nr. 40, 41, 51, 52, 53, 54, 56, 57 (§111 Abs. 5 Satz 2 und 3 neu, § 111c Abs. 3 Satz 2 und 3 neu, 44, §§ 132a und 132l SGB V, § 125 Abs. 3 Satz 3 neu, § 133 neu, § 134a Abs. 1 Satz 2 und 3 neu, 140a Abs. 2 Satz 2 neu SGB V)

Die Preis- und Vergütungsbegrenzung auf die Grundlohnrate gilt für alle Leistungserbringer im Gesundheitswesen, insbesondere Vertragszahnärzte, Heilmittelerbringer, Hebammen, Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen, Rettungsdienste und Krankentransportunternehmen sowie Hersteller von Hilfsmitteln und Unternehmen der medizinischen Behandlungspflege.

Bewertung:

Dies ist positiv und sachlogisch und wird ausdrücklich unterstützt, inkl. des Abschlages in Höhe von 1% in den Jahren 2027 bis 2029.

Im Bereich der Heilmittel schlägt der BKK Dachverband vor, das von der FinanzKommission Gesundheit als kurzfristige und gezielte Sparmaßnahme empfohlene einjährige Preismoratorium für das Jahr 2027 umzusetzen. Dieses wurde von den Expertinnen und Experten der Kommission aufgrund der im Vergleich zu anderen Leistungsbereichen überdurchschnittlich hohen Dynamik bei der Preiskomponente als sachgerecht

adressiert. Es ist nicht ersichtlich, weshalb auf das Einsparpotenzial in Höhe von 0,7 Mrd. Euro im Rahmen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes verzichtet werden soll.

Artikel 1 Nummer 52 und 53 (§§ 132a und 132l SGB V)

Das Ansinnen, etwaige Vergütungssteigerungen für den Bereich der häuslichen Krankenpflege und mithin der außerklinischen Intensivpflege auf maximal die Höhe der Grundlohnrate nach § 71 Absatz 3 SGB V (n.F.) zu begrenzen und der damit verbundenen Wegfall der Verpflichtung zur vollständigen Tarifrefinanzierung in den jeweiligen Vergütungsverhandlungen wird unterstützt.

Hinzuweisen ist aber darauf, dass die hier adressierten Leistungserbringer – insbesondere die ambulanten Dienste – gleichwohl SGB XI-Leistungen erbringen und deshalb zur Versorgung gem. § 72 SGB XI zugelassen sind und folglich die hier zugrundeliegenden Tariftreue-Regelungen mit entsprechenden Refinanzierungsmechanismen gem. § 82c SGB XI versehen sind. Da die Vergütung dieser Leistungserbringer im Zusammenhang zu sehen ist, muss die hier angedachte Regelung zwingend auch im SGB XI nachvollzogen werden, insofern gehen die dazu angedachten Regelungen in § 72 SGB XI im Rahmen des Referentenentwurfs zum Pflegeneuordnungsgesetz (PNOG) in die richtige Richtung.

Anders verhält es sich mit der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase in vollstationären Pflegeeinrichtungen (sowie Einrichtungen der Eingliederungshilfe) gemäß § 132g SGB V. Insbesondere bei stationären Pflegeeinrichtungen, die gleichwohl zur Versorgung gem. 72 SGB XI zugelassen werden, erfolgt die Refinanzierung – u.a. unter Berücksichtig der etwaigen Personalkosten – im SGB-übergreifenden Kontext. Insofern bedarf es auch in § 132g SGB V zwingend der expliziten Berücksichtigung der angedachten Maßgaben bzgl. etwaiger Vergütungssteigerungen, welche an die Grundlohnsummenentwicklung gem. § 71 Absatz 3 SGB V (n.F.) gekoppelt werden soll.

6.2 Blankoverordnung

Artikel 1 Nr. 45 (§ 125a Abs. 2 Satz 2 und 3 neu SGB V)

Im Heilmittelbereich werden versorgungsbezogene Pauschalen für die Blankoverordnung für nicht vereinbarungsfähig und somit nicht durch die GKV zu finanzieren erklärt.

Bewertung:

Die Regelung wird begrüßt. Die versorgungsbezogene Pauschale verursacht hohe Kosten. Die Erfordernis einer solchen Pauschale hinsichtlich eines zu vergütenden Mehraufwandes für die Umsetzung des gesetzlichen Auftrages der Blankoverordnung wird verneint.

Auch der Gesetzgeber macht in der Begründung deutlich, dass für Heilmittelerbringer zur Durchführung der Blankoverordnung der zusätzliche Aufwand mit der Analyse des therapeutischen Bedarfs beziehungsweise der therapeutischen Diagnostik abgegolten ist und darüber hinaus kein zusätzlicher Aufwand entsteht. Eine gesonderte Vergütung wäre deshalb nicht gerechtfertigt.

6.3 Hilfsmittel

Artikel 1 Nr. 15, 46 (§ 36 neu, § 127 Abs. 1 Satz 1 neu, Abs. 1b neu, Abs. 4 neu SGB V)

Der GKV-Spitzenverband wird verpflichtet, das Festbetragsinstrument umfassender als bisher anzuwenden, um vorhandene Wirtschaftlichkeitspotenziale effektiver auszuschöpfen. Als Übergangsregelung bis zur finanziellen Wirksamkeit dieser Maßnahmen gilt für die Jahre 2027 und 2028 ein dreiprozentiger Abschlag für die vertraglich vereinbarten Preise.

Bewertung:

Die Regelung wird begrüßt. Allerdings bleiben Festbeträge hinter den Potenzialen von Ausschreibungsverfahren zurück. Daher bedauern wir, dass dieses starke Instrument zur Förderung des Wettbewerbs nicht aufgegriffen wurde: Die Wiedereinführung von Ausschreibungen wäre ein effizientes Wettbewerbsinstrument, um die Hilfsmittelversorgung kostengünstiger und gleichzeitig qualitativ messbarer zu machen und die Beitragszahler langfristig zu entlasten. Die durch die FinanzKommission geschätzten

Einsparung von bis zu 350 Mio. Euro pro Jahr werden somit nicht gehoben. Durch Mindestanforderungen an Qualität von Produkt und Dienstleistung sowie ein qualitätsorientiertes Ausschreibungsdesign, wie Mehrpartnermodelle und Gebietslose könnte eine hohe Versorgungsqualität gewährleistet werden.

Zu Artikel 1 Nr. 15 (§ 36 Absatz 2 SGB V)

Der gestärkte Auskunftsanspruch für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird begrüßt, um eine Festsetzung realistischer Festbeträge zu ermöglichen.

Zu Artikel 1 Nr. 46 (§ 127 Satz 1 SGB V)

Die im § 127 SGB V verankerte Koppelung der Vergütung an die Beitragssatzstabilität wird begrüßt. Es besteht jedoch das Risiko, dass eine konsequente Anbindung an die Grundlohnsumme (GLS) zu Mehrausgaben führt, da Leistungserbringer dadurch regelmäßige Preisanpassungen einfordern könnten, die über die bisherigen Preisanpassungen in den Verhandlungen für bestimmte Produktbereiche hinausgehen. Auch werden Effizienzsteigerungen, die die Leistungserbringer bei der Herstellung der Produkte erzielen, in diesem Instrument nicht berücksichtigt.

Zu Artikel 1 Nr. 46 (§ 127 Absatz 1b SGB V)

Für die Wirksamkeit des Instrumentes bei Hilfsmitteln ist ein Preismoratorium bis zum Wirksamwerden der Regelung des § 127 Absatz 4 SGB V vorzusehen, um die Abschläge nicht durch Vorzieheffekte unwirksam werden zu lassen und bürokratische Verhandlungsaufwände mit eventuellen Schiedsverfahren zu vermeiden.

Weiterhin bedarf es einer Klarstellung, dass nicht nur die Vertragspreise, sondern auch Preisersatzregelungen und Versorgungspauschalen, die nicht einzelne Versorgungen konkret betreffen, sowie Einzelfallentscheidungen nach § 127 Abs. 3 SGB V davon abgedeckt sind, um nicht Ausweichmechanismen mit hohem bürokratischem Aufwand zu erzeugen.

Es wird daher folgende Ergänzung empfohlen:

„(1b) Für Hilfsmittelversorgungen nach § 33, die auf der Grundlage von Verträgen nach Absatz 1 erfolgen und im Zeitraum … [einzusetzen: 1. Januar 2027, es sei denn, das Gesetz tritt erst danach in Kraft, dann einzusetzen: Datum des auf - 31 die Verkündung folgenden Tages] bis zum 31. Dezember 2028 begonnen haben, vermindert sich die vertraglich vereinbarte Vergütung um drei Prozent je Versorgung. Eine Versorgung gilt

als begonnen, sobald der Leistungserbringer nach Vorliegen der leistungsrechtlichen Voraussetzungen mit der auf die konkrete versicherte Person bezogenen Versorgungstätigkeit begonnen hat. Näheres regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in einer Umsetzungsempfehlung."

Zu Artikel 1 Nr. 46 (§ 127 Absatz 4 SGB V)

Die Preisbegrenzung innerhalb eines Korridors zu den Festbeträgen wird begrüßt. Die Begründungs- und Darlegungslast für Abweichungen von den Festbeträgen unterhalb des Korridors dürfte den Krankenkassen regelhaft schwerfallen, auch wenn einzelne Leistungserbringer oder Verbände diesen Vertragspreisen in Verhandlungen bereits zugestimmt haben. Die Wirtschaftlichkeit wird damit eingeschränkt. Da die Leistungserbringerverbände im Festsetzungsverfahren der Festbeträge bereits beteiligt sind, wird eine Notwendigkeit für diesen Ausschluss in den Vertragsverhandlungen außerhalb von Schiedsverfahren nicht gesehen

Änderungsvorschlag:

c) Absatz 4 wird durch folgenden Absatz 4 ersetzt:

„(4) Sofern für Hilfsmittel ein Festbetrag nach § 36 Absatz 2 festgesetzt wurde, ist dieser den Preisverhandlungen sowie den Schiedsverfahren nach Absatz 2 verbindlich zugrunde zu legen; es gilt der bei Verhandlungsbeginn geltende Festbetrag. Die vereinbarten Preise dürfen die nach § 36 Absatz 2 festgesetzten Festbeträge in begründeten Fällen um bis zu 10 Prozent über- oder unterschreiten; bis zur erstmaligen Festsetzung neuer Festbeträge nach § 36 Absatz 3 Satz 5 dürfen die Über- oder Unterschreitungen bis zu 15 Prozent betragen. Die Begründungs- und Darlegungslast für Abweichungen von den Festbeträgen oberhalb von § 36 Absatz 2 in den Verhandlungen und Schiedsverfahren trägt die Vertragspartei, die hieraus objektiv einen Vorteil in Bezug auf das Verhandlungsergebnis erhält."

7. Krankenkassen

7.1 Verwaltungsausgaben

Artikel 1 Nr. 3 (§ 4 Abs. 5 neu SGB V)

Verwaltungsausgaben je Versicherten dürfen ab 2027 höchstens in Höhe der Grundlohnrate angepasst werden. Die Begrenzung gilt nicht für Aufwendungen zum Schutz der kritischen Infrastruktur im Bereich Sicherheit der Informationstechnik sowie für Aufwendungen, die für die Durchführung der Sozialversicherungswahlen als Online-Wahl entstehen.

Bewertung:

Gerade die Krankenkassen zeichnen sich dadurch aus, dass sie schon bislang verantwortungsvoll mit den Beitragsgeldern und damit auch den Verwaltungskosten umgegangen sind. So lag die Ausgabenentwicklung deutlich unter der Steigerung der Einnahmenentwicklung sowie der Leistungsausgaben. Der vorhandene Wettbewerb um eine gute Versorgung, Services und Beratung und des Preises setzt bereits einen intrinsischen Anreiz, so vorzugehen. Nicht zuletzt ist auch der immer kritische Blick der Partner der sozialen Selbstverwaltung in den Gremien der Krankenkassen auf effiziente und Strukturen und Prozesse der Krankenkassen gerichtet, um im Versorgungs- und Preiswettbewerb bestehen zu können.

Die Betriebskrankenkassen können dennoch die Absicht des Gesetzgebers nachvollziehen, auch die Ausgabenzuwächse der Krankenkassen an die Grundlohnsummenentwicklung zu koppeln, damit auch die Krankenkassen ihren Beitrag zur finanziellen Stabilisierung der Ausgaben leisten.

Mit einer nachhaltigen Reduzierung der Verwaltungskosten muss jedoch auch der Abbau von Bürokratie, die Reduzierung von Berichtspflichten und eine konsequente Gegenfinanzierung zusätzlicher gesetzlicher Aufgaben erfolgen.

Die Verwaltungsausgaben hängen grundsätzlich von der Zahl der Versicherten ab; daher ist es sachgerecht, dass die Begrenzung die Versichertenentwicklung einbezieht. Allerdings spiegeln sich Versichertenverluste bei Krankenkassen allenfalls zu einem geringen Teil unmittelbar in einem Abbau von Verwaltungskosten wider. Vielmehr müssen hier seitens der betroffenen Kassen strukturelle Maßnahmen ergriffen werden (z.B. Anpassung des Personalbestandes, Anpassung bestehender Verträge), die erst

mit zeitlicher Verzögerung Wirkung entfalten. Für von einem Versichertenrückgang betroffene Krankenkassen sollte deshalb bei der angestrebten Neuregelung des § 4 SGB V ein Ausnahmetatbestand ergänzt werden.

Die Aufwände, die Kassen zur Umsetzung gesetzlicher Vorgaben betreiben, steigen seit Jahren. Sie sind notwendig, um die Versorgung auch in Ausnahmesituationen aufrecht zu erhalten. Dies Aufwände steigen aber auch, um Prozesse zu digitalisieren, um Fehlverhalten aufzudecken und vieles andere mehr. Darum sollten weitere Aufwendungen von der Verwaltungskostenbegrenzung ausgenommen sein, z.B. die Digitalisierung der Verwaltungsprozesse, sämtliche Aufwendungen zur Durchführung von Sozialversicherungswahlen, Aufwendungen für die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen und Kosten, die bei freiwilligen Vereinigungen (Fusionen) anfallen.

Auch der vorliegende Gesetzesentwurf verlangt von den Krankenkassen die Erfüllung neuer Aufgaben. So ist die Regelung des modifizierten §10 SGB V beziehungsweise § 242b SGB V (neu) mit deutlich höherem Aufwand seitens der Krankenkassen verbunden. Es könnten somit weitere Ausnahmen von der Verwaltungskostenbegrenzung sachgerecht sein.

7.2 Werbeausgaben

Artikel 1 Nr. 4 (§ 4a Abs. 3 neu, Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 neu SGB V)

Für die Werbeausgaben der gesetzlichen Krankenkassen wird eine jährliche Höchstgrenze gesetzlich festgelegt.

Bewertung:

Die Absicht des Gesetzgebers ist nachvollziehbar, dass auch die gesetzlichen Krankenkassen einen Beitrag zur finanziellen Stabilisierung der GKV leisten. Dies geschieht bereits durch deutlich anteilig am Gesamtvolumen sinkende Verwaltungskosten in den letzten Jahren. Der wettbewerbliche Rahmen und hieraus entstehende Druck hat einen maßgeblichen Anteil an dieser Entwicklung.

Wettbewerb verlangt Differenzierung und daher auch Marketing. Werbekosten sind ein Teil der Verwaltungskosten und tragen wesentlich zum Wettbewerb um schlanke Strukturen und günstige Beiträge bei.

Mit Artikel 1 Nr. 3 soll der Anstieg der Verwaltungsausgaben ab 01.01.2027 gedeckelt werden – hier sind die Werbeausgaben bereits inkludiert. Es ist daher nicht notwendig und sinnvoll, das Werbebudget gesondert zu kürzen. Die Krankenkassen sollten nach eigenem Ermessen entscheiden, bei welchem Teil der Verwaltungskosten sie sparen.

Daher sollte diese Regelung gestrichen werden.

7.3. Außertarifliche Vergütungen

Artikel 1 Nr. 29, 59, 67, 70 (§ 79 Abs. 6 neu, § 217b Abs. 2 neu, § 282 Abs. 4 neu, §410 neu, §411 neu SGB V) Artikel 2 Nr. 2 (§ 35a Abs. 6a neu SGB IV)

Die Vergütungen für außertariflich beschäftigte Führungskräfte der Krankenkassen, der Medizinischen Dienste und der Kassenärztlichen Vereinigungen werden begrenzt. Vergütungserhöhungen sind nur noch alle 6 Jahre als Zuschlag auf die vereinbarte Grundvergütung nach Maßgabe der durchschnittlichen Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V des laufenden Kalenderjahres möglich.

Bewertung:

Personal- und Haushaltshoheit sind die Kernkompetenzen der Verwaltungsräte der Krankenkassen. Insofern sind die vorgesehenen Regelungen ein Eingriff in das Selbstverwaltungsrecht der Krankenkassen. Außerdem führt die Regelung zu einem Wettbewerbsnachteil gegenüber anderen Akteuren im Gesundheitswesen bei der Auswahl des Führungspersonals und benachteiligt die betroffenen Beschäftigten. Schließlich will man auch bei den Krankenkassen auf Führungsebene hoch qualifizierte Managementpersönlichkeiten, die Versorgung gestalten und für die Versicherten gute Beratung und Services sicherstellen. Mit Vorgaben zu Gehaltsanpassungen nur alle sechs Jahre haben die Krankenkassen im Wettbewerb um entsprechende Führungskräfte keine Chance mehr. Schließlich führt das sechsjährige Einfrieren von Gehältern zu einem massiven Wertverlust der Entgelte. Damit unterbietet diese Regelung sogar die Abbildung der Grundlohnentwicklung in den Vergütungen aller anderen Leistungsbereiche, die jährlich angepasst werden. Darum ist diese Regelung zu streichen.

Die Argumente im Einzelnen:

Zum Kern der Selbstverwaltung gehört, dass Organisationen ihre interne Struktur, ihr Personal und die damit verbundenen Kosten eigenständig festlegen können. Die geplanten Änderungen greifen deutlich in diese Rechte ein: Wenn Vergütungen für außertarifliche Beschäftigte künftig nur noch alle sechs Jahre angepasst werden dürfen, und dann auch nur in Höhe der jährlichen Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V für das jeweilige Kalenderjahr, bleibt die Entwicklung der Veränderungsrate der Kalenderjahre seit der letzten Vergütungserhöhung unberücksichtigt – ein Inflationsausgleich wäre damit ausgeschlossen. Eine so starke Einschränkung ist unverhältnismäßig.

Hinzu kommt, dass diese Regelungen die Krankenkassen im Vergleich zu anderen Akteuren im Gesundheitswesen und zu Unternehmen in anderen Branchen deutlich ins Hintertreffen setzen. Denn während dort Gehälter flexibel und marktgerecht gestaltet werden können, wären die Krankenkassen an starre gesetzliche Vorgaben gebunden. Das erschwert es erheblich, qualifizierte Führungskräfte zu gewinnen und zu halten.

Besonders problematisch ist, dass die neuen Vorgaben auch für bereits geschlossene Arbeitsverträge gelten sollen (bis einschließlich 30. März 2026). Ein Vertrauensschutz wäre nur dann vorgesehen, wenn im Vertrag eine konkrete Gehaltserhöhung bereits fest vereinbart ist. Dagegen sollen sogenannte Überprüfungs- oder Nachverhandlungsklauseln nicht geschützt sein – also Regelungen, die eine spätere Anpassung zwar ermöglichen, aber der Höhe nach nicht konkret festlegen. Die geplanten Regelungen greifen rückwirkend in den vertraglich vereinbarten Anspruch auf Überprüfung und Entscheidung nach billigem Ermessen bei laufenden privatrechtlichen Verträgen ein und unterlaufen den Grundsatz des Vertrauensschutzes.

7.4. Information über die Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes

Artikel 1 Nr. 58 (§ 175 Absatz 4 Satz 7 neu SGB V)

Künftig können Krankenkassen über die Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes durch ein entsprechend § 37 Absatz 2a des Zehnten Buches bekanntgegebenes elektronisches Dokument informieren.

Bewertung:

Bei Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes besteht eine differenzierte, schriftliche Hinweispflicht der Krankenkassen. Die Klarstellung, dass eine elektronische Bekanntgabe des Informationsschreibens möglich ist, wird begrüßt.

Die Änderung geht jedoch nicht weit genug. Ein nicht unerheblicher Teil der Mitglieder hat die digitale Kommunikation mit der Krankenkasse noch nicht eröffnet und muss daher postalisch informiert werden. Bei geschätzten Kosten von ca. 2,00 EUR pro Brief (Porto, Druck, Papier) bedeutet dies – auch angesichts der aktuellen Dynamik und in kurzer Folge notwendig werdender Beitragssatzanhebungen – eine nicht unerhebliche wirtschaftliche Zusatzbelastung der Krankenkassen.

Die Betriebskrankenkassen plädieren für die Ermöglichung der Information ohne zwingende Formvorgaben, somit auch über die Mitgliederzeitschrift oder beispielsweise die Homepage. Die Krankenkassen blieben informationspflichtig

Darüber hinaus sind die Hinweispflichten zum Sonderkündigungsrecht bei erstmaliger Erhebung oder Erhöhung des Zusatzbeitrags auf das Maß der für das Mitglied sinnvollen und hilfreichen Informationen zu beschränken. Der zwingend in die Information aufzunehmende Hinweis auf den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz ist unsachgerecht und zu streichen. Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz ist eine rein rechnerische und somit keine geeignete Referenzgröße für den Vergleich unter den verschiedenen Krankenkassen. Der Hinweis auf die Möglichkeit des Wechsels in eine günstigere Krankenkasse ist ebenfalls zu streichen. Preissensible Personen vergleichen die Beitragssätze ohnehin. Mitglieder können sich unerwünscht fühlen. Dies ist ein negatives Signal, das die Krankenkassen nicht aussenden wollen.

Änderungsvorschlag:

„Die Krankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem in § 175 Absatz 4 Satz 6 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder auf das Sonderkündigungsrecht und den von der Krankenkasse zu erhebenden Zusatzbeitragssatz hinzuweisen.“

8. Evidenzbasierung

8.1 Zweitmeinungsverfahren

Artikel 1 Nr. 10 (§ 27b neu SGB V)

Einführung eines verpflichtenden Zweitmeinungsverfahrens bei ausgewählten mengenanfälligen Eingriffen. Der G-BA bestimmt erstmals bis zum 31. März 2027 mindestens einen und danach jährlich mindestens einen weiteren planbaren, mengenanfälligen Eingriff, für den ein gesetzliches Abrechnungsverbot bei nicht eingeholter Zweitmeinung greift. Die Aufklärung des Versicherten über sein Recht zum Einholen einer Zweitmeinung sowie über mögliche Folgen bei einer ausbleibenden Einholung kann mündlich durch den Arzt erfolgen. Informationen über den avisierten Eingriff sowie Behandlungsalternativen sind jedoch zusätzlich in Textform auszuhändigen. Hierbei ist auf die Unterlagen zur Entscheidungsunterstützung von Versicherten des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zurückzugreifen.

Bewertung:

Positiv. Reduziert medizinisch nicht zwingend erforderliche Operationen und stärkt zugleich die Rechte und Selbstbestimmung der Versicherten.

9. Leistungsausschlüsse

9.1 Gesundheitsuntersuchungen für Erwachsene

Artikel 1 Nr. 9 (§ 25 Abs. 4 Satz 7 neu SGB V)

Gesundheitsuntersuchungen für Erwachsene (§ 25 Absätze 1 und 2 SGB V): Der G-BA soll die in seiner Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie geregelten Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten auf der Grundlage aktueller medizinischer Erkenntnisse überprüfen und ggf. anpassen und inhaltlich weiterentwickeln.

Bewertung:

Eine Überprüfung der Richtlinien und Aktualisierung ist richtig.

9.2 Hautkrebsscreening

Artikel 1 Nr. 9 (§ 25 Abs. 4 Satz 7 neu SGB V)

Der G-BA wird aufgefordert, die in seiner Krebsfrüherkennungs-Richtlinie geregelten Früherkennungsuntersuchungen auf Hautkrebs anhand des aktuellen Wissenstands zu überprüfen und ggf. in ein risikobasiertes Hautkrebs-Screening zu überführen.

Bewertung:

Positiv, da Rückkehr zur Evidenzbasierung. Verhindert werden muss, dass Ärzte diese Leistung künftig gesondert zu Lasten der Patient:innen abrechnen (IGEL).

9.3 Kieferorthopädie

Artikel 1 Nr. 11, 31, 36 (§ 28 Abs. 2 Satz 6 und 7 neu, Abs. 2a neu, § 87 Abs. 1d neu, Abs. 2h Satz 4 neu, § 92 Abs. 1a Satz 3 und 4 neu SGB V)

Die bisherige Einzelleistungsvergütung für kieferorthopädische Leistungen wird durch Pauschalen ersetzt. Die fachlichen Qualifikationsanforderungen an die Zahnärztinnen und Zahnärzte, die kieferorthopädische Behandlungen durchführen, werden erhöht. Zusätzlich soll der G-BA die Anspruchskriterien für kieferorthopädische Behandlungen evaluieren und die Festlegung evidenzbasierter Leitlinien für Indikationen und Kontraindikationen für Röntgenaufnahmen bei kieferorthopädischen Behandlungen prüfen.

Bewertung:

Durch höhere Qualifikationsanforderungen besteht das Risiko der Unterversorgung in Strukturschwachen Regionen. Die Versorgung in diesen Regionen muss durch eine Ausnahmeregelung sichergestellt werden.

Die Vorschläge beziehen sich auf strukturelle Änderungen die zeitlich und in der Umsetzung nicht richtig eingeordnet sind. Die Überprüfung und Anpassung der Richtlinien durch den G-BA muss nacheinander erfolgen, eine parallele Abfolge ist nicht sinnvoll. Erst danach können entsprechende Anpassung in der bestehenden Versorgung durchgeführt werden.

10. Krankengeld

10.1 Absenkung Krankengeld bei Arbeitslosigkeit während Krankengeldbezug

Artikel 1 Nr. 18 (§ 47 Abs. 2a neu SGB V)

Bei Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses während einer Erkrankung mit Krankengeldbezug wird das Krankengeld auf das Niveau des Arbeitslosengeldes I abgesenkt.

Endet ein Beschäftigungsverhältnis während Arbeitsunfähigkeit, beträgt das Krankengeld vom Tage nach der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses an abweichend von Absatz 1 60 Prozent des Nettoarbeitsentgeltes. Der Betrag erhöht sich auf 67 Prozent des Nettoarbeitsentgeltes, sofern der Versicherte oder der Ehe- oder Lebenspartner mindestens ein Kind im Sinne des § 32 des Einkommensteuergesetzes hat.“.

Bewertung:

Mit der Regelung soll eine sachlich nicht gerechtfertigte Besserstellung vermieden werden und eine Gleichbehandlung von Versicherten, die bereits arbeitslos sind. Ein Einsparungseffekt wird durch die Reduzierung der Höhe des Krankengeldes erzielt.

Die vorgeschlagene Regelung, das Krankengeld nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses während bestehender Arbeitsunfähigkeit pauschal auf 60 % des Nettoarbeitsentgelts (bzw. 67 % bei Vorliegen eines Kindes im Sinne des § 32 EStG) festzusetzen, ist im Ansatz deutlich praktikabler als komplexe Verweisungen auf das Arbeitslosengeldrecht. Sie schafft eine klare, eigenständige und für die Krankenkassen grundsätzlich handhabbare Berechnungsgrundlage.

Allerdings sind den BKK regelmäßig die Ehe- oder Lebenspartner der Versicherten nicht bekannt. Zudem kann die BKK nicht feststellen, ob ein Kind im Sinne des § 32 EstG vorhanden ist.

10.2 Wartezeit für die Inanspruchnahme einer Wahlerklärung

Artikel 1 Nr. 16 (§ 44 Abs. 2 Satz 4 neu SGB V)

Es soll eine Wartezeit für die Inanspruchnahme einer Wahlerklärung nach § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 SGB V kurz vor dem Eintritt eines absehbaren Krankheitsfalls eingeführt werden.

Neu im Kabinettsentwurf: „Der Anspruch auf Krankengeld entsteht mit Zugang der Wahlerklärung nach Satz 1 Nummer 2 oder 3 bei der Krankenkasse, wenn die Versicherten erstmals eine freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung begründen oder unmittelbar vor Abgabe der Wahlerklärung einen Anspruch auf Krankengeld hatten, der aufgrund eines Wechsels ihres Versichertenstatus, insbesondere durch Aufnahme einer selbstständigen Erwerbstätigkeit, ohne Abgabe der Wahlerklärung nicht mehr besteht, und die Wahlerklärung der Krankenkasse innerhalb von 14 Tagen nach Begründung der Mitgliedschaft oder nach Eintritt des Statuswechsels zugeht. Für andere Versicherte, die eine Wahlerklärung nach Satz 1 Nummer 2 oder 3 abgeben, entsteht der Anspruch auf Krankengeld nach Ablauf einer Wartezeit von drei Monaten nach Zugang der Wahlerklärung bei der Krankenkasse.

Geht der Krankenkasse die Wahlerklärung nach Satz 1 Nummer 2 oder 3 zum Zeitpunkt einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit zu oder tritt eine Arbeitsunfähigkeit während der in Satz 5 genannten Wartezeit ein, wirkt die Wahlerklärung erst zu dem Tag, der auf das Ende dieser Arbeitsunfähigkeit folgt. Abweichend von den Sätzen 5 und 6 entsteht der Anspruch auf Krankengeld ab dem ersten Tag der Krankheit, wenn diese Krankheit, die die Versicherten während der in Satz 5 genannten Wartezeit arbeitsunfähig macht oder aufgrund derer sie auf Kosten der Krankenkasse stationär in einem Krankenhaus oder in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung behandelt werden, innerhalb der in Satz 5 genannten Wartezeit durch einen Unfall herbeigeführt worden ist.“

Bewertung:

Es wird verhindert, dass Versicherte sich kurz vor dem Eintritt einer absehbaren Arbeitsunfähigkeit, bzw. Eintritt der Mutterschutzfrist, gegen lange Einkommensausfälle absichern, ohne vorher einen angepassten Beitrag zu leisten.

Es sollte ausdrücklich klargestellt werden, dass ein Anspruch auf Krankengeld frühestens nach Ablauf der Wartezeit und erst nach Beendigung einer zu diesem Zeitpunkt bestehenden Arbeitsunfähigkeit entstehen kann. Zudem sollte die Wartezeit nicht

beginnen, wenn zum Zeitpunkt der Abgabe bereits Arbeitsunfähigkeit besteht. Insgesamt macht die vorgesehen Erweiterung die Regelung komplex. Dies wird zu einem erhöhten Beratungs- und Prüfaufwand führen. Auch die Nachweisproblematik bei einem Unfall führt zu erhöhten Aufwand und kann zu Streitigkeiten führen.

10.3 Krankengeld bei Teilrentenbezug

Artikel 1 Nr. 20 (§ 50 Abs. 1 Satz1 Nr. 1 neu SGB V)

Um Mitnahmeeffekte zu verhindern, sollen Versicherte, die eine Teilrente beziehen, die mehr als zwei Drittel der Vollrente beträgt, künftig keinen Anspruch auf Krankengeld mehr haben. Bislang ist es möglich, auch bei Wahl einer 99,99-prozentigen einen Krankengeldanspruch geltend zu machen.

Bewertung:

Das Krankengeld ist eine Entgeltersatzleistung, um den Lebensunterhalt zu sichern. Eine entsprechende Zielsetzung hat auch eine Altersrente. Es werden systemwidrige Mitnahmeeffekte mit dieser Regelung vermieden.

10.4 Fristverkürzung bei Antrag auf Reha oder Rente

Artikel 1 Nr. 21 (§ 51 Abs. 1 und 2 neu SGB V)

Die bisherigen Fristen nach § 51 SGB V zur Antragstellung auf rehabilitative Maßnahmen oder auf Erwerbsunfähigkeits- oder Altersrente werden auf 4 Wochen verkürzt.

Bewertung:

Es handelt sich um eine Angleichung zur Fristsetzung anderer Sozialversicherungsträger. Die Änderung dient der noch konsequenteren Umsetzung des Nachranggrundsatzes von Krankengeld im Verhältnis zur Rente.

10.5 Teilkrankengeld und Einführung einer Teilarbeitsunfähigkeit

Artikel 1 Nr. 17, 19, 28, 68 (§§ 44c und d neu, SGB V § 49 Abs. 1 Nr. 1 neu, § 74 Satz 1 neu, § 295 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 neu, Abs. 4 Satz 5 neu SGB V)

Für Versicherte mit nicht nur geringfügigen Erkrankungen und einer voraussichtlich länger als vier Wochen dauernden Arbeitsunfähigkeit wird die Möglichkeit geschaffen, teilarbeitsunfähig zu sein und Teilkrankengeld zu beziehen.

Bewertung:

Grundsätzlich positiv, da Arbeitnehmer:innen ermöglicht wird, auch teilweise der Beschäftigung nachzukommen.

Wir erwarten aber keine kurzfristigen Einsparungen, sondern eher einen hohen Verwaltungsaufwand für die Einführung. Dies umfasst die Koordination einer Vielzahl von Schnittstellen zwischen Arbeitgebern, Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern (insbesondere Renten- und Unfallversicherung), aber auch im Verhältnis zu den bereits existierenden Instrumenten und Leistungsansprüchen (Rehabilitation, stufenweise Wiedereingliederung, Lohnfortzahlung, betriebliche und tarifliche Regelungen). Fraglich bleibt auch die Nutzung.

Das Teilkrankengeld wird aus dem ausgefallenen Arbeitsentgelt geleistet. Diese Vorgehensweise ist für Arbeitgeber und Krankenkassen sehr bürokratisch. Vielmehr sollte das Krankengeld entsprechend gekürzt (25%, 50%, 75%) werden und als Teilkrankengeld geleistet werden. Es wird davon ausgegangen, dass hieraus regelmäßig ein wirtschaftlicher Vorteil gegenüber einem vollständigen Bezug von Krankengeld entsteht. Dies ist nachvollziehbar. Zudem ergibt sich durch die Einführung des §44 d ein doppelter Krankengeldanspruch bei Arbeitsunfähigkeit. Der Anspruch auf Krankengeld sollte daher in § 44 SGB V integriert werden. Auf Grund der umfassenden Änderungen ist eine Umsetzung vor 2028 nicht realistisch.

10.6 Anspruch auf individuelle Beratung bei Bezug von Krankengeld

Artikel 1 Nr. (§ 44 Abs. 4 neu SGB V)

Für den Anspruch auf individuelle Beratung wird die bisherige Einwilligungslösung durch eine Erlaubnisnorm mit Widerspruchsrecht (Opt-out) ersetzt.

Bewertung:

Wir bewerten dies positiv, denn die Unterstützung der Versicherten bei Krankheit mit individuellen Angeboten der Betriebskrankenkassen wird erleichtert. Die derzeitige Formulierung zum Widerspruch ist jedoch zu unbestimmt und sollte präzisiert werden. Insbesondere sollte klar geregelt werden, dass ein Widerspruch ausschließlich die freiwillige Beratung nach § 44 Abs. 4 betrifft, während gesetzlich erforderliche Kontakte unberührt bleiben. Dies würde Rechtssicherheit schaffen und zugleich datenschutzrechtlichen Anforderungen an Transparenz und Zweckbindung besser gerecht werden.

11. Innovationsfonds

11.1 Absenkung der Finanzierung

Artikel 1 Nr. 37 (§ 92a neu gefasst SGB V)

Die Finanzierung des Innovationsfonds wird ab dem Jahr 2027 dauerhaft auf 100 Millionen Euro pro Jahr abgesenkt und ausschließlich durch die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds getragen.

Bewertung:

Wir befürworten die dauerhafte Absenkung und ausschließliche Zahlung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds.

11.2 Rückführung nicht verausgabter Mittel an den Gesundheitsfonds

Artikel 1 Nr. 37, 65 (§ 92a neu, §271 Abs. 5 neu SGB V)

Sämtliche seit Bestehen des Innovationsfonds angesammelten und nicht verausgabten Mittel, soweit sie nicht für andere Aufgaben des Innovationsfonds gebunden sind, werden einmalig an den Gesundheitsfonds zurückgeführt.

Nicht verausgabte Mittel, sofern sie nicht für andere Aufgaben gebunden sind, werden künftig regelhaft an den Gesundheitsfonds zurückgeführt.

Bewertung:

Grundsätzlich befürworten wir die Rückführung der nicht verausgabten Mittel.

Allerdings regen wir an, eine Übertragbarkeit von nicht verausgabten Fördermitteln in das nächste Jahr in Höhe von 10 % des jährlichen Fördervolumens zu gewährleisten. Damit kann eine gewisse Flexibilität bei der Antragsauswahl trotz der drastischen Kürzung des Fördervolumens ermöglicht werden. Die Begrenzung der übertragbaren Mittel auf 10 % der jährlichen Fördersumme verhindert zudem auch eine zu große Bildung von Rücklagen.

11.3 Vereinfachte Förderverfahren

Artikel 1 Nr. 38 (§ 92b Abs 1 Satz 2 neu, Abs. 2 neu, Abs. 5 Satz 1 und 2 neu SGB V)

Die Förderverfahren im Innovationsfonds werden vereinfacht und somit der Bürokratieaufwand der Förderung reduziert.

Bewertung:

Das Vorhaben der Vereinfachung der Förderverfahren begrüßen wir ausdrücklich. Allerdings sehen wir die geplante Reduktion der Personalmittel der Geschäftsstelle des Innovationsfonds kritisch, da durch die Vereinfachung der Förderverfahren nicht zwingend mit einer reduzierten Anzahl von Anträgen auszugehen ist und die Aufgaben der Geschäftsstelle eher zunehmen.

12. Digitale Gesundheitsanwendungen

12.1 Höchstbetragsregelung im ersten Jahr

Artikel 1 Nr. 55 (§ 134 Abs. 1 Satz 4 und 5 neu, Abs. 5 Satz 3, 6 und 7 neu SGB V)

Für das erste Jahr der Erstattung wird ein Höchstbetrag als Auffangwert für digitale Gesundheitsanwendungen eingeführt, die keiner Höchstbetragsgruppe angehören.

Bewertung:

Die Finanzkommission hat deutlich weitergehende und konsequentere Maßnahmen zur Preissteuerung empfohlen. Der Entwurf bleibt dahinter zurück und setzt stattdessen auf formal stärkere, aber faktisch wirkungsschwache Instrumente.

Höchstbeträge schaffen keinen echten Wettbewerb, sondern wirken als Zielpreise für Hersteller: Die Preise orientieren sich systematisch am oberen Rand der Regulierung. Fehlende Vergleichbarkeit von DiGA verhindert einen wirksamen Preisdruck.

12.2 Abstaffelungsregelung ab dem 13. Monat

Artikel 1 Nr. 55 (§ 134 Abs. 1 Satz 4 und 5 neu, Abs. 5 Satz 3, 6 und 7 neu SGB V)

Für die verhandelten Vergütungsbeträge, die ab dem dreizehnten Monat gelten, wird in Form einer Abstaffelungsregelung eine generelle Berücksichtigung der mit steigenden Abgabemengen sinkenden Grenzkosten für digitale Produkte vorgegeben.

Bewertung:

Die Finanzkommission hat eine frühere und konsequentere Preisregulierung nahegelegt, der gefolgt werden sollte. Da der Entwurf hingegen daran festhält, dass Preisadjustierungen erst ab dem 13. Monat greifen, verbleibt das finanzielle Risiko somit vollständig bei der GKV in der sensiblen Einführungsphase. Überhöhte Preise können somit weiterhin über Monate hinweg realisiert werden, bevor Korrekturen greifen. Diese können dann aber in Fällen von Zahlungsunfähigkeiten i.S. von Insolvenzen nicht mehr realisiert werden.

Abschläge bleiben zudem pauschal und nicht am Versorgungserfolg orientiert. Strategische Ausweichreaktionen der Hersteller sind zu erwarten und werden durch eine Abstaffelung sogar noch befeuert.

Der Entwurf ignoriert ferner die Empfehlung der Finanzkommission, Zuzahlungen für die DiGA einzuführen und verzichtet damit auf ein Steuerungsinstrument zulasten von Eigenverantwortung und nachhaltiger Ausgabenentwicklung. DiGA zeichnen sich durch eine freiwillige Inanspruchnahme sowie eine heterogene Nutzung und Nutzenbewertung aus. Eine differenzierte Einbindung von Zuzahlungen – etwa sozial ausgewogen gestaltet und an klare Kriterien geknüpft – könnte hier also durchaus einen sinnvollen Beitrag leisten, um die Ausgabendynamik in diesem wachsenden Leistungsbereich besser zu steuern und zugleich die Eigenverantwortung der Versicherten zu stärken, ohne sie unangemessen finanziell zu belasten.

13. Belastungen für Patientinnen und Patienten

13.1 Zuzahlungserhöhungen

Artikel 1 Nr. 23 (§ 61 neu SGB V)

Die Zuzahlungsgrenzen und -beträge werden um 50 Prozent angehoben. Zudem erfolgt künftig eine Dynamisierung der Zuzahlungsgrenzen und -beträge auf Basis der Grundlohnrate.

Bewertung:

Eine Erhöhung der Zuzahlungen erscheint zwar als probates Mittel, sie negiert jedoch, dass gerade die Beitragszahlenden und vor allem Patient:innen in den vergangenen Jahren bereits durch hohe Beitragssätze belastet waren. Selbst mit einem Beibehalt der Belastungsgrenzen erfolgt eine Mehrbelastungen insbesondere multimorbider Versicherter, die ggf. notwendige medizinische Maßnahmen nicht mehr in Anspruch nehmen, was zu einer Verschlechterung der Versorgung beitragen würde.

13.2 Zahnersatz

Artikel 1 Nr. 22 (§ 55 Abs. 1 neu, Abs. 2 Satz 1 neu, Abs. 5 Satz 6 neu SGB V)

Die Anhebung für Festzuschüsse beim Zahnersatz wird rückgängig gemacht.

Bewertung:

Durch ein Absenken der Festzuschüsse beim Zahnersatz erhöht sich der Eigenanteil der Versicherten. Diese Mehrbelastungen der Versicherten lehnen wir ab, notwendige zahnmedizinische Maßnahmen könnten teilweise nicht mehr in Anspruch genommen werden und so zu einer Verschlechterung der Versorgung beitragen und in den Folgejahren höhere Kosten verursachen.

14. Belastungen für Arbeitgeber und Mitglieder

14.1 Dauerhafte Kürzung des Zuschusses des Bundes

Artikel 1 Nr. 60 (§ 221 Abs. 1 Satz 2 neu SGB V)

Ab 2027 wird der Zuschuss an die GKV aus dem Bundeshaushalt, der derzeit 14,5 Mrd. Euro im Jahr beträgt, unbefristet um 2 Mrd. Euro im Jahr gekürzt.

Bewertung:

Die Betriebskrankenkassen lehnen die beabsichtigte Absenkung des Bundeszuschusses an den Gesundheitsfonds von 14,5 auf 12,5 Milliarden Euro entschieden ab. Der Bundeszuschuss dient nach seiner Zweckbestimmung dem Ausgleich versicherungsfremder Leistungen und ist damit kein politischer Verfügungsbetrag, der in Zeiten haushaltspolitischer Konsolidierung gekürzt werden kann. In einer Phase, in der die GKV bereits unter erheblichen finanziellen Belastungen steht, verschiebt die Kürzung zusätzliche Lasten auf Beitragszahlende und Arbeitgeber. Statt einer Absenkung braucht es eine verlässliche, dynamische und auskömmliche Finanzierung des Bundesanteils.

Die Reduktion der Beteiligung des Bundes an den versicherungsfremden Leistungen belastet die Beitragszahler in Höhe von rund einem Beitragszehntel zusätzlich. Dabei umfasst die Höhe des Bundeszuschusses bereits seit 2017 den Betrag von 14,5 Mrd.

Euro. In dieser Zeit ist das Volumen versicherungsfremder Leistungen Jahr für Jahr gestiegen, sodass anstelle der Kürzung eine entsprechende Dynamisierung sachgerecht wäre. Die geplante Kürzung konterkariert den Wunsch, die Lohnnebenkosten zu senken und Bund entzieht sich seiner Finanzierungsverantwortung für versicherungsfremde Leistungen, die er für die GKV vorsieht.

14.2 Geringfügige Beschäftigung

Artikel 1 Nr. 64 (§ 249b Satz 1 neu SGB V)

Künftig wird der Beitragssatz für den vom Arbeitgeber aus einer geringfügigen Beschäftigung zu tragender Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung anhand des allgemeinen Beitragssatzes und des jeweils für das betreffende Jahr bekanntgegebenen durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes berechnet und somit an den durchschnittlich bei versicherungspflichtigem Beschäftigungsverhältnis geltenden Beitragssatz angeglichen.

Bewertung:

Die Regelung belastet die Arbeitgeber und sollte vor dem Hintergrund der aktuellen wirtschaftlichen Situation überdacht werden.

14.3 Beitragsbemessungsgrenze

Artikel 1 Nr. 61 (§ 223 Abs. 3 und 4 neu, § 6 neu SGB V)

Im Jahr 2027 wird die monatliche Beitragsbemessungsgrenze einmalig zusätzlich um rund 300 Euro monatlich (3.600 Euro im Jahr) angehoben. Die Jahresarbeitsentgeltgrenze (Versicherungspflichtgrenze) wird um denselben Betrag angehoben.

Bewertung:

Die finanzielle Situation der GKV hat sich in den vergangenen Jahren aufgrund der sehr dynamischen Ausgabendynamik verschlechtert. Die Maßnahme erhöht die Einnahmen der GKV und reduziert somit partiell den Konsolidierungsbedarf bei den Ausgaben. Sie stärkt jedoch auch die private Krankenversicherung (PKV). Arbeitnehmer in der GKV

oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze (die zugleich somit oberhalb der BBG verdienen) sowie alle übrigen freiwillige Mitglieder oberhalb der BBG haben mit der Neuregelung einen zusätzlichen finanziellen Anreiz, in die PKV abzuwandern. Dabei haben jene Personen mit aktuell unterdurchschnittlicher Morbidität einen besonders großen Anreiz, in die PKV zu wechseln. Diese Personengruppe trägt jedoch im Status quo maßgeblich zur Finanzierung bei. Damit wird die GKV weiter ausgehöhlt. Gleichzeitig werden die Arbeitgeber zusätzlich belastet.

Die außerordentliche Erhöhung der Jahresarbeitsentgeltgrenze sowie der Beitragsbemessungsgrenze ist ausdrücklich keine Empfehlung der FinanzKommission Gesundheit.

Zu beachten gegeben wird zudem, dass im Zuge der außerordentlichen Anhebung der Jahresarbeitsentgeltgrenzen (Artikel 1 Nummer 5, § 6 SGB V) mit der Neufassung des § 6 Absatz 8 SGB V eine weitere – dritte – Jahresarbeitsentgeltgrenze geschaffen wird. Entgegen der Zielsetzung der Bundesregierung, Bürokratie abzubauen, werden Prozesse für Krankenkassen sowie Arbeitgeber komplexer und für die Mitglieder intransparenter.

14.3 Beitragsfreie Familienversicherung

Artikel 1 Nr. 2, 7, 63 (§ 3 Satz 3 und 4 neu, § 10 Abs. 6 neu, § 242b neu, § 250 Abs. 4 neu SGB V)

Die beitragsfreie Familienversicherung soll dahingehend begrenzt werden, dass sie nur noch für Ehe- und Lebenspartner:innen mit Kindern bis zum vollendeten 7. Lebensjahr, mit Kindern mit Behinderungen, mit zu pflegenden Angehörigen sowie nach Erreichen der Regelaltersgrenze oder bei voller Erwerbsminderung greift. Für alle anderen familienversicherten Ehe- und Lebenspartner:innen hat das Mitglied künftig einen Beitragszuschlag in Höhe von 2,5 Prozent seiner/ihrer beitragspflichtigen Einnahmen zahlen.

Bewertung:

Die Betriebskrankenkassen lehnen die vorgesehene Änderung entschieden ab:

- Es werden keine substanziellen Mehreinnahmen im Sinne einer Beitragssatzstabilisierung generiert.

- Der Gesetzgeber erhöht Bürokratie und Verwaltungsaufwand deutlich, fordert aber gleichzeitig eine Reduzierung der Verwaltungskosten der Krankenkassen.
- Die Umsetzungskosten machen den Beitragszuschlag für die GKV wirtschaftlich unattraktiv.
- Ein solidarisches Grundprinzip der GKV wird ausgehöhlt und die Attraktivität der PKV im Wettbewerb gestärkt.
- Das Sozialversicherungsrecht wird noch komplexer. Die Neuregelung wird Unsicherheit und einen erhöhten Informations- und Beratungsbedarf bei den Betroffenen auslösen.

Der Gesetzgeber integriert den Beitragszuschlag in den originären Krankenversicherungsbeitrag der Stammversicherten. Für die Umsetzung der Neuregelung bedarf es diverser Anpassungen von Meldeverfahren mit Arbeitgebern, Zahlstellen für Versorgungsbezüge und entgeltersatzleistenden Sozialträgern; neben den Kranken- und Pflegekassen werden die Arbeitgeber und die beitragsabführenden Stellen erhebliche Änderungen umsetzen müssen. Die Betriebskrankenkassen erwarten, dass allein der Aufwand für die Datenerhebung zur Prüfung der Zugehörigkeit zu einem der gemäß § 242b Absatz 1 privilegierten Personenkreise größer sein wird, als seinerzeit der für die Umsetzung des Beitragsabschlags für Eltern von mehr als einem Kind in der sozialen Pflegeversicherung (PUEG). Es ist zu vermuten, dass nicht alle Softwareersteller die bei den beteiligten Institutionen teils umfangreichen Änderungen termingerecht umsetzen können.

Auch die Abführung des Beitragszuschlages wird erhebliche Aufwände bewirken. Ob Betroffene vom Beitragszuschlag gemäß § 242b Absatz 1 ausgenommen sind, wird im Rahmen der sogenannten FAMI-Bestandspflege zu erheben sein. Diese erfolgt naturgemäß retrospektiv/zeitversetzt. Teilweise ziehen sich diese Verfahren aufgrund mangelnder Mitwirkung des Mitglieds über Monate, wenn nicht Jahre. Liegt keine Ausnahme (mehr) vor, müssen Beitragszuschläge nachträglich erhoben werden. Nicht nur, dass die beitragsabführenden Stellen, allen voran die Arbeitgeber, durch die beabsichtigte Neuregelung in die teils langwierige FAMI-Bestandsprüfung hineingezogen werden; der vorgesehene rückwirkende Einbehalt des Zuschlags durch die beitragsabführenden Stellen birgt Konfliktpotential und erhöht den Beratungsbedarf auch auf Seiten der beitragsabführenden Stellen.

Die Berücksichtigung nicht nur eigener Kinder der familienversicherten Ehe-/Lebenspartner:innen, sondern auch der Kinder des Stammmitglieds honoriert in sogenannten Patchwork-Familien die Erziehungsleistung des/der familienversicherten Ehe-/Lebenspartner:in. Die Betriebskrankenkassen sprechen sich weiterhin dafür aus, die Voraussetzung der Haushaltsaufnahme in § 242b Satz 1 Nummer 1 zu streichen. Es sollte die Feststellung genügen, dass der Familienverbund familienversicherte Kinder hat. Der Verzicht auf die Prüfung der Haushaltsaufnahme würde den Verwaltungsaufwand zumindest in gewissem Maße reduzieren. Ferner weisen die Betriebskrankenkassen darauf hin, dass der Beitragszuschlag für familienversicherte Ehegatten/Lebenspartner künftig ebenfalls anfallen würde, wenn ein Kind vor der Vollendung des 7. Lebensjahres verstirbt, und empfehlen daher, den Ausnahmetatbestand dahingehend auszuweiten, dass auch verstorbene Kinder von den Krankenkassen berücksichtigt werden könnten.

Bezüglich der Berücksichtigung von nicht-erwerbsmäßiger Pflege ist darauf hinzuweisen, dass die Krankenkasse des Stammmitglieds regelhaft keine Informationen darüber hat, ob der/die familienversicherte Ehe- bzw. Lebenspartner:in jemanden pflegt. Diese Informationen wären im Rahmen der jährlichen FAMI-Bestandspflege von den Krankenkassen nun neu und zusätzlich zu erheben. Auch dies widerspricht der Intention des Gesetzgebers, die Verwaltungskosten der Kranken- und Pflegekassen im Rahmen zu halten. Darüber hinaus ist bislang völlig unklar, wie die Krankenkassen den Ausnahmetatbestand der Erwerbsminderung im Sinne des Rechts der gesetzlichen Rentenversicherung prüfen sollen. Eine Befassung des Medizinischen Dienstes würde Doppelstrukturen bei der Kranken- und Rentenversicherung auslösen, die wiederum den Verwaltungsaufwand erhöhen werden.

Bereits der Referentenentwurf konnte nicht aufzeigen, wie die Rechtsänderung helfen soll, substanzielle Mehreinnahmen zu generieren und Verwaltungskosten einzusparen. Die Verringerung des Beitragszuschlags auf nun 2,5 Prozent (Kabinettsentwurf) macht die vom Gesetzgeber erwartete Stärkung der GKV-Finanzen durch diese Maßnahme noch unwahrscheinlicher.

15. Der magere Beitrag aus dem Bundeshaushalt: Darlehen, Finanzierung Grundsicherungsbeziehende und Zuckerabgabe

15.1 Verschiebung der Rückzahlung der Darlehen

Artikel 1 Nr. 60 (§ 221 Abs. 4 neu SGB V)

Die Rückzahlung der Darlehen aus den Jahren 2023, 2025 und 2026 an die GKV wird verschoben. Sie müssen nun erst in den Jahren 2035 bis 2039 zurückgezahlt werden.

Bewertung:

Grundsätzlich sind Darlehen keine angemessene Lösung zur Behebung einer bestehenden Finanzlücke; sie verschieben die Belastung in die Zukunft statt Probleme zu lösen. Das gilt auch für ein weiteres Aufschieben.

15.2 Erhöhung des Bundesanteils an der Finanzierung für Grundsicherungsbeziehende

Artikel 1 Nr. 62 (§ 232a Abs. 1 Nr. 2 neu SGB V)

In den Jahren 2027 bis 2031 wird der Faktor, mit dem die monatliche Bezugsgröße multipliziert wird, um den Betrag zu erhalten, der für Grundsicherungsbeziehende aus dem Bundeshaushalt als Krankenversicherungsbeitrag in der GKV gezahlt wird, schrittweise erhöht. Dies bedeutet ungefähr 250 Mio. Euro mehr in 2027, 500 Mio. Euro mehr in 2028, 1 Mrd. Euro mehr in 2029, 1,5 Mrd. Euro mehr in 2030 und 2 Mrd. Euro mehr ab 2031.

Bewertung:

Dieser Betrag ist ein Tropfen auf den heißen Stein. Rechnet man ihn mit der Kürzung des Bundeszuschusses für versicherungsfremde Leistungen gegen, wird offenbar, dass statt einer Entlastung eine Belastung der GKV verbleibt. Die Finanzierung der Beiträge für Grundsicherungsbeziehende ist jedoch eine versicherungsfremde Aufgabe, sie ist aus Bundesmitteln zu finanzieren. Vor diesem Hintergrund ist es sinnvoll, dass die GKV ihre Klage aufrecht erhält.

15.3 Einführung einer Zuckerabgabe

Die Bundesregierung kündigt an, in einem weiteren Gesetzgebungsverfahren ab dem Jahr 2028 eine Abgabe auf zuckergesüßte Getränke einzuführen. Das geschätzte Aufkommen in Höhe von jährlich rund 450 Millionen Euro soll der gesetzlichen Krankenversicherung im Bereich der Primärprävention entlastend zugutekommen – beispielsweise im Bereich betriebliche Gesundheitsförderung und Setting-Ansätze – von denen über den Kreis der gesetzlich Krankenversicherten hinaus auch weitere Bevölkerungsgruppen profitieren sollen.

Bewertung:

Der BKK Dachverband begrüßt ausdrücklich, dass der Gesetzgeber der vorliegenden Evidenz zu den negativen Auswirkungen und den erheblichen Folgekosten eines hohen Zuckerkonsums Rechnung trägt und konkret eine Abgabe auf zuckergesüßte Getränke einführen und die Mittel für die Prävention einsetzen möchte.

Die durch die Herstellerabgabe eingenommenen Mittel sollten nicht der GKV entlastend, sondern zusätzlich für Präventionsaufgaben staatlicher Ebenen investiert werden. Beispielsweise für die Finanzierung der Schulgesundheitsfachkräften (SGFK) durch die Länder oder durch ein SGFK-Förderprogramm des Bundes für die Länder eingesetzt werden.

Die Finanzierung von SGFK aus diesen zusätzlichen Mitteln würde allen Schülerinnen und Schülern zugutekommen. Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist bekanntermaßen hoch belastet - psychische Belastungen, chronische Erkrankungen, Bewegungsmangel und Übergewicht prägen das Bild in vielen Klassenzimmern. Die Wirkung von SGFK ist national und international gut evaluiert - sie versorgen konkret, wirken präventiv und beraten niedrigschwellig. Über die Notwendigkeit besteht ein übergreifender gesellschaftlicher und fachlicher Konsens (zuletzt zwischen BKK Dachverband Bundesschüler*innenkonferenz, dem Bundeselternrat und dem deutschen Pflegerat)

Aufgrund der dringlichen Herausforderungen braucht es deutlich vor 2028 ein entsprechendes Gesetzgebungsverfahren, um Schulgesundheitsfachpersonen in der Fläche zu etablieren. Einige Bundesländer (Hessen, Rheinland-Pfalz, Bremen, Hamburg, Brandenburg) haben sich hierbei schon auf den Weg gemacht - dies zeigt, die Etablierung ist nicht nur eine Frage der Finanzen, sondern der politischen Prioritäten. So müssen bei der Etablierung der SGFK zwingend die Sach- und Personalkosten in der Verantwortung

der Länder bleiben. Die Mittel aus der Abgabe auf zuckergesüßte Getränke können ein zusätzlicher Anreiz und ein Teil des gesamten Finanzierungskonzeptes der Länder sein. Um sicherzustellen, dass die Mittel zweckgebunden eingesetzt werden, regen wir an sich an den „Learnings" bzw. Empfehlungen zum „Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst" des Bundesrechnungshofes zu orientieren.

Für eine nachhaltige Stabilisierung der GKV-Finanzen müssen jedoch die Ursachen der steigenden Krankheitslast adressiert werden. Ein zentraler Treiber sind ernährungsbedingte Erkrankungen, die bereits im Kindes- und Jugendalter entstehen und langfristig erhebliche Kosten verursachen. Um eine gesunde Ernährung von Kindern und Jugendlichen ganzheitlich zu fördern, reicht es nicht aus, eine Abgabe auf zuckergesüßte Getränke einzuführen. Daher braucht es weitere strukturelle Präventionsmaßnahmen, z. B. verbindlicher Nutri-Score, Schutz von Kindern vor ungesunder Lebensmittelwerbung, gesunde Gemeinschaftsverpflegung in Kitas/Schulen sowie Stärkung der Gesundheitskompetenz.

III. ERGÄNZENDER ÄNDERUNGSBEDARF

1. Elektronischer Datenaustausch zwischen der Finanzverwaltung und den Krankenkassen für Zwecke der Beitragsbemessung und zur Feststellung des Gesamteinkommens im Sinne der Regelungen zur Familienversicherung

Zur Beitragsbemessung in der freiwilligen Krankenversicherung und in der sogenannten Auffangpflichtversicherung werden bislang Einkommensnachweise in Schriftform erbracht. Auch vor dem Hintergrund des daraus resultierenden kostenintensiven Verwaltungsaufwandes ist eine Digitalisierung dieses Prozesses aus Sicht der Betriebskrankenkassen dringend geboten. In dem bisher papierhaften Verfahren fordern die Krankenkassen – teils erfolglos – die Einkommensteuerbescheide bei den Mitgliedern an. Dieses Verfahren sollte zugunsten eines maschinellen Dialoges mit den Finanzämtern eingestellt werden. Auf Anforderung der Krankenkasse, also nur bei Bedarf, sollten entsprechende Einkommensdaten durch die Finanzverwaltung in elektronischer Form übermittelt werden.

Der Bundesrat hatte bereits einen ähnlichen Vorschlag in seiner Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) vom 23. November 2018 unterbreitet (Bundesratsdrucksache: 504/18, Ziffer 39). Dieser wurde seinerzeit jedoch nicht aufgegriffen. Ein ähnlicher Vorstoß im Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG) verankert. Auch dieser Vorstoß scheiterte im damaligen Gesetzgebungsverfahren.

Eine beitragsrechtliche Einstufung aufgrund der vom Finanzamt übermittelten Daten des Einkommensteuerbescheides und somit anhand der tatsächlichen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Betroffenen würde das Verfahren nicht nur effizienter gestalten. Dadurch würde auch die Anzahl der Personen deutlich reduziert, deren Beitragseinstufung aufgrund fehlender Mitwirkung nach den Maßgaben des § 240 SGB V unter Zugrundelegung der Beitragsbemessungsgrenze erfolgt. Dies würde auch dem Zweck dienen, die (teilweise fiktiven) Beitragsschulden der Betroffenen zu senken. Ein Ansinnen, dass das Bundesministerium für Gesundheit seit geraumer Zeit aktiv verfolgt.

In diesem Zusammenhang sollte auch vorgesehen werden, dass die Krankenkassen im Rahmen dieses Dialogverfahrens zwecks Prüfung des Gesamteinkommens nach § 10 SGB V derartige Daten anfordern können.

Die Betriebskrankenkassen plädieren erneut dafür, eine entsprechende Rechtsgrundlage für den Datenaustausch der Krankenkassen mit der Finanzverwaltung zu schaffen. Dadurch kann spürbar unnötige Bürokratie sowohl bei den Kunden als auch bei den Krankenkassen entfallen.

Insoweit kann auf die Formulierung im vorgenannten Referentenentwurf zum GVWG zurückgegriffen werden:

„§ 206a

Elektronisches Abrufverfahren zur Beitragsbemessung bei freiwillig Versicherten und Versicherungspflichtigen nach § 5 Absatz 1 Nummer 13

(1) Die zuständige Finanzbehörde hat der Krankenkasse für das freiwillig versicherte oder nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 versicherungspflichtige Mitglied auf elektronische Anforderung unverzüglich Datum und Veranlagungszeitraum seines für die Beitragsbemessung erforderlichen Einkommensteuer- oder Einkommensteuervorauszahlungsbescheids, die Art des Steuerbescheids, die Erläuterungen zu den Festsetzungen

im Steuerbescheid sowie die jeweils im Einkommensteuerbescheid oder im Einkommensteuervorauszahlungsbescheid ausgewiesenen, für die Beitragsbemessung erforderlichen Beträge der Einkünfte aus

1. nichtselbstständiger Arbeit (Bruttoarbeitslohn und Betrag der Werbungskosten),

2. selbständiger Arbeit,

3. Gewerbebetrieb,

4. Vermietung und Verpachtung,

5. Land- und Forstwirtschaft,

6. Kapitalvermögen, sowie

7. die Einkünfte nach § 2 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 Einkommenssteuergesetz mit Ausnahme der nach den §§ 201 und 202 meldepflichtigen Einkünfte, die Korrekturbeträge im Sinne des § 2 Absatz 5a Satz 1 Einkommenssteuergesetz und

9. den Betrag der nach § 10 Absatz 1 Nummer 5 Einkommenssteuergesetz abziehbaren Kinderbetreuungskosten, sofern Einkünfte nach den Nummern 2, 3 oder 5 vorliegen,

in elektronischer Form zu übermitteln.

Die Anforderung der Krankenkasse bei der Finanzbehörde nach Satz 1 ist ausgeschlossen, wenn das Mitglied der Anforderung innerhalb von vier Wochen nach Hinweis durch die Krankenkasse widerspricht und innerhalb dieser Frist selbst Auskunft über seine Einnahmen erteilt sowie die erforderlichen Nachweise vorlegt. Für die jährlich wiederkehrenden Einkommensabfragen während der laufenden Mitgliedschaft ist das Verfahren nach den Sätzen 1 und 2 anzuwenden, es sei denn, das Mitglied hat zuvor ausdrücklich erklärt, dass es der automatisierten Abfrage der Einkommensdaten bei den Finanzbehörden auch für die Zukunft bis auf Widerruf zustimmt. Das Recht zu elektronischen Anforderung der zur Beitragsbemessung erforderlichen Einkommens daten nach Satz 1 schließt auch die Anforderung der Steueridentifikationsnummer des Mitglieds mit ein, wenn diese der Krankenkasse noch nicht bekannt ist. Die zuständige Finanzbehörde hat der Krankenkasse auf Grundlage der elektronischen Anforderung unverzüglich die Steueridentifikationsnummer des Mitglieds in elektronischer Form zu übermitteln. Eine erneute Datenanforderung der Krankenkasse zu den Daten eines Änderungsbescheids ist entbehrlich, wenn zuvor bereits die Daten des Vorbescheids aufgrund einer Anforderung nach Satz 1 übermittelt worden sind; die Mitteilung durch die Finanzbehörde erfolgt in diesem Fall unverzüglich nach Erteilung des Änderungsbescheids. § 30 der Abgabenordnung steht den Regelungen nach Satz 1 bis 6 nicht entgegen.

(2) Absatz 1 gilt entsprechend für die im Einkommensteuerbescheid ausgewiesenen Einnahmen des Ehegatten oder Lebenspartners des Mitglieds, der nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist, es sei denn, das Mitglied oder der Ehegatte oder Lebenspartner des Mitglieds widerspricht der Anforderung durch die Krankenkasse innerhalb von vier Wochen und erteilt innerhalb dieser Frist selbst Auskunft und legt die erforderlichen Nachweise vor. Abweichend von Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 haben die Finanzbehörden auch Einnahmen des Ehegatten oder Lebenspartners aus gesetzlicher Rente und Versorgungsbezügen mitzuteilen.

(3) Eine Anforderung nach Absatz 1 und 2 ist ausgeschlossen, wenn das Mitglied innerhalb der Auskunftsfrist nach Absatz 1 Satz 2 erklärt, über beitragspflichtige Einnahmen zu verfügen, die die Beitragsbemessungsgrenze überschreiten. Dies gilt nicht, wenn für die einzelnen beitragspflichtigen Einnahmen unterschiedliche Beitragssätze maßgeblich sind.

(4) Die Anforderung der Einkommensdaten und der Steueridentifikationsnummer durch die Krankenkasse sowie die Rückmeldung der Finanzbehörde erfolgen durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung. Das Nähere zu den Datensätzen, dem Verfahren und den zu übermittelnden für die Beitragsbemessung erforderlichen Daten regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Grundsätzen, die vom Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen zu genehmigen sind."

2. Streichung einer nicht kriteriengestützten Förderung ausgewählter Versorgungsstrukturen

§ 39 KHG
§ 9 Absatz 1a Nummer 5 KHEntgG
§ 5 Absatz 2a KHEntgG

Die Finanzkommission Gesundheit hat in ihrem Bericht die Streichung der im Zuge der geplanten Einführung der Vorhaltefinanzierung im KHVVG eingeführten, zusätzlichen Fördertatbestände für einzelne Leistungsbereiche empfohlen. Dies betrifft die Förderbeträge für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin (§39 KHG) sowie für Koordinierungs- und Vernetzungsleistungen und die Hochschulmedizin. Auch die Streichung der Erhöhung bereits etablierter Zuschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung (§ 9 Absatz 1a Nummer 5 KHEntgG) und für Krankenhäuser in ländlichen Regionen (§ 5 Absatz 2a KHEntgG) soll wieder zurückgenommen werden.

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist diese Maßnahme zu begrüßen und sollte durch den Gesetzgeber umgesetzt werden. Die Zuschläge führen dazu, dass außerhalb der bestehenden Vergütungssystematik parallele Vergütungsstrukturen etabliert und verfestigt werden. Das bestehende Vergütungssystem wird dadurch zunehmend

aufgeweicht. Durch die pauschalen Zuschlagsgrößen entsteht außerdem die Gefahr einer Über- und Doppelvergütung. Stattdessen sollten die Kosten innerhalb der DRG-Fallpauschalen adäquat abgebildet werden.

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(40)
gel. VB zur öffent. Anh. am 22.06.2
19.06.2026

VERBAND DER UNIVERSITÄTSKLINIKA DEUTSCHLANDS

STELLUNGNAHME

des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands (VUD)

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatz-stabilisierungsgesetz) BT-Drucksache: 21/6130

Juni 2026

© Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD), 2026

Kontakt
Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD)
Jens Bussmann
Alt-Moabit 96
10559 Berlin
info@uniklinika.de
www.uniklinika.de
Tel. +49 (0)30 3940517-0
Forschen. Lehren. Heilen.

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Präambel

Die derzeitigen gesetzlichen Rahmenbedingungen und die vorgesehenen Maßnahmen zur Begrenzung der Gesundheitsausgaben verdeutlichen in besonderer Schärfe, dass das deutsche Gesundheitswesen weiterhin von tiefgreifenden, bislang ungelösten Strukturproblemen geprägt ist. Diese wirken sich fundamental auf die wirtschaftliche Stabilität der Universitätsmedizin aus und gefährden in ihrer Gesamtheit die nachhaltige Perspektive einer qualitativ hochwertigen, leistungsfähigen und krisenfesten Gesundheitsversorgung. Insbesondere das Fehlen eines klar definierten Zielbildes einschließlich der bislang nicht vorhandenen strukturellen Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft führen zu undifferenzierten, auf kurzfristige Wirksamkeit ausgerichteten Sparansätzen, die zentrale Versorgungsstrukturen schwächen, anstatt zielgerichtet zu stärken. Diese sind erneut überproportional und dadurch unausgewogen auf die stationäre Krankenhausversorgung und insbesondere auch auf die Universitätsmedizin fokussiert.

Die Universitätsklinika sind als tragende Säule der stationären und ambulanten Versorgung, als Motor für Forschung und Innovation ein unverzichtbarer Bestandteil der Widerstandsfähigkeit der Gesundheits- und Daseinsfürsorge in Krisen-, Bündnis- und Verteidigungsfällen in besonderer Weise von diesen Strukturdefiziten betroffen. Die seit Jahren andauernde und sich jetzt nochmals drastisch verschärfende Unterfinanzierung, die unzureichende Berücksichtigung realer Kostenentwicklungen – etwa infolge demografischen Wandels, medizinisch-technischen Fortschritts und tariflicher Verpflichtungen – sowie regulatorische Eingriffe, die die besondere Rolle der Universitätsmedizin im Versorgungssystem schwächen, werden ohne Korrekturen zu weiteren erheblichen wirtschaftlichen Verwerfungen führen.

Grund hierfür sind im Wesentlichen die grundsätzlichen Einsparungen durch die Umkehr der Meistbegünstigungsklausel und die unzureichende Refinanzierung der politisch gewollten Tariferhöhungen und Entlastungstarifverträge, die sowohl das umfassende stationäre Versorgungsangebot als auch die Hochschulambulanzen als Motor der Ambulantisierung gefährden. Die Defizite im bisherigen Finanzierungssystem, welches die Vorhaltung ihres Leistungsspektrums unzureichend abbildet und nicht auskömmlich refinanziert, haben bei den Universitätsklinika bereits in der letzten Dekade zu einem signifikanten Einbruch der Jahresergebnisse geführt. Aktuell schreiben bereits 75 Prozent der Universitätsklinika „tiefrote“ Zahlen. Mit dem geplanten Gesetz würden alle Standorte der Universitätsmedizin in Deutschland dauerhaft defizitär werden und die bisherige Unterfinanzierung von mehr als 800 Millionen Euro pro Jahr würde sich mehr als verdoppeln. Selbst wenn sämtliche Effizienz- und Einsparpotentiale ausgereizt würden, wird es strukturell nicht möglich sein, dass sich ein Universitätsklinikum durch die Erbringung seiner Leistungen dauerhaft refinanzieren kann. Dies liegt auch daran, dass die Universitätsklinika im stationären und ambulanten Bereich

häufig das letztmögliche Versorgungsangebot für Patienten[1] bereitstellen und eine wirtschaftliche Optimierung allein deshalb nicht möglich ist.

Vor diesem Hintergrund wird einmal mehr deutlich, dass ohne grundlegende strukturelle Reformen und ohne gezielte gesetzliche Maßnahmen zur Stabilisierung der Erlös- und Kostenseite der Universitätsmedizin nicht nur deren Zukunftsfähigkeit, sondern auch die Leistungsfähigkeit der Gesundheitsversorgung bundesweit nachhaltig beeinträchtigt wird. Die Länder als Träger der Universitätsklinika werden gezwungen sein, in einem nie da gewesenen Umfang ihre Universitätsklinika finanziell zu stützen.

Ein fortgesetztes Abstützen struktureller Defizite über Landeshaushalte kann aber in einem beitragsfinanzierten Gesundheitswesen keine tragfähige Perspektive darstellen. Die ordnungspolitisch angezeigte und kostendeckende Finanzierung der Grundsicherungsempfänger aus dem Bundeshaushalt könnte die GKV-Beitragssätze vorübergehend stabilisieren und die Belastungen insbesondere für die Universitätsklinika vorerst mindern.

Gleichzeitig bedarf es eines kohärenten, langfristig ausgerichteten Reformansatzes, der im Sinne der Patienten und der Qualität zu einer Zentralisierung von spezifischen Versorgungsangeboten führt und hierbei die besonderen Aufgaben und Leistungen der Universitätsklinika angemessen berücksichtigt und dadurch die Finanzierung zukunftssicher gestaltet. Diese strukturellen Veränderungen sind Aufgabe der Länder und von diesen zügig umzusetzen. Die Krankenhausreform bietet hinreichend Instrumente für eine stringente Krankenhausplanung, die sich an tatsächlicher Bedarfsnotwendigkeit, Qualität und der erforderlichen Zentralisierung spezialisierter Versorgungsangebote orientiert. Ein „Weiter so“ bei der Krankenhausplanung kann es nicht geben. Spätestens mit diesem Gesetz wird deutlich, dass die finanziellen Mittel des GKV-Systems, die Investitionsmittel der Länder und der Krankenhaustransformationsfonds langfristig nicht ausreichen. Ohne echte Strukturveränderungen in den Ländern wird es auf Dauer keine flächendeckende Krankenhausversorgung geben und auch keine wirtschaftlich stabile Universitätsmedizin.

[1] Zur besseren Lesbarkeit wird auf geschlechtsspezifische Schreibweisen verzichtet. Alle personenbezogenen Bezeichnungen beziehen sich im Sinne der Gleichbehandlung auf alle Geschlechter.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

1. Dauerhafte Umsetzung einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik im Krankenhausbereich
(Artikel 1 Nr. 25 i. V. m. Art. 3 Nr. 2 und 6, § 71 SGB V i. V. m. § 6 und § 9 Krankenhausentgeltgesetz)

Sachverhalt:
Wesentlicher Baustein des Gesetzentwurfs zur Generierung von Kosteneinsparung ist die umfassende Verankerung einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik. Die Vergütungen von Leistungserbringern, insbesondere der Krankenhäuser, sollen höchstens entsprechend der sogenannten Grundlohnrate steigen. Liegt im stationären Sektor die Kostenentwicklung, abgebildet über den Orientierungswert, unterhalb der Grundlohnrate, so ist dieser geringere Wert für die Vergütungsentwicklung maßgeblich. Die bisher geltende „Meistbegünstigungsklausel“ wird damit komplett umgedreht. Hinzukommt, dass die Veränderungsrate in den Jahren 2027 bis 2029 pauschal um einen Prozentpunkt abgesenkt wird und die vollständige Refinanzierung der Tarifkostensteigerungen über die sogenannte Tarifrate auf eine hälftige Refinanzierung zurückgeführt werden soll.

Bewertung:
Der Gesetzentwurf und die strikten Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung machen mehr als deutlich, dass das Gesundheitswesen umfassende Strukturreformen benötigt, um seine Effizienz, Finanzierbarkeit und Qualität auch zukünftig zu gewährleisten. Hierzu bekennen sich die Universitätsklinika einmal mehr. Sie haben daher auch die Krankenhausreform immer unterstützt und ihre konsequente Umsetzung durch die Bundesländer mit Nachdruck eingefordert. Der Gesetzentwurf macht mehr als deutlich, dass für die Maßnahmen zur Begrenzung der Gesundheitsausgaben ein klares Zielbild zwingend erforderlich ist. Ohne dieses entstehen – wie im Gesetzentwurf angelegt – undifferenzierte Sparmaßnahmen nach dem Rasenmäherprinzip. Zielführend wären hingegen klare Differenzierungen und Priorisierungen. Kurzfristige Einsparungen dürfen am Ende nicht zulasten der Strukturen gehen, die für eine qualitativ hochwertige, innovative und krisenfeste Versorgung unverzichtbar sind – auch mit Blick auf die Herausforderungen für den Bündnis- und Verteidigungsfall. Die Einnahmensituation der gesetzlichen Krankenkassen jetzt in erster Linie undifferenziert zum Maßstab zu machen, greift zu kurz und birgt zudem die Gefahr, Kostenentwicklungen, bedingt durch die Alterung der Gesellschaft, den medizinisch-technischen Fortschritt, die Absicherung kritischer Infrastrukturen (KRITIS), der dringend notwendigen Digitalisierung oder infolge von Tarifsteigerungen zu vernachlässigen. Diese treffen zwar grundsätzlich alle Krankenhäuser, aber nicht im gleichen Ausmaß.
Universitätsklinika sind ein zentraler Bestandteil für die strukturelle Neuausrichtung der Krankenhauslandschaft. Ihre Bedeutung in der Versorgung machen nicht zuletzt die Krankenhausreform sowie ihre besonderen Versorgungsangebote in den Hochschulambulanzen deutlich. Dank ihres Forschungsauftrags und ihrer Innovationskraft sind sie Vorreiter notwendiger Veränderungen. Sie werden auch für die Resilienz der

Versorgung im Bündnis- und Verteidigungsfall ähnlich wie bereits in der Corona-Pandemie in besonderer Weise gefordert sein.
Die mit dem Gesetzentwurf vorgesehene Umkehr der Meistbegünstigungsklausel einschließlich der hälftigen Refinanzierung der Tarifsteigerungen schwächt die Rolle der Universitätsklinika für das Gesamtsystem. Die Defizite im bisherigen Finanzierungssystem haben bei den Universitätsklinika bereits in der letzten Dekade zu einem signifikanten Einbruch der Jahresergebnisse geführt, sodass zuletzt bereits 75 Prozent der Universitätsklinika „tiefrote“ Zahlen schreiben. Mit den Sparmaßnahmen wird dieser Abwärtstrend deutlich verschärft – auch weil für Universitätsklinika Kostenentwicklungen deutlich oberhalb einer Grundlohnrate absehbar sind. Diese ergeben sich u.a. aus dem umfassenden Versorgungsauftrag (stationär und ambulant) und der dafür und aufgrund gesetzlicher Vorgaben notwendigen Vorhaltung (insbesondere Personal) sowie der Tarifbindung und den Tarifentwicklungen der letzten Jahre (einschließlich der Entlastungstarifverträge). Die Universitätsklinika bekennen sich nicht nur zu den strukturellen Veränderungen, sie sind auch bereit, ihren umfassenden Kompetenzen und ihren Mehrwert für die Versorgung und deren zukünftigen Herausforderungen vollumfänglich einzubringen. Hierfür sind aber gesetzliche Maßnahmen zur wirtschaftlichen Stabilisierung auf der Erlös- und Kostenseite einschließlich einer vollständigen Refinanzierung der Tarifsteigerungen zwingend erforderlich, da eine Kompensation der negativen Jahresergebnisse über die Landeshaushalte auf Dauer nicht zielführend und auch nicht zu erwarten ist.

2. Hochschul- und Institutsambulanzen: Bindung an die Veränderungsrate (Artikel 1 Nr. 43, § 120 SGB V)

Sachverhalt:
Die Anwendung der Veränderungsrate gemäß § 71 Abs. 3 SGB V wird für die Vergütungsverhandlungen der Hochschulambulanzen verbindlich vorgegeben.

Bewertung:
Hochschulambulanzen werden durch die strikte Bindung an die Veränderungsrate in ihrer Leistungsfähigkeit beschränkt. So werden die politisch gewollte Ambulantisierung und die Vorhaltung eines einzigartigen ambulanten universitären Versorgungsangebots ausgebremst. Die Hochschulambulanzen der Universitätsklinika sind der Motor für Innovationen in der ambulanten Medizin. Sie bieten auch im ambulanten Setting Behandlungsmöglichkeiten, die sonst im deutschen Gesundheitssystem nicht vorgehalten werden. Dort werden Patienten aufgrund der Art, Schwere und Komplexität ihrer Krankheit bestmöglich über Sektorengrenzen hinweg versorgt.
Die stetig zunehmende Inanspruchnahme dieser komplexen Infrastruktur und Ressourcen in den Hochschulambulanzen trägt inzwischen in erheblichem Umfang auch zur effizienten Behandlung schwerer und komplex erkrankter Patienten bei. Zudem dienen Hochschulambulanzen der praktischen Ausbildung künftiger Ärztegenerationen und als wichtiger Baustein für universitäre Forschung. Hochschulambulanzen unterscheiden sich somit wesentlich von anderen ambulanten Versorgungsangeboten, auch weil dort einzigartige Versorgungskonzepte verortet sind. In Hochschulambulanzen werden zudem häufig neue ambulante Behandlungsmethoden entwickelt und Versorgungskonzepte aus der stationären Maximalversorgung in die ambulante Versorgung überführt. Ebenso wurden in den

vergangenen Jahren in den Hochschulambulanzen Strukturen aufgebaut, um gesellschaftlich notwendige Versorgungsangebote zu ermöglichen, wie z.B. der Aufbau von Long-Covid-Ambulanzen oder die Nachsorge insbesondere von Kindern bei der Anwendung neuer hochteurer Gen- und Zelltherapien. Derartige Versorgungsstrukturen drohen, durch eine strikte Bindung der Hochschulambulanzvergütung an die Veränderungsrate künftig wegzufallen. Der Fortschritt in der ambulanten Medizin würde dadurch verhindert. Daher muss den Vertragsparteien bei der Vereinbarung der Vergütung auch perspektivisch mindestens der bestehende Gestaltungsspielraum eingeräumt werden. Vergütungsanpassungen oberhalb der Veränderungsrate müssen auch zukünftig erfolgen können, u.a. wenn die notwendige medizinische Versorgung auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht gewährleistet werden kann: Derartige Sachverhalte können zum Beispiel vorliegen, wenn die tariflichen Personalkostensteigerungen die Veränderungsrate übersteigen oder es zu einer veränderten Zusammensetzung des Patientenspektrums kommt.

3. Begrenzung der Zuwächse beim Pflegebudget inklusive Entfall der zusätzlichen Finanzierung pflegeentlastender Maßnahmen (Artikel 3 Nr. 3, § 6a Krankenhausentgeltgesetz)

Sachverhalt:

Das bisherige Selbstkostendeckungsprinzip beim Pflegebudget entfällt ab dem Jahr 2027. Stattdessen wird das bisherige krankenhausindividuelle Pflegebudget „eingefroren“ und um den Veränderungswert fortgeschrieben. Ausnahmen sind allenfalls zur Einhaltung gesetzlicher Vorgaben möglich. Überschreiten die tatsächlichen Pflegepersonalkosten das vereinbarte Pflegebudget, findet infolgedessen kein Ausgleich der Mehrkosten mehr statt. Im umgekehrten Fall muss das Krankenhaus die Minderkosten vollständig zurückzahlen. Tarifkostensteigerungen werden bereits ab 2026 nur noch hälftig refinanziert. Gleichzeitig entfällt die bisherige pauschale Vergütung pflegeentlastender Maßnahmen.

Bewertung:

Die Abkehr vom bisherigen Selbstkostendeckungsprinzip bei der Pflegefinanzierung ist grundsätzlich nachvollziehbar. Der politisch gewollte Stellenaufbau in der Pflege ist erfolgt. Mit der Krankenhausreform sind Strukturveränderungen im Krankenhausbereich gewollt und dringend notwendig. Daher sich in einem ersten Schritt an den bisherigen krankenhausindividuellen Pflegebudgets zu orientieren, ist kurzfristig ein pragmatischer Ansatz. Dabei darf es aber perspektivisch nicht bleiben, da die Fortschreibung der bisherigen Pflegebudgets tendenziell strukturkonservierend wirkt und nicht „Hand in Hand“ mit den gewollten Strukturveränderungen funktionieren wird. Mit der Krankenhausreform sind Leistungskonzentrationen gewollt. Der zukünftige Finanzierungsansatz muss insbesondere sicherstellen, dass für Krankenhäuser mit entsprechendem Leistungszuwachs auch eine auskömmliche Finanzierung der Pflegepersonalkosten sichergestellt wird. Ziel muss sein, den tatsächlichen Pflegeaufwand bezogen auf den Versorgungsauftrag und -umfang sachgerecht bei der Finanzierung abzubilden. Grundsätzlich muss ein strukturbasierter Leistungsauf- oder -abbau zu einer Erhöhung beziehungsweise Absenkung des auf Grundlage des Leistungsspektrums für das Jahr 2026 eingefrorenen Pflegebudgets führen. Dabei muss eine

Steigerung auch über die Veränderungsrate hinaus möglich sein. Insofern sind ergänzend zur vorgesehenen Regelung diesbezügliche Ausnahmeregelungen zu schaffen. Solche Ausnahmetatbestände sind insbesondere Leistungsverlagerungen aufgrund von Einschränkungen des Leistungsspektrums oder Fachabteilungsschließungen benachbarter Krankenhäuser. Um eine erforderliche Versorgung in einer Region anbieten zu können, müssen Krankenhäuser mit damit einhergehenden Leistungssteigerungen ihr Pflegebudget auch über das bisherige Niveau erhöhen dürfen. Im Umkehrschluss muss ebenso gesetzlich geregelt werden, dass das Pflegebudget bei Krankenhäusern, die ihre Leistungen z. B. in Folge von Abteilungsschließungen reduzieren oder deren Versorgungsauftrag von den Landesplanungsbehörden beschränkt wird, in entsprechendem Umfang abgesenkt werden muss. Die vorgesehene Regelung, wonach das Pflegebudget nur bei reduzierten Personalkosten nach unten angepasst werden muss, geht an dieser Stelle nicht weit genug. Die jetzigen Ausnahmeregelungen, die der Gesetzentwurf vorsieht, sind daher nicht ausreichend.
Auch die Refinanzierung der Tarifsteigerungen einschließlich Mehrkosten auf Basis eines Mehrpersonalbedarfs in Folge von Entlastungstarifverträgen sowie der Qualifikationsmix müssen Berücksichtigung finden. Die sehr rigiden Vorgaben für die Fachkräftequote im Pflegebudget haben die nicht immer ressourceneffiziente Übernahme von Hilfs- und Unterstützungstätigkeiten durch hochqualifizierte Pflegefachkräfte in den letzten Jahren begünstigt. Gleichzeitig sind auch bürokratische Aufwendungen deutlich zu reduzieren, insbesondere durch die Abschaffung der PPR2.0.
Darüber hinaus muss die durch das KHAG aufgenommene Vorgabe zur Abgrenzung der Pflegepersonalkosten für „Tätigkeiten, die nicht der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen und in Kreißsälen dienen“, entfallen. Sie ist nicht praktikabel und wird daher die Vereinbarungspraxis auf Ortsebene behindern. Bereits jetzt machen Rückmeldungen aus den aktuellen Verhandlungen deutlich, dass die diesbezügliche Rechtslage vor Ort sehr unterschiedlich interpretiert wird. Trotz der gegenteiligen rechtlichen Bewertung des BMG fordern Krankenkassen von den Krankenhäusern bereits für das Budgetjahr 2026 oder Vorjahre neue Abgrenzungsnachweise.

4. Einführung von DRG-Kurzzeitfallpauschalen (Artikel 4 Nr. 2, § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz)

Sachverhalt:
Mit der Einführung von Kurzzeitfallpauschalen soll ein Vergütungsinstrument geschaffen werden, das eine Übervergütung von Hybrid-DRG-Fällen vermeidet und für Krankenhäuser Anreize zur Verweildauerverkürzung und zur Ambulantisierung setzt. Dieses bezieht sich auf Fälle mit einem Aufenthalt von bis zu drei Kalendertagen (= zwei Übernachtungen). Die Kurzzeitfallpauschalen basieren auf einem Konzept der Selbstverwaltung, sollen kostenbasiert kalkuliert und im DRG-Katalog ausgewiesen werden.

Bewertung:
Die Intention der Kurzzeitfallpauschalen ist richtig. Für den Krankenhausbereich ist eine gezielte Förderung der Verweildauerverkürzung in Richtung Ambulantisierung weiterhin

notwendig. Daher ist es auch richtig, einen kostenorientierten Kalkulationsansatz zu wählen und auf den Kurzliegerabschlag zu verzichten. Damit dieses Instrument aber seine Wirkung bestmöglich entfalten kann und nicht gleichzeitig Überschneidungs-/Abgrenzungsprobleme mit den Hybrid-DRGs erzeugt, sollte zusätzlich auf das bestehende Instrument der Hybrid-DRGs komplett verzichtet werden. Das bedeutet auch, dass die bisher den Hybrid-DRGs zugeordneten Leistungen in die Regelungen für die Kurzzeitfallpauschalen überführt werden. Dies würde auch eine Komplexitätsreduktion für alle Beteiligten bedeuten sowie zu Einsparungen durch Vermeidung weiterer Fallzahl- und Ausgabensteigerungen in diesem Leistungssegment, insbesondere auch im vertragsärztlichen Bereich, führen.
Künftig darf es auch keine MD-Prüfung auf sekundäre Fehlbelegung bei Kurzzeitfallpauschalen geben, da entsprechende Leistungen über verweildauerunabhängige Fallpauschalen abgerechnet werden. Dies wird zu einer höheren Akzeptanz der Kurzzeitfallpauschalen in den Kliniken beitragen.

5. Anpassung der Prüfquoten und Schwellenwerte bei Krankenhausabrechnungen, Erweiterung des MD-Prüfauftrags (Artikel 1 Nr. 66, § 275c SGB V)

Sachverhalt:
Der Gesetzentwurf sieht eine Erhöhung der Schwellenwerte für die Prüfquote selbst und zugleich eine Anhebung der Abrechnungsprüfungen vor.

Bewertung:
Die Zielsetzung einer regelkonformen Rechnungslegung wird ausdrücklich befürwortet und unterstützt. Dabei ist zu beachten, dass es bei den Grundlagen der Rechnungslegung Interpretationsspielräume gibt. Daher ist die Bewertung, ob eine Rechnung korrekt ist oder nicht, auch immer interessensgeleitet.
Die im Gesetzentwurf vorgesehene Erhöhung der Prüfquoten mit der Anhebung der Schwellenwerte ist abzulehnen. Die Erhöhung würde zu einem erheblichen bürokratischen Mehraufwand sowohl auf Seiten der Krankenhäuser als auch des MD und der Krankenkassen führen. Daher ist der angenommene Einspareffekt zugunsten der GKV zu relativieren.

Grundsätzlich ist hinsichtlich der MD-Prüfungen Folgendes festzustellen:

- Mehrdeutige Kriterien und Regularien führen zu Interpretationsspielräumen, was sich u.a. in sachlich nicht erklärbaren Unterschieden der MD-Prüfpraxis zwischen den Bundesländern zeigt.
- Die Ermittlung der Prüfquoten bezieht sich auf eine Ersteinschätzung, nicht auf das Ergebnis der nach dem Erörterungsverfahren tatsächlich korrigierten Rechnungen oder beklagten Rechnungen. Somit verzerrt die Ermittlung der Prüfquote auf Basis der Ersteinschätzung den Umfang der Rechnungsprüfungen zu Ungunsten der Universitätsklinika.
- Der Prüfgrund „sekundäre Fehlbelegung“ sollte nicht in die beanstandeten Rechnungen zur Ermittlung der Prüfquote einfließen. Sekundäre Fehlbelegungen, also eine längere Verweildauer als aus Sicht des MD notwendig, ergeben sich regelhaft bei komplexen oder schwer erkrankten Fällen und besonderen Fallkonstellationen. Zudem kommt es regelmäßig zu Beanstandungen durch den MD,

wenn eine Abverlegung beispielsweise in eine Pflege- oder Rehaeinrichtung aufgrund dort nicht verfügbarer Kapazitäten überbrückt werden muss. Universitätsklinika sind von diesen Konstellationen überproportional häufig betroffen.

Prinzipiell sind die momentanen Prüfverfahren insbesondere aufgrund des enormen bürokratischen Aufwands nicht zukunftstauglich. Es muss zu einem objektiven, reliablen und validen Prüfsystem übergegangen werden, das den personellen Einsatz bei allen Beteiligten deutlich verringert.

6. Erweiterung der Regelung zur Fallzusammenführung (Prüfauftrag) (Artikel 3 Nr. 6, § 9 Abs. 1 Krankenhausentgeltgesetz)

Sachverhalt:
Die Vertragsparteien auf Bundesebene werden beauftragt, ihre bestehenden Abrechnungsbestimmungen in der Fallpauschalenvereinbarung daraufhin zu überprüfen, inwieweit eine Erweiterung zur Fallzusammenführung wirtschaftlich geboten und medizinisch vertretbar ist.

Bewertung:
Die bisherigen Regelungen der Selbstverwaltungspartner zur Fallzusammenführung haben sich seit Einführung des DRG-Systems grundsätzlich bewährt. Ein Änderungsbedarf erscheint daher nicht zwingend erforderlich. Auch wenn der Gesetzgeber die Selbstverwaltungspartner dennoch zu Änderungen auffordert, sollte dabei beachtet werden, dass es im Rahmen der Krankenhausreform zu einer stärkeren Patientensteuerung und in Folge zu vermehrten Verlegungen von Patienten kommt. Dies dient einer effizienteren Versorgung der Patienten in den jeweils erforderlichen Versorgungsstrukturen und darf nicht zu einer pauschalen Fallzusammenführung führen.
Insbesondere MDC-unabhängige Fallzusammenführungen, bei der Fälle mit unterschiedlichen Behandlungsanlässen zusammengeführt würden sowie Fallzusammenführungen über Krankenhausgrenzen hinweg lehnen die Universitätsklinika ab. Solche Ansätze setzen Anreize zur Risikoselektion zu Lasten der Universitätsklinika, da diese am Ende der Versorgungskette stehen. Zudem ist fraglich, wie die Vergütung bei Fallzusammenführungen zwischen verschiedenen Krankenhäusern ohne zusätzliche Bürokratie entgeltrechtlich abgegrenzt und aufgeteilt werden soll. Derartige Regelungen dürften äußerst streitbehaftet sein und würden vermutlich vielerorts Konflikte hervorrufen.

7. Schrittweise Einführung eines verpflichtenden Zweitmeinungsverfahrens bei mengensensiblen Eingriffen (Artikel 1 Nr. 8, § 27b SGB V)

Sachverhalt:
Der Gesetzentwurf sieht vor, bei mengenanfälligen planbaren Leistungen, die der G-BA vorgibt, zwingend eine Zweitmeinung einzuholen. Ansonsten entfällt für den Leistungserbringer der Vergütungsanspruch.

Bewertung:
Diese Regelung wird grundsätzlich befürwortet. Allerdings ist der Gesetzentwurf praxistauglicher auszugestalten. Die im Gesetzentwurf vorgelegten Anforderungen an die zweitmeinungsgebenden Ärzte sind sehr umfangreich (vgl. auch die hohen Anforderungen der G-BA-Richtlinie). Daher überrascht es nicht, dass nach der bisherigen G-BA-Richtlinie nur sehr wenige Ärzte für eine Zweitmeinung zur Verfügung stehen. Es muss auch bedacht werden, dass der Patient den entsprechenden Arzt, der zur Erstellung einer Zweitmeinung berechtigt ist, sowohl räumlich als auch zeitlich erreichen kann.
Daher ist hier ein kurzfristiges Monitoring und eine Evaluation zwingend in das Gesetz mitaufzunehmen, insbesondere hinsichtlich der Anzahl der zweitmeinungsgebenden Ärzte. Der Gesetzgeber sollte zudem den G-BA beauftragen, mindestens vier mengenanfällige Verfahren jährlich zu beschließen, um ein substanzielles Einsparpotenzial realisieren zu können.

8. Rückzahlungsverpflichtung bei fehlender Besetzung von Personalstellen im Psych-Bereich (Artikel 5 Nr. 1, § 3 Abs. 3 Bundespflegesatzverordnung)

Sachverhalt:
Bislang haben die Vertragsparteien vor Ort zu vereinbaren, inwieweit der Gesamtbetrag abzusenken ist, wenn im Psych-Bereich eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht vorgenommen wurde. Der Gesetzentwurf sieht eine Befristung bis einschließlich 2026 für diese Regelung vor. Für die Jahre ab 2027 sind Mittel für vereinbarte, aber nicht besetzte Personalstellen oder nicht zweckentsprechend verwendete Mittel im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum auszugleichen und der Gesamtbetrag in der nächsten Vereinbarung entsprechend abzusenken. Von einer nicht zweckentsprechenden Verwendung der Mittel wird auch dann ausgegangen, wenn die vereinbarte Stellenbesetzung zwar vorgenommen, aber die dafür vereinbarten Mittel nicht vollständig ausgeschöpft worden sind. Die Differenz zwischen den vereinbarten und tatsächlich eingesetzten Mitteln ist demnach ebenfalls auszugleichen.

Bewertung:
Die vorgesehene Regelung führt zu einer strukturellen und wachsenden Finanzierungslücke, da tatsächliche Kostensteigerungen der Krankenhäuser nicht ausreichend refinanziert werden. Mit der zwingenden Rückzahlung von vereinbarten oder nicht zweckentsprechend verwendeten Mitteln wird der elementare Grundsatz der Krankenhausfinanzierung, wonach das vereinbarte Gesamtbudget (Gesamtbetrag) maßgeblich ist und die sinnvolle und wirtschaftliche Verwendung der Mittel in der Eigenverantwortung der Einrichtungen liegt, eingeschränkt. Bei Einführung einer Rückzahlungsverpflichtung muss im Gegenzug auch ein Rechtsanspruch auf die Vereinbarung der Personalkosten in tatsächlicher Höhe im Gesetz verankert werden.
Zudem wird der vom G-BA geregelte Vergütungswegfall bei Nichteinhaltung der Personalanforderungen ignoriert (vgl. Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)). Mit der PPP-RL sind zukünftig bei Nichterfüllung der Personalmindestanforderungen hohe Sanktionen vorgesehen. Den betroffenen Einrichtungen würden durch die beiden parallelen Regelungen unverhältnismäßig hohe Mittel entzogen

werden, die für die Finanzierung des bestehenden Personals sowie die Einstellung von neuem Personal wiederum fehlen. Daher muss diese doppelte Sanktionierung desselben Tatbestandes – fehlendes Personal im Psych-Bereich – beendet werden und die Sanktionen der PPP-RL des G-BA entsprechend entfallen. Ansonsten müssten die psychiatrischen Einrichtungen zur Einhaltung der Personalmindestanforderungen ihre Versorgung einschränken.

9. Weiterer Regelungsbedarf

Mit dem Krankenhausreformanpassungsgesetz ist die Formulierung, inwiefern die Pflegepersonaluntergrenzen als Qualitätskriterium für die Leistungsgruppen gelten, verschärft worden. Durch die Neuformulierung bedeutet ein Unterschreiten der Pflegepersonaluntergrenze im Monatsdurchschnitt in einem pflegesensitiven Bereich in einer Leistungsgruppe, dass am jeweiligen Krankenhausstandort keine einzige Leistungsgruppe zugewiesen werden darf. Dies wird potenziell negative Auswirkungen auf die reguläre Leistungsgruppenzuweisung haben. Die Gesetzesbegründung zu dieser Änderung betont, dass eine Zuweisung von Leistungsgruppen auf Grundlage der Ausnahmeregelungen erfolgen kann. Damit ist aber davon auszugehen, dass sämtliche Leistungsgruppen nahezu aller Krankenhäuser nur noch über Ausnahmetatbestände zugewiesen werden können. Die Steuerungswirkung der Leistungsgruppenkriterien laufen damit komplett ins Leere. Die im vorliegenden Gesetzentwurf vorgesehenen Einsparmaßnahmen, insbesondere die lediglich hälftige Tarifrefinanzierung, werden Universitätsklinika und anderen Krankenhäusern das Einhalten der Pflegepersonaluntergrenzen zusätzlich erschweren und damit die Nutzung von Ausnahmetatbeständen durch die Länder noch weiter befeuern. Daher sollte, wie bereits im Referentenentwurf des Krankenhausreformanpassungsgesetzes vorgesehen, die Erfüllung der Pflegepersonaluntergrenzen als Qualitätskriterium in den Leistungsgruppen entfallen.

Deutscher Bundestag

Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(41)

gel. VB zur öffent. Anh. am 22.06.2(

19.06.2026

DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT

Stellungnahme

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung

für ein

GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz

(Stand: 18.06.2026)

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT

Inhaltsverzeichnis

1) Grundlegende Bewertung 1

1.1) Kürzungsmaßnahmen setzen nicht an den Ursachen der Ausgaben- und Kostenentwicklung an 1

1.2) Kürzungsmaßnahmen ignorieren den von den Krankenhäusern bereits geleisteten Beitrag zur Stabilisierung der GKV-Finanzen und deren desaströse wirtschaftliche Lage 3

1.3) Kürzungsmaßnahmen ignorieren die Herausforderungen der umfassendsten Krankenhausstrukturreform seit der Einführung des DRG-Systems und den Reformstau in anderen Versorgungsbereichen 5

1.4) Umsetzung der Kürzungsmaßnahmen würde für ein massives Glaubwürdigkeitsproblem der Bundesregierung sorgen 6

2) Management Summary zu den im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen für den stationären Bereich 8

3) Bewertung zu den im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen für den stationären Bereich 14

3.1) Globale Begrenzung der Vergütungsanstiege 14

3.2) Abschaffung der vollständigen Tarifrefinanzierung 18

3.3) Reform des Pflegebudgets 20

3.4) Streichung der zusätzlichen Vergütung für pflegeentlastende Maßnahmen 26

3.5) Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen 27

3.6) Erhöhung der Prüfquoten sowie der Schwellenwerte 28

3.7) Prüfauftrag zur Fallzusammenführung 30

3.8) Obligatorische Zweitmeinungsverfahren bei mengensensiblen Eingriffen 32

3.9) Automatische Erweiterung des Prüfauftrags des Medizinischen Dienstes sowie Abstimmung zwischen GKV-Spitzenverband und DKG über mögliche Ausweitung des Vorverfahrens/ Falldialoges 33

3.10) Maßnahmen zur Begrenzung von Budgetsteigerungen und Absenkung der Budgets von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen 35

3.11) Einführung von Kurzzeitfallpauschalen 37

3.12) Streichung des ePA-Befüllungszuschlags – ambulant und stationär 46

3.13) Weitere Reformvorschläge der DKG im Rahmen des GKV-Beitragsstabilisierungsgesetzes 46

4) Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf 49

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen 49

Transparenzverzeichnis 51

Ausnahmeregelungen von der Standortdefinition gemäß § 2a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 KHG 52

Anlage: Deregulierung und Kostensenkung jetzt - 25 Forderungen der Krankenhäuser

1) Grundlegende Bewertung

Der vorliegende Gesetzentwurf sieht vor, den Krankenhäusern im Jahr 2027 Finanzmittel in Höhe von 4,6 Milliarden Euro zu entziehen. Im Jahr 2030 sollen die Kürzungen bereits 10,5 Milliarden Euro betragen. In Summe liegen die Erlöskürzungen für die Jahre 2027-2030 bei ca. 30 Milliarden Euro. Gleichzeitig umfasst der Entwurf für die Krankenhäuser keine kostenentlastenden Maßnahmen, obwohl die Krankenhäuser der Bundesregierung in den vergangenen Monaten (und Jahren) wiederholt umfassende Vorschläge zur Deregulierung und zum Abbau überflüssiger Dokumentations- und Nachweisverpflichtungen unterbreitet haben und auch erneut vorlegen werden. Gleiches gilt für die zahlreichen konstruktiven Vorschläge der Krankenhäuser zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen, zum Beispiel zur Förderung der Ambulantisierung bislang stationär erbrachter Versorgungsleistungen. Auch diese Vorschläge blieben von der Bundesregierung bislang vollständig ungehört.

Im Vergleich zum Referentenentwurf des BMG wurde der Gesetzentwurf in den für die Krankenhäuser zentralen Punkte nicht wesentlich überarbeitet. Wenngleich der wieder eingeführte hälftige Tariflohnausgleich in die Zukunft gerichtet eine Verbesserung im Vergleich zur ersatzlosen Streichung ist, verschärft diese Regelung die aktuelle wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser nochmals, da sie bereits erstmals für das Jahr 2026 gelten soll, in dem nach aktuellem Recht noch der vollständige Tariflohnausgleich gilt. **Vor diesem Hintergrund fordern die Krankenhäuser die Bundesregierung, die Abgeordneten des Deutschen Bundestages und ebenso die Länder schon heute dazu auf, den Gesetzentwurf im anstehenden parlamentarischen Verfahren zurückzuweisen und einer grundlegenden Überarbeitung zuzuführen. Die vom Bundesrat in seiner Stellungnahme zu dem Gesetzentwurf geforderten Anpassungen an den für die Krankenhäuser besonders kritischen Neuregelungen sind ein erster wichtiger Schritt in die richtige Richtung, der sich nun allerdings auch in entsprechenden Änderungsanträgen niederschlagen muss.**

Deutschlands Krankenhäuser versorgen jährlich über 40 Millionen Patientinnen und Patienten und sind Arbeitgeber von über 1,4 Millionen Beschäftigten. **Die Krankenhäuser haben daher ein ureigenes Interesse an einer soliden Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und stabilen Beitragssätzen.** Gleichwohl lehnen die Krankenhäuser die im Gesetzentwurf vorgesehenen Kürzungsmaßnahmen aus den folgenden Gründen strikt ab:

1.1) Kürzungsmaßnahmen setzen nicht an den Ursachen der Ausgaben- und Kostenentwicklung an

Der Anstieg der GKV-Leistungsausgaben der vergangenen Jahre hat unterschiedliche Gründe. Einige der Entwicklungen, die für den Anstieg der Kosten der medizinischen Versorgung und damit der GKV-Ausgaben verantwortlich sind, sind aus gesellschaftlicher Sicht unzweifelhaft positiv zu bewerten. Dazu gehören die gestiegene Lebenserwartung der Bevölkerung und der medizinisch-technische Fortschritt, der dank neuer Diagnose- und Therapieverfahren und

innovativer Medikamente die Behandlung von immer mehr schwerwiegenden Erkrankungen und komplexen Krankheitsverläufen ermöglicht. Auch die vom Gesetzgeber ausdrücklich erwünschte und durch gesetzliche Maßnahmen angestoßene Verbesserung der Personalausstattung in den Krankenhäusern zählt zweifellos zu diesen positiven Entwicklungen. Neben exogenen Schocks, wie der durch den Ukraine-Krieg verursachte Anstieg der allgemeinen Inflation, sind jedoch auch einige Entwicklungen zu beobachten, die die **Kosten der medinischen Versorgung ohne jeglichen Mehrwert für die Patientinnen und Patienten** deutlich in die Höhe getrieben haben. Prominenteste Beispiele dieser Fehlentwicklungen sind die massive **Ausweitung nicht zwingend notwendiger Dokumentations- und Nachweisverpflichtungen** und die gestiegene Zahl **äußerst unflexibler Anforderungen an die personelle und sachliche Ausstattung der Krankenhäuser.** Hinzu kommen das Fehlen einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung, eine suboptimale Patientensteuerung und Digitalisierung sowie das Fehlen einer stringenten Strategie zur Ambulantisierung bislang stationär erbrachter Behandlungsleistungen. Dass der Gesetzentwurf keine Maßnahmen umfasst, die diesen Fehlentwicklungen entgegenwirken könnten, löst in den Krankenhäusern größtes Unverständnis aus. Dies gilt umso mehr, als dass die Deutsche Krankenhausgesellschaft der Bundesregierung und ihrer Finanzkommission in den vergangenen Monaten zahlreiche, kurzfristig wirksame Maßnahmen zum Abbau der Überregulierung und zur Kostenentlastung der Krankenhäuser vorgeschlagen hat. Ein möglicher Verweis auf zukünftige Gesetzesvorhaben und den nächsten Bericht der Finanzkommission, der dann auch „mittel- und langfristig wirksame Strukturreformen für die GKV“ beinhalten soll, hilft den Krankenhäusern an dieser Stelle nicht. **Sämtliche Kürzungsmaßnahmen müssen zwingend schon heute und nicht erst zu einem späteren Zeitpunkt mit kurzfristig wirksamen Instrumenten zur Kostenentlastung der Krankenhäuser und Deregulierung der Versorgung verknüpft werden. Die Krankenhäuser werden der Politik diesbezüglich erneut Vorschläge für prioritäre Deregulierungs- und Kostensenkungsmaßnahmen vorlegen.**

Umso schwerer wiegt, dass die Umsetzung der der im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen unweigerlich zu einem weiteren **Bürokratieaufwuchs ohne jeglichen Nutzen für die Patientenversorgung** führen würde. In besonderem Maße gilt dies für die geplante Erhöhung der MD-Prüfquoten. Wenn die Bundesregierung schon keine Kostenentlastungsmaßnahmen für die Krankenhäuser vorsieht, sollte sie zumindest auf Maßnahmen, die die Überregulierung und die Bürokratielast der Krankenhäuser weiter in die Höhe treiben, verzichten. **Vertrauen in die Kompetenz vor Ort, weniger Detailvorgaben und stattdessen intelligente Anreizsysteme – dies sind die Stellschrauben für eine effiziente Versorgung. An dieser Stelle muss die Bundesregierung ansetzen: Effizienz entsteht durch Gestaltungsspielräume, nicht durch deren Einschränkung.**

Absolut nicht nachvollziehbar ist, weshalb die Bundesregierung in ihrem Gesetzentwurf nicht endlich den unbestrittenen ordnungspolitischen Fehler der Finanzierung der GKV-Beiträge von Bürgergeldempfängern (zukünftig Grundsicherung) aus Beiträgen der GKV-Versicherten

ernsthaft angeht. Die Finanzierung der GKV-Beiträge von Bürgergeldempfängern würde die GKV unmittelbar um jährlich 12 Milliarden Euro entlasten und deren erwartetes Defizit auf verkraftbare 3,3 Milliarden Euro verringern. Der geplante Einstieg in die Finanzierung in Höhe von 250 Millionen Euro in 2027, 500 Millionen Euro in 2028, 1 Milliarde Euro in 2029, 1,5 Milliarden Euro in 2030 und 2 Milliarden Euro ab 2031 ist dabei nicht mehr als ein „Tropfen auf den heißen Stein“, zumal der Steuerzuschuss des Bundes an anderer Stelle um ein mehrfaches gekürzt wird.

1.2) Kürzungsmaßnahmen ignorieren den von den Krankenhäusern bereits geleisteten Beitrag zur Stabilisierung der GKV-Finanzen und deren desaströse wirtschaftliche Lage

Entgegen anderslautender Behauptungen haben die Krankenhäuser in den vergangenen Jahrzehnten maßgeblich zur Stabilisierung der GKV-Finanzen beigetragen. Die amtlichen Statistiken belegen, dass die **GKV-Krankenhausausgaben durchschnittlich langsamer angestiegen** sind als deren Ausgaben für Arztpraxen, Arzneimittel und für ihren eigenen Verwaltungsapparat. Im Zeitraum der Jahre 2010 bis 2025 ist der **Anteil der Krankenhausgaben an den gesamten GKV-Leistungsausgaben von 35,6 auf 33,1 Prozent gesunken**. Diese Tatsache lässt der Gesetzentwurf ebenso unberücksichtigt wie den Umstand, dass die Krankenhäuser infolge der Aussetzung der sogenannten Meistbegünstigungsklausel für das Jahr 2026 bereits einen weiteren **beträchtlichen Beitrag zur Entlastung der GKV-Finanzen in Höhe von rund 1,8 Milliarden Euro geleistet** haben. Einen **weiteren Beitrag in Höhe von 4 Milliarden Euro** leisten die Krankenhäuser überdies ab dem 01. November 2026, da zu diesem Zeitpunkt der auf ein Jahr befristete Rechnungszuschlag für nachgewiesenermaßen nicht ausgeglichene dauerhafte Kostensteigerungen der Jahre 2022 und 2023 entfällt.

Die Formulierungen des Gesetzentwurfes erwecken zudem den Eindruck, dass die Krankenhäuser im Zeitraum von 2022 bis 2025 Vergütungssteigerungen realisieren konnten, die über den Kostenentwicklungen lagen. Dies ist sachlich schlichtweg falsch, und muss klargestellt werden:

Kosten-Erlös-Schere seit 2022		
Jahr	Kostenanstieg (O-Wert)	Vergütung inkl. Tarifberichtigung
2022	6,07 %	2,32 %
2023	6,95 %	4,43 %
2024	4,24 %	5,93 %
2025	2,98 %	4,36 %
Summe (indexiert)	**21,78 %**	**18,12 %**

Zwischen dem vom statistischen Bundesamt errechneten Kostenorientierungswert als Maßstab für die Kostensteigerungen der Krankenhäuser und der Vergütungsentwicklung

anhand der Entwicklung der Landesbasisfallwerte – inklusive der Berücksichtigung der Tarifberichtigungsrate – klafft ein Defizit in Höhe von 3,66 %. Damit sind zwischen 2022 und 2025 die Kosten der Kliniken viel stärker gestiegen als die Vergütungen.
Auch der Anstieg der GKV Ausgaben für die Krankenhausbehandlung im Jahr 2025 in Höhe von 9,6 % sind die Folge der Refinanzierung (teils periodenfremder) realer und notwendiger Personal- und Sachkostensteigerungen (Veränderungswert und Tarifrate), politisch gewollter Effekte (Pflegebudget) und des notwendigen Inflationsausgleiches 2022/23.

Effekte	Steigerung in %
Veränderungswert	4,41 %
Tarifrate 2024	1,6 % (bzw. 2,02 % BPflV)
Pflegebudget	ca. 2,35 %
Mengeneffekt	ca. 0,7 %
Rechnungszuschlag	0,54 %
	9,60 %

Darüber hinaus ignoriert der Gesetzentwurf die **desaströse wirtschaftliche Lage der überwiegenden Mehrheit der Krankenhäuser.** Dabei sind die Zahlen bekannt: Gemäß einer aktuellen Roland Berger Studie verzeichneten bereits im Jahr 2024 **75 Prozent aller Krankenhäuser ein defizitäres Jahresergebnis**. Weitere Studien, wie der Krankenhaus Rating Report des RWI oder das Krankenhaus Barometer des DKI, kommen zu gleichlautenden Ergebnissen. Alleine die Kommunen mussten daher gemäß einer Studie von Curacon auf Basis von Zahlen des Deutschen Landkreistages rund **5 Milliarden Euro aus eigenen Mitteln zur Patientenversorgung** in ihren Krankenhäusern aufbringen. Die entsprechenden Beiträge der freigemeinnützigen Krankenhausträger dürften in eine ähnliche Größenordnung gehen. Da jedoch nicht alle Krankenhausträger in der Lage sind, für die Defizite ihrer Krankenhäuser aufzukommen, musste alleine in den vergangenen drei Jahren für 90 Krankenhausstandorte mit insgesamt rund 39 Tausend betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ein Insolvenzverfahren eingeleitet werden. Dieser Trend wird sich in Zukunft weiter fortsetzen und im Falle einer Umsetzung der im Gesetzentwurf angelegten Kürzungsmaßnahmen sogar noch drastisch verschärfen. Die Autoren des jährlich erscheinenden unabhängigen „Krankenhaus Rating Report“ haben vor diesem Hintergrund analysiert, wie sich das geplante Gesetz auf die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser auswirkt. Das Ergebnis ist niederschmetternd. Bereits im Jahr 2027 verschlechtert sich die Lage deutlich und entwickelt sich auch in den Folgejahren dramatisch. Im Jahr 2030 werden nur noch 19 Prozent der Kliniken schwarze Zahlen schreiben, die gesamte Branche gerät mit bisher noch nie dagewesenen Verlusten von durchschnittlich minus 6 Prozent in eine massive Schieflage und 49 Prozent der Krankenhausstandorte werden insolvenzgefährdet sein.

1.3) Kürzungsmaßnahmen ignorieren die Herausforderungen der umfassendsten Krankenhausstrukturreform seit der Einführung des DRG-Systems und den Reformstau in anderen Versorgungsbereichen

Während das Krankenkassensystem und die vertragsärztliche Versorgung weiterhin im Reformstau stehen, wurde für die Krankenhäuser mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) und dem Krankenhaureformanpassungsgesetz (KHAG) die **umfassendste Strukturreform der vergangenen Jahrzehnte** auf den Weg gebracht. Der mit der Reform eingeleitete Strukturveränderungsprozess **stellt die Krankenhäuser vor immense Herausforderungen**. Aktuell weiß kein Krankenhaus in Deutschland, welche Leistungsgruppen die zuständige Landesplanungsbehörde ihm für die Zukunft zuweisen wird. Dementsprechend weiß auch kein Krankenhaus, welche Strukturvorgaben es zukünftig erfüllen muss, welche Anpassungsmaßnahmen dazu notwendig sind und welche Kosten diese verursachen werden. Ebenso ungewiss sind die Reaktionen der eigenen Beschäftigten im Falle einer grundlegenden Veränderung des bisherigen Leistungsspektrums ihres Krankenhauses. Gleiches gilt für die krankenhausindividuellen Auswirkungen der neuen Vorhaltefinanzierung. Auch diese Tatsachen ignoriert der Gesetzentwurf vollständig.

In den Krankenhäusern löst dieser Umstand auch deshalb erheblichen Unmut aus, weil die Bundesregierung bislang **keinerlei Bestrebungen** erkennen lässt, **ähnlich umfassende und zweifellos nicht minder notwendige Strukturreformen auch für die anderen Versorgungsbereiche einleiten zu wollen.** Wissenschaftliche Studien kommen regelmäßig zu dem Ergebnis, dass Deutschland im internationalen Vergleich überdurchschnittlich hohe Gesundheitsausgaben aufweist. Als exklusive Besonderheit der medizinischen Versorgung in Deutschland und als eine der Hauptursachen für die hohen Gesundheitsausgaben benennen die Studien in diesem Zusammenhang, dass die **fachärztliche Versorgung anders als in fast allen anderen Ländern in Deutschland nicht zentralisiert an den Krankenhäusern**, sondern überwiegend immer noch in teuren Einzelfacharztpraxen stattfindet. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund erwarten die Krankenhäuser, dass die Bundesregierung auch diesen Strukturfehler im aktuellen Versorgungssystem zeitnah behebt.

Ebenso unverständlich ist, dass der Gesetzentwurf die beträchtlichen **Einsparpotentiale in den Verwaltungsapparaten der gesetzlichen Krankenkassen** nahezu vollständig ausblendet. Angesichts weitgehend identischer Leistungskataloge für ihre Versicherten liegt es auf der Hand, dass eine deutliche Reduzierung der Anzahl der Krankenkassen die GKV-Beitragszahler erheblich entlasten könnte, ohne deren Versorgung im Krankheitsfall zu verschlechtern. Es drängt sich der Verdacht auf, dass die Interessensvertreter der Krankenkassen das BMG bereits beim Verfassen des Referentenentwurfs maßgeblich beeinflusst haben. Nun hat die Bundesregierung diesen Entwurf nahezu 1:1 beschlossen.

1.4) Umsetzung der Kürzungsmaßnahmen würde für ein massives Glaubwürdigkeitsproblem der Bundesregierung sorgen

In ihrem Koalitionsvertrag zur aktuellen Legislaturperiode kündigen CDU/CSU und SPD unmissverständlich an, die Tarifbindung stärken zu wollen und Tariflöhne wieder zur Regel zu machen (s. Seite 18). Darüber hinaus kündigen die Regierungsparteien ebenso unmissverständlich an, die Dokumentationspflichten und Kontrolldichten im Gesundheitswesen massiv verringern zu wollen, eine Vertrauenskultur zu etablieren und die Eigenständigkeit und Eigenverantwortlichkeit der Professionen zu stärken, statt sie mit Bürokratie zu lähmen (s. Seite 110).

Demgegenüber sieht der Gesetzentwurf vor, die vollständige Tarifrefinanzierung in eine hälftige zu überführen und die erst zum Jahr 2020 mit dem ausdrücklichen Ziel der „Verbesserung der Effizienz und Effektivität der Krankenhausabrechnungsprüfung“ eingeführten Prüfquoten zu streichen. An dieser Stelle sollte sich die Politik daran erinnern, dass das vorhandene System die Kliniken belohnt, bei denen nur sehr geringe Auffälligkeiten bestehen.

Hinzu kommt die im Gesetzentwurf angelegte Streichung der sogenannten Meistbegünstigungsklausel und deren Ersatz durch eine Finanzierungssystematik für das Pflegebudget und alle anderen Vergütungsinstrumente, die die bereits bestehende systematische Unterfinanzierung der Krankenhäuser dauerhaft zementieren wird. Ein Finanzierungssystem, dass nach oben deckelt und gleichzeitig die Krankenhäuser einem jährlich wiederkehrenden Rückzahlungsrisiko aussetzt, muss zwangsläufig in einer permanenten Abwärtsspirale bei der zukünftigen Beschäftigung von Pflegekräften und drastischen Leistungskürzungen für die Patientinnen und Patienten münden.

Sollte die Bundesregierung die gesamte Krankenhausfinanzierung dauerhaft an Indikatoren koppeln, die eine auskömmliche Finanzierung der Krankenhäuser weitgehend unmöglich machen, und zudem die vollständige Tarifrefinanzierung in eine hälftige überführen und die Prüfquoten erhöhen, käme dies einer **Bankrotterklärung** gleich. Das angesichts ihrer Ankündigungen im Koalitionsvertrag unweigerlich resultierende **Glaubwürdigkeitsproblem wäre massiv und irreparabel**. Auch vor diesem Hintergrund **raten die Krankenhäuser der Bundesregierung dringend davon ab, die für die Krankenhäuser im Gesetzentwurf vorgesehenen Kürzungen gesetzlich auf den Weg zu bringen.**

Die Frage, wie die Kliniken angesichts schon heute vorhandener Defizite bei der Umsetzung der entsprechenden Sparmaßnahmen einen Personalabbau zu Lasten der Patientenversorgung vermeiden und auf ein Outsourcing in Niedriglohnbereiche verzichten sollen, wird von der Bundesregierung weder thematisiert noch beantwortet.

Den inzwischen erfolgten kritischen Vorstoß der Länder im Rahmen ihrer am 12. Juni 2026 beschlossenen Stellungnahme zum Kürzungsgesetz begrüßen die Krankenhäuser insofern

ausdrücklich. Die Länder fordern weitreichende Korrekturen ein, die im Wesentlichen auch die Kritikpunkte und Gegenvorschläge der Krankenhäuser bekräftigen und durch zahlreiche öffentliche Protestaktionen in den vergangenen Tagen und Wochen untermauert wurden. Dies betrifft u. a. die Streichung der Umkehr der „Meistbegünstigungsklausel“, die Streichung der Erhöhung der MD-Prüfquoten und Schwellenwerte, die Beibehaltung der vollen Tarifrate, die Streichung der Erfüllung der Pflegepersonaluntergrenzen als Kriterium für die Leistungsgruppen, die Streichung der geplanten Regelungen zur Deckelung des Pflegebudgets sowie die Forderung, die tätigkeitsbezogene Abgrenzung pflegebudgetrelevanter Personalkosten erst für die Jahre ab 2027 anzuwenden.

Ergänzend dazu sind **geeignetere Maßnahmenvorschläge** zur Deregulierung und zum Abbau der bestehenden Überbürokratisierung dem als **Anlage** beigefügten DKG-Papier zu entnehmen.

2) Management Summary zu den im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen für den stationären Bereich

Globale Begrenzung der Vergütungsanstiege (Seite 14)

Die vorgesehene Regelung führt zu einer strukturellen und wachsenden Finanzierungslücke, da tatsächliche Kostensteigerungen der Krankenhäuser nicht ausreichend refinanziert werden. Die bestehende Systematik sichert bereits zu, dass die Vergütungen nie stärker steigen können als die tatsächlichen Kostensteigerungen der Krankenhäuser, sodass die geplanten Kürzungen sachlich nicht erforderlich sind und vielmehr willkürlich wirken. Besonders problematisch ist der zeitliche Verzug bei der Berücksichtigung von Kostenentwicklungen, der dazu führt, dass insbesondere Tariflohnsteigerungen systematisch unterfinanziert bleiben. Die Abschaffung bewährter Ausgleichsmechanismen wie Tarifrate und Meistbegünstigungsklausel verschärft diese Problematik zusätzlich und wiederholt Fehler der Vergangenheit. Insgesamt führen die Regelungen zu einer Entkopplung von Kostenentwicklung und Vergütung, destabilisieren die Krankenhausfinanzierung und stellen eine unbegründete Sparmaßnahme zulasten der Kliniken dar.

Abschaffung der vollständigen Tarifrefinanzierung (Seite 18)

Die Tarifrate ist ein zentrales Instrument, um tarifbedingte Personalkostensteigerungen oberhalb des Veränderungswertes vollständig zu refinanzieren, und damit für die wirtschaftliche Stabilität der Krankenhäuser unverzichtbar. Mit einer Reduzierung dieses Instrument (hälftige Tarifrate) droht eine erneute systematische Unterfinanzierung der Personalkosten, wie sie bereits in der Vergangenheit zu erheblichen Defiziten beigetragen hat. Die Annahme, bestehende Mechanismen wie Orientierungswert und Veränderungswert würden eine ausreichende Refinanzierung gewährleisten, ist unzutreffend, da diese lediglich eine Obergrenze setzen und keinen automatischen Ausgleich sicherstellen. Zudem basiert der Veränderungswert auf rückblickenden Daten und verstärkt dadurch zeitliche Verzerrungen bei der Finanzierung aktueller Kostensteigerungen.

Reform des Pflegebudgets (Seite 20)

Die geplanten Neuregelungen zum Pflegebudget bedeuten einen grundlegenden Systemwechsel. Das bisherige Selbstkostendeckungsprinzip soll ab 2027 aufgegeben und durch ein an das Vorjahresbudget anknüpfendes, über den Veränderungswert gedeckeltes System ersetzt werden. Mehrkosten sollen künftig nicht mehr ausgeglichen werden, während Minderkosten weiterhin vollständig budgetwirksam werden. Damit entsteht ein einseitiger Anpassungsmechanismus nach unten, der die Krankenhäuser faktisch zu einer strategischen Unterschreitung ihrer Budgets zwingt. Steigende Löhne, strukturelle Veränderungen und reale Mehrbedarfe werden künftig grundsätzlich nicht mehr sachgerecht abgebildet. Die Folge ist ein erheblicher Druck zur Unterschreitung der Budgets, weil jede Überschreitung wirtschaftlich zulasten der Krankenhäuser geht, während Unterschreitungen systematisch verfestigt werden.

Vor diesem Hintergrund schlägt die DKG für die Jahre 2027 und 2028 eine geordnete Übergangsregelung vor. Ausgangsgrundlage der Pflegebudgets sollen die für das Jahr 2026 testierten Pflegepersonalkosten sein. Diese Ausgangsgrundlage ist automatisch und vollständig um die Tarifentwicklung für das Pflegepersonal fortzuschreiben. Zudem müssen die bislang berücksichtigten pflegeentlastenden Maßnahmen für die Übergangsphase Bestandteil der fortzuschreibenden Ausgangsgrundlage bleiben. Für die Zeit ab 2029 ist das die Finanzierung des Pflegepersonals auf Grundlage eines gesonderten Regelungsvorschlags bedarfsorientiert weiterzuentwickeln.

Besonders problematisch ist, dass die im Gesetzesentwurf vorgesehene Deckelung unabhängig von der künftigen Leistungsstruktur und damit weitgehend losgelöst von den Zielen der Krankenhausreform ausgestaltet werden soll. Strukturelle Leistungsverlagerungen und Konzentrationsprozesse können nur sehr begrenzt nachvollzogen werden. Gerade für Krankenhäuser der flächendeckenden Versorgung droht damit ein sukzessiver Abbau der Pflegepersonalausstattung und eine erneute Schwächung der Attraktivität des Pflegeberufs.

Überaus kritisch ist zudem, dass die im Gesetzentwurf vorgesehene Berücksichtigung von Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal tatsächlich nur als Liquiditätsregelung ausgestaltet ist. Sie erhöht nicht das Pflegebudget selbst, sondern wirkt nur auf den unterjährigen Zahlpflegeentgeltwert. Das bedeutet, die im Gesetzentwurf vorgesehene Anwendung der hälftigen Tarifrate wirkt sich nicht auf das Pflegebudget aus. Die Entwicklung des Pflegebudgets bleibt weiterhin durch den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b KHEntgG begrenzt. Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal müssen daher auch auf der Ebene des Pflegebudgets vollständig berücksichtigt werden. Hierzu sollte § 6a Absatz 2a Satz 4 KHEntgG so ergänzt werden, dass Tariferhöhungen für das Pflegepersonal nach § 10 Absatz 5 Satz 3 Nummer 1 KHEntgG als eigenständiger Überschreitungstatbestand gegenüber dem Veränderungswert berücksichtigt werden.

Die bisherigen Regelungen zur Abgrenzung und Vereinbarung der Pflegebudgets knüpfen seit Einführung des Pflegebudgets an Berufsgruppen, organisatorische Zuordnung und überwiegende Tätigkeit in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen und in Kreißsälen an. Eine kleinteilige Abgrenzung einzelner hauswirtschaftlicher, logistischer, administrativer oder technischer Tätigkeitsanteile ist in den bestehenden Bundesvereinbarungen nicht angelegt, praktisch kaum umsetzbar und nicht sachgerecht prüfbar. Pflegekräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung erbringen notwendigerweise auch dokumentierende, organisatorische, koordinierende und unterstützende Tätigkeiten. Diese Tätigkeiten sind Bestandteil des pflegerischen Versorgungsprozesses und dürfen nicht aus dem Pflegebudget herausgelöst werden. Diese Regelung ist zu streichen.

Zur Vermeidung von Rückwirkungen auf das Pflegebudget 2026 und noch nicht abgeschlossener Vorjahre ist § 6a Absatz 2 Satz 12 KHEntgG (eingefügt durch das KHAG) zu streichen. Nur so kann verhindert werden, dass die tätigkeitsbezogene Abgrenzungslogik bereits für das Pflegebudget 2026 und für noch nicht vereinbarte Vorjahre Anwendung findet und dort zu unauflösbaren Problemen führt. Eine Anwendung bereits für 2026 widerspricht

zudem dem im Krankenhausfinanzierungssystem verankerten Prospektivitätsgrundsatz, da die hierfür erforderlichen Abgrenzungs- und Umsetzungsgrundlagen auf Bundesebene noch nicht vorliegen. Ohne eine vorherige bundeseinheitliche Definition der betroffenen Tätigkeiten sowie eine entsprechende systemkonforme Anpassung der Daten- und Vergütungsstrukturen würde es zu systemwidrigen Eingriffen in laufende Budgetverhandlungen und zu einer sachlich nicht gerechtfertigten einseitigen Risikoverschiebung zulasten der Krankenhäuser kommen.

Sollte der Gesetzgeber an einer Änderung ab dem Jahr 2027 festhalten, darf diese nicht zu einer minutengenauen oder tätigkeitsbezogenen Aufteilung regulärer Pflegekräfte führen. Allenfalls organisatorisch klar erkennbare Dienste, Funktionen oder Stellen, die erkennbar nicht überwiegend der unmittelbaren pflegerischen Patientenversorgung dienen, können innerhalb der bisherigen Systematik abgegrenzt werden. Jede weitergehende Herauslösung von Pflegepersonalkosten müsste korrespondierend und gesetzlich abgesichert normierungserhöhend im aG-DRG-System berücksichtigt werden. Andernfalls entstünde keine sachgerechte Abgrenzung, sondern eine dauerhafte ungerechtfertigte Niveauabsenkung der Pflegebudgets.

Die vorgesehene Ausnahmeregelung zur Erfüllung von Personalvorgaben reicht nicht aus, insbesondere wenn – wie in der Gesetzesbegründung ausgeführt – auf die für das Pflegebudget völlig ungeeigneten Pflegepersonaluntergrenzen abgestellt wird. Stattdessen plädieren die Krankenhäuser für eine Weiterentwicklung des Pflegebudgets auf Basis der PPR 2.0 in einem Korridormodell, um eine bedarfsgerechte, stabile und bürokratiearme Finanzierung sicherzustellen. Dieses Modell unterstützt die Ziele der Krankenhausreform im Sinne einer versorgungsorientierten Allokation des Personals, außerdem erreicht sie eine Konvergenz hin zu bedarfsgerechteren Verteilungen und löst auch das mutmaßliche Problem von vereinzelt übermäßigen Tätigkeitsverschiebungen, da die PPR 2.0 derartige Anteile in nur geringem Maße beinhaltet.

Streichung der zusätzlichen Vergütung für pflegeentlastende Maßnahmen (Seite 26)

Die pflegeentlastenden Maßnahmen sind ein zentraler Bestandteil der Pflegefinanzierung, da sie Pflegefachkräfte von fachfremden Tätigkeiten entlasten und so Effizienz, Versorgungsqualität und Attraktivität des Pflegeberufs stärken. Eine Streichung würde dazu führen, dass unterstützendes Personal abgebaut und Aufgaben wieder auf Pflegekräfte verlagert werden, was langfristig Kosten erhöht und die Fachkräftesituation verschärft. Besonders problematisch ist, dass neu eingestelltes unterstützendes Personal bei Wegfall der Regelung nicht mehr refinanziert würde und damit eine Finanzierungslücke entsteht. Insgesamt drohen dadurch Personaleinsparungen zulasten der Versorgungsqualität und eine erneute Belastung des Pflegepersonals. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die ursprünglich zur Entlastung der Pflege möglichen gezielten Maßnahmen auf Drängen der Kassen von 4 % auf 2,5 % des Pflegebudgets gekürzt und pauschaliert wurden. Allenfalls wäre wieder auf nachzuweisende Maßnahmen umzustellen.

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (Seite 27)

Die geplanten Anpassungen werden kritisiert, da sie die Vergütung von der tatsächlichen Kostenentwicklung entkoppeln und damit wirtschaftliche Risiken für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen erhöhen. Dadurch entsteht ein widersprüchliches Signal, das innovative Versorgungsmodelle fördern soll, zugleich aber deren finanzielle Grundlage schwächt und die Umsetzung gefährdet. Insgesamt drohen Verzögerungen, geringere Investitionsbereitschaft und Risiken für die Sicherstellung der Versorgung, insbesondere in strukturschwachen Regionen.

Erhöhung der Prüfquoten sowie der Schwellenwerte (Seite 28)

Die Erhöhung der maximal zulässigen krankenhausindividuellen Prüfquoten sowie der diesbezüglichen Schwellenwerte, die für die Zuordnung zu einer Prüfquote entscheidend sind, wird abgelehnt. Die statistischen Daten zu den Ergebnissen auf Basis der bislang geltenden Prüfquoten belegen die überwiegend hohe Qualität der Abrechnungen der Krankenhäuser, so dass kein sachlich erforderlicher Grund für eine Anhebung der Prüfquote oder Erhöhung der Schwellenwerte gegeben ist. Es soll lediglich durch eine unverhältnismäßige Erhöhung der Prüfquoten bei gleichzeitiger Erschwerung des Zuganges zu einer niedrigen Prüfquote durch Erhöhung der Schwellenwerte das mögliche Prüfvolumen zu Gunsten der Krankenkassen erhöht werden, was letztlich zu einer wesentlich erhöhten Bürokratie und Belastung der Krankenhäuser führt.

Prüfauftrag zur Fallzusammenführung (Seite 30)

Es ist zu begrüßen, dass der Gesetzgeber die weitreichenden Vorschläge der FinanzKommission Gesundheit zur pauschalen Ausweitung der Fallzusammenführung nicht unmittelbar übernimmt, sondern die Selbstverwaltung mit einer Prüfung beauftragt. Positiv ist insbesondere, dass weder eine starre 30-Tage-Regelung noch eine krankenhaus- und MDC-übergreifende Fallzusammenführung gesetzlich vorgegeben werden. Die bestehenden Regelungen sind zudem seit Jahren etabliert, differenziert ausgestaltet und in der Praxis konfliktarm anwendbar. Eine derart undifferenzierte, medizinisch nicht nachvollziehbare Ausweitung würde neue bürokratische Belastungen, zusätzliche Abgrenzungs- und Abrechnungsstreitigkeiten sowie Risiken für medizinisch sinnvolle und etablierte Versorgungsabläufe mit sich bringen. Die Prüfung durch die Selbstverwaltung muss daher ausdrücklich ergebnisoffen erfolgen. Auch die Krankenhäuser sind an unbürokratischen, zielführenden und sachgerechten Regelungen interessiert und unterstützten eine Prüfung grundsätzlich.

Obligatorische Zweitmeinungsverfahren bei mengensensiblen Eingriffen (Seite 32)

Die Krankenhäuser unterstützten das bestehende Zweitmeinungsverfahren als sinnvolles Instrument zur Stärkung von Patientensouveränität und -sicherheit, kritisch ist jedoch die geplante Regelung, wonach Krankenhäuser oder Ärzte bei bestimmten planbaren Eingriffen keine Vergütung erhalten sollen, wenn vorab keine Zweitmeinung eingeholt wurde. Hierfür sind ausreichend zugelassene Zweitmeinungsärzte, um die große Zahl betroffener Patienten

zeitnah zu versorgen, zwingend notwendig. Ansonsten könnten lange Wartezeiten entstehen und notwendige Behandlungen verzögert werden. Darüber hinaus bedarf es einer weiteren Gesetzesregelung zur sachgerechten Ausnahme für Fälle, in denen eine Zweitmeinung trotz rechtzeitiger Information und nachweisbaren Bemühens nicht rechtzeitig eingeholt werden kann. Auch sollte das verpflichtende Zweitmeinungsverfahren engmaschig evaluiert werden.

Automatische Erweiterung des Prüfauftrags des Medizinischen Dienstes sowie Abstimmung zwischen GKV-Spitzenverband und DKG über mögliche Ausweitung des Vorverfahrens/ Falldialoges (Seite 33)

Die vorgeschlagene automatische Erweiterung des Prüfauftrags wird abgelehnt, da er einen Systemwechsel hin zu verdachtsunabhängigen Prüfungen darstellt, für den es keine sachlichen Gründe gibt. Eine solche Ausweitung würde gegen datenschutzrechtliche Vorgaben und die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts verstoßen, da sie eine unverhältnismäßige Ausforschung ohne konkrete Auffälligkeiten ermöglichen würde. Zudem würde sie die Rechte der Krankenhäuser im Prüfverfahren erheblich einschränken und zusätzlichen bürokratischen Aufwand schaffen, ohne belastbare finanzielle Vorteile nachzuweisen.

Maßnahmen zur Begrenzung von Budgetsteigerungen und Absenkung der Budgets von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen (Seite 35)

Die vorgeschlagenen Gesetzesänderungen werden kritisiert, da sie auf nicht belastbaren Annahmen beruhen und die Umsetzung zentraler Qualitätsvorgaben wie der PPP-RL gefährden würden. Die zusätzlich zur „globalen Begrenzung der Vergütungsanstiege“ vorgesehene Zweckbindung und Rückzahlungsverpflichtung von großen Budgetanteilen bedeuten einen grundlegenden Systembruch, führen zu doppelten Sanktionen und entziehen den Einrichtungen zusätzlich Mittel aus den bisherigen Budgets. Insgesamt drohen mehr Bürokratie, strukturelle Unterfinanzierung und erhebliche Risiken für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung.

Einführung von Kurzzeitfallpauschalen (Seite 37)

Die geplante Einführung von Kurzzeitfallpauschalen wird grundsätzlich als sinnvoll bewertet, jedoch kritisiert, dass sie ohne ausreichende Diskussion und mit erheblichen inhaltlichen Lücken vorangetrieben wird. Insbesondere drohen Abgrenzungsprobleme, Fehlanreize und zusätzliche Komplexität durch parallele Vergütungssysteme sowie fehlende zentrale Regelungen, etwa zur Einbeziehung ambulanter Leistungen. Insgesamt besteht erheblicher Nachbesserungsbedarf, damit die Reform ihr Potenzial für eine effizientere und patientenorientierte Versorgung tatsächlich entfalten kann.

Streichung des ePA-Befüllungszuschlags – ambulant und stationär (Seite 46)

Die geplante Streichung des Zuschlags sowohl für die Erst- als auch für die Folgebefüllung auf jeglicher Ebene (ambulant und stationär) wird kritisiert, da sie unter dem Vorwand der Beitragsstabilität erfolgt, ohne die eigentlichen Kostentreiber oder Bürokratie abzubauen, und den finanziellen Druck einseitig auf die Krankenhäuser verlagert. Dadurch werden

insbesondere Digitalisierung und Innovationsfähigkeit geschwächt, obwohl gleichzeitig zusätzliche gesetzliche und technische Anforderungen bestehen. Insgesamt entsteht ein widersprüchliches Signal, das die Weiterentwicklung digitaler Prozesse eher behindert als fördert.

Unzureichendes Maßnahmenpaket mit Blick auf das Einsparpotential im Bereich der Arzneimittelkosten (Seite 46)

Die im Gesetzentwurf vorgeschlagenen Maßnahmen im Arzneimittelbereich werden nicht ausreichend sein, um den exzessiven Preisanstieg vor allem der unterlagen- und patentgeschützen Arzneimittel wirkungsvoll einzudämmen. Die Krankenhäuser machen vor diesen Hintergrund ergänzende Vorschläge.

3) Bewertung zu den im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen für den stationären Bereich

3.1) Globale Begrenzung der Vergütungsanstiege

Umkehrung der sog. „Meistbegünstigungsklausel". Als Obergrenze soll zukünftig der niedrigere Wert von Veränderungsrate und Orientierungswert als Veränderungswert gelten. Für die Veränderungsrate greift für die Jahre 2027 bis 2029 ein Abzug von 1 %. Zudem soll die Ermittlung der Veränderungsrate in den Jahren 2028 und 2029 ohne die Wirkung der außerordentlichen Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze erfolgen.

DKG-Stellungnahme:

Die dauerhafte Begrenzung des Veränderungswertes auf den jeweils niedrigeren Wert aus Orientierungswert und Veränderungsrate, sowie der zusätzliche Abschlag von einem Prozentpunkt für die Jahre 2027 bis 2029 auf die Veränderungsrate, führen zu einer fortschreitenden Vergrößerung der Finanzierungslücke zwischen den tatsächlichen Kostensteigerungen der Krankenhäuser und den refinanzierten Kosten und sind daher nicht sachgerecht.

Bei der geltenden Systematik wird der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 SGB V bereits umfassend berücksichtigt. Zusätzliche Begrenzungen sind daher nicht erforderlich. Vielmehr besteht die Gefahr, dass die vorgesehenen Regelungen gegen § 70 SGB V verstoßen, wonach eine wirtschaftlich tragfähige Finanzierung einer flächendeckenden Krankenhausversorgung sicherzustellen ist. Bereits heute orientiert sich die maximale Vergütungssteigerung der Krankenhäuser an den zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern vereinbarten voraussichtlichen Kostensteigerungen des jeweiligen Vereinbarungsjahres. Liegen diese unterhalb der gesetzlichen Obergrenze des Veränderungswertes, bleibt es bei den tatsächlich vereinbarten Kostensteigerungen. Überschreiten die vereinbarten Kostensteigerungen hingegen den Veränderungswert, werden sie auf diesen begrenzt. Genau darin besteht das unveränderte Prinzip der Beitragssatzstabilität: Krankenkassen finanzieren niemals mehr als die vereinbarte Kostenentwicklung, Krankenhäuser erhalten aber auch niemals automatisch ihre tatsächlichen Kosten vollständig refinanziert. Der Gesetzentwurf und die damit einhergehende gesetzliche Änderung greift in diese bewährte Zwei-Säulen-Systematik der Landesbasisfallwertverhandlungen ein. Krankenhäuser werden bereits heute niemals bessergestellt, als es den tatsächlich vereinbarten Kostensteigerungen des jeweiligen Vereinbarungsjahres entspricht. Vergütungssteigerungen werden ausschließlich bis zur Höhe der real vereinbarten Kosten refinanziert. Mit den vorgeschlagenen Maßnahmen würde die Beitragssatzstabilität jedoch zum allein dominierenden Maßstab erhoben, ohne die Auswirkungen auf die Sicherstellung einer wirtschaftlich tragfähigen Versorgung angemessen zu berücksichtigen. Dies läuft letztlich auf ein einseitiges Spardiktat zulasten der

Krankenhäuser hinaus. Die vorgesehenen Regelungen sind unverhältnismäßig, weil sie keine Ausnahme- oder Härtefallregelungen für außergewöhnliche Kostenentwicklungen vorsehen, etwa infolge von Energiekrisen, Inflation oder starken Tarifsteigerungen. Dies gilt in besonderem Maße für die vollkommen arbiträre und willkürliche 1 %-Kürzung der Veränderungsrate in den Jahren 2027 bis 2029. Da die Veränderungsrate aus retrospektiven Daten berechnet wird, gibt es keinen zeitlichen Verzug der Einnahmen zum Nachteil der Krankenkassen. Auch diese Kürzung geht weit über ein maßvolles Herangehen hinaus und ist vor dem Hintergrund des gesetzlichen Grundsatzes der auskömmlichen Finanzierung der Krankenhäuser keinesfalls zu rechtfertigen.

Die Argumentation des Gesetzgebers einer rein normativen und willkürlich gegriffenen Absenkung der Veränderungsrate geht daher vollkommen fehl. Anders als dargestellt steigt die Veränderungsrate über eine mögliche Erhöhung der Grundlohnsummenentwicklung aufgrund der retrospektiven Berücksichtigung der Daten erst mit einer zeitlichen Verzögerung von mindestens einem halben Jahr. Die Kosten der Krankenhäuser hingegen steigen unmittelbar mit Anhebung der Tariflöhne. Aufgrund dieser Systematik werden notwendige Tariflohnfinanzierungen allein durch den zeitlichen Verzug gekürzt. Aus diesem Grund musste die Regierung in den Jahren 2009, 2012 und 2013 über eine kurzfristig gewährte Tarifrate eingreifen, damit die Löhne bezahlt werden konnten. Der unten dargelegte Periodeneffekt konnte über eine dauerhafte (hälftige) Tarifrate ab 2016 und durch die sogenannte Meistbegünstigungsklausel vermindert und die Finanzierung der Personalkosten damit stabilisiert werden. Zwischen 2016 und 2024 galt eine differenzierte Regelung, nach der für den Pflegedienst ohne unmittelbare Patientenversorgung eine vollständige Refinanzierung der Tarifsteigerungen vorgesehen war, während für die übrigen Berufsgruppen lediglich eine hälftige Berücksichtigung erfolgten. Mit der gesetzlichen Nachbesserung im Jahr 2024 hat der Gesetzgeber die zuvor bestehende nicht auskömmliche Refinanzierung ausdrücklich aufgegriffen und korrigiert, indem eine vollständige Refinanzierung der Tarifsteigerungen für alle betroffenen Berufsgruppen eingeführt wurde. Die nun vorgesehene Absenkung der Refinanzierung auf einheitlich 50 Prozent für alle drei Berufsgruppen stellt eine Abkehr von dieser erst kürzlich korrigierten Regelung dar. Sie wiederholt bekannte Fehlentwicklungen und führt zu einer Destabilisierung, da tarifliche Lohnsteigerungen vollständig zu tragen sind, jedoch nicht mehr in entsprechender Höhe refinanziert werden. Sie bedeutet außerdem eine Rücknahme der Maßnahmen der Regierung, um die Krankenhäuser in der Phase der Umsetzung der Strukturreform wirtschaftlich zu unterstützen, damit kontraproduktive und ungeregelte Austritte aus der Krankenhausversorgung vermieden werden.

Der zusätzliche Abzug von 1 % ist weder begründet noch nachvollziehbar und führt zu weiterer massiver Unterfinanzierung, insbesondere vor dem Hintergrund der aktuell schon äußerst angespannten wirtschaftlichen Lage vieler Krankenhäuser.

Zudem verstärkt sich dadurch der Periodeneffekt durch den bestehenden Zeitversatz, da Kostenentwicklungen des zweiten Halbjahres des vorvergangenen Jahres sowie des ersten

Halbjahres des laufenden Jahres erst im darauffolgenden Jahr im Veränderungswert berücksichtigt werden können. Der Veränderungswert basiert dementsprechend bereits auf retrospektiven Kostendaten und wirkt ausschließlich als Obergrenze für prospektive Verhandlungen. Ein zusätzlicher Abschlag verstärkt den bestehenden Zeitversatz noch und führt zu einer weiteren Entkopplung von tatsächlicher Kostenentwicklung und Vergütung mit vollkommen ungerechtfertigten Kürzungen, die durch kurzfristige politische Eingriffe wie in der Vergangenheit wieder korrigiert werden. Zudem schlagen externe Preisschocks, wie etwa die Inflationssprünge der Jahre 2022 und 2023, aufgrund der zeitlichen Verzögerung nicht zeitnah auf die Erlöse durch. Die Kosten steigen unmittelbar, während Orientierungswert und Veränderungsrate erst mit erheblicher Verzögerung reagieren. Dadurch entstehen rein zufällige und massive Finanzierungslücken. Aufgrund der sich erneut in 2026 abzeichnenden Energiekrise mit nachfolgender Inflationsgefahr bereitet der Gesetzgeber damit sehenden Auges geradezu den Boden für eine bisher nicht gekannte Unterfinanzierung der Krankenhäuser in 2027.

Darüber hinaus wird der Orientierungswert nach neuer Rechtslage (KHAG) auf einen Kalenderjahresbezug nach Inkrafttreten der nicht zustimmungspflichtigen Rechtsverordnung umgestellt. Künftig ist somit das vorangegangene Kalenderjahr maßgeblich, während bislang die Berechnung auf Grundlage des zweiten Halbjahres des vorangegangenen Kalenderjahres sowie des ersten Halbjahres des laufenden Kalenderjahres jeweils im Vergleich zum entsprechenden Vorjahreszeitraum erfolgte. Damit werden rein zufällige Kürzungen aufgrund der unterschiedlichen Bezugszeiträume noch wahrscheinlicher. Ein unmittelbarer Bezug zur aktuellen Kostenentwicklung des Vereinbarungsjahres besteht nicht. Hinzu kommt, dass aufgrund der geänderten Zeiträume künftig unterschiedliche Bezugszeiträume berücksichtigt werden: Während der Orientierungswert auf einem Kalenderjahresbezug basiert, wird die Veränderungsrate weiterhin anhand eines Halbjahresbezugs (erstes Halbjahr des laufenden Jahres und zweites Halbjahr des vorangegangenen Jahres) ermittelt.

Liegen die auf dieser Grundlage berechneten historischen Kostensteigerungen unterhalb der tatsächlichen Kostenentwicklung des künftigen Vereinbarungszeitraums, bilden diese nach der vorgesehenen Änderung dennoch die verbindliche Obergrenze für die Vergütungsentwicklung des aktuellen Jahres. Höhere tatsächliche Kostensteigerungen würden dadurch gedeckelt und nicht refinanziert. Die hierdurch entstehende Finanzierungslücke kann in Folgejahren nicht mehr aufgeholt werden. Der Orientierungswert führt in dieser Form damit systematisch zu einer zunehmenden Unterfinanzierung. Kommt es im Jahr 2026 erneut zu einem externen Preisschock, steigen die Kosten der Krankenhäuser unmittelbar an. Für die Landesbasisfallwertverhandlungen 2027 würde jedoch einen Orientierungswert zugrunde gelegt, der auf historischen Daten aus dem Jahr 2025 basiert und die tatsächliche Kostenentwicklung des Jahres 2026 nicht abbildet. Gleichzeitig würden die Einnahmen der Krankenkassen bereits ansteigen. Die Krankenhäuser würden dennoch auf Basis eines deutlich niedrigeren Wertes gedeckelt, obwohl ihre tatsächlichen Kosten erheblich höher liegen und die Einnahmen der Kassen über dem Deckel liegen. Das verstößt ganz

offensichtlich gegen eine rechtlich gebotene Abwägung der Grundsätze Beitragssatzstabilität und auskömmliche Finanzierung der Krankenhäuser.

Trotz der geplanten Änderung des Orientierungswertes künftig unter Einbeziehung des Pflegepersonals statt wie bisher ohne Pflege am Bett bleibt die grundsätzliche Ermittlung des Orientierungswertes weiterhin mit erheblichen Schwächen behaftet. Das Statistische Bundesamt hat schon vor Jahren den Auftrag erhalten, den Orientierungswert neu zu berechnen, da er die Sachkosten (z. B. für Medizinprodukte, Energie, Dienstleistungen) teilweise falsch oder gar nicht berücksichtigt. Der Warenkorb ist nicht hinreichend krankenhausspezifisch. Deshalb liegt der Orientierungswert häufig unter der realen Kostensteigerung der Krankenhäuser.

Darüber hinaus kommen weitere Kürzungen durch die in § 71 SGB V vorgesehenen Abschlagsregelungen im Bereich der Krankenhausambulanzen hinzu, was die finanzielle Gesamtlage weiterhin verschärft.

Insgesamt ist die Regelung eine willkürliche Vergütungskürzung als reine Sparmaßnahme für die Krankenkassen. Eine sachlich nachvollziehbare Begründung fehlt vollständig, die Argumentation wirkt konstruiert und geht fehl. Diese Kürzungen greifen insbesondere an der Finanzierung des wichtigen Personals der Krankenhäuser an, das ganz überwiegend tarifgebunden bezahlt wird. Damit wird einer tragenden Säule des Krankenhaussektors und damit der Infrastruktur des Gesundheitsbereichs die stabile Grundlage entzogen. Wer die Ausgabenentwicklung im Krankenhausbereich sachgerecht angehen will, muss sich um die Ursachen kümmern und diese liegen insbesondere in den von Politik und GKV über Jahre hinweg gesteigerten Anforderungen an die Leistungserbringung in den Kliniken. Nur wenn dieser Aufwand sinkt, können die Erlöse daran gemessen begrenzt werden.

Aus diesem Grunde haben die Krankenhäuser das Ziel der Krankenhausreform einer verbesserten und damit qualitativ und wirtschaftlich optimierten Krankenhausstruktur immer unterstützt. Damit die Reform gelingt und die bedarfsnotwendigen Krankenhäuser bis zur Umsetzung finanziell gestützt werden, haben sich Bund und Länder explizit darauf verständigt erstmals den vollen Orientierungswert ohne Korridorverhandlung (Abstand zur niedrigeren Veränderungsrate) und erstmals eine volle Tarifrate gesetzlich vorzusehen. Vor diesem Hintergrund sind die Krankenhäuser entsetzt, dass diese Zusagen und Voraussetzungen nun mit einem Handstrich vom Tisch gefegt werden, zu einem Zeitpunkt an welchem die Krankenhausreform endlich tatkräftig umgesetzt und die Zukunft der stationären Versorgung gestaltet werden soll.

3.2) Abschaffung der vollständigen Tarifrefinanzierung

Absenkung der vollständigen Tarifrefinanzierung („Tarifrate“) auf eine hälftige Tarifrate und Einbeziehung des Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung (KHEntgG und BPflV).

DKG-Stellungnahme:

Durch die wiederkehrende Deckelung der Vergütungsentwicklung und des damit verbundenen Aufbaus kumulativer und systematischer Unterfinanzierung der Krankenhäuser, wurde im Jahr 2016 die Tarifrate eingeführt. Diese dient insbesondere dem Zweck der Refinanzierung tarifbedingter Personalkostensteigerungen. Eine Reduzierung der Tarifrate ignoriert diese langjährigen Erfahrungen und wiederholt die Fehler der Zeit vor dem Jahr 2016. Bereits in den Jahren 2009, 2012 und 2013 mussten kurzfristige politische Notmaßnahmen ergriffen werden, um die Finanzierung tarifbedingter Mehrkosten sicherzustellen.

Über die Erhöhungsrate für Tariferhöhungen („Tarifrate“) werden nach entsprechenden Verhandlungen auf Bundesebene zusätzliche Personalkosten der Krankenhäuser, die über der Preisobergrenze (Veränderungswert) liegen, refinanziert. Die systematische Unterfinanzierung der Personalkosten, ohne die bestehenden abfedernden Instrumente zur Obergrenze, wird insbesondere auch in Kapitel 3.1 erläutert. Die Tarifrate und eine entsprechende vollständige Refinanzierung der Personalkosten aller Berufsgruppen ist daher absolut unverzichtbar, da ansonsten die tatsächlich entstehenden Personalkostensteigerungen des jeweiligen Jahres nicht ausreichend refinanziert wären und das bestehende Personal bei nachweislich hoher Belastung nicht bezahlt werden könnte.

Kernelement der Gesetzlichen Änderung durch das GKV-Stabilisierungsgesetz, ist die Absenkung der Refinanzierungsquote bereits ab dem Jahr 2026. Während bislang Tarifsteigerungen oberhalb des Veränderungswertes vollständig in Höhe von 100 Prozent für alle drei relevanten Berufsgruppen, berücksichtigt wurden, ist künftig nur noch eine anteilige Refinanzierung in Höhe von 50 Prozent vorgesehen. Demzufolge dürfen künftig nur noch 50 Prozent der über den Veränderungswert hinausgehenden Tarifsteigerungen im Basisfallwert berücksichtigt werden, wodurch die Finanzierung tarifbedingter Personalkostensteigerungen um die Hälfte reduziert wird. Für den BPflV-Bereich bedeutet dies, statt vormals 75 Prozent nun 37,5 Prozent und damit ebenfalls eine hälftige Reduzierung. Somit wird die kürzlich erst geänderte vollständige Tarifrefinanzierung aus dem Jahr 2024, wieder zurückgenommen und zusätzlich noch die hälftige Kürzung auf das Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung am Bett ausgeweitet. Die Rückführung zur alten Regelung inklusive Ausweitung ist nicht nachvollziehbar, da die vollständige Tarifrate eine gezielte Nachbesserung des Gesetzgebers zur sachgerechten Tarifrefinanzierung für die Krankenhäuser, insbesondere in Zusammenhang mit der unmittelbar bevorstehenden Strukturreform, sein sollte. Die nach früherer Rechtslage (vor KHVVG) hälftige Refinanzierung für das ärztliche und sonstige nicht-ärztliche Personal und die Tatsache, dass bei diesen

Berufsgruppen zudem strukturelle Tariferhöhungen nicht berücksichtigungsfähig sind und waren, hat zu einer jahrelangen Unterfinanzierung der Personalkosten geführt und erheblich zu der bestehenden defizitären Lage der Krankenhäuser beigetragen.

Zudem wird das Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen künftig in die bisherige Systematik des übrigen Pflegepersonals einbezogen. Damit unterliegt auch diese Berufsgruppe der Tarifrate und wird entsprechend in die Bewertung und Vereinbarung der Erhöhungsrate zwischen den Vertragsparteien einbezogen. Dies ist im Zuge der Änderungen zum Pflegebudget und der Refinanzierung von Pflegepersonalkosten sachgerecht.

Die Argumentation, wonach zusätzliche Vergütungsinstrumente, wie der Orientierungswert und die Verhandlung von Veränderungswerten, die Refinanzierung durchschnittlicher tarifbedingter Kostensteigerungen bereits weitgehend sicherstellen und eine zusätzliche Refinanzierung daher zu einer Doppelfinanzierung führen würde, ist eine Falschdarstellung der Kommission. Die Festlegung der Obergrenze (Veränderungswert) auf Bundesebene wirkt ausschließlich begrenzend und entfaltet keinen Finanzierungsautomatismus. Auf dieser Grundlage erfolgen nachgelagerte Verhandlungen auf Landes- bzw. Ortsebene, insbesondere über den Landesbasisfallwert, die Budgets in der Psychiatrie und Psychosomatik sowie bei Besonderen Einrichtungen. In diesen Verhandlungen können grundsätzlich nur tatsächlich nachgewiesene, erwartete Kostensteigerungen berücksichtigt werden. Liegen entsprechende Nachweise nicht vor, kann die Obergrenze auch nicht ausgeschöpft werden. Die Obergrenze sollte dabei weder unterhalb der vergangenen Kostenentwicklung (Orientierungswert) noch unterhalb der finanziellen Leistungsfähigkeit der Krankenkassen (Veränderungsrate) liegen. Die geltende Gesetzeslage berücksichtigt diese beiden Aspekte in ausgewogener Weise. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund der sogenannten 2-Säulen-Theorie, wonach ausschließlich tatsächlich entstandene bzw. nachgewiesene Kostensteigerungen in die Preisbildung einfließen können. Auch in dem heutigen System haben die Krankenkassen im Rahmen der jährlichen Verhandlungen inklusive einer möglichen Schiedsstellenbefassung alle Möglichkeiten den Anstieg der Landesbasisfallwerte und der Budgets in der Psychiatrie und Psychosomatik auf das objektiv notwendige Maß zu begrenzen.

Eine gesetzliche Einschränkung dieser Obergrenze erscheint auch vor dem Hintergrund nicht sachgerecht, dass der Veränderungswert auf Basis retrospektiver Daten festgelegt wird, gleichzeitig jedoch als Obergrenze für prospektive Verhandlungen auf Landes- bzw. Ortsebene dient. Die bestehende Systematik trägt dazu bei, sogenannte Periodeneffekte, insbesondere bei starken Preisschwankungen, zumindest teilweise abzufedern. Zudem wurde der Grundsatz der Beitragssatzstabilität im Krankenhausbereich bereits mit Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) im Jahr 2009 wesentlich relativiert. In diesem Zuge wurde das Bundesministerium für Gesundheit beauftragt, durch das Statistische Bundesamt einen Orientierungswert für Krankenhäuser ermitteln zu lassen. Dieser soll im Rahmen der jährlichen Vergütungsverhandlungen die krankenhausspezifischen

Kostenstrukturen und -entwicklungen sachgerechter abbilden als die allgemeine Veränderungsrate nach § 71 SGB V. Eine lediglich hälftige Tarifrefinanzierung ist nicht sachgerecht, da die Verhandlung von Veränderungswerten bereits heute die Refinanzierung aller tarifbedingter Kostensteigerungen nicht abbildet. **Die Zusage einer vollständigen Tarifrate war zudem Teil der Verständigung zwischen Bund und Ländern, um die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser bis zum Wirksamwerden der Krankenhausreform zu stabilisieren. Gerade die Verbesserung des Orientierungswertes und die Einführung einer vollen Tarifrate waren Bestandteile dieser Einigung. Dass diese Zusagen nun wieder aufgehoben werden sollen, sendet ein fatales Signal und gefährdet die wirtschaftliche Stabilität der Krankenhäuser in einer Phase tiefgreifender Strukturveränderungen.**

3.3) Reform des Pflegebudgets

Die bisherigen Regelungen des § 6a Abs. 2 KHEntgG sollen letztmalig für das Pflegebudget 2026 gelten. Ab 2027 wird das Pflegebudget auf das jeweilige Vorjahresbudget aufgesetzt und grundsätzlich durch den Veränderungswert begrenzt; ein Ausgleich tatsächlicher Mehrkosten entfällt, während Minderkosten weiterhin vollständig budgetwirksam werden. Darüber hinaus entfallen die gesonderte Refinanzierung von Tarifsteigerungen oberhalb des Veränderungswertes (§ 6a Abs. 4 Satz 4 & 5 KHEntgG) sowie die zusätzliche Berücksichtigung pflegeentlastender Maßnahmen; die tätigkeitsbezogene Nichtberücksichtigung pflegefremder Tätigkeiten bleibt bestehen.

Darüber hinaus soll die bisherige unterjährige vollständige Berücksichtigung von Tarifsteigerungen im Pflegebudget eingeschränkt werden. Künftig soll nur noch der krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert um 50 Prozent der nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 KHEntgG vereinbarten Erhöhungsrate angepasst werden. Die vorgesehene Anpassung des krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwertes stellt dabei lediglich eine Liquiditätsregelung dar.

DKG-Stellungnahme:

Die geplanten Neuregelungen zum Pflegebudget bedeuten ab dem Jahr 2027 einen grundlegenden Systemwechsel. Das bisherige Selbstkostendeckungsprinzip soll aufgegeben werden. Ausgangspunkt für die Budgetermittlung ist künftig nicht mehr die Summe der tatsächlich entstandenen pflegebudgetrelevanten Personalkosten, sondern das jeweils im Vorjahr vereinbarte Pflegebudget. Dieses Budget darf grundsätzlich nur noch in Höhe des Veränderungswertes fortgeschrieben werden. Eine Überschreitung soll nur noch ausnahmsweise möglich sein, soweit dies aufgrund gesetzlicher oder untergesetzlicher Personalvorgaben – etwa aus Bundesgesetzen, auf dem SGB V beruhenden Rechtsverordnungen oder G-BA-Vorgaben – erforderlich ist. Zugleich sollen tatsächliche Mehrkosten künftig nicht mehr ausgeglichen werden, während Minderkosten weiterhin vollständig in der Folgevereinbarung zu berücksichtigen sind. Für den Übergang in das neue System ist sicherzustellen, dass die nach der bisherigen Rechtslage für das Vereinbarungsjahr

2026 zu berücksichtigenden Mehr- und Minderkosten sachgerecht in der Ausgangsgrundlage für das Pflegebudget 2027 abgebildet werden.

Vor diesem Hintergrund schlagen die Krankenhäuser für die Jahre 2027 und 2028 eine geordnete Übergangsregelung vor. Ausgangsgrundlage der Pflegebudgets sollen die für das Jahr 2026 testierten Pflegepersonalkosten nach § 6a Absatz 3 Satz 4 KHEntgG sein. Diese Ausgangsgrundlage ist automatisch und vollständig um die Tarifentwicklung für das Pflegepersonal nach § 10 Absatz 5 Satz 3 Nummer 1 KHEntgG fortzuschreiben. Soweit die Bestätigung der Pflegepersonalkosten für das Jahr 2026 zum Zeitpunkt der Vereinbarung des Pflegebudgets 2027 noch nicht vorliegt, ist zunächst eine vorläufige Ausgangsgrundlage heranzuziehen; Abweichungen sind im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum vollständig auszugleichen. Zudem müssen die bislang berücksichtigten pflegeentlastenden Maßnahmen für die Übergangsphase Bestandteil der fortzuschreibenden Ausgangsgrundlage bleiben. Für die Zeit ab 2029 ist die Finanzierung des Pflegepersonals bedarfsorientiert weiterzuentwickeln.

Bei der zukünftigen Berücksichtigung von Tarifentwicklungen in der Pflege stellt die vorgesehene Anpassung des krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwertes gemäß § 6a Absatz 4 Satz 5 und 6 KHEntgG lediglich eine Liquiditätsregelung dar. Sie erhöht nicht das Pflegebudget selbst, sondern wirkt nur auf den unterjährigen Zahlpflegeentgeltwert. Das bedeutet, die im Gesetzentwurf vorgesehene Anwendung der hälftigen Tarifrate wirkt sich nicht auf das Pflegebudget aus. Die Entwicklung des Pflegebudgets bleibt weiterhin durch den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b KHEntgG begrenzt. Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal müssen daher auch auf der Ebene des Pflegebudgets vollständig berücksichtigt werden. Hierzu sollte § 6a Absatz 2a Satz 4 KHEntgG so ergänzt werden, dass Tariferhöhungen für das Pflegepersonal nach § 10 Absatz 5 Satz 3 Nummer 1 KHEntgG als eigenständiger Überschreitungstatbestand gegenüber dem Veränderungswert berücksichtigt werden.

Diese Konstruktion führt zu erheblichen Fehlsteuerungen. Das Pflegebudget wird nicht mehr am tatsächlichen Pflegebedarf ausgerichtet, sondern de facto gedeckelt und verfestigt. Da tatsächliche Mehrkosten künftig nicht mehr ausgeglichen werden, Minderkosten aber weiterhin vollständig budgetwirksam werden, entsteht ein strukturell asymmetrischer Mechanismus. Krankenhäuser tragen künftig das volle Risiko tatsächlicher Kostensteigerungen, während Unterschreitungen systematisch zu einer Absenkung des künftigen Budgets führen.

In Verbindung mit steigenden Tariflöhnen, regionalen Personalengpässen, veränderten Pflegebedarfen und strukturellen Veränderungen infolge der Krankenhausreform ist eine punktgenaue Steuerung der Pflegepersonalkosten praktisch nicht möglich. Gerade diese fehlende Möglichkeit einer exakten Steuerung führt dazu, dass Krankenhäuser aus Vorsicht versuchen werden, Budgets und Personalaufbau unterhalb des tatsächlichen Bedarfs zu

halten. Das System erzeugt damit einen Anreiz zur strategischen Unterschreitung und nicht zur bedarfsgerechten Pflegepersonalausstattung.

Erschwerend kommt hinzu, dass die vorgesehene Neuregelung die strukturellen Veränderungen im Zuge der Krankenhausreform nicht sachgerecht abbildet. Leistungsverlagerungen, Konzentrationsprozesse und regionale Umbauten der Versorgungslandschaft erfordern ein Finanzierungssystem, das auf tatsächliche Leistungs- und Bedarfsverschiebungen reagieren kann. Die vorgesehene Fortschreibung auf Basis des Vorjahresbudgets blendet diese Dynamiken weitgehend aus. Das Jahr 2026 erhält dadurch eine besondere Bedeutung, weil die dort vereinbarten Budgets den Ausgangspunkt für die künftig gedeckelte Entwicklung bilden. Fehlentwicklungen werden damit nicht korrigiert, sondern fortgeschrieben. Für Krankenhäuser, die im Zuge der Krankenhausreform zusätzliche Leistungen übernehmen, fehlt ein sachgerechter Mechanismus, um den damit verbundenen Pflegebedarf budgetär nachzuvollziehen. Umgekehrt werden bestehende Budgets auch dort verfestigt, wo sich Leistungsmengen und Versorgungsstrukturen bereits verändert haben.

Besonders kritisch ist zudem die Fortgeltung der tätigkeitsbezogenen Abgrenzung. Bereits die mit dem KHAG eingeführte Regelung zur Nichtberücksichtigung pflegefremder Tätigkeiten hat gezeigt, dass die Umsetzung vollständig unklar ist und auf Ortsebene erhebliche Konflikte auslöst. Die bisherigen Vereinbarungen zum Pflegebudget knüpfen im Kern an Berufsgruppen, organisatorische Zuordnung und überwiegende Tätigkeit in der unmittelbaren Patientenversorgung an. Eine Abgrenzung einzelner hauswirtschaftlicher, logistischer, administrativer oder technischer Tätigkeitsanteile ist dort nicht angelegt. Der Gesetzentwurf führt diese tätigkeitsbezogene Abgrenzung ein, ohne zu Bedenken, dass eine praktikable Umsetzung nicht möglich und in dieser Form auch nicht sinnvoll ist. Damit wird den Kostenträgern ein weiteres Kürzungsinstrument eröffnet, ohne dass eine sachgerechte Berücksichtigung der tatsächlichen Verhältnisse vor Ort gewährleistet wäre. Bereits jetzt zeigt sich, dass auf Ortsebene pauschale Abzüge auf Pflegebudgets gefordert werden. Entsprechende pauschale Kürzungsansätze werden zugleich auch auf Bundesebene vertreten, ohne dass die Versorgungsrealitäten in den einzelnen Krankenhäusern sachgerecht berücksichtigt würden. Da der Gesetzentwurf nun regelt, dass die bisherigen Vorgaben des § 6a Absatz 2 KHEntgG einschließlich des neuen Satzes 12 letztmalig für die Vereinbarung des Pflegebudgets 2026 anzuwenden sind, führt dies zu zusätzlicher Rechtsunsicherheit. Damit wird zumindest indirekt nahegelegt, dass der Nichteinbezug pflegefremder Tätigkeiten bereits für 2026 gelten soll. Es ist zu erwarten, dass die Kostenträger diese Abgrenzungslogik nicht nur für 2026, sondern auch für noch nicht abschließend vereinbarte oder ausgeglichene Vorjahre fordern werden. Dies führt zu rückwirkenden Kürzungsforderungen, zusätzlichem Verhandlungsstau, einer Zunahme von Schiedsstellenverfahren und erheblichen Liquiditätsrisiken für die Krankenhäuser.

Der mit dem KHAG eingeführte § 6a Absatz 2 Satz 12 KHEntgG sollte daher ersatzlos gestrichen werden. Nur so kann verhindert werden, dass die tätigkeitsbezogene Abgrenzungslogik

bereits für das Pflegebudget 2026 und für noch nicht abschließend vereinbarte oder ausgeglichene Vorjahre Anwendung findet. Eine Anwendung bereits für 2026 widerspricht zudem dem im Krankenhausfinanzierungssystem verankerten Prospektivitätsgrundsatz, da die hierfür erforderlichen Abgrenzungs- und Umsetzungsgrundlagen auf Bundesebene noch nicht vorliegen. Ohne eine vorherige Berücksichtigung in den Vereinbarungen auf Bundeseben würde es zu systemwidrigen Eingriffen in laufende Budgetverhandlungen und zu einer sachlich nicht gerechtfertigten einseitigen Risikoverschiebung zulasten der Krankenhäuser kommen.

Sollte der Gesetzgeber an einer Klarstellung für die Zeit ab 2027 festhalten, darf diese nicht zu einer minutengenauen oder tätigkeitsbezogenen Aufteilung regulärer Pflegekräfte führen. Die bisherigen Regelungen zur Abgrenzung und Vereinbarung der Pflegebudgets knüpfen seit Einführung des Pflegebudgets an Berufsgruppen, organisatorische Zuordnung und überwiegende Tätigkeit in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen und in Kreißsälen an. Pflegekräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung erbringen notwendigerweise auch dokumentierende, organisatorische, koordinierende und unterstützende Tätigkeiten. Diese Tätigkeiten sind Bestandteil des pflegerischen Versorgungsprozesses und dürfen nicht aus dem Pflegebudget herausgelöst werden. Allenfalls organisatorisch klar erkennbare Dienste, Funktionen oder Stellen, die erkennbar nicht überwiegend der unmittelbaren pflegerischen Patientenversorgung dienen, können innerhalb der bisherigen Systematik abgegrenzt werden. Dazu können ergänzende Regelungen auf Bundesebene getroffen werden, die Fehlentwicklungen entgegenwirken. Jede weitergehende Herauslösung von Pflegepersonalkosten, sofern überhaupt praktikabel umsetzbar, müsste zudem korrespondierend und gesetzlich abgesichert normierungserhöhend im aG-DRG-System berücksichtigt werden. Andernfalls entstünde keine sachgerechte Abgrenzung, sondern eine dauerhafte Niveauabsenkung der Pflegebudgets.

Die vollständige Refinanzierung der Pflegepersonalkosten über das Pflegebudget war eine bewusste gesetzgeberische Entscheidung. Sie reagierte auf den jahrelangen strukturellen Personalabbau und die daraus resultierenden Versorgungsrisiken. Ziel war es, die Pflege von den ökonomischen Anreizen der Fallpauschalen zu entkoppeln und sie nicht länger dem Rationalisierungsdruck des DRG-Systems auszusetzen. Pflege sollte bedarfsgerecht finanziert werden und nicht länger in Konkurrenz zu anderen Kostenbestandteilen der Krankenhausversorgung stehen. Die nun vorgesehene Deckelung des Pflegebudgets und die Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip führen demgegenüber zu neuen Fehlanreizen, zusätzlichem wirtschaftlichen Anpassungsdruck und einer strukturellen Untersteuerung des tatsächlichen Pflegebedarfs.

Nicht überzeugend ist die Annahme, dass diese Eingriffe ohne negative Auswirkungen auf die Versorgungsqualität bleiben. Eine bedarfsgerechte Pflegepersonalausstattung ist ein zentraler Grundpfeiler qualitativ hochwertiger Versorgung. Wird die Finanzierung der Pflege künftig durch eine Obergrenze, den Ausschluss tatsächlicher Mehrkostenausgleiche und die

eingeschränkte Berücksichtigung tariflicher Kostenentwicklungen begrenzt, entsteht ein unmittelbarer Konflikt zwischen bedarfsgerechtem Personaleinsatz und ökonomischer Steuerung. In einem solchen Modell steigt zwangsläufig der wirtschaftliche Druck, Pflegeleistungen zu rationalisieren. Dies gefährdet nicht nur die Versorgungsqualität, sondern schwächt erneut die Attraktivität der Pflegeberufe.

Kritisch sind zudem die erheblichen krankenhausindividuellen Verteilungswirkungen der geplanten Neuregelung. Insbesondere werden die Pflegebudgets des Jahres 2026 faktisch zur maßgeblichen Ausgangsbasis für die Folgejahre. Damit hängt die künftige Entwicklung in erheblichem Maße von historisch vereinbarten Budgetständen ab, unabhängig davon, ob diese die künftige Leistungsstruktur noch sachgerecht abbilden. Gerade in Häusern mit überdurchschnittlichen Pflegekosten – etwa in großen städtischen Krankenhäusern und Universitätsklinika - drohen dadurch erhebliche wirtschaftliche Verwerfungen mit entsprechenden Risiken für die Versorgung.

Ein Finanzierungssystem, das nach oben deckelt und zugleich Minderkosten voll budgetwirksam werden lässt, muss zwangsläufig in einer dauerhaften Abwärtsspirale bei der zukünftigen Beschäftigung von Pflegekräften münden. Pflege wird damit wieder zum Finanzierungsrisiko für die Krankenhäuser.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Ausnahmeregelung zur Überschreitung des Veränderungswertes bei Personalvorgaben durch Bundesgesetze und G-BA-Regelungen greift dagegen zu kurz. Irritierend und kontraproduktiv ist in diesem Zusammenhang der ausschließliche Verweis auf die Pflegepersonaluntergrenzen in der Gesetzesbegründung. Pflegepersonaluntergrenzen sind als absolute Mindestbesetzung („rote Linie“) zu verstehen, unter der eine Patientenversorgung nicht mehr gewährleistet werden kann. Der Erfüllungsgrad der Pflegepersonaluntergrenzen in Bezug auf den Monatsdurchschnittswert ist in den Kliniken sehr hoch (95 %), regelhaft halten die Kliniken insofern deutlich mehr Pflegepersonal vor als durch die PpUG gefordert. Die PpUGs sind daher als Maßstab für das Pflegebudget völlig ungeeignet. Es bestünde jetzt aber die Gefahr, dass die Kostenträger mittelfristig – bei einem de facto Einfrieren des Pflegebudgets – nur noch die Erfüllung der Pflegepersonaluntergrenzen als Maßstab für die Refinanzierung des notwendigen Pflegepersonals heranziehen würden. Das Pflegebudget ist ein zentrales Instrument zur Stärkung der Pflege, da es Investitionen in Pflegepersonal unmittelbar ermöglicht. Pflegepersonal konnte eingestellt werden, um die pflegerische Versorgung im stationären Bereich zu sichern. Angesichts sich wandelnder Rahmenbedingungen insbesondere aufgrund des demografischen Wandels, stockender Digitalisierung und wachsender Bürokratiebelastung, gilt es nun, das Pflegebudget zukunftsfest auszugestalten und mit den strukturellen Zielen der Krankenhausreform zu verbinden. Aus Sicht der DKG ist hierfür das Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument PPR 2.0 als Maßstab für eine bedarfsgerechte Refinanzierung der Pflege heranzuziehen.

Die DKG schlägt ein Korridormodell auf Ganzhausebene vor, das auf einer weiterentwickelten und anwendungsgeprüften PPR 2.0 basiert. Die PPR 2.0 wird seit Oktober 2024 in den Krankenhäusern angewendet und bildet den krankenhausindividuell ermittelten Pflegebedarf systematisch ab. Dieser Pflegepersonalbedarf ist innerhalb einer oberen Korridorgrenze vollständig zu refinanzieren. Eine solche Obergrenze verhindert eine unbegrenzte Budgetdynamik und stellt zugleich sicher, dass Pflegekapazitäten dorthin gelenkt werden, wo der tatsächliche Versorgungsbedarf entsteht – insbesondere im Zuge der Leistungsgruppenplanung. Gleichzeitig wird eine Tätigkeitsabgrenzung entbehrlich, Bürokratie reduziert und die Krankenhausreform pflegerisch wirksam unterstützt. Der untere Korridor eröffnet darüber hinaus die Möglichkeit, bei nachgewiesener bedarfsgerechter Personalausstattung auf zusätzliche regulatorische Instrumente, wie die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung, zu verzichten. Zentrale Inhalte des Konzepts sind:

- **Bedarfsgerechte Basis**: Eine 100-prozentige Erfüllung der PPR 2.0 stellt die bedarfsnotwendige Personalausstattung dar und muss vollständig refinanziert werden. Die PPR 2.0 ist im Gegensatz zu den Pflegepersonaluntergrenzen und dem Pflegepersonalquotienten pflegewissenschaftlich fundiert und bildet patientenbezogene Pflegebedarfe ab.
- **Wachstums- und Missbrauchsgrenze**: Die Refinanzierung wird bei 105 % des PPR-Solls gedeckelt. Dies verhindert einen Personalaufbau über den Patientenbedarf hinaus und schließt den finanziellen Anreiz aus, pflegefremde Aufgaben in größerem Umfang auf das Pflegebudget zu verlagern. Für die Angleichung an die obere Korridorgrenze ist eine Konvergenzphase vorzusehen, um eine plan- und verantwortungsvolle Personalentwicklung zu sichern. Bei gesetzlichen und untergesetzlichen Personalvorgaben, die zu einer PPR-Ausstattung von über 105 % zwingen, ist eine vollständige Refinanzierung des benötigten Pflegepersonals sicherzustellen.
- **Innovationsbonus**: Kliniken mit einer Personalausstattung zwischen 90 % und 100 % erhalten einen pauschalen Zuschlag von 2,5 % für personalentlastende Maßnahmen (z.B. digitale Dokumentation durch mobile Endgeräte und digitale Messung von Vitalzeichen, Etablierung neuer Berufsbilder für eine effiziente Aufgabenverteilung) und digitale Prozesse (z.B. für Verblisterungsautomaten).
- **Sicherung der kritischen Versorgungsbereiche**: Da die PPR 2.0 Bereiche wie Erwachsenenintensivstationen, die bettenführenden Notaufnahmen oder den Kreißsaal (Hebammen) derzeit nicht abbildet, sollten diese Bereiche – erstmal weiterhin den bisherigen Regelungen des Pflegebudgets unterliegen, um die dortige Versorgungssicherheit nicht zu gefährden.

Im Ergebnis sind die geplanten Neuregelungen zum Pflegebudget abzulehnen. Sie stellen die politisch gewollte Verbesserung der Pflegepersonalausstattung in Frage, setzen neue Fehlanreize, bringen die Pflege erneut unter ökonomischen Druck und schaffen zusätzliche Bürokratie. Stattdessen bedarf es eines bürokratie- und streitarmen, pflegewissenschaftlich

fundierten Instrumentes, das effizienten Personaleinsatz, bedarfsgerechte Pflegepersonalplanung und moderne Organisationsprozesse fördert. Dies kann mit einem weiterentwickelten Pflegebudget auf Grundlage der PPR 2.0 im Korridormodell erreicht werden.

Gleichwohl erkennt die DKG an, dass das Pflegebudget reformbedürftig ist. Insbesondere im Kontext der Leistungsgruppenplanung und der damit einhergehenden Konzentration von Leistungen muss das System sensibler auf Mengen- und Leistungsentwicklungen reagieren. Der Ansatz, die PPR 2.0 als zentralen Maßstab heranzuziehen, bietet hierfür eine geeignete Grundlage. Gleichzeitig lassen sich auf dieser Basis bestehende Abgrenzungsfragen – insbesondere zwischen Tätigkeiten in der unmittelbaren und nicht unmittelbaren Patientenversorgung – deutlich sachgerechter und weniger streitanfällig lösen. Die Kopplung des Budgets an die PPR 2.0 und die damit verbundene Obergrenze begrenzt das Potenzial zur Verlagerung weiterer „Servicetätigkeiten“ auf Pflegefachpersonen effektiv.

3.4) Streichung der zusätzlichen Vergütung für pflegeentlastende Maßnahmen

Geregelt wird eine ersatzlose Streichung der zusätzlichen Vergütung pflegeentlastender Maßnahmen.

DKG-Stellungnahme:

Die Finanzierung der pflegeentlastenden Maßnahmen wurde als wichtiger Bestandteil der Pflegepersonalkostenfinanzierung mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz eingeführt. Die Finanzierung pflegeentlastender Maßnahmen trägt dazu bei, dass vergleichsweise einfache Tätigkeiten von unterstützendem Personal nicht wieder auf Pflegefachpersonen zurückverlagert werden. Eine solche Verlagerung würde mittelfristig erneut zu steigenden Personalkosten und damit zu höheren Ausgaben der Krankenkassen führen. Außerdem würde dies der Attraktivität des Pflegeberufes in Zeiten dringend benötigter Fachkräfte schaden. Durch pflegeentlastende Maßnahmen – wie z. B. den Einsatz von Service- und Hilfspersonal oder digitale Dokumentationssysteme – werden Pflegefachpersonen von nicht-pflegerischen Aufgaben befreit. Das erhöht die Berufszufriedenheit deutlich, da wieder mehr Zeit für die eigentliche pflegerische Arbeit am Patienten bleibt. Dadurch werden ein sachgerechter Qualifikationsmix und eine möglichst effiziente Versorgung gefördert. Die Streichung der pflegeentlastenden Maßnahmen kann aufgrund der schwierigen wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser dazu führen, dass dieses Personal freigesetzt wird – mit negativen Auswirkungen auf die Attraktivität des Pflegeberufes.

Für die Übergangsphase 2027 und 2028 müssen die pflegeentlastenden Maßnahmen Bestandteil der fortzuschreibenden Ausgangsgrundlage des Pflegebudgets bleiben. Andernfalls würden gerade diejenigen Maßnahmen geschwächt, die Pflegefachpersonen entlasten, eine effiziente Aufgabenverteilung ermöglichen und die Ziele einer bedarfsgerechten Pflegepersonalausstattung unterstützen.

Es ist darauf hinzuweisen, dass der GKV-Spitzenverband noch im Jahr 2024 darauf gedrängt hat, die pflegeentlastenden Maßnahmen pauschal mit 2,5 % in den Pflegebudgets zu berücksichtigen. Dieser Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes wurde schließlich durch den Gesetzgeber mit dem KHVVG auch umgesetzt, obwohl damit keine Möglichkeit besteht, die krankenhausindividuellen Gegebenheiten zu berücksichtigen. Es wäre widersprüchlich und unlauter, die vom GKV-Spitzenverband selbst geforderte Reduzierung und Pauschalierung von 4 % auf 2,5 % nun als Begründung dafür heranzuziehen, die Entlastung der Pflege vollständig zu streichen. Allenfalls denkbar wäre eine Rückkehr zu einer krankenhausindividuellen Verhandlung über die Höhe der pflegeentlastenden Maßnahmen. Diese sollte jedoch keiner Deckelung unterliegen, damit Pflegepersonal so weit wie möglich entlastet werden kann.

Infolge der neuen Berufsgruppenzuordnung für das Pflegebudget ab dem Jahr 2025 wurden Personalkosten in den Rubriken „sonstige Berufe“ und „ohne Berufsabschluss“ bis in Höhe des Referenzwertes 2018 in das aG-DRG-System 2025 zurückgegliedert. Pflegeunterstützendes Personal, wie Hilfspersonal, das ab dem Jahr 2019 zusätzlich eingestellt wurde, würde bei einer Streichung der pflegeentlastenden Maßnahmen weder über das aG-DRG-System noch über das Pflegebudget refinanziert werden. Die daraus resultierende Unterfinanzierung würde den Druck auf Personaleinsparungen zu Lasten der Behandlungsqualität erhöhen.

3.5) Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen

Für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen werden die Änderungen nachvollzogen, die sich für andere Krankenhäuser durch Änderungen beim Pflegebudget nach § 6a und zur Begrenzung des Budgets über den neu zu ermittelnden Veränderungswert ergeben. In Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip bei der Finanzierung von Pflegepersonalkosten wird, ausgehend von den tatsächlichen Pflegepersonalkosten der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung, die in vollem Umfang in die erstmalige Vereinbarung des Gesamtvolumens eingehen, die Berücksichtigung des Anstieg der Pflegepersonalkosten in den Folgejahren auf den jeweils geltenden Veränderungswert begrenzt und der Mehrkostenausgleich aufgehoben. Darüber hinaus entfällt auch hier ein Ausgleich für Tarifsteigerungen, wenn diese oberhalb des Veränderungswerts liegen.

DKG-Stellungnahme:

Für die vorgeschlagenen Anpassungen bei den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen gilt die gleiche Kritik wie bei anderen somatischen Krankenhäusern. Auch für diese Einrichtungen werden die möglichen Vergütungssteigerungen von der realen Kostenentwicklung entkoppelt.

Wenn tariflich vereinbarte Lohnerhöhungen und Sachkostensteigerungen nicht vollständig gegenfinanziert werden, geraten Krankenhäuser in die Situation, entweder wirtschaftliche Verluste hinzunehmen oder notwendige Personalmaßnahmen zu unterlassen. Beides ist langfristig nicht tragfähig.

Gerade für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen, die politisch gewollt eine neue, integrierte Versorgungsform darstellen, senden diese Regelungen ein widersprüchliches Signal. Einerseits sollen sie innovative Versorgungsmodelle entwickeln und Versorgungslücken schließen, andererseits werden ihre finanziellen Rahmenbedingungen deutlich verschärft. Dies gefährdet nicht nur die wirtschaftliche Stabilität dieser Einrichtungen, sondern auch die Bereitschaft von Trägern, sich auf diese neuen Strukturen einzulassen.

Die vorgesehenen gesetzlichen Anpassungen gefährden darüber hinaus den fristgerechten Abschluss der Vergütungsvereinbarung für die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen bis zum 02.06.2026, da damit unmittelbare Auswirkungen auf die Ausgestaltung der Vereinbarung verbunden sind. Eine Berücksichtigung der vorgesehenen Maßnahmen kann grundsätzlich erst nach Inkrafttreten des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes erfolgen, das erst zu einem späteren Zeitpunkt zu erwarten ist.

Mit dem KHVVG wurde die Zielsetzung verfolgt, den Ausbau der sektorenübergreifenden und integrierten Gesundheitsversorgung voranzutreiben, um auch in struktur- und bevölkerungsschwachen Regionen weiterhin eine qualitätsgesicherte medizinische Grundversorgung aufrechterhalten und der regionalen Unterversorgung entgegenwirken zu können. Wenn die Politik diese Zielsetzung ernst meint, darf sie diese nicht durch kurzfristige und vergütungsmindernde gesetzliche Anpassungen gefährden.

3.6) Erhöhung der Prüfquoten sowie der Schwellenwerte

Geändert werden sowohl die Schwellenwerte als auch der Höhe der Prüfquote. Künftig gilt eine Prüfquote in Höhe von

- *5 % bei Anteil unbeanstandeter Schlussrechnungen ab 80 %,*
- *15 % bei Anteil unbeanstandeter Schlussrechnungen zwischen 60 % und 80 % sowie*
- *25 % bei Anteil unbeanstandeter Schlussrechnungen kleiner als 60 %.*

Daneben wird der Schwellenwert für eine Vollprüfung bei vermuteter systematischer Falschabrechnung angehoben, bislang war eine Quote von unterhalb von 20 % unbeanstandeter Schlussrechnungen erforderlich, diese wird auf unterhalb von 40 % erhöht.

DKG-Stellungnahme:

Die Erhöhung der Prüfquoten sowie der Schwellenwerte werden abgelehnt. Auch wenn die Systematik der krankenhausindividuellen Prüfquote unangetastet bleibt, werden doch die wesentlichen Parameter zum Nachteil der Krankenhäuser erhöht. Dass die geringste Prüfquote in Höhe von 5 % aufrechterhalten wird, stellt keinen Vorteil für die Krankenhäuser dar, da es wegen der Erhöhung des Schwellenwertes für die Krankenhäuser schwieriger wird, diese Quote zu erreichen. Festzustellen ist vielmehr eine massive Erhöhung der zweiten und dritten Gruppe der Prüfquote (von 10 % auf 15 % sowie von 15 % auf 25 %), ohne dass dafür

ein sachlich nachvollziehbarer Grund vorliegt. Die bisherige durchschnittliche Prüfquote von ca. 8 – 8,5 % kann diesen massiven Anstieg nicht begründen. Die Anzahl derjenigen Krankenhäuser, die in die Gruppe der niedrigsten Prüfquote in Höhe von 5 % fallen, liegt stabil bei ca. 40 bis 45 %. Lediglich ca. 10 bis 12 % der Krankenhäuser fallen in die Gruppe der aktuell höchsten Prüfquote in Höhe von 15 %. Der anhaltend hohe Anteil von Krankenhäusern in der Gruppe der geringsten Prüfquote verdeutlicht die hohe Abrechnungsqualität der Krankenhäuser.

Die neben der Erhöhung der Prüfquote beabsichtigte Anhebung des Schwellenwertes zum Erreichen der jeweiligen Prüfquote führt dazu, dass die Mehrzahl der Häuser von der Gruppe 5 % in die Gruppe 15 % fällt. Dies bedeutet in der Praxis faktisch eine Verdoppelung (bei Annahme der durchschnittlichen Prüfquote von ca. 8 %) bzw. eine Verdreifachung der Prüfungen in den Krankenhäusern, also eine massive Ausweitung des Prüfgeschehens, was zu einer Erweiterung von Aufwand und Bürokratie im Krankenhaus führt und damit das auch vom BMG beständig postulierte Ziel, Bürokratie und Aufwand im Krankenhaus abzubauen, konterkariert. Hinzuweisen ist auch auf den Umstand, dass die vorgesehene maximale Prüfquote in Höhe von 25 % schon für sich gesehen eine massive Erhöhung der Prüfmöglichkeit der Krankenkassen darstellt, da sie damit die durchschnittliche Prüfquote, die in den Hochzeiten der ungeregelten Prüfungen zu verzeichnen war und bei ca. 17 % lag, bei weitem übertrifft. Hier stellt sich sogar die Frage, ob die Krankenkassen (sowie in Konsequenz der Medizinische Dienst) ohne Ausbau ihrer Ressourcen, was nicht ohne erhebliche Kostenbelastung zu Lasten der Versichertengemeinschaft erfolgen kann und somit die seitens des BMG erhofften zusätzlichen Erlöse wiederum schmälern wird, diese hohe Prüfquote überhaupt wird realisieren können. Intention dieser Regelungen ist einzig das Ziel, den Krankenkassen zu weiteren Einnahmen zu verhelfen, die Qualität der Abrechnung steht nicht im Fokus.

Anzumerken ist auch, dass die Anhebung der Prüfquoten und der Schwellenwerte der Regelung des § 17c Absatz 7 KHG entgegenläuft, wonach bis zum 30.06.2026 dem BMG vom GKV-Spitzenverband und der DKG ein Bericht über die Auswirkungen der Neuregelungen des MDK-Reformgesetzes vom 14.12.2019 vorzulegen ist. Wesentlicher Bestandteil dieses Berichtes sind gerade auch die Wirkungen sowie die Bewertung der eingeführten Prüfquoten, auch soll der Bericht zur Frage der Auswirkungen der Neuregelungen auf die Abrechnungsqualität der Krankenhäuser Aussagen beinhalten. Dass nunmehr vor der Vorlage dieses Berichtes Änderungen an grundlegenden Regelungen des Prüfquotensystems vorgenommen werden, entwertet die Ergebnisse dieses Berichtes, der immerhin einen Auftragswert von 145.000 € zzgl. USt repräsentiert. Bevor erneut Behauptungen über systematisch fehlerhafte Abrechnungen oder mangelnde Abrechnungsqualität im Krankenhauswesen abgegeben werden, hätte das Ergebnis des gemeinsamen Berichtes abgewartet werden sollen.

In der Aussage, dass sich die Abrechnungsqualität der Krankenhäuser nicht verbessert habe, steckt der Vorwurf, dass die Abrechnungsqualität der Krankenhäuser schlecht sei. Davon kann vor dem Hintergrund der vorliegenden statistischen Daten aber nicht ausgegangen werden. Vielmehr bestätigen die Daten die gute Abrechnungsqualität der Krankenhäuser, denn nur wenn der überwiegende Anteil der Abrechnungen nicht beanstandet wird, kann ein Krankenhaus überhaupt in eine niedrige Prüfquote vorstoßen. Dies lässt sich mit weiteren Kennzahlen, die der GKV-Spitzenverband veröffentlicht hat, belegen. Wird im Rahmen von MD-Prüfungen eine schlechte Abrechnungsqualität eines Krankenhauses festgestellt (Anzahl der unbeanstandeten Abrechnungen ist kleiner als 20 % aller Abrechnungen), sind auch Prüfungen oberhalb der für das Krankenhaus geltenden Prüfquote zulässig (§ 275c Absatz 2 Sätze 6 und 7 SGB V). Ausweislich der vom GKV-Spitzenverband vorgenommenen Auswertung und Veröffentlichung nach § 17c Absatz 6 Satz 1 Nrn. 4 und 6 KHG erfolgten im Jahr 2024 aber lediglich 45 Anzeigen nach § 275c Absatz 2 Satz 7 SGB V. Bei 1.192.500 MD-Gutachten entspricht dies einem Anteil von lediglich 0,004 % der geprüften Fälle, in denen die MD-Prüfung eine schlechte Abrechnungsqualität des Krankenhauses vermuten lässt. Diese Zahlen führen die Behauptungen hinsichtlich der schlechten Abrechnungsqualität der Krankenhäuser sowie der zu realisierenden Rückerstattungsbeträge ad absurdum. Um den Krankenkassen die Möglichkeit der Vollprüfung künftig zu erleichtern, wird der Schwellenwert zur Vollprüfung daher erheblich hochgesetzt (bzw. aus Sicht der Krankenkassen abgesenkt). Dieses ausschließlich zu Lasten der Krankenhäuser und durch keinen sachlichen Grund zu rechtfertigende Vorgehen der Absenkung des Schwellenwertes der Vollprüfung, das erkennbar ausschließlich darauf ausgerichtet ist, den Krankenkassen die bislang kaum zu nutzende Möglichkeit der Vollprüfung zugänglicher zu machen, wird abgelehnt.

3.7) Prüfauftrag zur Fallzusammenführung

Die Vertragsparteien auf Bundesebene werden beauftragt, bis 30. Juni 2027 (mit Wirkung ab 2028) eine Erweiterung der Regelungen zur Fallzusammenführung im Fallpauschalensystem zu prüfen.

DKG-Stellungnahme:

Die vorgesehene Ergänzung des § 9 Absatz 1 Nummer 3 KHEntgG-E wird insoweit begrüßt, als der Gesetzgeber von einer unmittelbaren gesetzlichen Umsetzung der weitreichenden Vorschläge der FinanzKommission Gesundheit zur pauschalen Ausweitung der Fallzusammenführung Abstand nimmt und stattdessen die Vertragsparteien auf Bundesebene mit einer Prüfung beauftragt. Positiv ist insbesondere, dass weder eine starre 30-Tage-Regelung noch eine krankenhaus- und MDC-übergreifende Fallzusammenführung unmittelbar gesetzlich vorgegeben werden.

Dies trägt dem Umstand Rechnung, dass die Regelungen zur Fallzusammenführung seit Einführung des DRG-Systems bewusst differenziert ausgestaltet wurden und bis heute im Wesentlichen unverändert einen tragfähigen Bestandteil der Abrechnungsbestimmungen

bilden. Bereits der Verordnungsgeber hat mit der KFPV 2004 ausdrücklich das Ziel verfolgt, fehlsteuernde ökonomische Anreize zu vermeiden, ohne zugleich medizinisch sinnvolle und etablierte Behandlungsabläufe sachwidrig einer umfassenden Fallzusammenführung zu unterwerfen. In der amtlichen Begründung zu § 2 KFPV 2004 wird hierzu ausgeführt, Ziel sei es gewesen, „künftige fehlsteuernde Anreize vorbeugend zu beseitigen“ und zugleich „maschinell überprüfbare Regeln aufzustellen“, die eine Vielzahl von Nachfragen, Rechtfertigungen und Streitfällen vermeiden. Ebenso wird dort ausdrücklich hervorgehoben, dass bestehende, medizinisch sinnvolle Behandlungsketten grundsätzlich nicht der Zusammenfassung zu einem Gesamtfall unterworfen werden sollten.

Gerade dieses gesetzgeberische Leitbild hat sich in der Praxis bewährt. Die geltenden Regelungen sind langjährig etabliert, rechtssicher handhabbar und im Abrechnungsvollzug gut anwendbar. Hinzu kommt, dass mit dem Schlichtungsausschuss Bund ein Instrument für bundeseinheitliche Klärungen von Auslegungsfragen zur Verfügung steht. Dass zu den bestehenden Regelungen der Fallzusammenführung bislang kein Antrag auf Klärung gestellt wurde, spricht deutlich dafür, dass die derzeitigen Abrechnungsbestimmungen in der Praxis sachgerecht und konfliktarm anwendbar sind.

Auch in der Sache bestehen erhebliche Bedenken gegen zu weitgehende Änderungen. Eine Ausweitung der Fallzusammenführung verändert nicht nur die Zahl der abrechenbaren Fälle, sondern zugleich die Falldefinition und damit die Kalkulationsgrundlage der DRG-Fallpauschalen. Werden Wiederaufnahmen in größerem Umfang zusammengeführt, werden die damit verbundenen Kosten künftig dem neu definierten Gesamtfall zugerechnet und gehen entsprechend in die Kalkulation der DRGs ein. Ein nachhaltiger Einspareffekt lässt sich daraus systematisch gerade nicht ohne Weiteres ableiten. Vielmehr würden Fälle und Kosten rechnerisch neu zugeordnet. Die Annahme eines erheblichen dauerhaften Spareffekts greift daher zu kurz.

Besonders kritisch wären aus Sicht der DKG krankenhausübergreifende oder gar MDC-übergreifende Erweiterungen. Solche Ansätze würden neue, hochkomplexe Abgrenzungs-, Informations- und Abrechnungsfragen aufwerfen. Bereits die Ermittlung, ob und in welchem anderen Krankenhaus innerhalb einer Frist eine Wiederaufnahme stattgefunden hat, wäre mit erheblichem zusätzlichem Aufwand verbunden. Hinzu kämen schwierige Fragen der Kodierung, der Datenverfügbarkeit, der Verantwortlichkeit und der Erlösverteilung zwischen den beteiligten Krankenhäusern. Dies gilt umso mehr, wenn unterschiedliche Fachgebiete oder medizinisch nicht zusammenhängende Behandlungen betroffen wären. In solchen Konstellationen würden neue Auslegungs- und Abrechnungsstreitigkeiten geradezu provoziert.

Soweit in der Begründung auf die Kriterien der Wirtschaftlichkeit, medizinischen Vertretbarkeit und Bürokratie abgestellt wird, ist dies ausdrücklich zu begrüßen. Aus Sicht der DKG muss eine Prüfung untersuchen, ob die bestehenden Regelungen bereits einen

sachgerechten Ausgleich zwischen Missbrauchsvermeidung, Praktikabilität und medizinischer Angemessenheit herstellen. Dies gilt insbesondere mit Blick auf chronisch kranke Patientinnen und Patienten sowie medizinisch etablierte Versorgungsregime, bei denen wiederholte Krankenhausaufenthalte innerhalb eines begrenzten Zeitraums nicht Ausdruck von Fehlsteuerung, sondern Teil einer sachgerechten Versorgung sein können.

Vor diesem Hintergrund regt die DKG an, in der Gesetzesbegründung noch klarer zum Ausdruck zu bringen, dass der Prüfauftrag ergebnisoffen und zielgerichtet zu gestalten ist.

3.8) Obligatorische Zweitmeinungsverfahren bei mengensensiblen Eingriffen

Der G-BA soll zur schrittweisen Einführung verbindlicher Zweitmeinungsverfahren für mengenanfällige Eingriffe beauftragt werden. Die Vergütung dieser spezifischen Leistungen wird an einen verpflichtenden Zweitmeinungs-Nachweis geknüpft.

DKG-Stellungnahme:

Die Krankenhäuser unterstützen Maßnahmen zur Stärkung der Patientensouveränität, Erhöhung der Patientensicherheit und zur Förderung einer partizipativen Entscheidungsfindung ausdrücklich. Die Sinnhaftigkeit einer ärztlichen Zweitmeinung ist wissenschaftlich belegt und das bestehende Zweitmeinungsverfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) leistet hierfür einen wichtigen Beitrag. Mittlerweile deckt die Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL) 13 verschiedene Leistungsbereiche ab. Es erfolgt zudem eine stetige Ergänzung um weitere Eingriffe nach eingängiger wissenschaftlicher Prüfung potentieller Mengenanfälligkeit durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).

Die vorgesehene Neuregelung des § 27b SGB V, nach der bei bestimmten vom G-BA festgelegten planbaren Eingriffen der Vergütungsanspruch des durchführenden Arztes oder der Einrichtung entfällt, wenn vor dem Eingriff kein Nachweis über eine eingeholte Zweitmeinung vorliegt, muss in ihren praktischen Auswirkungen auf die Versorgung und die Leistungserbringer besonders sorgfältig beobachtet werden.

Die Verknüpfung von Zweitmeinung und Vergütung setzt voraus, dass Versicherte tatsächlich in zumutbarer Zeit Zugang zu geeigneten Zweitmeinern haben.

Der G-BA soll nach Inkrafttreten des Gesetzes bereits bis zum 31. März 2027 einen bestimmten Eingriff zur obligatorischen Zweitmeinung bestimmen. Es ist unmöglich, bis dahin ein funktionierendes Netzwerk von Zweitmeinern aufzubauen. Die Anzahl aktuell gemäß Zm-RL berechtigter Zweitmeiner wäre den Anforderungen des schlagartig steigenden Patientenvolumens nicht gewachsen. Beispielsweise stehen in dem von der Finanzkommission vorgeschlagenen Eingriff der Knieendoprothesen-Erstimplantation aktuell

551 berechtigte Zweitmeiner[1] für etwa 221.000 Eingriffe[2] im Jahr zur Verfügung. Bei Bearbeitung dieser Vielzahl an zusätzlichen Fällen werden unverhältnismäßig lange Wartezeiten entstehen, und dies nicht nur für die Patienten, die eine Zweitmeinung einholen müssen, sondern für alle Patienten, die in der jeweiligen Praxis behandelt werden. Zudem ist für die generelle Verfügbarkeit und optionale anschließende Behandlungsmöglichkeiten insbesondere in Anbetracht des laufenden Transformationsprozesses zu berücksichtigen, das nach den aktuellen Regelungen die Zweitmeinenden einen potenziellen Eingriff nach erfolgter Zweitmeinung nicht selbst durchführen dürfen, sollte der Zweitmeinende die Indikationsstellung zu einem operativen Eingriff wiederholen (§ 27b SGB V).

Vor diesem Hintergrund sollte das verpflichtende Zweitmeinungsverfahren engmaschig evaluiert werden. Dabei sind insbesondere die Verfügbarkeit geeigneter Zweitmeiner, regionale und fachgebietsbezogene Zugangsunterschiede, die Wartezeiten bis zur Einholung einer Zweitmeinung sowie die Auswirkungen auf die zeitgerechte Durchführung der betroffenen Eingriffe in den Blick zu nehmen. Der G-BA sollte über eine ergänzende Gesetzesregelung in § 27b SGB V beauftragt werden, hierzu in der Zweitmeinungs-Richtlinie nähere Regelungen zu Inhalt, Kriterien, Verfahren und Turnus der Evaluation zu treffen.

Darüber hinaus bedarf es einer weiteren Gesetzesregelung zur sachgerechten Ausnahme für Fälle, in denen eine Zweitmeinung trotz rechtzeitiger Information und nachweisbaren Bemühens nicht rechtzeitig eingeholt werden kann. In solchen Konstellationen darf die gesetzlich vorgesehene Vergütungsfolge nicht zulasten der durchführenden Krankenhäuser eingreifen. Andernfalls würden strukturelle Defizite in der Verfügbarkeit von Zweitmeinern zusätzlich die Versorgung der Patienten belasten.

3.9) Automatische Erweiterung des Prüfauftrags des Medizinischen Dienstes sowie Abstimmung zwischen GKV-Spitzenverband und DKG über mögliche Ausweitung des Vorverfahrens/ Falldialoges

Der Medizinische Dienst hat alle abrechnungsrelevante Auffälligkeiten, die er im Rahmen seiner Prüfung feststellt, in seine Prüfung einzubeziehen, auch wenn sie nicht Gegenstand des ursprünglichen Prüfauftrages gewesen sind. Dazu sollen GKV-Spitzenverband und DKG bis zum 30.06.2027 prüfen, ob das Vorverfahren/der Falldialog künftig umfassender genutzt werden kann.

DKG-Stellungnahme:

Zur automatischen Erweiterung des Prüfauftrages:

[1] Gemeinsamer Bundesausschuss (2026): „Zweitmeinungsverfahren: Zahl der Zweitmeinenden steigt weiter“, online verfügbar unter: https://www.g-ba.de/service/fachnews/239/ [zuletzt abgerufen am 13.04.2026].

[2] IQTIG (2025): „Qualitätsreport Auswertungsjahr 2025“ (S. 138), online verfügbar unter: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/qualitaetsreport/ [zuletzt abgerufen am 13.04.2026].

Die vorgesehene Berücksichtigung sämtlicher, im Rahmen einer Fallprüfung festgestellter abrechnungsrelevanter Auffälligkeiten durch den Medizinischen Dienst, auch wenn sie nicht Gegenstand des ursprünglichen Prüfauftrages gewesen sind, ist abzulehnen, da dies eine automatische Erweiterung des Prüfauftrages darstellt und somit künftig eine Ausforschungsprüfung zulässig wäre. Für einen solchen Systemwechsel weg von einer auffälligkeitsbasierten Einzelfallprüfung hin zu einer verdachtsunabhängigen (Ausforschungs-)Prüfung fehlen tragfähige gewichtige Gründe. In Anbetracht der Rechtsprechung des BSG zur Konkretisierungspflicht des Prüfauftrages mit Blick auf den Sozialdatenschutz ist eine unbegrenzte Ausforschungsprüfung, die Krankenhäuser verpflichten würde, sämtliche Sozialdaten zur Verfügung zu stellen, unverhältnismäßig und damit rechtswidrig. Eine automatische, autarke Erweiterung des Prüfauftrages durch den Medizinischen Dienst ohne Information des Krankenhauses beeinträchtigt den Sozialdatenschutz und beschneidet die Reaktionsmöglichkeiten des Krankenhauses in unzulässigem Umfang, da auf die Beantragung und Genehmigung der Erweiterung künftig verzichtet werden und der Medizinische Dienst automatisch die Prüfung auf alle abrechnungsrelevanten Voraussetzungen ausdehnen können soll.

Für einen solchen Systemwechsel müssten gewichtige Gründe sprechen. Diese sind hier nicht erkennbar. Das existierende System der auffälligkeitsbezogenen Einzelfallprüfung fußt auf § 275c Absatz 1 Satz 3 SGB V i. V. m. § 275 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V. Danach wird der Medizinische Dienst eingeschaltet, um bei Vorliegen von Auffälligkeiten zu prüfen, ob eine Krankenhausabrechnung ordnungsgemäß erfolgt ist. Diese Auffälligkeiten sind wiederum Grundlage der Beauftragung des Medizinischen Dienstes nach § 4 Satz 1 PrüfvV und definieren den Prüfgegenstand, der dem Krankenhaus mitzuteilen ist, § 4 Satz 2 PrüfvV. Diese Konkretisierungspflicht des Prüfauftrages leitet sich aus der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ab, welches mit Urteil vom 22.04.2009 (Az.: B 3 KR 24/07 R) festgelegt hat, dass aus der Mitteilung des Prüfauftrages und der Mitteilung des Prüfgrundes für das Krankenhaus klar erkennbar sein muss, welchen Sachverhalt der Medizinische Dienst zu prüfen hat, um daraus ableiten zu können, welche Unterlagen in die Prüfung mit einzubeziehen sind, da Sozialdaten vom Medizinischen Dienst gemäß § 276 Absatz 2 Satz 1 SGB V nur insoweit erhoben (und vom Krankenhaus übermittelt) werden dürfen, soweit diese für die Begutachtung nach § 275 bis § 275c SGB V erforderlich sind. Soll künftig die an einer oder mehreren konkreten Auffälligkeiten orientierte Prüfung durch eine verdachtsunabhängige Prüfung sämtlicher abrechnungsrelevanter Voraussetzungen ersetzt werden, die ohne Vorliegen konkreter Anhaltspunkte beauftragt werden kann, wird im Ergebnis eine Ausforschungsprüfung eingeführt, die das Ziel hat, irgendetwas in der Abrechnung zu finden, das eine Beanstandung und somit eine Rechnungskürzung rechtfertigen kann. Solche Ausforschungsprüfungen sind abzulehnen, da sie dem Grundsatz des effektiven Prüfverfahrens widersprechen. Die automatische Ausweitung des Prüfauftrages verletzt zudem insbesondere im schriftlichen Verfahren rechtsstaatliche Notwendigkeiten. Wie oben ausgeführt ist die Mitteilung des Prüfauftrages notwendig, damit das Krankenhaus erkennen kann, was geprüft wird und welche Unterlagen erforderlich und

an den Medizinischen Dienst zu übermitteln sind, damit der Prüfauftrag durchgeführt werden kann. Im Gegensatz zur Prüfung vor Ort erfolgt die Prüfung im schriftlichen Verfahren ohne Beteiligung des Krankenhauses. Erkennt der Medizinische Dienst das Erfordernis einer Prüferweiterung, kann das Krankenhaus nur dann reagieren (z. B. durch eine Übermittlung zusätzlicher Unterlagen), wenn es über diese Erweiterung in Kenntnis gesetzt wird. Eine automatische, autarke Erweiterung des Prüfauftrages durch den Medizinischen Dienst ohne Information des Krankenhauses beschneidet die Reaktionsmöglichkeiten des Krankenhauses erheblich. Zudem darf nicht unberücksichtigt bleiben, dass die Krankenkassen es schon jetzt in der Hand haben, alle relevanten Auffälligkeiten bezüglich des Abrechnungsfalles zu benennen, auch über den in § 4 Satz 2 PrüfvV genannten Katalog hinausgehend, vgl. § 4 Satz 3 PrüfvV. Dass der Medizinische Dienst im Rahmen einer Prüfung darüberhinausgehende Auffälligkeiten entdeckt, dürfte i. d. R. die Ausnahme sein, die keine Gesetzesänderung rechtfertigt.

Zudem sind die von der GKV-Finanzkommission vorgetragenen finanziellen Auswirkungen dieses Vorschlages, auf die die Begründung des Gesetzentwurfes ausdrücklich Bezug nimmt, wenig überzeugend. Sie beruhen auf einer Datengrundlage ausschließlich des MD Nord mit der „vereinfachenden“ Annahme, dass diese Daten repräsentativ für das Bundesgebiet sind. Die Darstellung der finanziellen Auswirkungen ist nur schwer nachzuvollziehen. Auch fehlen Nachweise, ob Erweiterungen der Prüfaufträge in der Praxis tatsächlich in solch einem Umfang zu erwarten sind, um das behauptete Rückforderungspotential zu begründen.

Zur Prüfung der Ausweitung des Vorverfahrens / des Falldialoges:

Eine Ausdehnung des Vorverfahrens bzw. des Falldialoges ist allerdings grundsätzlich kritisch zu sehen, da zu befürchten ist, dass Krankenkassen durch eine Ausdehnung des Vorverfahrens bzw. des Falldialoges die Einschaltung des Medizinischen Dienstes und damit die Begrenzung durch die Prüfquoten umgehen können und somit ein paralleles Prüfverfahren implementieren werden.

3.10) Maßnahmen zur Begrenzung von Budgetsteigerungen und Absenkung der Budgets von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen

Mit den vorgeschlagenen Anpassungen in § 3 Absatz 3 BPflV sollen die Einrichtung ab dem Jahr 2027 zu einer Rückzahlung von vereinbarten aber nicht besetzten Personalstellen sowie von nicht zweckentsprechend verwendeten Budgetanteilen für Personal verpflichtet werden. Zudem soll der leistungsbezogene Krankenhausvergleich nach § 4 BPflV (Psych-Krankenhausvergleich) „zur Verbesserung der Praxistauglichkeit“ um Kostendaten ergänzt werden. Auch gelten die vorgesehenen Anpassungen zum Veränderungswert, der Tarifrate, dem Prüfauftrag des Medizinischen Dienstes und der elektronischen Patientenakte (ePA) auch im Geltungsbereich der BPflV sowie die Anpassungen zur Veränderungsrate im SGB V für die psychiatrische und psychosomatische Institutsambulanzen. Die diesbezügliche Stellungnahme gilt auch für die entsprechenden Anpassungen der BPflV.

DKG-Stellungnahme:

Mit diesen Gesetzesänderungen werden die Empfehlungen der Finanzkommission aufgegriffen, die wiederum auf fehlerhaften Annahmen und einseitigen Interpretationen basieren. Die von der Finanzkommission aufgegriffenen Zahlen und die daraus gezogenen Schlussfolgerungen sind nicht belastbar, um einen politischen Handlungsbedarf zu rechtfertigen. Eine Umsetzung der Vorschläge würde die Umsetzung der hohen Qualitätsanforderungen des G-BA (PPP-RL) unmöglich machen und somit die psychiatrische und psychosomatische Versorgung massiv gefährden.

Bisher haben die Vertragsparteien vor Ort zu vereinbaren, inwieweit der Gesamtbetrag des folgenden Jahres abzusenken ist, wenn eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht vorgenommen wurde. Eine Rückzahlungsverpflichtung für nicht besetzte Stellen, eine Zweckbindung von Budgetanteilen und auch eine automatische Absenkung des Budgets des Folgejahres gibt es bisher richtigerweise nicht.

Mit der vorgesehenen Zweckbindung wird der elementare Grundsatz der Krankenhausfinanzierung, wonach das vereinbarte Gesamtbudget (Gesamtbetrag) maßgeblich ist und die sinnvolle und wirtschaftliche Verwendung der Mittel in der Eigenverantwortung der Einrichtungen liegt, aufgekündigt. Auch wenn die Finanzkommission dies als „konsequente Budgetkontrolle“ bagatellisiert, würde eine Zweckbindung von rund 65 % des Budgets einen Paradigmenwechsel in der Krankenhausfinanzierung bedeuten. Wenn eine Rückzahlungsverpflichtung gewollt ist, muss im Gegenzug auch die Vereinbarung der Personalkosten in tatsächlicher Höhe im Gesetz verankert werden.

Besonders schwerwiegend ist, dass dieser Gesetzesvorschlag wie die Finanzkommission die Sanktionen des G-BA vollkommen ausblendet. Mit der PPR-RL sind ab dem Jahr 2026 bei Nichterfüllung der Personalmindestanforderungen hohe Sanktionen in Kraft gesetzt worden. Eine zusätzliche Rückzahlungsverpflichtung würde eine zweifache Sanktionierung desselben Tatbestands, nämlich zu wenig Personal, bedeuten. Vor allem aber würden den betroffenen Einrichtungen durch die beiden parallel angelegten Mechanismen unverhältnismäßig hohe Mittel entzogen, die dann für die Einstellung des fehlenden Personals fehlen. Daher müssen bei einer Rückzahlungsverpflichtung die Sanktionen des G-BA ausgesetzt werden.

Sofern die Politik auf Grund der Sparzwänge im Gesundheitssystem den Vorschlag einer Rückzahlungsverpflichtung aufgreifen sollte, müssen zeitgleich und zwingend auch die Refinanzierung der tatsächlichen Personalkosten gesetzlich verankert und die Sanktionen des G-BA ausgesetzt werden, um zumindest die derzeitige Personalausstattung und Qualität der Versorgung zu erhalten. Ohne diese beiden begleitenden Maßnahmen müssen die Einrichtungen aus Kostengründen Personal abbauen und zugleich zur Einhaltung der Personalmindestanforderungen die Versorgung massiv einschränken.

Mit der Ausweitung des Psych-Krankenhausvergleichs um „Kostendaten“ wird die ursprüngliche Intention des Gesetzgebers, zu einer Angleichung der individuellen Preise beizutragen, verlassen. Nunmehr wird der Psych-Krankenhausvergleich offensichtlich nur noch als Instrument für einseitige Kostensenkungen verstanden. Dabei bleibt weiterhin offen, wie der Psych-Krankenhausvergleich mit den Personalmindestanforderungen des G-BA in Einklang zu bringen ist. Die Erweiterung um die Kostendaten zielt darauf ab, die einzelnen Budgetpositionen jenseits des therapeutischen Personals herauszugreifen und abzusenken, ohne dass dies durch andere Budgetpositionen kompensiert werden kann. Daher muss von den Einrichtungen zukünftig für jede einzelne Budgetposition eine kostendeckende Vergütung erkämpft werden. Die Budgetverhandlungen werden nicht nur durch die bereits streitbehaftetet Umsetzung der PPP-RL sondern durch extrem kleinteilig und streitbehaftete Diskussionen in allen Bereichen der Budgetvereinbarung belastet werden. Im Ergebnis wird hierdurch massiv neue Bürokratie auf- anstatt abgebaut, ohne dass ein nennenswerter Nutzen zu erwarten ist. Als Zeichen des ernsthaften politischen Willens zum Bürokratieabbau sollte der Psych-Krankenhausvergleich besser ersatzlos gestrichen werden.

3.11) Einführung von Kurzzeitfallpauschalen

Mit den neuen Kurzzeitfallpauschalen soll das DRG-Vergütungssystem weiterentwickelt werden – erstmalig für das Leistungsjahr 2028 – verbunden mit dem Ziel, die Verweildauerverkürzung und die Ambulantisierung bei stationären Krankenhausbehandlungen zu fördern. Es sollen stationäre Behandlungsfälle der Krankenhäuser unabhängig von der tatsächlichen Behandlungsdauer vergütet werden, die maximal zwei Übernachtungen (drei Kalendertage) umfassen. Im Sinne einer Ergänzung der vom Gesetzgeber bereits implementierten Instrumente AOP und Hybrid-DRG sind auf die Fallzahlvorgaben gemäß § 115f SGB V die Fälle der Kurzzeitfallpauschalen anzurechnen. Es sind keine Kurzzeitfallpauschalen für AOP-Leistungen zu etablieren. Es hat zudem eine jährliche Überprüfung zu erfolgen, wie viele und welche der mit Kurzzeitfallpauschalen vergüteten Fälle ambulant erbracht werden und ob für diese eine Überführung in den AOP-Katalog sachgerecht ist. Da davon auszugehen ist, dass es Schnittmengen mit dem Bereich Hybrid-DRG geben wird, ist zu prüfen, ob und inwieweit weiterhin eine Abrechnung gemäß § 115f SGB V für die Krankenhäuser weiterhin möglich ist. Es sind Vorgaben festzulegen, damit keine Fallzahlausweitung bei den stationären Behandlungsfällen mit bis zu zwei Übernachtungen auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses stattfindet und welche „Sanktionen“ bei Überschreitung dieser Mengenbegrenzung gelten sollen. Es soll eine Absenkung der Bewertungsrelationen der Kurzzeitfallpauschalen sowie im Ergebnis auch eine Absenkung der Summe der für die Kurzzeitfallpauschalen insgesamt vereinbarten Bewertungsrelationen vorgenommen werden. Die dadurch erzeugte Kostensenkung wird mit einem 2-Jahres-Verzug wirksam und wird an die Versichertengemeinschaft weitergegeben.

DKG-Stellungnahme:

Erneut soll eine tiefgreifende Reform des Vergütungssystems erfolgen, deren Einführung analog zu den Hybrid-DRG gänzlich ohne ausreichende Diskussion und Möglichkeit zur Prüfung der formulierten gesetzlichen Vorgaben vorgenommen werden soll. Voraussetzung für das Gelingen derartig komplexer Reformvorhaben ist es jedoch, diese intensiv zu diskutieren. Sonst ist mit hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Chancen dieser Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems durch Ergänzung von Kurzzeitfallpauschalen erneut nicht genutzt werden. Grundsätzlich handelt es um einen richtigen Ansatz, eine Möglichkeit zu schaffen, geeignete stationäre Fälle sehr kurz zu behandeln und im DRG-System unabhängig von der tatsächlichen Behandlungsdauer zu vergüten.

Elemente des DKG-Konzepts für die Einführung eines Kurzlieger-DRG-Bereiches werden zwar aufgegriffen, jedoch sind zwingend noch Ergänzungen und Korrekturen des Gesetzesentwurfes vorzunehmen.

Parallel zu den bereits im SGB V etablierten Bereichen des Ambulanten Operierens im Krankenhaus (AOP-Bereich) und der Speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG-Bereich) wird nun ein weiterer Bereich im KHG bzw. KHEntgG mit ähnlichen Behandlungsfällen ergänzt. Dadurch ergeben sich Probleme bei der Abgrenzung und Zuordnung von medizinischen Fällen, die durch eine Streichung der Hybrid-DRG vermieden werden können. Das parallele Bestehen von ähnlich gelagerten Versorgungsformen ist auf ein absolutes Mindestmaß zu begrenzen, sodass es einer Übergangsphase mit dem Ziel der grundsätzlichen Überführung der Hybrid-DRG in Kurzzeitfallpauschalen bedarf. Diese Übergangsphase erfordert klare, tragfähige Regelungen um Abgrenzungsprobleme, Fehlanreize, Mehrkosten und Ineffizienzen zu vermeiden und somit eine patientenorientierte Versorgungsstruktur sicherstellen zu können.

Positiv ist die Anrechenbarkeit der Fallzahlen aus dem neuen Kurzlieger-Bereich auf die viel zu hohen gesetzlichen Fallzahlvorgaben für die Etablierung weiterer Hybrid-DRG bis 2030. Das Ambulantisierungspotential liegt vielmehr bei dem Versorgungsbereich der Kurzzeit-Fallpauschalen. Hauptkritikpunkt ist, dass die zentrale ordnungspolitische Weichenstellung nicht vorgenommen wurde. Es fehlt eine Regelung, wonach im Kurzlieger-Bereich auch ambulante Leistungen gemäß der Rechtsprechung des BSG enthalten sein können. Damit können die Verweildauern zwar reduziert werden, im Bereich der Behandlungen innerhalb 1 Belegungstags (2 Kalendertage) besteht dann allerdings das Risiko der primären Fehlbelegung mit entsprechenden massiven Vergütungskürzungen. Die grundsätzliche Möglichkeit der stationären Erbringung von bestimmten AOP- Leistungen bei Vorliegen von Kontextfaktoren muss dabei unbedingt unberührt bleiben, ansonsten wären diese Leistungen trotz medizinischer oder sozialer Erforderlichkeit nicht mehr stationär erbringbar.

Es fehlt für die Kurzzeit-Fallpauschalen in diesem Zusammenhang auch eine entsprechende Ausnahmeregelung von MD-Prüfungen, damit sehr kurzliegende Fälle in diesem neuen Leistungsbereich auch tatsächlich ermöglicht werden. Mit der fehlenden Öffnung für ambulante Fälle im Sinne der BSG-Rechtsprechung fehlt eine für dieses Konzept

unverzichtbare und zentrale Grundvoraussetzung, so dass die gesetzlichen Vorgaben zwingend noch zu ergänzen sind. Grundsätzlich ist eine Mengenbegrenzung für stationäre Behandlungsfälle mit bis zu zwei Übernachtungen auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses dabei abzulehnen, da durch die Kurzzeit-Fallpauschalen ambulante Fälle adressiert werden, welche die Strukturen und Vorhaltungen eines Krankenhauses bedürfen.

Mit der Einführung der Kurzzeitfallpauschalen werden auch Vorgaben für die Berechnung der Entgelte eingebracht. Es soll eine Absenkung der Bewertungsrelationen der Kurzzeitfallpauschalen auch durch eine Absenkung der Summe der für die Kurzzeitfallpauschalen insgesamt vereinbarten Bewertungsrelationen nachvollzogen werden. Die Kostensenkung soll mit einem 2-Jahres-Verzug wirksam und an die Versichertengemeinschaft weitergegeben werden.

Die damit zu erreichenden Einspareffekte können nur dann ihre Wirkung entfalten, wenn die Umsetzung des Konzepts der Kurzzeitfallpauschalen in den Krankenhäusern gelingt

Fazit:

Es besteht noch dringender Anpassungsbedarf für die ordnungspolitische Ausgestaltung der Kurzzeitfallpauschalen. Die gesetzliche Grundlage dieser sehr weitgehenden Vergütungsreform sollte daher sorgfältig und unter Einbeziehung der betroffenen Leistungsträger formuliert werden, damit die bestehenden Chancen in den nachfolgenden Prozessen innerhalb der Selbstverwaltung auch genutzt und in eine optimierte Versorgung umgesetzt werden können.

Damit das Ziel der Ambulantisierung über Kurzzeitfallpauschalen und eine wünschenswerte Effizienzsteigerung in der Krankenhausversorgung auch tatsächlich erreicht werden kann sind folgende Änderungen dringend notwendig.

Die im Folgenden aufgeführten Änderungsvorschläge beziehen sich auf den Gesetzesentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)“ vom 29.04.2026 sowie auf bereits bestehende gesetzliche Regelungen des § 115f SGB V Spezielle sektorengleiche Vergütung.

1. Bestehende gesetzliche Regelungen:

<u>1.1 § 115f SGB V (Spezielle sektorengleiche Vergütung)</u>

- § 115f Abs. 1 Satz 7 wird wie folgt ergänzt:

„Die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 beauftragen das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gemeinsam bis zum 15. Mai eines jeden Kalenderjahres, erstmals bis zum 15. Mai 2025 ***und letztmalig bis zum***

***15. Mai 2028**, einen Vorschlag für die Kalkulation der Vergütung differenziert nach dem Schweregrad der Fälle zu erarbeiten."*

Begründung: Hier handelt es sich um eine Folgeänderung des neu eingeführten Absatz 1a. Da die Leistungen der Sektorengleichen Vergütung im Jahr 2030 grundsätzlich in die Kurzzeitfallpauschalen überführt sind, ist letztmalig für das Leistungsjahr 2029 eine Kalkulation der noch verbliebenen Hybrid-DRG mit maximal einer Übernachtung vorzunehmen. Die Beauftragung hat dementsprechend letztmalig bis zum 15. Mail 2028 zu erfolgen.

- § 115f Abs. 1 Satz 8 wird gestrichen:

~~*„In den Vorschlägen ist eine schrittweise Anpassung der Vergütungen vorzusehen, mit dem Ziel, dass bis zum Jahr 2030 die Höhe der Vergütungen der nach § 115b vereinbarten Leistungen erreicht wird."*~~

Begründung: Hier handelt es sich um eine Folgeänderung des neu eingeführten Absatz 1a. Da die Leistungen der Sektorengleichen Vergütung im Jahr 2030 grundsätzlich in die Kurzzeitfallpauschalen überführt sind, ist eine Anpassung der Vergütung mit dem Ziel, dass bis zum Jahr 2030 die Höhe der Vergütungen der nach § 115b vereinbarten Leistungen erreicht wird, nicht mehr erforderlich.

- § 115f Abs. 1 Satz 9 wird wie folgt geändert:

„Auf der Grundlage des Vorschlags schließen die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 die Vereinbarung nach Satz 1 Nummer 1 bis zum 15. September eines jeden Kalenderjahres, ***letztmalig im Kalenderjahr 2028****, mit Wirkung ab dem 1. Januar des folgenden Kalenderjahres."*

Begründung: Hier handelt es sich um eine Folgeänderung des neu eingeführten Absatz 1a. Da die Leistungen der Sektorengleichen Vergütung im Jahr 2030 grundsätzlich in die Kurzzeitfallpauschalen überführt sind, haben die Vertragsparteien letztmalig im Kalenderjahr 2028 für das Jahr 2029 eine Vereinbarung nach Satz 1 Nummer 1 bis zum 15. September abzuschließen.

- § 115f Abs. 1a wird gestrichen und durch folgenden Abs. 1a (neu) ersetzt:

~~*„(1a) Spätestens in der bis zum 15. September 2030 zu schließenden Vereinbarung sind die nach Absatz 1 Satz 2 zu kalkulierenden Fallpauschalen auf Grundlage fallbezogener empirischer Kostendaten des ambulanten und stationären Bereichs festzulegen. Danach sind sie jährlich auf der Grundlage der jeweiligen in Satz 1 genannten Kostendaten zu überprüfen und, sofern erforderlich, anzupassen. Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 beauftragen das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut gemeinsam bis zum 30. April 2025, einen Vorschlag für ein Konzept zur Festlegung der*~~

~~*Fallpauschalen nach Satz 1 zu erarbeiten. Auf der Grundlage dieses Vorschlags vereinbaren die Vertragsparteien bis zum 31. Dezember 2025 das Konzept zur Festlegung der Fallpauschalen nach Satz 1 und legen dieses Konzept dem Bundesministerium für Gesundheit vor.“*~~

Absatz 1a (neu): ***„Die Leistungen der Speziellen sektorengleichen Vergütung werden schrittweise grundsätzlich in die Kurzzeitfallpauschalen gemäß § 17b KHG bis zum 31.12.2029 überführt, sodass mit Wirkung zum 01. Januar 2030 die Spezielle sektorengleiche Vergütung beendet wird. Für das Leistungsjahr 2028 werden die Leistungen der Speziellen sektorengleichen Vergütung grundsätzlich auf Behandlungsfälle mit maximal einer Übernachtung begrenzt. Für das Leistungsjahr 2030 werden die Leistungen der Speziellen sektorengleichen Vergütung mit maximal einer Übernachtung grundsätzlich in die Kurzzeitfallpauschalen gemäß § 17b KHG überführt.“***

Begründung: Parallel zu den bereits im SGB V etablierten Bereichen des Ambulanten Operierens im Krankenhaus (AOP-Bereich) und der Speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG-Bereich) wird nun ein weiterer Bereich im KHG bzw. KHEntgG mit ähnlichen Behandlungsfällen ergänzt. Dadurch ergeben sich Probleme bei der Abgrenzung und Zuordnung von medizinischen Fällen, die durch eine Streichung der Hybrid-DRG vermieden werden. Es bedarf allerdings einer möglichst kurzen und klar festgelegten Übergangsphase um die Versorgungssicherheit zu gewährleisten.

Da die Kurzzeitfallpauschalen ab dem Jahr 2028 eingeführt werden, ist bereits zu diesem Zeitpunkt mit der Übergangsphase bis zur vollständigen Auflösung der Speziellen sektorengleichen Vergütung zum Jahr 2030 zu beginnen. Die Übergangsphase umfasst zwei Schritte. Im ersten Schritt erfolgt die Überführung der Leistungen der speziellen sektorengleichen Vergütung mit zwei Übernachtungen in die Kurzzeitfallpauschalen gemäß § 17b KHG und im zweiten Schritt werden die Leistungen der speziellen sektorengleichen Vergütung mit maximal einer Übernachtung in die Kurzzeitfallpauschalen gemäß § 17b KHG für das Leistungsjahr 2030 überführt.

- § 115f Abs. 2 Satz 1 wird wie folgt ergänzt:

„Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 haben die Auswahl der Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 jährlich zu überprüfen und, sofern zur Einhaltung der Vorgaben nach Satz 2 erforderlich, bis zum 31. März des jeweiligen Kalenderjahres, in dem die Überprüfung stattfindet, auf Grundlage des nach Satz 3 beauftragten Vorschlags mit Wirkung ab dem 1. Januar des folgenden Kalenderjahres, ***letztmalig für das Kalenderjahr 2029****, anzupassen.“*

Begründung: Hier handelt es sich um eine Folgeänderung des neu eingeführten Absatz 1a. Da die Leistungen der Sektorengleichen Vergütung im Jahr 2030 grundsätzlich in die Kurzzeitfallpauschalen überführt sind, ist letztmalig für das Leistungsjahr 2029 eine Überprüfung und ggf. Anpassung erfolgen.

- § 115f Abs. 2 Satz 2 wird wie folgt geändert:

„Die Auswahl hat so zu erfolgen, dass bezogen auf die nach § 21 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Jahr 2023 übermittelten Daten zu vollstationären Krankenhausfällen ohne Berücksichtigung der Krankenhausfälle, in denen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden angewendet werden, ab dem Jahr 2026 jährlich mindestens eine Million Fälle erfasst werden; ~~ab dem Jahr 2028 sollen unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Evaluation nach Absatz 5 jährlich mindestens 1,5 Millionen und ab dem Jahr 2030 jährlich mindestens zwei Millionen Fälle erfasst werden.“~~

Begründung: Hier handelt es sich um eine Folgeänderung des neu eingeführten Absatz 1a und der Streichung des Absatz 5.

- § 115f Abs. 2 Satz 3 wird wie folgt ergänzt:

„Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 beauftragen das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut gemeinsam bis zum 15. Februar eines jeden Kalenderjahres, ***letztmalig im Kalenderjahr 2028****, die Auswahl der Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 zu überprüfen und einen Vorschlag zur Anpassung der Leistungsauswahl vorzulegen.“*

Begründung: Hier handelt es sich um eine Folgeänderung des neu eingeführten Absatz 1a. Da die Leistungen der Sektorengleichen Vergütung im Jahr 2030 grundsätzlich in die Kurzzeitfallpauschalen überführt sind, haben die Vertragsparteien letztmalig im Kalenderjahr 2028 die Institute zu beauftragen, die Auswahl der Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 zu überprüfen und einen Vorschlag zur Anpassung der Leistungsauswahl für das Jahr 2029 vorzulegen.

- § 115f Abs. 5 wird gestrichen:

~~*„Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien beauftragen bis zum 30. April 2025 das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus mit der regelmäßigen Evaluation der Auswirkungen der speziellen sektorengleichen Vergütung auf die Versorgung der Versicherten, auf die Vergütungen der Leistungserbringer sowie auf die Ausgaben der Krankenkassen auf der Grundlage nicht personenbezogener Leistungsdaten.* Die in Satz 1 genannten Institute legen ihren Evaluationsbericht im Abstand von jeweils zwölf Monaten, erstmals zum 31. Dezember 2026 unter Einbeziehung der für das Jahr 2026 vereinbarten Auswahl der Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, den Vertragsparteien und dem Bundesministerium für Gesundheit sowie auf Verlangen dem Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a Satz 2 vor.“~~

Begründung: Hier handelt es sich um eine Folgeänderung des neu eingeführten Absatz 1a. Da die Leistungen der Sektorengleichen Vergütung im Jahr 2030 grundsätzlich in die Kurzzeitfallpauschalen überführt sind, ist eine Evaluation der Auswirkungen der speziellen

sektorengleichen Vergütung auf die Versorgung der Versicherten, auf die Vergütungen der Leistungserbringer sowie auf die Ausgaben der Krankenkassen nicht mehr erforderlich.

1.2 § 10 KHG (Entwicklungsauftrag zur Reform der Investitionsfinanzierung)

- § 10 Abs. 2 Satz 2 wird wie folgt ergänzt:

„In den Investitionsbewertungsrelationen ist der Investitionsbedarf für die voll- und teilstationären Leistungen ***sowie für die Kurzzeitfallpauschalen*** *pauschaliert abzubilden; der Differenzierungsgrad soll praktikabel sein.“*

Begründung: Diese Ergänzung begründet sich aus der Logik der Gesetzgebung zur Krankenhausfinanzierung, dass die Krankenhäuser für die stationäre Leistungserbringung über die Regelungen des KHG Investitionsförderung erhalten. Da es sich bei den über den § 17b Absatz 2a KHG neu eingeführten Kurzzeitfallpauschalen um Entgelte nach § 17b handelt, hat diese Klarstellung zu erfolgen.

2. Änderungsvorschläge zum vorliegenden Gesetzentwurf

2.1 Änderungsvorschlag zu Artikel 3 Nr. 5: KHEntgG § 8 (Berechnung der Entgelte):

- § 8 Abs. 5a wird gestrichen:

~~*„Die Berechnung der in § 17b Absatz 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Kurzzeitfallpauschalen ist ausgeschlossen, wenn die Leistung in dem Katalog nach § 115b Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch enthalten ist. Näheres regeln die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.“*~~

Begründung: Mit den neuen Kurzzeitfallpauschalen soll das DRG-Vergütungssystem weiterentwickelt werden – erstmalig für das Leistungsjahr 2028 – verbunden mit dem Ziel, die Verweildauerverkürzung und die Ambulantisierung bei stationären Krankenhausbehandlungen zu fördern. Laut § 115b Abs. 1 Satz 3, sind allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. Diese Regelung wurde im AOP-Vertrag umgesetzt und hat weiterhin Bestand. Hierbei handelt es sich überwiegend um Behandlungsfälle, bei denen eher von einer kurzen Verweildauer auszugehen ist. Den Krankenhäusern die Abrechnungsmöglichkeit über Kurzzeitfallpauschalen zu verwehren, widerspricht den Intentionen der Einführung von Kurzzeitfallpauschalen.

2.2 Änderungsvorschlag zu Artikel 3 Nr. 6: KHEntgG § 9 (Vereinbarung auf Bundesebene):

- § 9 Abs. Absatz 1 Nr. 11 (neu) wird gestrichen:

~~*„11. erstmals bis zum 30. September 2027 nähere Einzelheiten für Kurzzeitfallpauschalen nach § 17b Absatz 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, insbesondere*~~

> ~~*a) Vorgaben, durch die sichergestellt wird, dass durch die Einführung der Kurzzeitfallpauschalen keine Fallzahlausweitung bei den stationären Behandlungsfällen mit bis zu zwei Übernachtungen auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses stattfindet und*~~
>
> ~~*b) die Folgen einer Überschreitung der nach Buchstabe a festgelegten Begrenzung.“*~~

Begründung: Mit den neuen Kurzzeitfallpauschalen soll das DRG-Vergütungssystem weiterentwickelt werden – erstmalig für das Leistungsjahr 2028 – verbunden mit dem Ziel, die Verweildauerverkürzung und die Ambulantisierung bei stationären Krankenhausbehandlungen zu fördern. Eine sanktionsbewehrte Mengenbegrenzung für die im einzelnen Krankenhaus erbringbaren Kurzzeitfallpauschalen zu etablieren, würde diese Zielsetzung konterkarieren. Der laut Gesetzesbegründung befürchteten Hospitalisierung der von Krankenhäusern ambulant zu erbringenden Leistungen ist entgegen zu halten, dass laut §

115b Abs. 1 Satz 3 allgemeine Tatbestände zu bestimmen sind, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. Diese Regelung wurde im AOP-Vertrag umgesetzt und hat weiterhin Bestand, sodass eine Hospitalisierung von ambulant zu erbringenden Fällen nicht zu befürchten ist.

2.3 Änderungsvorschlag zu Artikel 4 Nr. 2: KHG § 17b (Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung):

- § 17b Abs. 2a Satz 1 wird wie folgt geändert:

„Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erarbeitet bis zum 31. März 2027 ein Konzept für geeignete Fallgruppen für eine gesonderte Kalkulation von Bewertungsrelationen für ~~stationäre~~ Behandlungsfälle mit einer Behandlungsdauer von bis zu drei Kalendertagen und maximal zwei Übernachtungen (Kurzzeitfallpauschalen).“

- § 17b Abs. 2a nach Satz 1 wird folgender Satz 2 (neu) ergänzt:

„Eine Vergütung mit einer Kurzzeitfallpauschale erfolgt unabhängig davon, ob die Leistung ambulant oder stationär erbracht wird.“

Begründung: Es handelt sich um eine zentrale ordnungspolitische Klarstellung, dass in den neuen Kurzzeitfallpauschalen auch ambulante Leistungen gemäß der Rechtsprechung des BSG enthalten sind.

- § 17b Abs. 2a nach Satz 3 (neu) wird folgender Satz 4 (neu) ergänzt:

„Das Konzept nach Absatz 2a Satz 1 und die Vereinbarung nach Absatz 2a Satz 3 haben die Vorgaben des § 115f Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Überleitung der Leistungen der speziellen sektorengleichen Vergütung in Kurzzeitfallpauschalen umzusetzen. […]“

Begründung: Hierbei handelt es sich um eine Folgeänderung der Anpassungen in § 115f Absatz 1a SGB V. Die in § 115f Absatz 1a formulierten Regelungen zur Überleitung der Leistungen der speziellen sektorengleichen Vergütung in Kurzzeitfallpauschalen müssen im Konzept und der Vereinbarung nach Absatz 2a Satz 1 nachvollzogen werden.

- § 17b Abs. 2a nach Satz 4 (alt) wird folgender Satz 8 (neu) ergänzt:

„Eine Vergütung mit einer Kurzzeitfallpauschale erfolgt unabhängig davon, ob Patienten oder Patientinnen das Krankenhaus am gleichen Tag verlassen oder bis zu drei Kalendertage und maximal zwei Übernachtungen im Krankenhaus verbleiben.“

Begründung: Es handelt sich um eine zentrale ordnungspolitische Klarstellung, dass in den neuen Kurzzeitfallpauschalen auch ambulante Leistungen gemäß der Rechtsprechung des BSG enthalten sind.

3.12) Streichung des ePA-Befüllungszuschlags – ambulant und stationär

Die Zuschläge für die Erstbefüllung der ePA sollen ab 2027 entfallen. Überdies sollen die Zuschläge für sämtliche zukünftige Folgebefüllungen im ambulanten sowie stationären Bereich entfallen.

DKG-Stellungnahme:

Die geplante Streichung des Zuschlags auf jeglicher Ebene (ambulant wie stationär) wird unter dem Deckmantel der GKV-Beitragsstabilität betrieben, ohne zugleich die strukturellen Ursachen steigender Aufwände anzugehen. Statt echter Entbürokratisierung wird der finanzielle Druck einseitig auf die Krankenhäuser verlagert – mit fatalen Folgen für die Digitalisierung und Innovationsfähigkeit.

Es entsteht der Eindruck, dass Kosten gesenkt werden sollen, ohne Bürokratie abzubauen, und dass Einsparungen gerade dort erfolgen, wo zusätzlicher gesetzlicher und technischer Aufwand politisch gewollt eingeführt wurde. Die elektronische Patientenakte verursacht derzeit nachweislich erhebliche personelle, sächliche, technische usw. Aufwände. Dessen ungeachtet soll ausgerechnet der Ausgleich für diesen Mehraufwand entfallen. Alleine im vollstationären Bereich bedeutet dies ein Minus für die Krankenhäuser von ca. 80 Mio. € pro Jahr, abgesehen von den teilstationären sowie ambulanten Fällen, die ebenfalls erheblich ins Gewicht fallen. Krankenhäuser sollen zusätzliche Dokumentationen leisten und komplexe Widerspruchs- und Spezialregelungen (z. B. GenDG, ePA-Widerspruch im Aufenthalt) handhaben – ohne Anerkennung des Aufwands. Das bremst nicht nur die Akzeptanz, sondern auch jede ernsthafte Weiterentwicklung digitaler Prozesse.

Die Streichung des Zuschlags sendet das klare Signal, dass Digitalisierung politisch gewünscht ist, aber möglichst nichts kosten soll – und vor allem nichts vereinfacht. Das ist weder nachhaltig noch ehrlich und konterkariert die eigenen Digitalisierungsziele des Systems.

3.13) Weitere Reformvorschläge der DKG im Rahmen des GKV-Beitragsstabilisierungsgesetzes

Die Krankenhäuser verweisen diesbezüglich auf die eingereichten Vorschläge zur GKV-Finanzstabilisierung an die FinanzKommission Gesundheit vom 28.11.2025 und machen nachfolgend ergänzende Ausführungen zum Bereich Arzneimittel.

Unzureichendes Maßnahmenpaket mit Blick auf das Einsparpotential im Bereich der Arzneimittelkosten

Die im Gesetzentwurf vorgeschlagenen Maßnahmen im Arzneimittelbereich werden nicht ausreichend sein, um den exzessiven Preisanstieg vor allem der unterlagen- und patentgeschützen Arzneimittel wirkungsvoll einzudämmen.

Die Abschaffung des Kombinationsabschlags (§ 130e SGB V alt und § 35a Absatz 3 Satz 4 SGB V) sowie der Leitplanken (§ 130b Absatz 3 Satz 2 und 5 SGB V) führt zunächst zu einer Entlastung der pharmazeutischen Industrie. Alleinig über den Herstellerabschlag nach § 130a Absatz 1b SGB V und die Verlängerung des Preismoratoriums bis 2030 werden wirkungsvolle Maßnahmen ergriffen, die allerdings den durch die Entscheidung des BVerfG vom 7. Mai 2025 zu den Az.: 1 BvR 1507/23 und 1 BvR 2197/23 dem Gesetzgeber eröffneten Handlungsspielraum, bei weitem nicht ausschöpfen.

Die vorgeschlagene Neuregelung in § 130e SGBV bzgl. der Rabattverträge für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung wird allein deshalb eine verminderte Wirkung haben, da der Anwendungsbereich nur auf bestimmte Wirkstoffgruppen (u.a. JAK-Inhibitoren, CRP-Antagonisten, PARP-Inhibitoren, PCSK9-Inhibitoren und PD-1/PD-L-1) beschränkt ist. Zudem ist die Beschränkung der Regelung auf patentgeschütze Arzneimittel nicht nachvollziehbar.

Absenkung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel von 19 % auf 7 %

Die allermeisten europäischen Länder erheben für Arzneimittel einen ermäßigten Mehrwertsteuersatz, manche verzichten gänzlich darauf. In Deutschland wird hingegen eine Mehrwertsteuer von 19 % auf Arzneimittel erhoben, die ansonsten für „Luxusartikel“ gilt. „Artikel des Grundbedarfs“ werden hingegen nur mit 7 % versteuert. Warum Arzneimittel als „Luxusartikel“ gelten und mit dem erhöhten Steuersatz versehen werden erschließt sich nicht.

In einem begleitenden Interview zum Bericht der Finanzkommission[3] wurde von einem der Autoren erläutert, dass auf eine Absenkung der Mehrwertsteuer verzichtet worden ist, weil es sich um eine Steuer handele, die nicht nur an den Bund fließt, sondern auch an die Länder und die Kommunen. Man müsste mit den Ländern und Kommunen eine Vereinbarung treffen, um das Geld dem Gesundheitsfonds zuzuführen. Außerdem sei völlig ungewiss, ob die Hersteller diese Ermäßigung weitergeben.

Die Rechnung ist hingegen eigentlich ganz einfach. Bei Arzneimittelausgaben in Höhe von rund 58 Mrd. Euro nimmt der Staat etwa 11 Mrd. Euro Steuern über das GKV-System ein. Beim ermäßigten Mehrwertsteuersatz von 7 % würde das GKV-System leichterhand um 7 Mrd. entlastet werden können. Es geht also nicht um eine Rückführung an den Gesundheitsfonds, sondern um eine a priori Entlastung. Warum die Kommission diesen auf der Hand liegenden Vorschlag nicht aufgenommen hat, und dieser steuerlichen „Quersubvention“ durch das angeschlagene GKV-System nicht entgegenwirkt, ist nicht nachzuvollziehen.

Abschaffung der 6-monatigen AM-Preisfreiheit bei Marktzugang

Derzeit können Hersteller bei Marktzugang von unterlagen- und patentgeschützten Arzneimitteln sechs Monate lang den Preis für ihr Arzneimittel frei festsetzen. Aufgrund der

[3] Online abrufbar unter: 26-03-Gerlach-opg-aktuell | Presseagentur Gesundheit [zuletzt abgerufen am 08.05.2026]

Regelung in § 130b Absatz 3a Satz 2 ff. SGB V greift das AMNOG-Preisregulierungssystem erst ab dem 7. Monat. Ohne jeglichen Kosten- und Zusatznutzennachweis und geschützt durch Unterlagen- und Patentschutz, werden von Herstellern Preise frei festgelegt, die seitens der Kassen in den ersten sechs Monaten nach Inverkehrbringen der Arzneimittel in vollem Umfang zu zahlen sind. Warum nicht an diesem Hebel angesetzt wird, bleibt unklar. Dies ist umso unverständlicher, als dass die unterlagen- und patentgeschützen Arzneimittel nach den zutreffenden Darstellungen der GKV-Finanzkommission bei einer Gesamtverordnungsmenge von 2,9 % mit 45 % fast die Hälfte des gesamten Ausgabenvolumens in Höhe von 58 Mrd. Euro für Arzneimittel ausmachen. Eine Abschaffung dieser unverhältnismäßigen Preisbildung würde auch keinesfalls einer Vierten Hürde gleichkommen. Denn die Arzneimittel bleiben weiterhin kraft ihrer Zulassung zulasten der GKV erstattungsfähig, nur nicht zu einem völlig beliebig festgesetzten Preis.

Im Hinblick auf die Zumutbarkeit der Abschaffung der Preisfreiheit bestehen seit der Entscheidung des BVerfG vom 07.05.2025 zu den Az.: 1 BvR 1507/23 und 1 BvR 2197/23 zur Nichtannahme der Verfassungsbeschwerden gegen das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz auch keine Bedenken. Das BVerfG hat in dieser Entscheidung zutreffend herausgearbeitet, dass ist in diesem Kontext eine bereits bestehende erhebliche Privilegierung pharmazeutischer Unternehmer im Bereich unterlagen- und patentgeschützter Arzneimittel durch die der Einwirkung von Marktkräften entzogene Abnahmegarantie ihrer Produkte auf Kassenseite zu berücksichtigen ist. Zudem genießen die für die Kostensteigerungen im Arzneimittelbereich maßgeblich Verantwortlichen pharmazeutischen Hersteller unterlagen- und patentgeschützter Arzneimittel lediglich einen verminderten Vertrauensschutz, der gegenüber der staatlichen Stabilisierungsverantwortung zurückstehen muss.

Mit Blick auf die Krankenhäuser ist der kontinuierliche Preisanstieg im Bereich der Arzneimittelausgaben auch insofern belastend, als die steigenden Arzneimittelkosten dem Krankenhaussektor zugeordnet werden und damit den Blick auf die durch eigenes Zutun der Krankenhäuser ausgelöste Kostenentwicklung verfälschen.

4) Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen können gemäß § 115g Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V Leistungen des ambulanten Operierens nach § 115b SGB V erbringen. § 1 Absatz 1 Satz 1 des Vertrages gemäß § 115b Absatz 1 SGB V (AOP-Vertrag) enthält jedoch die Regelung, dass Krankenhäuser zur Durchführung von Leistungen gemäß § 115b SGB V nur in den Leistungsbereichen zugelassen sind, in denen sie auch stationäre Krankenhausbehandlung erbringen. Dadurch wird Krankenhäusern untersagt, Leistungen des ambulanten Operierens außerhalb ihres stationären Versorgungsauftrages zu erbringen. Die Verknüpfung des ambulanten Operierens mit dem stationären Versorgungsauftrag eines Krankenhauses wurde auch durch das Bundessozialgericht (BSG) höchstrichterlich bestätigt. Das BSG hat mit Urteil vom 01.07.2014 (B 1 KR 1/13 R) entschieden, dass sich die Zulassung von Krankenhäusern zur ambulanten Durchführung der im AOP-Katalog genannten Leistungen wirksam nur auf solche Leistungen erstrecken könne, die Bezug zu einem Fachgebiet haben, für das das Krankenhaus zur stationären Versorgung zugelassen ist. Der direkte Verweis auf § 115b SGB V in § 115g Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V bedeutet aber für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen, dass die Erbringbarkeit von AOP-Leistungen ebenfalls an einen kongruenten stationären Versorgungsauftrag gebunden ist.

Nach gemeinsamer Kompromissfindung von GKV-Spitzenverband und DKG im Rahmen der „süV-Leistungskatalog-Vereinbarung“ gemäß § 115g Absatz 3 SGB V beschränkt sich das stationäre Leistungsspektrum der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen auf konservative Leistungen der Allgemeinen Inneren Medizin sowie der Geriatrie. Operative Leistungen sowie stationäre Leistungen aus Fachgebieten, deren Vorhaltung Voraussetzung für die Ableitung von AOP-Leistungen ist, sind hingegen nicht vorgesehen. Damit entsteht ein struktureller Widerspruch zwischen der gesetzlichen Befugnis der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen zur Erbringung von AOP-Leistungen und den Beschränkungen, die sich aus der Kopplung an den stationären Versorgungsauftrag ergeben. Aufgrund der entgegenstehenden höchstrichterlichen Rechtsprechung bedarf es daher dingend einer gesetzlichen Grundlage, die es sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung ermöglicht, AOP-Leistungen auch unabhängig von ihrem stationären Versorgungsauftrag zu erbringen. Ohne diese Möglichkeit werden sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nicht in der Lage sein, ihre wichtige Funktion innerhalb der Krankenhausreform und den damit zusammenhängenden Umstrukturierungen wahrzunehmen. Darüber hinaus wäre der Fortbestand der „süV-Leistungskatalog-Vereinbarung“ gemäß § 115g Absatz 3 SGB V fraglich, da dieser Kompromiss auf der Grundlage einer vollumfänglichen AOP- und Hybrid-DRG-Leistungserbringungsmöglichkeit der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen geschlossen wurde.

Zudem ist zur Klarstellung, dass Leistungen des § 115f SGB V (Hybrid-DRG) in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung erbracht werden können, die Aufnahme des § 115f SGB V in die in § 115g Absatz 1 SGB V enthaltene Auflistung erforderlich. Ein alleiniger Verweis auf § 115f SGB V in der Gesetzesbegründung zu § 115g SGB V greift dafür zu kurz. Hintergrund ist, dass durch das Pflegestudiumstärkungsgesetz vom 12.12.2023 (BGBl. 2023 I Nr. 359) in § 115f Absatz 2 Satz 4 SGB V ergänzt wurde, dass bei der Überprüfung und Anpassung des § 115f-Leistungskatalogs auch Leistungen ausgewählt werden können, die nicht in dem nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 vereinbarten AOP-Katalog genannt sind. Damit wurde die ursprünglich in § 115f SGB V vorgesehene Bezugnahme auf Leistungen, die sich im AOP-Katalog nach § 115b SGB V befinden, aufgehoben. Die Leistungserbringungsmöglichkeit im Bereich des § 115f SGB V erstreckt sich daher inzwischen in weiten Teilen auch auf Leistungen außerhalb des AOP-Kataloges. Das Leistungsspektrum des § 115f SGB V kann auch nicht unter die ebenfalls in § 115g Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V enthaltene weite Leistungsumschreibung „sonstige ambulante[n] Leistungen, die nach diesem Buch von zugelassenen Krankenhäusern erbracht werden können“, subsumiert werden, da Leistungen gemäß § 115f SGB V sowohl ambulant, als auch stationär mit Übernachtung erbracht werden. Darüber hinaus ist mit Blick auf den Fortbestand der „süV-Leistungskatalog-Vereinbarung“ gemäß § 115g Absatz 3 SGB V für den Leistungsbereich des § 115f SGB V ebenfalls eine gesetzliche Regelung erforderlich, die es sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen ermöglicht, Hybrid-DRG-Leistungen ohne Bindung an den stationären Versorgungsauftrag zu erbringen.

Änderungsvorschläge:

§ 115g Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 (neu) ist wie folgt zu fassen:

2. ambulantes Operieren nach § 115b sowie sonstige ambulante Leistungen, die nach diesem Buch von zugelassenen Krankenhäusern erbracht werden können**; sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sind zur Durchführung von Leistungen gemäß § 115b SGB V unabhängig davon berechtigt, in welchen Leistungsbereichen sie stationäre Krankenhausbehandlung erbringen,**

Am Ende von § 115g Absatz 1 Satz 2 ist folgende Ziffer 6 zu ergänzen:

6. Leistungen nach § 115f; sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen können zur Durchführung von Leistungen gemäß § 115f SGB V unabhängig davon zugelassen werden, in welchen Leistungsbereichen sie stationäre Krankenhausbehandlung erbringen.

Transparenzverzeichnis

Derzeit bestehen erhebliche Parallelstrukturen durch das Transparenzverzeichnis gemäß § 135d SGB V und die verpflichtenden gesetzlichen Qualitätsberichte der Krankenhäuser nach § 136b Absatz 1 S. 1 Nr. 3 SGB V sowie den darauf basierenden Krankenhausvergleichsportalen. Die Krankenhäuser begrüßen den mit dem KHAG vollzogenen Schritt, das Transparenzverzeichnis in die Zuständigkeit des G-BA zu überführen. Damit verknüpft ist das Ziel einer einheitlichen und übersichtlichen Informationsquelle für Patientinnen und Patienten und perspektivisch auch eine Zusammenführung und Reduktion der redundanten Datenübermittlungspflichten der Krankenhäuser. An anderer Stelle bleiben für das Transparenzverzeichnis eingeführte kleinteilige Datenübermittlungspflichten jedoch unverändert bestehen und der Bundes-Klinik-Atlas bleibt im Moment durch fehlerhafte und lückenhafte Informationen irreführend für Patientinnen und Patienten.

Die Krankenhäuser fordern daher, mit den Änderungen des KHAG angestoßene Zielrichtung durch zwei konkrete Anpassungen zu Ende zu denken:

Die in § 21 Absatz 7 KHEntgG festgelegte Pflicht für Krankenhäuser, Daten zum ärztlichen Personal zum Zweck der Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis nicht nur jährlich, sondern je Quartal an das InEK zu übermitteln, erzeugen unverhältnismäßigen bürokratischen Aufwand für die Krankenhäuser. Die Pflicht zur Datenübermittlung besteht seit 2024, entsprechende Daten werden jedoch bisher nicht im Transparenzverzeichnis veröffentlicht. Der für die Krankenhäuser entstehende Aufwand ist schon allein dadurch unangebracht. Die quartalsweisen Informationen würden ohnehin kaum Mehrgewinn für die im Transparenzverzeichnis veröffentlichten Informationen darstellen, weil fast alle anderen Datenquellen nur jährlich zur Verfügung stehen. Ein davon abweichender Turnus nur für ärztliches Personal könnte Unstimmigkeiten und Widersprüche erzeugen.

Außerdem führt der Bundes-Klinik-Atlas in seiner aktuellen Form nach wie vor zur Fehlinformation der Bevölkerung, indem er fehlerbehaftete Informationen veröffentlicht, nicht das gesamte Spektrum der Leistungserbringung im Krankenhaus abbildet und die Leistungsbereiche Psychiatrie und Psychosomatik komplett ausspart. Er wird damit derzeit dem in § 135d SGB V formulierten Anspruch, die in § 135d Absatz 3 SGB V festgelegten Informationen und Bewertungen dieser Informationen barrierefrei in leicht verständlicher, interaktiver Form und bürokratiearm zu veröffentlichen, nicht gerecht. Die Krankenhausvergleichsportale auf Basis der Qualitätsberichte der Krankenhäuser stellen derzeit eine zuverlässigere und auch stärker nachgefragte Informationsquelle für Patientinnen und Patienten ebenso wie einweisende Ärztinnen und Ärzte dar. Daher ist im Rahmen der Übernahme des Transparenzverzeichnisses durch den G-BA eine Übergangsregelung erforderlich, die eine temporäre Abschaltung des Bundes-Klinik-Atlas vorsieht, bis der G-BA über die Veröffentlichung der vorgesehen Daten gemäß § 135d Absatz 2 Satz 8 SGB V beraten und entschieden hat, und in der gemäß § 135d Absatz 5 Satz 1 vorgesehen Richtlinie

einheitliche Anforderungen für die Auswahl und Aufbereitung der zur Veröffentlichung erforderlichen Daten und die Kriterien für deren Bewertung erarbeitet hat.

Änderungsvorschläge:

§ 21 Absatz 7 KHEntgG wird gestrichen.

In § 135d SGB V wird folgender Absatz 7 angefügt:

(7) Bis zum Inkrafttreten der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 5 ist die Veröffentlichung des Transparenzverzeichnisses nach Absatz 1 ausgesetzt. Ein bereits veröffentlichtes Transparenzverzeichnis ist für diesen Zeitraum nicht öffentlich bereitzustellen.

Ausnahmeregelungen von der Standortdefinition gemäß § 2a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 KHG

Gemäß § 2a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 KHG können GKV-SV und DKG im Benehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde und dem Verband der Privaten Krankenversicherung vereinbaren, dass abweichend von der Standortdefinition gemäß § 2a Absatz 1 Satz 1 und 2 KHG die Gebäude oder Gebäudekomplexe eines bestimmten Krankenhauses ein Krankenhausstandort sind. Kommt eine diesbezügliche Einigung nicht zustande, entscheidet hierüber die Bundesschiedsstelle auf Antrag einer Vertragspartei. Im Verfahren beteiligt wird neben den Vertragsparteien die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde, die durch die Schiedsstelle anzuhören ist und deren im Rahmen der Anhörung abgegebene Stellungnahme angemessen zu berücksichtigen ist (§ 2a Absatz 4 Satz 3 KHG).

Ebenso ist aber von dieser Entscheidung der Bundesschiedsstelle das einzelne Krankenhaus, das die Ausnahme von der Standortdefinition begehrt, **unmittelbar betroffen**. Gemäß § 2a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 KHG geht es bei der Frage der Ausnahme von der Standortdefinition um die Gebäude oder Gebäudekomplexe **eines bestimmten Krankenhauses**, sodass die diesbezügliche Entscheidung anhand der im Einzelfall dieses bestimmten Krankenhauses vorliegenden Umstände zu treffen ist. Auch in der Gesetzesbegründung zur Einführung von § 2a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 KHG durch das KHVVG (BGBl. 2024 I Nr. 400) wird betont, dass abweichende Standortfestlegungen nur **in Einzelfällen**, d. h. nur dann möglich sein sollen, wenn dies geboten ist, um den **Besonderheiten des jeweiligen Falles** Rechnung tragen zu können (vgl. Bundestags-Drucksache 20/13407 vom 16.10.2024, Seite 305). Die Entscheidung, ob eine Ausnahme gewährt wird oder nicht, hat für dieses bestimmte Krankenhaus zur Folge, ob es künftig mit einem oder mehreren Standorten im Standortverzeichnis gemäß § 293 Absatz 6 SGB V aufgeführt sein wird. Diese Vergabe der Standortnummer und entsprechende Eintragung im Standortverzeichnis hat erhebliche Auswirkungen auf zahlreiche

Verpflichtungen des Krankenhauses in unterschiedlichsten Regelungsbereichen, die auf die Standortnummer Bezug nehmen.

Aus dieser unmittelbaren Betroffenheit von der Entscheidung über die Ausnahme von der Standortdefinition resultiert die Notwendigkeit, das jeweilige Krankenhaus sowohl am Verfahren der Vereinbarung einer Ausnahme zwischen GKV-SV und der DKG, als auch am hierzu gegebenenfalls durchzuführenden Schiedsverfahren zu beteiligen.

Darüber hinaus muss einem von einer abschlägigen Entscheidung der Bundesschiedsstelle betroffenen Krankenhaus ein unmittelbares Klagerecht gegen diese Entscheidung zustehen, da ansonsten kein effektiver Rechtsschutz erreichbar wäre. Andere vorrangig wahrzunehmende Rechtsschutzmöglichkeiten gegen die Entscheidung der Bundesschiedsstelle stehen dem betroffenen Krankenhaus nicht offen. Die Wirkung der abschlägigen Entscheidung tritt unmittelbar ohne weitere anfechtbare Vollzugsakte ein, da das betroffene Krankenhaus im Anschluss hieran weiterhin mit zwei Standortnummern im Standortverzeichnis gemäß § 293 Absatz 6 SGB V aufgeführt ist. Sollten sich im weiteren Verlauf anfechtbare Vollzugsakte noch dadurch ergeben, dass sich das Krankenhaus beispielsweise weigert, für jeden Standort einen eigenen Qualitätsbericht zu erstellen oder Datenübermittlungs- oder Nachweispflichten für beide Standorte separat nachzukommen, wären solche Vollzugsakte nur durch ein regelwidriges Verhalten des Krankenhauses erreichbar. Dies wäre dem betroffenen Krankenhaus nicht zumutbar.

Derzeit zeigen die ersten Verfahren vor der Bundesschiedsstelle zu Standortausnahmeanträgen von Krankenhäusern, dass eine Beteiligung der jeweils betroffenen Krankenhäuser am Verfahren vor der Bundesschiedsstelle abgelehnt wird unter Verweis auf fehlende gesetzliche Regelungen in § 2a Absatz 4 KHG. Diesbezügliche Regelungen seien nur in Bezug auf die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden aufgenommen worden. Es bedarf daher einer Klarstellung in § 2a Absatz 4 KHG, dass die betroffenen Krankenhäuser an den Entscheidungsprozessen zu den von ihnen jeweils begehrten Ausnahmeregelungen zu beteiligen sind und ihnen eine Klagebefugnis gegen eine etwaige diesbezügliche Entscheidung der Bundesschiedsstelle zusteht.

Änderungsvorschläge

§ 2a Absatz 4 KHG ist wie folgt zu fassen:

(4) [1]Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft können im Benehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde und dem Verband der Privaten Krankenversicherung vereinbaren, dass

1. fachliche Organisationseinheiten nach Absatz 1 Satz 3 eigenständige Krankenhausstandorte sind oder

2. **auf Antrag eines Krankenhauses** abweichend von Absatz 1 Satz 1 und 2 die Gebäude oder Gebäudekomplexe eines bestimmten Krankenhauses ein Krankenhausstandort sind.

[2]Das den Antrag nach Satz 1 Nummer 2 stellende Krankenhaus ist am Verfahren über eine Einigung nach Satz 1 zu beteiligen. [3]Kommt eine Einigung nach Satz 1 nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 auf Antrag einer Vertragspartei. [4]Die Schiedsstelle hat die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde anzuhören und eine von ihr im Rahmen der Anhörung abgegebene Stellungnahme angemessen zu berücksichtigen. [5]**Die Schiedsstelle hat das den Antrag nach Satz 1 Nummer 2 stellende Krankenhaus anzuhören und am Verfahren vor der Schiedsstelle zu beteiligen. [6]Klagen der Vertragsparteien nach Satz 1 oder des den Antrag nach Satz 1 Nummer 2 stellenden Krankenhauses gegen die Entscheidung nach Satz 3 sind gegen die Schiedsstelle zu richten.**

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Bundesverband der Krankenhausträger
in der Bundesrepublik Deutschland

Wegelystraße 3
10623 Berlin

Tel. (030) 3 98 01-0
Fax (030) 3 98 01-3000
E-Mail dkgmail@dkgev.de

DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT

DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT

Deregulierung und Kostensenkung jetzt!

25 Forderungen der Krankenhäuser zur sofortigen Umsetzung

(Stand: 08.05.2026)

DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung der vorgeschlagenen Maßnahmen 1

Vorbemerkung 2

1) Bürokratiearme Ausgestaltung von Personalvorgaben, Ganzhaus-Ansatz statt kleinteiligem Stations- und Schichtbezug 3

2) Abschaffung der PpUG und des PpQ zugunsten eines PPR-Korridors 4

3) Keine Etablierung neuer Personalbemessungsinstrumente für Ärzte, weitere Gesundheitsberufe und die Pflege in der Notaufnahme 5

4) Mindestvorgaben Notfallstufenregelung „bei Bedarf jederzeit (24/7)“ 7

5) Kurzzeitfallpauschalen 12

6) Psych-Krankenhausvergleich abschaffen 19

7) Anpassung der Definition von Krankenhausstandorten 19

8) Deregulierung von Personalvorgaben in Psychiatrie und Psychosomatik 20

9) Abschaffung des Psych-Personalnachweises und der Übermittlungspflicht zum Pflegepersonal nach § 21 KHEntgG für Psych-Einrichtungen 21

10) Abschaffung der Übermittlungspflicht der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen zu den Pflegepersonaluntergrenzen in der Somatik 22

11) Aussetzung des Bundes-Klinik-Atlas (BKA) oder zumindest der für den BKA eingeführten zusätzlichen Personalmeldepflichten 23

12) Umfassende Straffung von Strukturvorgaben (Wechselwirkungen von Leistungsgruppen und G-BA-Richtlinien/ -Regelungen) 24

13) Reduktion, Straffung und Vereinheitlichung von QS-Nachweispflichten 25

14) Eindämmung von Leiharbeit und AÜG-Bereichsausnahme 26

15) SÜV: Automatische haus- und fachärztliche Ermächtigung 28

16) Ersatz der krankenhausindividuellen, quartalsabhängigen Prüfquote durch eine feste Prüfquote 29

17) Krankenhauskapazitätssurveillance 31

18) Meldepflichten nach Infektionsschutzgesetz 33

19) Implantateregister (§ 24 Implantateregistergesetz) 34

20) Implantateregister (§ 25 Implantateregistergesetz) 35

21) Implantateregister-Betriebsverordnung 36

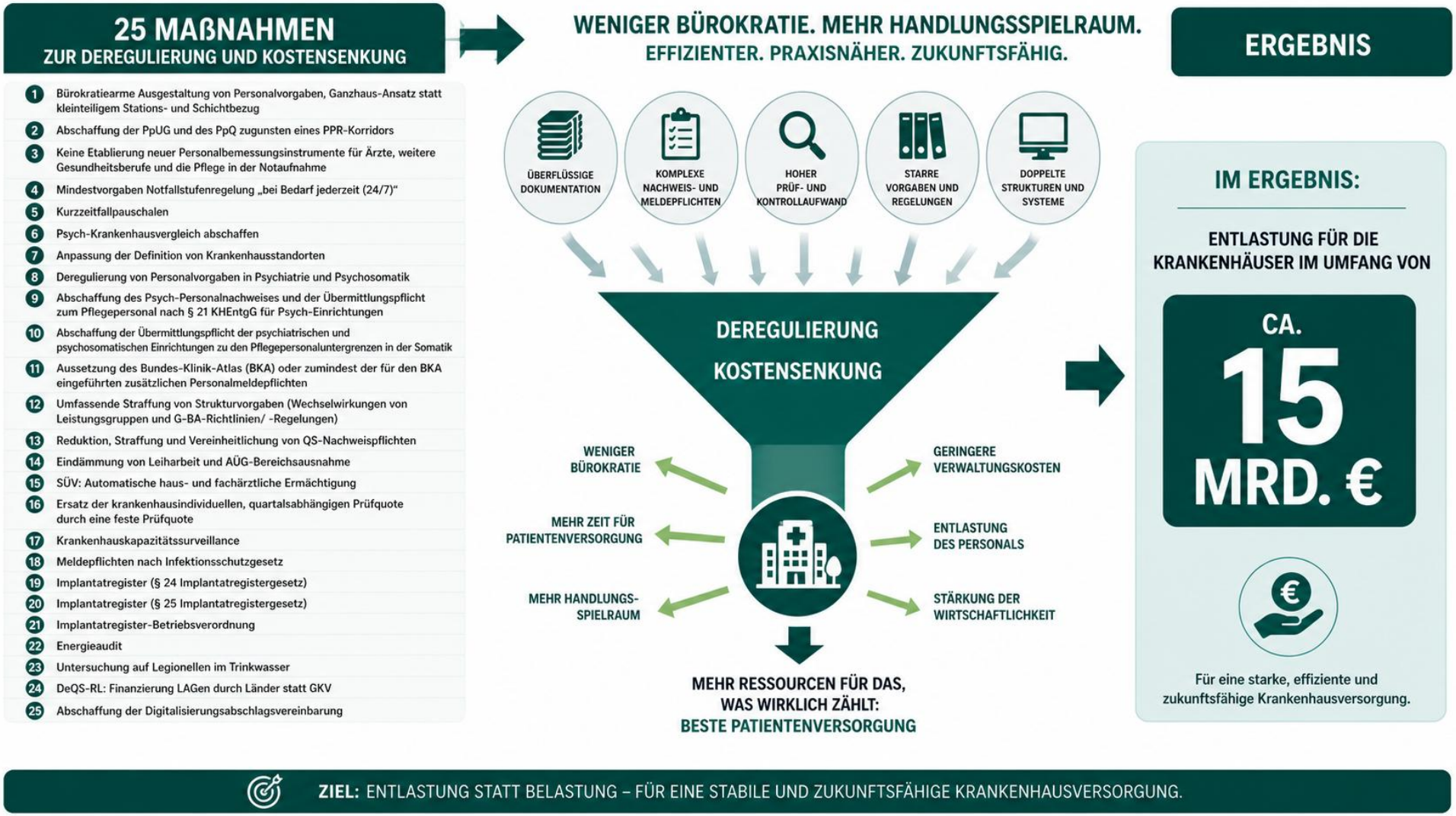
22) Energieaudit 36

23) Untersuchung auf Legionellen im Trinkwasser 37

24) DeQS-RL: Finanzierung LAGen durch Länder statt GKV 38

25) Abschaffung der Digitalisierungsabschlagsvereinbarung 39

Zusammenfassung der vorgeschlagenen Maßnahmen



Vorbemerkung

Am 29. April 2026 hat die Bundesregierung ihren Gesetzentwurf zur GKV-Beitragssatzstabilisierung verabschiedet. Für die Krankenhäuser umfasst der Gesetzentwurf für das Jahr 2027 sofortwirksame Erlöskürzungen in Höhe von 4,6 Milliarden Euro. Im Jahr 2030 sollen die Kürzungen bereits 10,5 Milliarden Euro betragen. In Summe liegen die Erlöskürzungen für die Jahre 2027-2030 bei ca. 30 Milliarden Euro.

Bereits im Jahr 2025 schrieben nachweislich rund 75 Prozent der Krankenhäuser rote Zahlen. Rund 5 Milliarden Euro müssen die kommunalen Träger daher jährlich aus ihren Haushalten bereitstellen, um die Defizite ihrer Krankenhäuser auszugleichen. Mindestens ebenso hohe Beträge mussten auch die freigemeinnützigen Träger zum Erhalt ihrer Krankenhäuser aufbringen. Selbst diese Anstrengungen konnten nicht verhindern, dass in den Jahren 2023 bis 2025 90 Krankenhäuser mit rund 39 Tausend betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ein Insolvenzverfahren durchlaufen mussten. Dies macht überdeutlich, dass der weit überwiegende Teil der Krankenhäuser in Deutschland über keinen finanziellen Spielraum verfügt, der zum Ausgleich der von der Bundesregierung geplanten Kürzungen herangezogen werden könnte. Auch eine am 28. April 2026 veröffentlichte Analyse der Autoren des jährlich erscheinenden unabhängigen „Krankenhaus Rating Report“ zeigt, wie sich das geplante Gesetz auf die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser auswirkt. Das Ergebnis ist niederschmetternd. Bereits im Jahr 2027 verschlechtert sich die Lage deutlich und entwickelt sich auch in den Folgejahren dramatisch. Im Jahr 2030 werden nur noch 19 Prozent der Kliniken schwarze Zahlen schreiben, die gesamte Branche gerät mit bisher noch nie dagewesenen Verlusten von durchschnittlich minus 6 Prozent in eine massive Schieflage und 49 Prozent der Krankenhausstandorte weisen ein hohes Insolvenzrisiko auf.

Vor diesem Hintergrund ist es unabdingbar, dass die Fraktionen im Deutschen Bundestag gemeinsam mit den Ländern im Bundesrat die im Regierungsentwurf für die Krankenhäuser vorgesehenen Kürzungen auf ein Mindestmaß begrenzen und den Entwurf um unmittelbar wirksame Maßnahmen zum sofortigen Abbau der bestehenden Überregulierung und Überbürokratie sowie zur weiteren Kostenentlastung der Krankenhäuser ergänzen.

Die im Folgenden aufgelisteten Forderungen sind kurzfristig umsetzbar, würden die **Krankenhäuser jährlich um bis zu 15 Milliarden Euro entlasten** und könnten damit maßgeblich dazu beitragen, dass die Krankenhäuser ihre Leistungsangebote nicht zu Lasten der Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten einschränken müssen. Die Umsetzung der Forderungen hätte zudem keine negativen Auswirkungen auf die Qualität der medizinischen Versorgung in unseren Krankenhäusern. Das in den vergangenen Monaten von einzelnen Vertreterinnen und Vertretern der Koalitionsfraktion vorgetragene Argument gegen jedweden Entlastungsvorschlag, „man werde bei der Qualität keine Abstriche machen“, ist damit als haltlos zurückzuweisen. Für Rückfragen und weitere Erläuterungen steht die Deutsche Krankenhausgesellschaft selbstverständlich jederzeit gerne zur Verfügung.

1) Bürokratiearme Ausgestaltung von Personalvorgaben, Ganzhaus-Ansatz statt kleinteiligem Stations- und Schichtbezug

Maßnahmenbeschreibung:

Kleinteilige Personalvorgaben, Personalbemessungsinstrumente sowie die mit Ihnen verbundenen Dokumentations- und Meldepflichten sind in ihrer Anzahl und in ihrem Umfang deutlich zu reduzieren. Die Maßnahme entlastet, da sich die verschiedenen Regelkreise überschneiden und oft zur Doppelerfassung derselben Zielparameter führen. Da eine automatisierte Ausleitung aus Krankenhausinformationssystemen häufig fehlt, ist regelmäßig eine händische Erfassung von Daten notwendig. Eine Reduzierung der hohen und zum Teil redundanten Vorgaben verspricht deshalb insgesamt einen effizienteren Personaleinsatz und somit auch Einsparpotentiale bei den Personalkosten, die mit ca. 60 % den größten Kostenfaktor bei der Krankenhausfinanzierung darstellen.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Der Personalaufbau der letzten Jahre wurde durch bürokratische Vorgaben quasi aufgezehrt. Gleichzeitig erfordern künftige Herausforderungen (insbesondere Demografie und Resilienz) einen weiteren Personalaufbau. Dieser ist angesichts des Fachkräftemangels aber auch der damit verbundenen Kosten limitiert, weshalb zwingend Freiräume für einen flexiblen Personaleinsatz und innovative Versorgungskonzepte geschaffen werden müssen. Die skizzierten Maßnahmen könnten rechnerisch ca. 11.000 ärztliche Vollkräfte (VK), 42.000 pflegerische VK und 12.500 VK in anderen Berufen freisetzen. Das würde einen weiteren Personalaufbau bremsen und alleine im ärztlichen und pflegerischen Bereich ein jährliches Einsparpotenzial von etwa 4,8 Mrd. Euro generieren.

Die Krankenhäuser schätzen, dass die vorgeschlagenen Änderungen 15 Minuten Bürokratieaufwand pro VK und Tag einsparen. Rechnerisch würden damit ca. 30.000 VK freigesetzt (darunter 5.500 ärztliche und 12.000 pflegerische VK). Durch effizientere Personalsteuerung verdoppelt sich dieses Einsparpotenzial in patientennahen Berufsgruppen. Das monetäre Einsparpotenzial basiert auf dem Kostennachweis 2024. Personalkosten bedingten 60 % der Krankenhaus-Gesamtkosten, wobei Ärztinnen und Ärzte und die Pflegenden den größten Anteil darstellen. Basierend auf durchschnittlichen Personalkosten von 158.000 Euro pro ärztlicher VK und 76.000 Euro pro pflegerischer VK ergeben sich für das freigesetzte Personal in diesen Berufsgruppen Kosten von **rund 1,7 Mrd. Euro bzw. 3,1 Mrd. Euro**.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

- Abschaffung der Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) und des Pflegepersonalquotienten (PpQ) zugunsten eines PPR-Korridors (siehe Nr. 2)
- Bürokratiearme Ausgestaltung verbleibender Personalvorgaben, Ganzhaus-Ansatz statt kleinteiligem Stations- und Schichtbezug (Somatik und Psych, siehe Nr. 2 und 8)

- Keine Einführung neuer Personalbemessungsinstrumente für Ärztinnen und Ärzte, weitere Gesundheitsberufe und die Pflege in der Notaufnahme (siehe Nr. 3)
- Abschaffung des Psych-Personalnachweises und der Übermittlungspflicht zum Pflegepersonal nach § 21 KHEntgG für Psych-Einrichtungen (siehe Nr. 9)
- Abschaffung der für den Bundes-Klinik-Atlas eingeführten Personalmeldepflichten (siehe Nr. 11)
- Umfassende Straffung der Strukturvorgaben (Leistungsgruppen, OPS, G-BA-Richtlinien, siehe Nr. 12)

2) Abschaffung der PpUG und des PpQ zugunsten eines PPR-Korridors

Maßnahmenbeschreibung:

Die Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) und der Pflegepersonalquotient (PpQ) sind zugunsten eines PPR-2.0-Korridors abzuschaffen. Die bisherige Parallelität verschiedener Personalvorgaben führt zu erheblichem bürokratischem Aufwand, doppelter Datenerhebung und Fehlsteuerungen in der Personaleinsatzplanung. Ein einheitlicher, auf der PPR 2.0 basierender Korridor richtet die Personalbemessung am tatsächlichen Pflegebedarf aus und macht zugleich die Steuerung in den Krankenhäusern praxistauglicher.[1] Es bedarf jedoch einer Verschlankung des Dokumentations- und Meldeprozesses: Zukünftig sollte nur eine Jahresmeldung erfolgen, die Quartalsmeldungen sollten mangels Relevanz entfallen. Gleichzeitig bedarf es einer flächendeckenden Digitalisierung der Einstufung mit einer automatischen Ausleitung. Gezielte Förderprogramme in die Digitalisierung können die PPR-Bürokratiebelastung flächendeckend spürbar reduzieren und damit nachhaltig die Gesamtlast senken.

Zwingend ist die PPR 2.0 dann als verbindlicher Maßstab für das Pflegebudget zu verankern, damit die Refinanzierung der Pflegepersonalkosten konsequent am Pflegebedarf der Patientinnen und Patienten ausgerichtet wird.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Die Maßnahme führt zu einer deutlichen Entbürokratisierung, weil mit der Abschaffung von PpUG und PpQ zugunsten eines PPR-2.0-Korridors parallele Nachweis-, Dokumentations- und Kontrollpflichten reduziert werden. Für die Pflege selbst ist darüber hinaus nach den DKG-Vorschlägen davon auszugehen, dass bereits eine Reduktion des Bürokratieaufwands um 15 Minuten pro Vollkraft und Tag rechnerisch rund 12.000 pflegerische Vollkräfte freisetzen kann; bei effizienterer Personalsteuerung im Rahmen eines Ganzhausansatzes steigt dieses Potenzial auf rund 42.000 pflegerische Vollkräfte. Auf Basis durchschnittlicher Personalkosten

[1] Das DKG-Konzept für eine bedarfsorientiert Pflegepersonalkostenfinanzierung kann der DKG-Stellungnahme zum GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz entnommen werden: Stellungnahmen | Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.

von 76.000 Euro je pflegerischer Vollkraft ergibt sich daraus im Pflegedienst ein jährliches Entlastungspotenzial von **rund 3,2 Mrd. Euro**. Gleichzeitig sollte die PPR 2.0 als verbindlicher Maßstab für das Pflegebudget gesetzlich verankert werden, damit die Refinanzierung der Pflegepersonalkosten konsequent am nachgewiesenen Pflegebedarf und nicht an zusätzlicher Bürokratie ausgerichtet wird. Sollte die PPR 2.0 bzw. deren Weiterentwicklung jedoch zukünftig keine Relevanz für das Pflegebudget haben, ist diese vor dem Hintergrund der Bürokratiebelastung für die Krankenhäuser auf den Prüfstand zu stellen. Das DKI-Krankenhausbarometer 2025 weist für die Umsetzung der PPBV einen jährlichen Aufwand von durchschnittlich 9,3 VK pro Krankenhaus aus.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

Erforderlich ist die Aufhebung der Regelungen zu PpUG und PpQ sowie die gesetzliche Verankerung eines PPR-2.0-Korridors als maßgeblicher Rahmen für die bedarfsgerechte Personalbemessung in der Krankenhauspflege. Darüber hinaus muss gesetzlich klargestellt werden, dass die PPR 2.0 der verbindliche Maßstab für die Verhandlung und Refinanzierung des Pflegebudgets ist. Entsprechend sind insbesondere die gesetzlichen Grundlagen des Pflegebudgets anzupassen, damit die Finanzierung künftig konsequent am nachgewiesenen Pflegebedarf ausgerichtet wird.

3) Keine Etablierung neuer Personalbemessungsinstrumente für Ärzte, weitere Gesundheitsberufe und die Pflege in der Notaufnahme

Maßnahmenbeschreibung:

Von der Entwicklung und Einführung zusätzlicher Personalbemessungsinstrumente für ärztliches Personal (§ 137m SGB V) und weitere Gesundheitsberufe (§ 137n SGB V) ist abzusehen.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft ist durch gesetzliche Aufträge in die Entwicklung weiterer Personalbemessungsinstrumente eingebunden. Vor dem Hintergrund der bereits existierenden hohen Regulierungsdichte, begrenzten Praxistauglichkeit neuer Instrumente und durch die finanziellen Restriktionen für die Krankenhäuser ist von weiteren Personalbemessungsinstrumenten grundsätzlich abzusehen. Personalvorgaben können von den Krankenhäusern nur erfüllt werden, wenn einerseits die entsprechenden Qualifikationen am Markt überhaupt verfügbar sind und anderseits die finanziellen Rahmenbedingungen eine vollständige Refinanzierung vorsehen. Insbesondere Letzteres ist angesichts der aktuellen Kürzungsvorschläge nicht gegeben. Personalvorgaben verhindern zudem einen effizienten und innovativen Personaleinsatz und zwingen die Krankenhäuser in eine starre Personalplanung losgelöst vom tatsächlichen Versorgungsbedarf. Den Krankenhäusern wird dadurch der Spielraum zur Kostensenkung über Innovationen und effiziente Strukturen genommen. Zudem führen neue Personalbemessungsinstrument unweigerlich zu mehr Bürokratie.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Für die Umsetzung des § 137n SGB V sind derzeit die Berufsgruppen der Physiotherapie, Ergotherapie und Hebammen vorgesehen. Diese umfassten im Jahr 2024 in der stationären Versorgung rund 21.000, 30.000 bzw. 11.447 Beschäftigte.

Ein Verzicht auf die Einführung etwaiger Personalbemessungsinstrumente auf Basis des § 137n SGB V eröffnet erhebliche finanzielle Einsparpotenziale. Unter der Annahme einer jährlichen Arbeitszeit von 1.600 Stunden je Vollkraft, durchschnittlichen Bruttopersonalkosten von 75.000 Euro sowie einer voraussichtlichen Dokumentationsbelastung von 15 Minuten pro VK pro Tag ergibt sich für die Physiotherapie ein Einsparpotenzial von rund 47 Mio. Euro. Für die Ergotherapie beläuft sich dieses analog auf etwa 67 Mio. Euro. Für die Hebammen ergibt sich – bei angenommenen Bruttopersonalkosten von 80.000 Euro – ein Einsparpotenzial von rund 27 Mio. Euro. Auch der Verzicht auf die Einführung des § 137m SGB V führt zu erheblichen Einsparungen in Höhe von rund 864 Mio. Euro. Für die Personalbemessung in Notaufnahmen gemäß § 137l SGB V ergibt sich ein weiteres Einsparpotenzial von etwa 36 Mio. Euro. Insgesamt können durch den Verzicht auf die Umsetzung der §§ 137n, 137m und 137l SGB V **Einsparungen von über 1 Mrd. Euro** erzielt werden. Dies sind allerdings nur die eingesparten Bürokratiekosten und berücksichtigen nicht das etwaige zusätzliche Personal, welches durch die Erfüllung der Vorgaben der Personalbemessung erforderlich wird. Sofern diese zu 5 % mehr Personal in den o. g. Berufsgruppen führt, kämen **nochmals 2 Mrd. Euro** zusätzliche Personalkosten hinzu. Diese Personalkosten werden zudem perspektivisch weiter steigen, da keine Freiräume für einen innovativen und effizienten Personaleinsatz entsprechendes des Versorgungsbedarfs und des vorhandenen Skill-Mixes bestehen.

Über die rein finanziellen Effekte hinaus führt der Verzicht auf zusätzliche Personalbemessungsinstrumente zu einer spürbaren strukturellen Entlastung der Krankenhäuser. Insbesondere werden zusätzliche Dokumentations-, Nachweis- und Prüfpflichten vermieden. Bereits heute bestehen zahlreiche parallele Vorgaben zur Personalsteuerung, deren Umsetzung erhebliche personelle und administrative Ressourcen bindet. Eine weitere Ausdifferenzierung von Personalbemessungsinstrumenten würde bestehende Doppelstrukturen verstärken, zusätzliche IT-Anpassungen erforderlich machen und dazu führen, dass personelle Ressourcen verstärkt von der direkten Patientenversorgung in administrative Prozesse verlagert werden.

Vor dem Hintergrund der aktuellen Einsparmaßnahmen der Bundesregierung ist zudem davon auszugehen, dass den Krankenhäusern künftig deutlich weniger finanzielle Mittel zur Verfügung stehen. Damit steigt das Risiko, dass auch personelle Ressourcen reduziert werden müssen. Eine zusätzliche Belastung des verbleibenden Personals durch weiter steigenden Bürokratieaufwand ist unter diesen Rahmenbedingungen nicht vertretbar.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

Die Einführung immer neuer, aufwendiger und sich in Teilen überschneidender Personalbemessungsinstrumente muss aufgegeben werden. Daher ist auf die Umsetzung der §§ 137m und 137n SGB V gänzlich zu verzichten und die entsprechenden Regelungen sind ersatzlos zu streichen.

4) Mindestvorgaben Notfallstufenregelung „bei Bedarf jederzeit (24/7)“

Maßnahmenbeschreibung:

Der Gesetzgeber sollte die G-BA-Strukturvorgaben systematisch auf Praxistauglichkeit, Rechtssicherheit und Wirtschaftlichkeit überprüfen und insbesondere unbestimmte personelle Verfügbarkeitsanforderungen überarbeiten. Besonders problematisch sind unbestimmte Formulierungen zur ärztlichen bzw. fachärztlichen Verfügbarkeit, insbesondere Anforderungen wie „bei Bedarf jederzeit (24/7)“. Solche Vorgaben lassen offen, in welcher Form die Verfügbarkeit konkret sicherzustellen ist und schaffen damit erhebliche Rechts- und Planungsunsicherheiten.

In der Praxis besteht die Gefahr, dass diese unbestimmten Anforderungen faktisch als Verpflichtung zu einer durchgehenden körperlichen Präsenz bestimmter Qualifikationen ausgelegt werden, insbesondere bei Verknüpfung mit konkreten zeitlichen Fristen. Daraus können erhebliche Vorhalte- und Personalkosten entstehen, ohne dass ein entsprechender Zusatznutzen für die Patientenversorgung im Einzelfall hinreichend belegt ist. Gerade im Krankenhausbereich bestehen mit Präsenzdienst, Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft arbeitsrechtlich anerkannte und praxistaugliche Dienstmodelle, mit denen eine bedarfsgerechte Versorgung differenziert und verlässlich sichergestellt werden kann.

Vor diesem Hintergrund sollten unbestimmte Verfügbarkeitsanforderungen bei Strukturvorgaben grundsätzlich nicht mehr verwendet werden. An ihre Stelle sollten klare, arbeitsrechtlich anschlussfähige Regelungen treten, die festlegen, in welcher Form ärztliche Verfügbarkeit sicherzustellen ist.

Mit dem Beschluss vom 3. März 2026 hat der Leistungsgruppen-Ausschuss (LGA) klargestellt, dass „jederzeit“ außerhalb des Regeldienstes Rufbereitschaft bedeutet, sofern die Verfügbarkeit nicht bereits durch Anwesenheitsdienste sichergestellt wird. Der LGA hebt ausdrücklich hervor, dass die jederzeitige Verfügbarkeit keine ununterbrochene körperliche Anwesenheit am Standort verlangt, sondern auch durch Rufbereitschaft erfüllt werden kann. Vor diesem Hintergrund ist außerhalb der Regelzeit grundsätzlich davon auszugehen, dass Rufbereitschaft ausreichend ist. Da der LGA mit der Definition zugleich ein einheitliches Verständnis der Anforderungen in den Leistungsgruppen herstellen will, ist es sachgerecht, denselben Maßstab auch den Notfallstufen zugrunde zu legen, um Wertungswidersprüche zwischen vergleichbaren Struktur- und Verfügbarkeitsanforderungen zu vermeiden. Eine Verpflichtung zum Präsenzdienst darf dementsprechend nur dort vorgesehen werden, wo sie

medizinisch zwingend erforderlich, durch Evidenz oder ein besonderes Patientensicherheitsinteresse gerechtfertigt und auch unter Berücksichtigung des hierfür zusätzlich erforderlichen Personal- und Ressourcenaufwands verhältnismäßig ist. Dies ist zu Zeiten außerhalb des Regeldienstes grundsätzlich nicht anzunehmen. Denn jede regulatorische Vorgabe verengt den Handlungsspielraum des Krankenhauses bei der Steuerung seines Ressourceneinsatzes und schränkt die Möglichkeit ein, Personal und Mittel optimal für die Patientenversorgung einzusetzen. Auch wenn einzelne Anforderungen für sich genommen sachlich gerechtfertigt sein können, führt ihre absolute Setzung dazu, dass personelle und finanzielle Ressourcen zunehmend zur Erfüllung formaler Vorgaben gebunden werden und für die eigentliche Patientenversorgung nicht mehr im gleichen Maße zur Verfügung stehen.

Gerade bei personellen Verfügbarkeitsanforderungen zeigt sich, dass das Anheben von Anforderungen zur Erreichung auch der letzten Optimierungsgrade mit überproportionalen Kosten verbunden sein kann *(vgl. Augurzky & Bergschneider, Folgen des GKV-Beitragsstabilisierungsgesetzes auf die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser, hcb GmbH, Essen, 28.04.2026)*. Starre Vorgaben, die faktisch auf eine durchgehende körperliche Präsenz hinauslaufen, zwingen Krankenhäuser dazu, erhebliche personelle Puffer vorzuhalten. Dies bindet knappe Fachkräfte, verursacht hohe Vorhaltekosten und erschwert einen bedarfsgerechten Personaleinsatz. Unbestimmte Verfügbarkeitsvorgaben sollen durch klare und arbeitsrechtlich anschlussfähige Regelungen ersetzt werden, damit nicht faktisch Präsenzpflichten entstehen, obwohl die Versorgung je nach medizinischem Bedarf auch durch Bereitschaftsdienst oder Rufbereitschaft sichergestellt werden kann.

Die DKG schlägt vor, unbestimmte und kostenintensive Strukturvorgaben des G-BA zur personellen Verfügbarkeit gesetzlich zu präzisieren und durch klare Bezugnahmen auf die im Arbeitsrecht anerkannten Dienstmodelle zu ersetzen. Begriffe wie „jederzeitige Verfügbarkeit“ oder „bei Bedarf jederzeit (24/7)“ sollen nicht länger eigenständig oder unbestimmt verwendet werden, wenn sie faktisch als Grundlage für 24/7-Präsenzpflichten dienen können**.**

Stattdessen soll gesetzlich klargestellt werden, dass personelle Verfügbarkeit im Krankenhaus grundsätzlich durch die etablierten Dienstformen Präsenzdienst, Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft sichergestellt wird. Welche dieser Dienstformen erforderlich ist, muss sich am medizinischen Bedarf, an der Reaktionszeit und an dem tatsächlichen Zusatznutzen für die Versorgung orientieren. Im Einklang mit dem Vorschlag des LGA ist dabei davon auszugehen, dass außerhalb des Regeldienstes Rufbereitschaft grundsätzlich als ausreichende Form der Sicherstellung anzusehen ist.

Ziel der Maßnahme ist es damit, unbestimmte Verfügbarkeitsbegriffe durch rechtssichere, praxistaugliche und kostenangemessene Regelungen zu ersetzen. Dadurch werden Fehlanreize zu übermäßigen 24/7-Präsenzvorhaltungen vermieden, Auslegungsstreitigkeiten reduziert und zugleich die notwendige Versorgungssicherheit gewährleistet.

Explizites Beispiel der Notfallstufenregelung (Fassung 2018 und 2025 im Vergleich):

Von der dargestellten Problematik sind die Anforderungen der jeweiligen Notfallstufe betroffen, die grundsätzlich jederzeit, also 24/7, am Standort erfüllt werden müssen. Betroffen sind insbesondere Zentrale Notaufnahme, Personal, CT/Bildgebung, Labordiagnostik sowie weitere technische und organisatorische Vorhaltungen. Der Beschluss vom 20. November 2025 fällt dadurch auf, dass sie die 24/7-Logik breiter ausformuliert, stärker konkretisiert und an mehreren Stellen personell sowie qualitativ auflädt, insbesondere durch:

- ausdrückliche Formulierungen wie „jederzeit (24/7) im Bedarfsfall vor Ort verfügbar“ in der ZNA,
- zusätzliche Qualifikationsanforderungen in Form der Zusatzweiterbildungen „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ und „Notfallpflege“ sowie
- eine stärker ausdifferenzierte technische und modulbezogene 24/7-Vorhaltung.

Die nachfolgenden Personalanforderungen sind in der vorliegenden Fassung „jederzeit im Bedarfsfall (24/7)“ vorzuhalten:

- Stufe der Nichtteilnahme an der stationären Notfallversorgung: eine angestellte Ärztin oder ein angestellter Arzt und eine Pflegefachperson; zusätzlich, sofern Operationen in Narkose durchgeführt werden, eine Fachärztin oder ein Facharzt für Anästhesiologie
- Basisnotfallversorgung, Erweiterte Notfallversorgung und Umfassende Notfallversorgung: eine Fachärztin oder ein Facharzt und eine Pflegefachperson; *Zusatz für die umfassende Stufe ab 1. Januar 2028: die jeweils jederzeit verfügbaren Personen müssen die vorgesehene Zusatz- bzw. Fachweiterbildung besitzen oder sich in entsprechender Weiterbildung befinden*

Die nachfolgenden Personalanforderungen sind in der vorliegenden Fassung „innerhalb von 30 Minuten am Patienten verfügbar“:

- Basisnotfallversorgung, Erweiterte Notfallversorgung und Umfassende Notfallversorgung: eine Fachärztin oder ein Facharzt aus Chirurgie oder Unfallchirurgie, eine Fachärztin oder ein Facharzt aus Innerer Medizin, eine Fachärztin oder ein Facharzt für Anästhesiologie

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Die Entlastung ergibt sich insbesondere aus vier Effekten:

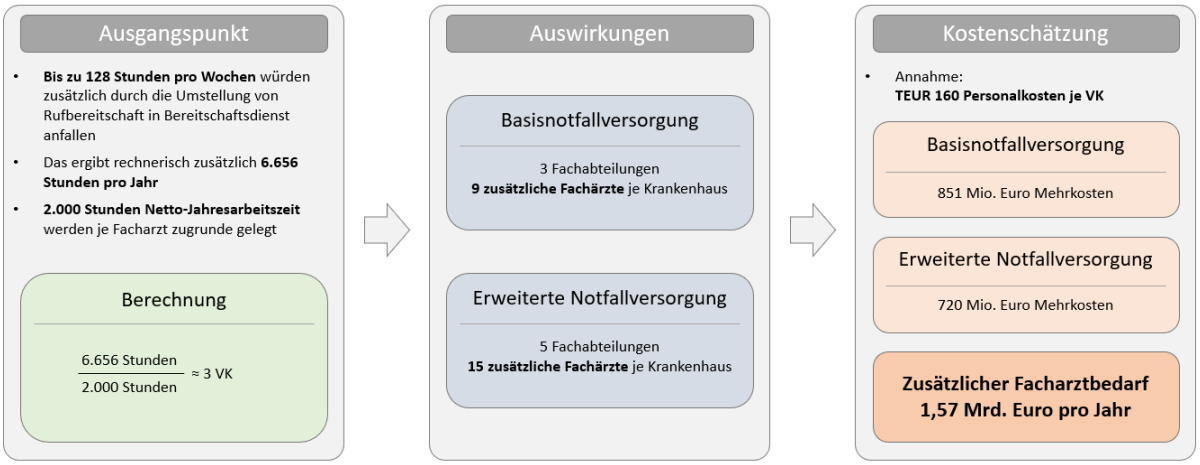
- Vermeidung unnötiger 24/7-Präsenzdienste und damit geringerer Personalvorhaltekosten, insbesondere bei spezialisierten Qualifikationen

- Weniger Auslegungsstreitigkeiten und geringerer Prüfaufwand, wenn unbestimmte Vorgaben klar definiert werden

- Mehr Flexibilität für funktionierende regionale Versorgungsmodelle, z. B. über Kooperationen, Verbünde oder telemedizinische Unterstützung

- Vermeidung struktureller Fehlsteuerungen, wenn personelle Ressourcen nicht für formale Vorhaltevorgaben gebunden werden, sondern tatsächlich in der Versorgung eingesetzt werden können

<u>Formale Darstellung der Berechnung und der resultierenden Mehrkosten bei der Umstellung von Rufbereitschaft in Bereitschaftsdienst anhand der 30-Minuten-Regelung</u>



Die Berechnung basiert auf der Annahme, dass die in der G-BA-Regelung vorgesehene Anforderung, wonach Fachärztinnen und Fachärzte „jederzeit an 24 Stunden am Tag und sieben Tagen pro Woche (24/7) innerhalb von maximal 30 Minuten an der Patientin oder am Patienten verfügbar“ sein müssen, künftig nicht mehr durch Rufbereitschaft, sondern nur noch durch Bereitschaftsdienst erfüllt werden kann. Damit verdeutlicht sie die möglichen personellen und finanziellen Folgen einer entsprechenden Auslegung der Vorgaben.

Ausgangspunkt ist ein zusätzlicher Mehrbedarf von bis zu 128 Stunden pro Woche. Hochgerechnet auf das Jahr entspricht dies 6.656 Stunden. Bei einer durchschnittlichen Netto-Jahresarbeitszeit von 2.000 Stunden je Facharzt/ Fachärztin ergibt sich daraus ein zusätzlicher Bedarf von gut drei Vollkräften je betroffener Fachabteilung.

Nach der Notfallstufenregelung betrifft dies in der Basisnotfallversorgung drei Fachabteilungen, sodass sich ein zusätzlicher Bedarf von neun Fachärzten je Krankenhaus ergibt. In der erweiterten Notfallversorgung sind fünf Fachabteilungen betroffen, was zu einem zusätzlichen Bedarf von 15 Fachärzten je Krankenhaus führt.

Legt man durchschnittliche jährliche Personalkosten von 160.000 Euro pro Vollkraft zugrunde, ergeben sich daraus die in der Grafik dargestellten Gesamtkosten **i.H.v. 1,57 Mrd. Euro pro Jahr**.

Die Darstellung soll damit insbesondere veranschaulichen, welche erheblichen Mehrbelastungen für Krankenhäuser entstehen können, wenn die G-BA-Vorgabe, wonach qualifiziertes Personal „jederzeit an 24 Stunden am Tag und sieben Tagen pro Woche (24/7) innerhalb von maximal 30 Minuten an der Patientin oder am Patienten verfügbar“ sein muss, nicht mehr über Rufbereitschaft, sondern nur noch über Bereitschaftsdienst erfüllt werden kann.

Auch hier zeigt sich, dass die personelle Verfügbarkeit nicht über Minutenangaben, sondern über arbeitsrechtlich anerkannte Dienstarten geregelt werden sollte. Minutenwerte sind auslegungsanfällig und führen in der Praxis häufig dazu, dass faktisch Präsenzpflichten unterstellt werden, obwohl dies normativ nicht eindeutig vorgegeben ist. Dagegen bieten Präsenzdienst, Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft eine rechtlich klare und praxiserprobte Systematik, mit der sich Verfügbarkeit bedarfsgerecht, wirtschaftlich und rechtssicher ausgestalten lässt.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

Es empfiehlt sich, im SGB V eine allgemeine gesetzliche Regelung für Strukturvorgaben des G-BA zu verankern. Ziel ist es, den Grundsatz festzuschreiben, dass Strukturvorgaben evidenzbasiert, verhältnismäßig und auf das für eine qualitativ gesicherte Versorgung erforderliche Maß beschränkt sein müssen. Zudem sollte klargestellt werden, dass Anforderungen an die personelle Verfügbarkeit nicht durch unbestimmte Begriffe beschrieben werden dürfen, sondern an die arbeitsrechtlich anerkannten Dienstmodelle anknüpfen müssen. Dabei sollte gesetzlich verdeutlicht werden, dass die Verfügbarkeit außerhalb des Regeldienstes grundsätzlich durch Rufbereitschaft gewährleistet werden kann, soweit sie nicht durch Anwesenheitsdienste wie Schicht- oder Bereitschaftsdienst sichergestellt wird. Die DKG würde den nachfolgenden Absatz in § 136c SGB V verorten:

„Strukturvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses müssen auf das für eine qualitativ gesicherte Versorgung erforderliche Maß beschränkt, evidenzbasiert und verhältnismäßig sein. Anforderungen an die Verfügbarkeit von Personal oder Qualifikationen sind in den Strukturvorgaben eindeutig und unter Bezugnahme auf die arbeitsrechtlich anerkannten Dienstmodelle zu regeln. Hierfür sind insbesondere Präsenzdienst, Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft zugrunde zu legen. Außerhalb des Regeldienstes ist die Verfügbarkeit durch Rufbereitschaft zu gewährleisten, soweit sie nicht durch Anwesenheitsdienste, insbesondere Schicht- oder Bereitschaftsdienst, sichergestellt wird. Eine Verpflichtung zum Präsenzdienst darf nur vorgesehen werden, soweit dieser für eine qualitativ gesicherte Versorgung medizinisch erforderlich ist.“

5) Kurzzeitfallpauschalen

Maßnahmenbeschreibung:

Im Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz) der Bundesregierung vom 29.04.2026 sollen Kurzzeitfallpauschalen für stationäre Behandlungsfälle mit einer Behandlungsdauer von bis zu drei Kalendertagen und maximal zwei Übernachtungen eingeführt werden.

Mit den neuen Kurzzeitfallpauschalen soll das DRG-Vergütungssystem weiterentwickelt werden – erstmalig für das Leistungsjahr 2028 – verbunden mit dem Ziel, die Verweildauerverkürzung und die Ambulantisierung bei stationären Krankenhausbehandlungen zu fördern. Grundsätzlich handelt es sich um einen richtigen Ansatz, eine Möglichkeit zu schaffen, geeignete stationäre Fälle sehr kurz zu behandeln und im DRG-System unabhängig von der tatsächlichen Behandlungsdauer zu vergüten.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Mit der Einführung der Kurzzeitfallpauschalen werden auch Vorgaben für die Berechnung der Entgelte eingebracht. Es soll eine Absenkung der Bewertungsrelationen der Kurzzeitfallpauschalen sowie im Ergebnis auch eine Absenkung der Summe der für die Kurzzeitfallpauschalen insgesamt vereinbarten Bewertungsrelationen vorgenommen werden. Die dadurch erzeugte Kostensenkung wird mit einem 2-Jahres-Verzug wirksam und an die Versichertengemeinschaft weitergegeben.

Die damit zu erreichenden Einspareffekte können nur dann ihre Wirkung entfalten, wenn die Umsetzung des Konzeptes der Kurzzeitfallpauschalen in den Krankenhäusern gelingt, denn parallel zu den bereits im SGB V etablierten Bereichen des Ambulanten Operierens im Krankenhaus (AOP-Bereich) und der Speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG-Bereich) soll nun ein weiterer Bereich im KHG bzw. KHEntgG mit ähnlichen Behandlungsfällen ergänzt werden. Dadurch ergeben sich Probleme bei der Abgrenzung und Zuordnung von medizinischen Fällen, die durch eine Streichung der Hybrid-DRG vermieden werden kann. Es bedarf einer möglichst kurzen und klar festgelegten Übergangsphase. Diese Parallelität bedarf in dieser Übergangsphase allerdings sehr klarer, tragfähiger Regelungen, um Abgrenzungsprobleme, Fehlanreize, Mehrkosten und Ineffizienzen zu vermeiden und somit eine patientenorientierte Versorgungsstruktur sicherstellen zu können.

Hauptkritikpunkt ist allerdings, dass die zentrale ordnungspolitische Weichenstellung nicht vorgenommen wurde. Es fehlt eine Regelung, wonach im Kurzlieger-Bereich auch ambulante Leistungen gemäß der Rechtsprechung des BSG enthalten sein können. Damit können die Verweildauern zwar reduziert werden, im Bereich der Behandlungen innerhalb eines Belegungstages (2 Kalendertage) besteht dann allerdings das Risiko der primären Fehlbelegung mit entsprechenden massiven Vergütungskürzungen. Damit würde das gesetzte

Ziel konterkariert. Daher kann der Kurzzeitfallpauschalen-Bereich nicht nur eine neue Vergütungsregelung sein, sondern muss auch eine besondere Versorgungsform definieren.

Damit das Ziel der Ambulantisierung über Kurzzeitfallpauschalen erreicht werden kann, sind folgende Änderungen notwendig.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

Die im Folgenden aufgeführten Änderungsvorschläge beziehen sich auf den Gesetzesentwurf der Bundesregierung für ein GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vom 29.04.2026 sowie auf bereits bestehende gesetzliche Regelungen des § 115f SGB V (Spezielle sektorengleiche Vergütung).

1. Bestehende gesetzliche Regelungen:

1.1 § 115f SGB V (Spezielle sektorengleiche Vergütung)

- § 115f Abs. 1 Satz 7 wird wie folgt ergänzt:

„Die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 beauftragen das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gemeinsam bis zum 15. Mai eines jeden Kalenderjahres, erstmals bis zum 15. Mai 2025 ***und letztmalig bis zum 15. Mai 2028****, einen Vorschlag für die Kalkulation der Vergütung differenziert nach dem Schweregrad der Fälle zu erarbeiten.“*

Begründung: Hier handelt es sich um eine Folgeänderung des neu eingeführten Absatz 1a. Da die Leistungen der Sektorengleichen Vergütung im Jahr 2030 grundsätzlich in die Kurzzeitfallpauschalen überführt sind, ist letztmalig für das Leistungsjahr 2029 eine Kalkulation der noch verbliebenen Hybrid-DRG mit maximal einer Übernachtung vorzunehmen. Die Beauftragung hat dementsprechend letztmalig bis zum 15. Mail 2028 zu erfolgen.

- § 115f Abs. 1 Satz 8 wird gestrichen:

~~*„In den Vorschlägen ist eine schrittweise Anpassung der Vergütungen vorzusehen, mit dem Ziel, dass bis zum Jahr 2030 die Höhe der Vergütungen der nach § 115b vereinbarten Leistungen erreicht wird.“*~~

Begründung: Hier handelt es sich um eine Folgeänderung des neu eingeführten Absatz 1a. Da die Leistungen der Sektorengleichen Vergütung im Jahr 2030 grundsätzlich in die Kurzzeitfallpauschalen überführt sind, ist eine Anpassung der Vergütung mit dem Ziel, dass bis zum Jahr 2030 die Höhe der Vergütungen der nach § 115b vereinbarten Leistungen erreicht wird, nicht mehr erforderlich.

- § 115f Abs. 1 Satz 9 wird wie folgt geändert:

„Auf der Grundlage des Vorschlags schließen die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 die Vereinbarung nach Satz 1 Nummer 1 bis zum 15. September eines jeden Kalenderjahres, ***letztmalig im Kalenderjahr 2028****, mit Wirkung ab dem 1. Januar des folgenden Kalenderjahres."*

Begründung: Hier handelt es sich um eine Folgeänderung des neu eingeführten Absatz 1a. Da die Leistungen der Sektorengleichen Vergütung im Jahr 2030 grundsätzlich in die Kurzzeitfallpauschalen überführt sind, haben die Vertragsparteien letztmalig im Kalenderjahr 2028 für das Jahr 2029 eine Vereinbarung nach Satz 1 Nummer 1 bis zum 15. September abzuschließen.

- § 115f Abs. 1a wird gestrichen und durch folgenden Abs. 1a (neu) ersetzt:

~~*„(1a) Spätestens in der bis zum 15. September 2030 zu schließenden Vereinbarung sind die nach Absatz 1 Satz 2 zu kalkulierenden Fallpauschalen auf Grundlage fallbezogener empirischer Kostendaten des ambulanten und stationären Bereichs festzulegen. Danach sind sie jährlich auf der Grundlage der jeweiligen in Satz 1 genannten Kostendaten zu überprüfen und, sofern erforderlich, anzupassen. Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 beauftragen das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut gemeinsam bis zum 30. April 2025, einen Vorschlag für ein Konzept zur Festlegung der Fallpauschalen nach Satz 1 zu erarbeiten. Auf der Grundlage dieses Vorschlags vereinbaren die Vertragsparteien bis zum 31. Dezember 2025 das Konzept zur Festlegung der Fallpauschalen nach Satz 1 und legen dieses Konzept dem Bundesministerium für Gesundheit vor."*~~

Absatz 1a (neu): ***„Die Leistungen der Speziellen sektorengleichen Vergütung werden schrittweise grundsätzlich in die Kurzzeitfallpauschalen gemäß § 17b KHG bis zum 31.12.2029 überführt, sodass mit Wirkung zum 01. Januar 2030 die Spezielle sektorengleiche Vergütung beendet wird. Für das Leistungsjahr 2028 werden die Leistungen der Speziellen sektorengleichen Vergütung grundsätzlich auf Behandlungsfälle mit maximal einer Übernachtung begrenzt. Für das Leistungsjahr 2030 werden die Leistungen der Speziellen sektorengleichen Vergütung mit maximal einer Übernachtung grundsätzlich in die Kurzzeitfallpauschalen gemäß § 17b KHG überführt."***

Begründung: Parallel zu den bereits im SGB V etablierten Bereichen des Ambulanten Operierens im Krankenhaus (AOP-Bereich) und der Speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG-Bereich) wird nun ein weiterer Bereich im KHG bzw. KHEntgG mit ähnlichen Behandlungsfällen ergänzt. Dadurch ergeben sich Probleme bei der Abgrenzung und Zuordnung von medizinischen Fällen, die durch eine Streichung der Hybrid-DRG vermieden werden. Es bedarf allerdings einer möglichst kurzen und klar festgelegten Übergangsphase um die Versorgungssicherheit zu gewährleisten.

Da die Kurzzeitfallpauschalen ab dem Jahr 2028 eingeführt werden, ist bereits zu diesem Zeitpunkt mit der Übergangsphase bis zur vollständigen Auflösung der Speziellen

sektorengleichen Vergütung zum Jahr 2030 zu beginnen. Die Übergangsphase umfasst zwei Schritte. Im ersten Schritt erfolgt die Überführung der Leistungen der speziellen sektorengleichen Vergütung mit zwei Übernachtungen in die Kurzzeitfallpauschalen gemäß § 17b KHG und im zweiten Schritt werden die Leistungen der speziellen sektorengleichen Vergütung mit maximal einer Übernachtung in die Kurzzeitfallpauschalen gemäß § 17b KHG für das Leistungsjahr 2030 überführt.

- § 115f Abs. 2 Satz 1 wird wie folgt ergänzt:

„Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 haben die Auswahl der Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 jährlich zu überprüfen und, sofern zur Einhaltung der Vorgaben nach Satz 2 erforderlich, bis zum 31. März des jeweiligen Kalenderjahres, in dem die Überprüfung stattfindet, auf Grundlage des nach Satz 3 beauftragten Vorschlags mit Wirkung ab dem 1. Januar des folgenden Kalenderjahres, ***letztmalig für das Kalenderjahr 2029****, anzupassen.“*

Begründung: Hier handelt es sich um eine Folgeänderung des neu eingeführten Absatz 1a. Da die Leistungen der Sektorengleichen Vergütung im Jahr 2030 grundsätzlich in die Kurzzeitfallpauschalen überführt sind, ist letztmalig für das Leistungsjahr 2029 eine Überprüfung und ggf. Anpassung erfolgen.

- § 115f Abs. 2 Satz 2 wird wie folgt geändert:

„Die Auswahl hat so zu erfolgen, dass bezogen auf die nach § 21 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Jahr 2023 übermittelten Daten zu vollstationären Krankenhausfällen ohne Berücksichtigung der Krankenhausfälle, in denen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden angewendet werden, ab dem Jahr 2026 jährlich mindestens eine Million Fälle erfasst werden; ~~*ab dem Jahr 2028 sollen unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Evaluation nach Absatz 5 jährlich mindestens 1,5 Millionen und ab dem Jahr 2030 jährlich mindestens zwei Millionen Fälle erfasst werden.“*~~

Begründung: Hier handelt es sich um eine Folgeänderung des neu eingeführten Absatz 1a und der Streichung des Absatz 5.

- § 115f Abs. 2 Satz 3 wird wie folgt ergänzt:

„Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 beauftragen das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut gemeinsam bis zum 15. Februar eines jeden Kalenderjahres, ***letztmalig im Kalenderjahr 2028****, die Auswahl der Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 zu überprüfen und einen Vorschlag zur Anpassung der Leistungsauswahl vorzulegen.“*

Begründung: Hier handelt es sich um eine Folgeänderung des neu eingeführten Absatz 1a. Da die Leistungen der Sektorengleichen Vergütung im Jahr 2030 grundsätzlich in die Kurzzeitfallpauschalen überführt sind, haben die Vertragsparteien letztmalig im Kalenderjahr

2028 die Institute zu beauftragen, die Auswahl der Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 zu überprüfen und einen Vorschlag zur Anpassung der Leistungsauswahl für das Jahr 2029 vorzulegen.

- § 115f Abs. 5 wird gestrichen:

~~*„Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien beauftragen bis zum 30. April 2025 das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus mit der regelmäßigen Evaluation der Auswirkungen der speziellen sektorengleichen Vergütung auf die Versorgung der Versicherten, auf die Vergütungen der Leistungserbringer sowie auf die Ausgaben der Krankenkassen auf der Grundlage nicht personenbezogener Leistungsdaten.* Die in Satz 1 genannten Institute legen ihren Evaluationsbericht im Abstand von jeweils zwölf Monaten, erstmals zum 31. Dezember 2026 unter Einbeziehung der für das Jahr 2026 vereinbarten Auswahl der Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, den Vertragsparteien und dem Bundesministerium für Gesundheit sowie auf Verlangen dem Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a Satz 2 vor.“~~

Begründung: Hier handelt es sich um eine Folgeänderung des neu eingeführten Absatz 1a. Da die Leistungen der Sektorengleichen Vergütung im Jahr 2030 grundsätzlich in die Kurzzeitfallpauschalen überführt sind, ist eine Evaluation der Auswirkungen der speziellen sektorengleichen Vergütung auf die Versorgung der Versicherten, auf die Vergütungen der Leistungserbringer sowie auf die Ausgaben der Krankenkassen nicht mehr erforderlich.

1.2 § 10 KHG (Entwicklungsauftrag zur Reform der Investitionsfinanzierung)

- § 10 Abs. 2 Satz 2 wird wie folgt ergänzt:

„In den Investitionsbewertungsrelationen ist der Investitionsbedarf für die voll- und teilstationären Leistungen ***sowie für die Kurzzeitfallpauschalen*** *pauschaliert abzubilden; der Differenzierungsgrad soll praktikabel sein.“*

Begründung: Diese Ergänzung begründet sich aus der Logik der Gesetzgebung zur Krankenhausfinanzierung, dass die Krankenhäuser für die stationäre Leistungserbringung über die Regelungen des KHG Investitionsförderung erhalten. Da es sich bei den über den § 17b Absatz 2a KHG neu eingeführten Kurzzeitfallpauschalen um Entgelte nach § 17b handelt, hat diese Klarstellung zu erfolgen.

2. Änderungsvorschläge zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vom 29.04.2026

2.1 Änderungsvorschlag zu Artikel 3 Nr. 5: KHEntgG § 8 (Berechnung der Entgelte):

- § 8 Abs. 5a wird gestrichen:

~~*„Die Berechnung der in § 17b Absatz 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Kurzzeitfallpauschalen ist ausgeschlossen, wenn die Leistung in dem Katalog nach § 115b Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch enthalten ist. Näheres regeln die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.“*~~

Begründung: Mit den neuen Kurzzeitfallpauschalen soll das DRG-Vergütungssystem weiterentwickelt werden – erstmalig für das Leistungsjahr 2028 – verbunden mit dem Ziel, die Verweildauerverkürzung und die Ambulantisierung bei stationären Krankenhausbehandlungen zu fördern. Laut § 115b Abs. 1 Satz 3, sind allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. Diese Regelung wurde im AOP-Vertrag umgesetzt und hat weiterhin Bestand. Hierbei handelt es sich überwiegend um Behandlungsfälle, bei denen eher von einer kurzen Verweildauer auszugehen ist. Den Krankenhäusern die Abrechnungsmöglichkeit über Kurzzeitfallpauschalen zu verwehren, widerspricht den Intentionen der Einführung von Kurzzeitfallpauschalen.

2.2 Änderungsvorschlag zu Artikel 3 Nr. 6: KHEntgG § 9 (Vereinbarung auf Bundesebene):

- § 9 Abs. Absatz 1 Nr. 11 (neu) wird gestrichen:

~~*„11. erstmals bis zum 30. September 2027 nähere Einzelheiten für Kurzzeitfallpauschalen nach § 17b Absatz 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, insbesondere*~~

> ~~*a) Vorgaben, durch die sichergestellt wird, dass durch die Einführung der Kurzzeitfallpauschalen keine Fallzahlausweitung bei den stationären Behandlungsfällen mit bis zu zwei Übernachtungen auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses stattfindet und*~~
>
> ~~*b) die Folgen einer Überschreitung der nach Buchstabe a festgelegten Begrenzung.“*~~

Begründung: Mit den neuen Kurzzeitfallpauschalen soll das DRG-Vergütungssystem weiterentwickelt werden – erstmalig für das Leistungsjahr 2028 – verbunden mit dem Ziel, die Verweildauerverkürzung und die Ambulantisierung bei stationären Krankenhausbehandlungen zu fördern. Eine sanktionsbewehrte Mengenbegrenzung für die im einzelnen Krankenhaus erbringbaren Kurzzeitfallpauschalen zu etablieren, würde diese Zielsetzung konterkarieren. Der laut Gesetzesbegründung befürchteten Hospitalisierung der von Krankenhäusern ambulant zu erbringenden Leistungen ist entgegen zu halten, dass laut §

115b Abs. 1 Satz 3 allgemeine Tatbestände zu bestimmen sind, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. Diese Regelung wurde im AOP-Vertrag umgesetzt und hat weiterhin Bestand, sodass eine Hospitalisierung von ambulant zu erbringenden Fällen nicht zu befürchten ist.

2.3 Änderungsvorschlag zu Artikel 4 Nr. 2: KHG § 17b (Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung):

- § 17b Abs. 2a Satz 1 wird wie folgt geändert:

„Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erarbeitet bis zum 31. März 2027 ein Konzept für geeignete Fallgruppen für eine gesonderte Kalkulation von Bewertungsrelationen für ~~stationäre~~ Behandlungsfälle mit einer Behandlungsdauer von bis zu drei Kalendertagen und maximal zwei Übernachtungen (Kurzzeitfallpauschalen).“

- § 17b Abs. 2a nach Satz 1 wird folgender Satz 2 (neu) ergänzt:

„Eine Vergütung mit einer Kurzzeitfallpauschale erfolgt unabhängig davon, ob die Leistung ambulant oder stationär erbracht wird.“

Begründung: Es handelt sich um eine zentrale ordnungspolitische Klarstellung, dass in den neuen Kurzzeitfallpauschalen auch ambulante Leistungen gemäß der Rechtsprechung des BSG enthalten sind.

- § 17b Abs. 2a nach Satz 3 (neu) wird folgender Satz 4 (neu) ergänzt:

„Das Konzept nach Absatz 2a Satz 1 und die Vereinbarung nach Absatz 2a Satz 3 haben die Vorgaben des § 115f Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Überleitung der Leistungen der speziellen sektorengleichen Vergütung in Kurzzeitfallpauschalen umzusetzen. […]“

Begründung: Hierbei handelt es sich um eine Folgeänderung der Anpassungen in § 115f Absatz 1a SGB V. Die in § 115f Absatz 1a formulierten Regelungen zur Überleitung der Leistungen der speziellen sektorengleichen Vergütung in Kurzzeitfallpauschalen müssen im Konzept und der Vereinbarung nach Absatz 2a Satz 1 nachvollzogen werden.

- § 17b Abs. 2a nach Satz 4 (alt) wird folgender Satz 8 (neu) ergänzt:

„Eine Vergütung mit einer Kurzzeitfallpauschale erfolgt unabhängig davon, ob Patienten oder Patientinnen das Krankenhaus am gleichen Tag verlassen oder bis zu drei Kalendertage und maximal zwei Übernachtungen im Krankenhaus verbleiben.“

Begründung: Es handelt sich um eine zentrale ordnungspolitische Klarstellung, dass in den neuen Kurzzeitfallpauschalen auch ambulante Leistungen gemäß der Rechtsprechung des BSG enthalten sind.

6) Psych-Krankenhausvergleich abschaffen

Maßnahmenbeschreibung:

Der Psych-Krankenhausvergleich ist abzuschaffen und in Folge dessen auch § 3 BPflV entsprechend anzupassen. Der Psych-Krankenhausvergleich (Leistungsbezogener Vergleich nach § 4 BPflV) hat zwischenzeitlich seine Bedeutung verloren, da die Budgetfindung seit Einführung der Personalmindestanforderungen des G-BA im Jahr 2020 durch diese Personalmindestvorgaben bestimmt wird.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Die Entlastungswirkung der Maßnahme liegt insbesondere im Wegfall des mit dem Psych-Krankenhausvergleich verbundenen Erhebungs-, Aufbereitungs-, Übermittlungs- und Auswertungsaufwands auf Seiten der Krankenhäuser und des InEK. Für die Vertragsparteien auf der Ortsebene ist keine nennenswerte Entlastungswirkung zu erwarten, da der Psych-Krankenhausvergleich bereits jetzt in den Budgetverhandlungen kaum Anwendung findet.

Durch Verzicht auf den Psych-Krankenhausvergleich wären eine Entlastungswirkung für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen bundesweit **in Höhe von rd. 0,6 Millionen Euro** zu erwarten. Zusätzlich würde eine Entlastung des InEK **von rd. 0,3 Millionen Euro** den Krankenkassen zu Gute kommen.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

Streichung des § 4 BPflV „Leistungsbezogener Vergleich“ sowie Streichung der auf § 4 BPflV aufsetzenden Vorschriften in § 3 Absatz 3 BPflV, § 9 Absatz 1 BPflV und § 18 Absatz 1 BPflV.

7) Anpassung der Definition von Krankenhausstandorten

Maßnahmenbeschreibung:

Krankenhausstandorte können per gesetzlicher Definition nur eine Fläche von maximal 2.000 Metern Radius umfassen. Die Definition eines Krankenhausstandortes über dieses rein räumliche Kriterium ist inadäquat, entbehrt einer fachlichen Grundlage und behindert moderne, effiziente Versorgungsstrukturen sowie die aktuellen Transformationsprozesse. Krankenhäuser mit mehreren Gebäuden – bspw. aus Übernahmen o. Ä. – sind so gezwungen, an den einzelnen Standorten strukturelle und organisatorische Vorhaltungen zu unterhalten, die kostspielige und ineffiziente Doppelstrukturen bilden. Die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung empfiehlt die Anpassung der Definition auf 5.000 Meter (Dritte Stellungnahme, S. 14).

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Einsparpotential ca. im **zweistelligen Millionenbereich** durch den Abbau von Doppelstrukturen, effizienteren Geräte- und Personaleinsatz, organisatorische Vereinfachung

in Krankenhäusern und bspw. bei MD-Prüfungen, Abbau verwaltungstechnischer Aufwände in zahlreichen Krankenhäusern.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

In § 2a Absatz 1 Satz 2 KHG wird „2.000 Meter“ durch „5.000 Meter“ ersetzt. Hilfsweise wird in § 2a Absatz 4 KHG ergänzt, dass die Krankenhausplanungsbehörden der Länder im Benehmen mit der DKG und dem GKV-Spitzenverband Ausnahmeregelungen treffen können.

8) Deregulierung von Personalvorgaben in Psychiatrie und Psychosomatik

Maßnahmenbeschreibung:

Der hohe Regulierungsgrad und die administrativen Kosten durch die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) sind unverhältnismäßig. Effizienter Personaleinsatz wird behindert und der therapeutische Spielraum massiv eingeschränkt. Um signifikante Kosteneinsparungen zu erreichen, mit denen die Qualität der Versorgung weiterhin gewährleistet wird, erfordert es folgende Maßnahmen:

Bezugsgröße: Mindestvorgaben müssen sich auf das gesamte Krankenhaus und das Kalenderjahr beziehen, nicht auf einzelne Quartale und Standorte.

Flexibilität: Der Berufsgruppenbezug muss aufgehoben werden, um Personal nach den individuellen Behandlungsbedarfen der Patienten einzusetzen. Qualifizierte Berufsgruppen müssen uneingeschränkt eingesetzt werden können.

Nachweise und Prüfungen: Mehrfachprüfungen müssen reduziert werden. Nachweise sind auf ein notwendiges Mindestmaß zu begrenzen.

Sanktionen: Um die Handlungsfähigkeit der Kliniken zu sichern und Effizienzen beim Personaleinsatz zu heben, müssen die Sanktionen so lange ausgesetzt werden, bis die Richtlinie den notwendigen Freiraum für eine wirtschaftliche Steuerung bietet. Eine mögliche künftige Neugestaltung der Sanktionen muss gestuft und verhältnismäßig erfolgen, wobei die Steuerungs- und Anreizwirkung im Transformationsprozess zu berücksichtigen ist. Das Leistungserbringungsverbot muss aufgrund der Versorgungsverpflichtung entfallen.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Die Maßnahmen heben systematisch Effizienzen und reduzieren überbordende Verwaltungsaufgaben und -prozesse. Neben der Verschlankung der Nachweisführung (Entlastung um 20 % bis 40 % der PPP-RL-Verwaltungskosten) resultiert der wesentliche ökonomische Effekt aus der Erhöhung der Freiheitsgrade im Personaleinsatz.

Durch das Aussetzen der Sanktionen entfällt die Notwendigkeit einer ineffizienten Vorhalte- und Personaleinsatzlogik. Dies ermöglicht eine Steigerung der Personaleffizienz um geschätzt mindestens 5 % bis 10 %, da Ressourcen rein nach medizinischer Notwendigkeit statt nach

regulatorischen Vorgaben gesteuert werden. Zudem entfiele die Fokussierung auf das stationäre Setting und ermöglicht die Transformation in Richtung einer stärkeren Ambulantisierung.

Das resultierende Einsparpotenzial für das Gesamtsystem liegt im **zwei- bis dreistelligen Millionenbereich**. Diese Schätzung basiert auf der plausiblen Reduktion des administrativen und operativen Aufwandes sowie Effienzienzsteigerungen beim Personaleinsatz durch:

- Flexiblere Personalsteuerung
- Reduktion der Frequenz (Jahresbezug statt Quartalsbezug)
- Reduktion der Granularität (u. a. Gesamteinrichtung statt Standortbezug)
- Reduktion der Prüftätigkeit.

Hinzu kommen die Verwaltungskosten bei den Krankenkassen, dem Medizinischen Dienst, der Selbstverwaltung, den Landesbehörden für Krankenhausplanung usw.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

- Anpassung des § 136a Absatz 2 SGB V: Auftrag zur Deregulation im Umfang von 50 %, Vorgabe zur Änderung der Bezugsgrößen aufnehmen.
- Anpassung des § 137 Absatz 1 SGB V: Modifikation bzw. Aussetzung des unverhältnismäßigen Vergütungswegfalls.

9) Abschaffung des Psych-Personalnachweises und der Übermittlungspflicht zum Pflegepersonal nach § 21 KHEntgG für Psych-Einrichtungen

Maßnahmenbeschreibung:

Der Psych-Personalnachweis gem. § 18 Absatz 2 BPflV sollte abgeschafft werden. Ziel ist, parallele Nachweissysteme (PPP-RL-Nachweise) und systembedingte Unstimmigkeiten (zweifache Sanktionierung von fehlendem Personal) zu beenden.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Für die Krankenhäuser entstehen Kosten für die jährliche Aufbereitung der vereinbarten und der tatsächlichen Personalstellen, die formgerechte Übermittlung an das InEK sowie für das erforderliche Testat des Wirtschaftsprüfers. Dem InEK, das mit dem Systemzuschlag von der GKV-finanziert wird, entsteht Aufwand für die kontinuierliche Annahme, Aufbereitung und Archivierung der Daten. Zudem kann der Nachweis in den jährlichen Budgetverhandlungen die Personalressourcen sowohl des Krankenhauses als auch der Krankenkassen binden.

Der durch den Psych-Personalmachweis bedingte Aufwand betrifft alle psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen. Mit dem Verzicht auf den Psych-Personalnachweis könnten die Krankenhäuser bundesweit um einen Betrag von **rd. 3 Millionen Euro** entlastet

werden. Zusätzlich würde eine Entlastung des InEK von **rd. 0,24 Millionen Euro** den Krankenkassen zu Gute kommen. Die Entlastungswirkung für die Vertragsparteien der Budgetvereinbarung dürfte jeweils **zwischen 0,1 und 0,7 Millionen Euro** betragen.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

Abschaffung des Psych-Personalnachweises durch Streichung von § 18 Absatz 2 BPflV und § 3 Absatz 3 Sätze 8 bis 10 BPflV.

10) Abschaffung der Übermittlungspflicht der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen zu den Pflegepersonaluntergrenzen in der Somatik

Maßnahmenbeschreibung:

Streichung der Übermittlungspflicht der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen zu den Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) in der Somatik. Auch die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen im Geltungsbereich der BPflV müssen die zur Weiterentwicklung der PpUG, die ausschließlich den Geltungsbereich des KHEntgG betreffen, die Angaben zum Pflegepersonal gemäß § 21 KHEntgG an das InEK übermitteln. Im Geltungsbereich der BPflV wird das Pflegepersonalausstattung jedoch nicht durch die PpUG, sondern durch die Personalmindestanforderungen der PPP-RL abgesichert (siehe Nr. 8). Zudem liegen die Informationen in der erforderlichen Tiefe und Struktur („Pflege am Bett“) in den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen nicht vor, so dass sie ausschließlich zur Erfüllung dieser sinnfreien Vorschrift ermittelt werden müssen.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Für die Ermittlung der erforderlichen Informationen müssen die konkreten Berufsbezeichnungen und Zusatzqualifikationen aller Pflegekräfte erfasst und deren Anteil der „Pflege am Bett“ abgegrenzt werden. Hierzu muss die Personalplanung ggf. alle betroffenen Pflegekräfte einbinden und somit Arbeitskraft binden. Die hierfür anfallenden Kosten der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen dürften bei einer konsequenten Umsetzung der Datenlieferpflicht bundesweit bei **rd. 1,9 Millionen Euro** liegen.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

Streichung der Ziffer „e“ in § 17d Absatz 9 KHG.

11) Aussetzung des Bundes-Klinik-Atlas (BKA) oder zumindest der für den BKA eingeführten zusätzlichen Personalmeldepflichten

Maßnahmenbeschreibung:

Das Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) sieht mit der Neufassung des § 135d SGB V in Absatz 1 eine Übertragung der Verantwortlichkeiten für ein Transparenzverzeichnis zur Krankenhausbehandlung (aktuell bekannt als Bundes-Klinik-Atlas – BKA) vom BMG in Zusammenarbeit mit dem IQTIG auf den G-BA vor. Diese Überführung und der vorgesehene Ansatz, die bestehenden Instrumente zur Transparenz über das Leistungsgeschehen und die Qualität in den Krankenhäusern aufeinander abzustimmen und ggf. zusammenzuführen, wird grundsätzlich unterstützt.

Stärken, die der BKA durch die Nutzung grafischer Oberflächen hat, können die Schwächen des Qualitätsberichts in der Veranschaulichung für die Nutzer ausgleichen. Der Qualitätsbericht verfügt allerdings über deutlich mehr Inhalte als der BKA, die zur Transparenz über die Qualität in den Krankenhäusern beitragen. Allerdings löst die neu geregelte Verlagerung der Zuständigkeit nicht die Problematik der Parallelstrukturen, die durch die Verpflichtung der Krankenhäuser zur Qualitätsberichterstattung gem. § 136b Absatz 1 Nummer 3 SGB V entstehen.

Bis die neuen Vorgaben aus § 135d Absatz 5 SGB V durch den Erlass einer neuen Richtlinie des G-BA zur Umsetzung gelangen können, bleiben für die Krankenhäuser die bürokratischen Aufwände zur Qualitätsberichterstellung und die erheblich erweiterten Datenlieferverpflichtungen nach § 21 KHEntgG für den BKA (detaillierte Meldepflichten für ärztliches Personal) mit dem enormen bürokratischen Aufwand bestehen. Darüber hinaus müssen die Aufwände (Personal, Dienstleister, technische Infrastruktur), die zur Erstellung und Veröffentlichung der Qualitätsberichte sowie des BKA notwendig sind, bis zur Umsetzung von § 135d Absatz 5 SGB V finanziert werden. Die quartalsweisen Datenlieferverpflichtungen der Krankenhäuser zum ärztlichen Personal führen aktuell nicht zu einer Abbildung im BKA. Auch die Leistungsgruppen für die Krankenhäuser sind noch nicht zugeteilt, weshalb die vorgesehene Abbildung im BKA noch nicht umgesetzt werden kann. Der BKA bietet derzeit im Vergleich zu den bestehenden Vergleichsportalen keine transparente und verlässliche Quelle für Patientinnen und Patienten und andere Zielgruppen, da er nur ein begrenztes Spektrum der somatischen Leistungserbringung im Krankenhaus abbildet und psychiatrische und psychosomatische Leistungserbringung vollständig ausschließt.

Die Aufrechterhaltung sinnloser Doppelstrukturen muss unverzüglich beendet werden. Der BKA muss zur inhaltlichen Überarbeitung und sinnvollen Zusammenführung der Datenquellen solange ausgesetzt werden, bis ein Relaunch eines vollwertigen Verzeichnisses auf Basis der neuen Richtlinie des G-BA gemäß § 135d Absatz 5 SGB V vollzogen werden kann.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Die Kosten des BKA betragen **jährlich etwa 1,5 Millionen Euro**. Eine Aussetzung des BKA bis zur Umsetzung einer G-BA Richtlinie zur Weiterentwicklung der Berichterstattung würde diese jährlichen Kosten für etwa **die nächsten 2 Jahre** einsparen. Die Aussetzung der zusätzlichen Datenlieferverpflichtungen (insb. quartalsweise Meldungen zum ärztlichen Personal nach § 21 Absatz 7 KHEntgG) führt zu einer sofortigen administrativen Entlastung der Krankenhäuser. Da diese Datenpflege und -aufbereitung pro Klinik geschätzt ca. 3 bis 5 Personaltage pro Quartal bindet, ergibt sich ein Einsparpotenzial an Bürokratiekosten von **jährlich etwa 20 bis 35 Millionen Euro**.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

Festlegung über die Aussetzung des BKA, bis der G-BA eine Richtlinie nach § 135d Absatz 5 SGB V erlassen hat. Mindestens die Aussetzung der quartalsweisen Datenlieferung nach § 21 Absatz 7 KHEntgG.

12) Umfassende Straffung von Strukturvorgaben (Wechselwirkungen von Leistungsgruppen und G-BA-Richtlinien/ -Regelungen)

Maßnahmenbeschreibung:

Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) verfolgt der Gesetzgeber ausdrücklich das Ziel, die Regulierung der Krankenhausversorgung zu vereinfachen, Doppelregelungen abzubauen und Krankenhäuser von unnötigem bürokratischem sowie finanziellem Aufwand zu entlasten. Zentrales Element ist die systematische Verknüpfung der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen nach § 135e SGB V mit den Strukturqualitätsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 und Absatz 4 SGB V. Damit sollte klargestellt werden, dass strukturelle Voraussetzungen primär über die Leistungsgruppen geregelt werden und der G-BA lediglich ergänzend tätig wird.

Diese gesetzgeberische Grundentscheidung wird in der aktuellen Umsetzung jedoch nicht erreicht. Vielmehr bestehen weiterhin erhebliche Unklarheiten hinsichtlich der Zuordnung verbindlicher Qualitätsanforderungen. Die parallele Anwendung zweier Regelungssysteme führt zu Überschneidungen, Überregulierung, Rechtsunsicherheit und vermeidbaren Kostenbelastungen. Treffen faktische Leistungsausschlüsse auf formal sanktionsbewehrte Strukturvorgaben des G-BA, entsteht eine doppelte Eingriffsintensität ohne klar abgegrenzte Zuständigkeiten.

Der Gesetzgeber hat mit der Neufassung des § 136 SGB V klargestellt, dass der G-BA Mindestanforderungen an Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nur festlegen darf, soweit diese nicht bereits in den Qualitätskriterien der Leistungsgruppen nach § 135e SGB V enthalten sind, diese Anforderungen erforderlich ergänzen darf, ihnen nicht widersprechen darf und sie aufzuheben sind, sobald vergleichbare Regelungen in den Leistungsgruppen

bestehen. Dies gilt gleichermaßen für Strukturqualitätsrichtlinien wie auch für Mindestmengenregelungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V. Diese gesetzgeberische Vorgabe ist bislang jedoch nicht durchgängig berücksichtigt worden. Erforderlich ist vielmehr die Herstellung einer klaren normativen Rangfolge, wonach die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen nach § 135e SGB V vorrangig gelten und Regelungen des G-BA lediglich ergänzend und subsidiär zur Anwendung kommen dürfen.

Vor diesem Hintergrund ist zwingend Rechtsklarheit herzustellen. Die maßgeblichen Normen müssen widerspruchsfrei und für die Rechtsanwender eindeutig sein. Änderungen von Strukturqualitätsrichtlinien oder Mindestmengenregelungen vor Abschluss der Arbeiten des Leistungsgruppenausschusses und vor Erlass der zustimmungspflichtigen Rechtsverordnung nach § 135e SGB V kommen faktisch einer Vorwegnahme gesetzgeberischer Entscheidungen gleich und unterlaufen die intendierte Systematik.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Die Entlastungswirkung ergibt sich insbesondere aus der Vermeidung von Rechtsunsicherheiten und daraus folgenden Rechtsstreitigkeiten sowie aus einem geringeren Bedarf an externer rechtlicher und organisatorischer Beratung. Klare und widerspruchsfreie Vorgaben reduzieren Abstimmungsaufwände mit Kostenträgern und Aufsichtsbehörden und senken damit unmittelbar die damit verbundenen Kosten.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

Zur Klarstellung des gesetzgeberisch intendierten Vorrangs der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen sollte § 136 Absatz 4 SGB V wie folgt ergänzt werden, dass der Gemeinsame Bundesausschuss Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nur festlegen darf, soweit diese die nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Qualitätskriterien in erforderlicher Weise ergänzen, nicht im Widerspruch zu ihnen stehen und nicht bereits abschließend durch diese geregelt sind. Dies gilt entsprechend auch für Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V, soweit diese strukturellen Anforderungen mit vergleichbarer Steuerungswirkung enthalten. Den Qualitätskriterien nach § 135e kommt insoweit ein Vorrang zu; Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses haben lediglich ergänzenden und subsidiären Charakter.

13) Reduktion, Straffung und Vereinheitlichung von QS-Nachweispflichten

Maßnahmenbeschreibung:

Die verschiedenen Qualitätssicherungsrichtlinien des G-BA nach § 136 Absatz 1 S. 1 Nr. 2 SGB V, insbesondere QFR-RL und QSFFx-RL (zur PPP-RL siehe zu Nr. 8), enthalten im Rahmen von Nachweisverfahren, Strukturabfragen und weiteren Regelungen zahlreiche nicht harmonisierte und insgesamt übermäßig bürokratische Meldepflichten: kleinteilige, teilweise tagesgenaue und unverzüglich wahrzunehmende Nachweis- und Meldepflichten in verschiedenen Formaten, Bezugszeiträumen und Meldewegen. Der Nutzen dieser Meldungen

ist oft unklar oder gering. Redundante Meldungen müssen zusammengeführt und kleinteilige Meldepflichten vereinfacht werden, um überbordende und unverhältnismäßige bürokratische Aufwände der Krankenhäuser und der Meldungsempfänger (Krankenkassen, IQTIG, G-BA) abzubauen.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Einsparpotential ca. **im einstelligen Millionenbereich** durch den Abbau bürokratischer Verpflichtungen und effizienteren Personal- und Ressourceneinsatz in Krankenhäusern und bei Meldungsempfängern.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

Schaffung einer Rahmenregelung zu harmonisierten, bürokratiearmen und anwenderfreundlichen Nachweispflichten für Krankenhäuser unter Beachtung der Qualitätssicherung und auch anderer Bereiche mit vergleichbaren Meldepflichten. Umsetzung und Anpassung insbesondere der Qualitätssicherungsrichtlinie Früh- und Reifgeborene sowie der Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur durch den G-BA.

14) Eindämmung von Leiharbeit und AÜG-Bereichsausnahme

Maßnahmenbeschreibung:

Leiharbeit im Krankenhaus hat in den letzten Jahren untragbare Ausmaße angenommen. Leiharbeitsfirmen bestimmen Konditionen und vermitteln Personal zum Vielfachen der tariflichen Kosten an Kliniken. Es bedarf daher wirksamer Einschränkungen der Leiharbeit im Krankenhaus. Krankenhäuser werden aber vielfach selbst ungewollt zu Verleihern, wenn sie im Rahmen der Vorgaben der ärztlichen und pflegerischen Weiterbildung ihre Mitarbeiter an externe Weiterbildungsstellen entsenden. Dies führt für die Krankenhäuser zu hohem bürokratischem Aufwand bei der Beantragung einer Arbeitnehmerüberlassungserlaubnis und auch bei Umgehungsstrategien. Insofern ist hier eine AÜG-Bereichsausnahme im Rahmen der Aus- und Weiterbildung notwendig.

Die Eindämmung der Leiharbeit im Krankenhaus hat darüber hinaus positive Effekte auf die Patientenversorgung. Studien belegen, dass der Einsatz von Leiharbeit im Krankenhaus negative Effekte auf die Patientenversorgung hat. Zudem führt dies zu mehr Zufriedenheit der Krankenhausbeschäftigten, da etwaige Ungerechtigkeit (insbesondere vermeintlich höhere Vergütung, selektive Schichtauswahl) vermieden werden.

Auch die ÄUG-Bereichsausnahme der Aus- und Weiterbildung hat positive Effekte auf die Patientenversorgung. Sie erleichtert angehenden Fachärzten, ihre Weiterbildung möglichst schnell und effizient zu absolvieren. Damit stehen Fachärztinnen und -ärzte sowie Pflegefachpersonen schneller der Patientenversorgung zur Verfügung. Es ist zudem ein Beitrag zur Absicherung der Aus- und Weiterbildungskapazitäten, was dem Fachkräftemangel entgegenwirkt und damit vielfache positive Auswirkungen auf die Patientenversorgung hat.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Die Begrenzung der Vergütungssätze der Leiharbeit auf das 1,5-fache kann **450 Mio. Euro pro Jahr in der Pflege** einsparen. Im **ärztlichen Dienst können 200 Mio. Euro pro Jahr** eingespart werden. Wenn sich der **Umfang** der Leiharbeit aufgrund der Maßnahmen **halbiert**, würde der Einspareffekt **insgesamt ca. 1 Mrd. Euro** betragen. Bei Bürokratiekosten der AÜG-Pflicht von ca. 3.000 Euro pro **Arzt** (Kosten Beantragung, Erlaubnis, personeller Aufwand) können knapp **100 Mio. Euro pro Jahr** eingespart werden, in der **pflegerischen Weiterbildung mind. 10 Mio. Euro pro Jahr**.

Die Berechnungen basieren auf den Grunddaten sowie dem Kostennachweis der Krankenhäuser, die das Statistische Bundesamt veröffentlicht. Die Kosten für Leiharbeit entstammen der Blitzumfrage des DKI zur Leiharbeit aus November 2022[2]. Die Bürokratiekosten für die AÜG-Pflicht von Aus- bzw. Weiterbildungen stellt u. a. auf die Kosten für die Beantragung der Erlaubnis bei der Bundesagentur für Arbeit ab. Zudem fallen weitere Kosten an (z. B. Personalaufwände bei den Krankenhäusern). Auch Umgehungsmaßnahmen (wie z. B. die Kündigung und Wiedereinstellung; ggf. neue Personalakquise) sind mit vergleichbaren Kosten verbunden.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

Anpassung AÜG zur Eindämmung der Leiharbeit:

- Begrenzung der Vergütungssätze von Leiharbeitsfirmen auf das 1,5-fache der tariflichen Vergütung
- Besondere Anforderungen für die Verleihung von Gesundheitspersonal (Qualifikationsnachweis, Fortbildungsverpflichtungen), andernfalls Erlaubnisentziehung

Anpassung AÜG für Bereichsausnahme Aus- und Weiterbildung:

- Entsendungen von Personal im Rahmen einer Aus- oder Weiterbildung fallen nicht unter die Erlaubnispflicht
- Anknüpfungspunkt: Absolvierung einer Aus- bzw. Weiterbildung im Rahmen von landes- oder bundesrechtlichen Regelungen (ärztliche Weiterbildung nach WBO bzw. pflegerische Weiterbildung nach Landesrecht/ DKG-Empfehlung)

[2] Online abrufbar unter: DKI Blitzumfrage: Leiharbeit im Krankenhaus | DKI [zuletzt abgerufen am 05.05.2026]

15) SÜV: Automatische haus- und fachärztliche Ermächtigung

Maßnahmenbeschreibung:

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nach § 115g SGB V (SÜV) sollen automatisch eine haus- und fachärztliche Ermächtigung erhalten.

Bislang können SÜV nach § 116a SGB V nur auf Antrag und unter bestimmten Bedingungen eine Ermächtigung für die vertragsärztliche Versorgung erhalten. Fachärztliche Ermächtigungen sind zudem befristet, was die wirtschaftliche und organisatorische Planungssicherheit erheblich erschwert. Um der Intention einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung wirklich gerecht zu werden, Effizienzen zu heben und bürokratische Aufwände abzubauen, ist in § 116a SGB V gesetzlich festzulegen, dass grundsätzlich jede SÜV eine institutionelle Ermächtigung zur hausärztlichen und – je nach Planungsentscheidung des Landes – fachärztlichen Versorgung erhält. Dies beseitigt die hohen administrativen Hürden langwieriger Einzelermittlungsverfahren durch die Zulassungsausschüsse. Die automatische Ermächtigung verhindert Verzögerungen bei der Aufnahme ambulanter Tätigkeiten und schließt Versorgungslücken (insbesondere in ländlichen Gebieten) rascher. Die Belastung für Patienten sinkt, da Sektorenbrüche und unnötige Transporte vermieden werden.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Die Maßnahme führt zu einem nahezu vollständigen Wegfall aufwendiger Prüf-, Genehmigungs- und Einspruchsverfahren. Davon profitieren nicht nur die Kliniken, sondern auch die Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen, die als Akteure in den Zulassungsausschüssen erhebliche personelle und zeitliche Ressourcen für diese bürokratischen Prozesse binden. Das Einsparvolumen ist plausibel im **zwei- bis dreistelligen Millionenbereich** anzusiedeln:

- Administrative Ersparnis: Wegfall hunderter komplexer Einzelverfahren (Personal- und Rechtskosten bei Kassen, KVen und Kliniken).
- Vermeidung teurer stationärer Behandlungen: Durch die sofortige ambulante Handlungsfähigkeit der SÜV werden teure Fehlbelegungen (stationäre Aufnahme mangels ambulanter Kapazität) konsequent vermieden.
- Effizienzrendite: Die Bündelung von Leistungen an einem Ort reduziert Transportkosten und Mehrfachdiagnostik.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

- Anpassung des § 116a Absatz 2 und 3 SGB V: Automatische Ermächtigung einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung für die hausärztliche Versorgung sowie die im Versorgungsauftrag festgelegten Fachgebiete.
- Folgewirkungen in Bezug auf die Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA sind zu prüfen.

16) Ersatz der krankenhausindividuellen, quartalsabhängigen Prüfquote durch eine feste Prüfquote

Maßnahmenbeschreibung:

Gemäß § 275c Absatz 2 Satz 2 ff. SGB V wird für jedes Krankenhaus für jedes Quartal eine hausindividuelle Prüfquote ermittelt. Deren Höhe ist Abhängig vom Anteil derjenigen Abrechnungen des jeweiligen Krankenhauses, die vom Medizinischen Dienst im Rahmen einer Prüfung unbeanstandet geblieben sind und beträgt bis zu 5 %, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen bei 60 % oder mehr liegt, bis zu 10 %, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen zwischen 40 % und 60 % liegt und bis zu 15 %, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 40 % liegt. Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz sieht vor, dieses System weiterzuführen, allerdings unter Anhebung der Prüfquoten und der diesbezüglichen Schwellenwerte. Künftig soll die Höhe der zulässigen Prüfquote bis zu 5 %, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen bei 80 % oder mehr liegt, bis zu 15 %, wenn der der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen zwischen 60 % und 80 % liegt sowie bis zu 25 %, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 60 % liegt, betragen. Zudem soll der Schwellenwert für eine Vollprüfung bei vermuteter systematischer Falschabrechnung von unterhalb von 20 % unbeanstandeter Schlussrechnungen auf unterhalb von 40 % unbeanstandeter Schlussrechnungen angehoben werden.

Statt der Fortführung dieses aufwändigen und fehleranfälligen Systems unter Anhebung der Schwellenwerte und der zulässigen Prüfquoten in der zweiten und dritten Kategorie sollte eine für alle Krankenhäuser geltende, feste Prüfquote in Höhe von maximal 10 % festgelegt werden.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Auswirkungen hat diese Maßnahme für alle Krankenhäuser, die mit Prüfungen des Medizinischen Dienstes für vollstationäre Krankenhausbehandlungen konfrontiert werden. Die Ermittlung der jeweiligen krankenhausindividuellen Prüfquote erfordert die Verarbeitung und Übermittlung einer Vielzahl von Daten. Dies birgt die Gefahr einer erheblichen Fehleranfälligkeit in sich. Auf dieser Basis ermittelte, objektiv falsche Prüfquoten führen zu unnötigen Prüfungen und wirken sich auf ggfs. zu zahlende Aufschläge nach § 275c Absatz 3 SGB V aus, was zu teilweise langwierigen (Rechts-)Streitigkeiten im Nachgang einer MD-Prüfung führt. Letztlich besteht auch vielfach Unsicherheit, welchem Quartal welche Prüfung zuzuordnen ist. Diesen Unsicherheiten wird entgegengewirkt, wenn die aufwändige und fehleranfällige Prüfquotenermittlung durch eine feste Prüfquote ersetzt wird. Mit dieser Maßnahme würde ein wesentlicher Aspekt des intendierten Bürokratieabbaus umgesetzt und eine Vielzahl von Streitigkeiten vermieden.

Die Festsetzung der Höhe der festen Prüfquote ist vor dem Hintergrund der beabsichtigten Erhöhung der Prüfquoten sowie der Schwellenwerte durch das GKV-

Beitragssatzstabilisierungsgesetz zu sehen. Eine feste Prüfquote in Höhe von bis zu 10 % stellt zwar eine Verschlechterung gegenüber dem geltenden System dar, aber nur, wenn man allein den Fortbestand der geringsten Prüfquote in Höhe von 5 % berücksichtigt, in der aktuell die Mehrzahl der Krankenhäuser eingeordnet ist. Durch die beabsichtigten Änderungen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes im Hinblick auf die wesentlichen Parameter der Prüfquotenzuordnung zum Nachteil der Krankenhäuser wird es hingegen für sie schwieriger, die niedrigste Quote zu erreichen. Die Anhebung der Schwellenwerte wird dazu führen, dass die Mehrzahl der Krankenhäuser mindestens in die zweite Gruppe der Prüfquote, die dann bis zu 15 % beträgt, fallen wird. Auch wird sich der Anteil der Krankenhäuser, die in die dritte Gruppe fallen, wegen der Anhebung der Schwellenwerte erhöhen und es drohen Prüfquoten, die noch nicht einmal zu Zeiten der unbegrenzt zulässigen Prüfungen realisiert wurden. In der Praxis ist faktisch eine Verdoppelung bzw. Verdreifachung der Prüfungen in den Krankenhäusern zu erwarten, also eine massive Ausweitung des Prüfgeschehens, was zu einer Erweiterung von Aufwand und Bürokratie im Krankenhaus führt.

Demgegenüber begrenzt eine feste Prüfquote in Höhe von maximal 10 % den Aufwand für die Krankenhäuser, aber auch für die Krankenkassen und die Medizinischen Dienste, gewährleistet gleichzeitig aber auch den Krankenkassen die Möglichkeit, Abrechnungen der Krankenhäuser in ausreichendem Umfang auf deren Korrektheit hin zu überprüfen, denn die bislang realisierte, durchschnittliche Prüfquote liegt bei ca. 8 – 8,5%. Vor dem Hintergrund dieser Feststellungen erscheint eine Begrenzung der Prüfquote auf 10 % geboten zu sein, für eine Ausdehnung auf 15 % oder gar 25 % bestehen aufgrund der nachgewiesenen hohen Abrechnungsqualität der Krankenhäuser keine sachlich nachvollziehbaren Gründe.

Dabei ist die Verringerung des Aufwandes, den eine Begrenzung der Prüfquote auf 10 % mit sich bringt, gegenüber dem Aufwand, der eine durchschnittliche Prüfquote von 15 % verursacht, enorm. Ausgehend von den Ermittlungen des Bundesrechnungshofes in seinem Bericht zur Abrechnungsprüfung[3] betragen die Verwaltungsaufwände der Krankenkasse im Rahmen der Einzelfallprüfung 17 € je Krankenhausabrechnung. Geht man davon aus, dass den Krankenhäusern Verwaltungsaufwände in vergleichbarer Höhe entstehen, ergeben sich bei der aktuellen durchschnittlichen **Prüfquote von 8 %** bei 17,5 Mio. Behandlungsfällen Verwaltungsaufwände für die Krankenhäuser in Höhe von **ca. 23,8 Mio. €**. Bei einer Erhöhung der **Prüfquote auf 10 %** ergäbe sich ein Verwaltungsaufwand in Höhe von **ca. 29,75 Mio. €**, bei einer Erhöhung auf **15 %** beträgt der Verwaltungsaufwand bereits **ca. 44,63 Mio. €**. Ein Verzicht auf die angestrebte massive Erhöhung der Schwellenwerte und Prüfquoten und stattdessen eine Festlegung der Prüfquote auf maximal **10 %** verringert die drohende zusätzliche Belastung der Krankenhäuser mit Verwaltungsaufwand **um ca. 14,88 Mio. €**.

[3] Online abrufbar unter: www.bundesrechnungshof.de/SharedDocs/Downloads/DE/Berichte/2019/krankenhausabrechnungen-volltext.pdf?__blob=publicationFile&v=1 [zuletzt abgerufen am 05.05.2026]

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

Die krankenhausindividuelle, quartalsbezogene Prüfquote wird durch eine feste Prüfquote in Höhe von maximal 10 % ersetzt.

§ 275c Absatz 2 SGB V wird durch folgenden Absatz 2 ersetzt:

„Eine Krankenkasse darf in jedem Quartal bis zu 10% der von den nach Absatz 1 Satz 1 prüfbaren Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen.“

§ 275c Absätze 4 und 5 SGB V werden ersatzlos gestrichen.

17) Krankenhauskapazitätssurveillance

Maßnahmenbeschreibung:

Gemäß Verordnung zur Krankenhauskapazitätssurveillance (KHKapSurV) hat die DEMIS-Meldung täglich bis 11 Uhr mit Stand Vortag 12 Uhr an das Robert Koch-Institut zu erfolgen. Hierbei handelt es sich um eine Meldung über die Anzahl der durch die vollstationäre nicht intensivmedizinische somatische Versorgung belegten Betten, differenziert nach mit Erwachsenen und Kindern belegten Betten.

Die Meldung an das DIVI-Intensivregister muss täglich bis 12 Uhr erfolgen. Hierbei handelt es sich um die Meldung der belegten und der belegbaren Intensivbetten, jeweils differenziert nach Erwachsenen und Kindern und ICU low care, ICU high care und ECMO, die Anzahl der Patientinnen und Patienten mit Sars-CoV-2 (weiter differenziert), die Anzahl der Kinder mit RSV-/ Influenzavirus-Infektion sowie die Schätzung der maximalen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten für Neuaufnahmen innerhalb von sieben Tagen.

Zudem bestehen teilweise weitere Meldepflichten über landesrechtliche Register (z. B. IG NRW und IVENA).

Die Meldungen müssen unter großem Aufwand des Krankenhauspersonals täglich erfolgen und binden Personal, das für andere Aufgaben dringend benötigt wird. Während der Pandemie war die Kenntnis der Bettenauslastung der Krankenhäuser sinnvoll und notwendig. Nach dem Ende der Pandemie ist eine ständige epidemiologische Überwachung der Krankenhauskapazitäten nicht mehr notwendig, insbesondere nicht an Wochenenden, an denen der Empfänger der Meldungen diese auch nicht auswertet oder sichtet.

Den Krankenhäusern drohen Sanktionen im Fall von nicht, nicht richtig, nicht vollständig, nicht in der vorgeschriebenen Weise oder nicht rechtzeitig übermittelten Meldungen.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Die Meldungen müssen unter großem Aufwand des Krankenhauspersonals täglich erfolgen und binden Personal.

Da nach dem Ende der Pandemie eine ständige epidemiologische Überwachung der Krankenhauskapazitäten nicht mehr notwendig ist, können die vorgeschlagenen Maßnahmen den täglichen Aufwand des Krankenhauspersonals deutlich senken, das dann wieder für andere Aufgaben zur Verfügung steht.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

- **Vollständige Aussetzung der KHKapSurV** bis zum erneuten Eintreten einer der Pandemie vergleichbaren kritischen Gesundheitslage.

  Alternativ Reduzierung der Meldehäufigkeiten auf 3 Tage pro Woche:

  Änderungsvorschlag 1:

  § 1 Absatz 2 KHKapSurV wird wie folgt geändert:

  „Die Übermittlung der Angabe nach Absatz 1 hat ab dem 20. September 2022 ***~~täglich~~ Montag, Mittwoch und Freitag*** *bis 11 Uhr mit Stand des Vortages um 12 Uhr zu erfolgen.“*

  Änderungsvorschlag 2:

  § 2 Absatz 2 KHKapSurV wird wie folgt geändert:

  „Die Übermittlung der Angaben nach Absatz 1 hat ab dem 26. November 2022 ***~~täglich~~ Montag, Mittwoch und Freitag*** *bis 12 Uhr zu erfolgen.“*

- Außerdem besteht teilweise eine doppelte Meldeverpflichtung auf Landesebene (IVENA) – hier sollten entsprechende Schnittstellen geschaffen und Doppelstrukturen abgebaut werden.
- Zudem sollten die Meldewege vereinfacht und am Bedarf der Meldeverpflichteten ausgerichtet werden (insbesondere ins DIVI-Register).
- Zusätzlicher Software- und Personalaufwand muss in der Finanzierung langfristig endlich berücksichtigt werden, denn obwohl der Prozess digital betrieben wird, verursacht er weiterhin Kosten. Alternativ sollten automatisiert übermittelbare Routinedaten aus bewährten Übermittlungsstandards der Abrechnung zur Ermittlung von Inzidenzen und Fallzahlen herangezogen werden.
- Sanktionen gegen die Meldeverpflichtung sind zu streichen.

  Änderungsvorschlag:

  § 73 Absatz 1a Nr. 2a IfSG wird wie folgt geändert:

  „2a. entgegen § 13 Absatz 5 Satz 1, auch in Verbindung mit einer Rechtsverordnung nach Satz 3 Nummer 1 ***~~, oder entgegen § 13 Absatz 7 Satz 1 in Verbindung mit einer Rechtsverordnung nach Satz 4 Nummer 1 bis 3 oder 4~~*** *eine dort genannte Angabe*

nicht, nicht richtig, nicht vollständig, nicht in der vorgeschriebenen Weise oder nicht rechtzeitig übermittelt, …“

18) Meldepflichten nach Infektionsschutzgesetz

Maßnahmenbeschreibung:

§ 6 IfSG regelt die namentliche Meldung einer Erkrankung durch die feststellende Ärztin bzw. durch den feststellenden Arzt (in Krankenhäusern ist für die Einhaltung der Meldepflicht neben der feststellenden Ärztin bzw. dem feststellenden Arzt auch die leitende Ärztin bzw. der leitende Arzt, in Krankenhäusern mit mehreren selbstständigen Abteilungen die leitende Abteilungsärztin bzw. der leitende Abteilungsarzt, in Einrichtungen ohne leitende Ärztin bzw. leitenden Arzt die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt verantwortlich). Gemäß § 9 IfSG sind folgende Angaben zur betroffenen Person zu melden: Name, Anschrift und weitere Kontaktdaten der Untersuchungsstelle, die mit der Erregerdiagnostik beauftragt ist, Name, Anschrift und weitere Kontaktdaten des Meldenden.

§ 7 IfSG regelt die namentliche Meldung von Krankheitserregern durch die Leiter von Medizinaluntersuchungsämtern und sonstigen privaten oder öffentlichen Untersuchungsstellen einschließlich Arztpraxen mit Infektionserregerdiagnostik und Krankenhauslaboratorien. Gemäß § 9 IfSG sind folgende Angaben erforderlich: Angaben zur betroffenen Person, Name, Anschrift und weitere Kontaktdaten des Einsenders und Name, Anschrift und weitere Kontaktdaten des Meldenden.

Teilweise gleichlautende Meldungen müssen sowohl durch den behandelnden Krankenhausarzt oder die behandelnde Krankenhausärztin als auch durch das feststellende Labor erfolgen.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Eine Verschlankung des Meldeprozesses und insbesondere die Streichung gleichlautender Meldungen durch den behandelnden Arzt und das feststellende Labor würden sowohl das Krankenhauspersonal als auch das die Meldungen verarbeitenden Gesundheitsamt entlasten.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

- Verschlankung des Meldeprozesses und Streichung der gleichlautenden Meldungen durch den behandelnden Arzt und das feststellende Labor.

  Alternativ: Solange keine pandemische Lage o. ä. besteht, besteht kein zwingender Bedarf für einen unnötig aufwendigen, hohen Detailierungsgrad fallbezogener Meldungen.

- Wichtig ist ein möglichst aktueller Datenstand, um bei Häufungen von Infektionen schnell reagieren zu können. Dies kann durch Nutzung bereits vorhandener Routinedatenströme (insbesondere Aufnahmediagnosen) aus der elektronischen Datenübermittlung zu Abrechnungszwecken ohne Eingabe-Mehraufwand zur nahezu tagesaktuellen

Inzidenzmeldung in reduziertem Datenkranz umgesetzt werden. Ein mit der Softwareindustrie abgestimmtes Konzept der DKG aus der Pandemiephase hierzu liegt dem BMG zu Corona bereits vor und kann auf andere Infektionserreger erweitert werden. Durch geeignete technische Anpassungen können derartige automatisierte Nachrichtenübermittlungen für ausnahmslos alle stationären Fälle des Krankenhauses angewandt werden.

19) Implantateregister (§ 24 Implantateregistergesetz)

Maßnahmenbeschreibung:

Gemäß § 24 Absatz 1 Nr. 2 IRegG muss der Patientin oder dem Patienten eine schriftliche oder elektronische Kopie der personenbezogenen Daten, die die verantwortliche Gesundheitseinrichtung an die Vertrauensstelle und an die Registerstelle des Implantateregisters übermittelt hat, ausgehändigt werden. Derartige zusätzliche, unaufgefordert herauszugebende Informationen stehen im Widerspruch zu Artikel 15 DS-GVO (Recht auf Auskunft). Nach der DS-GVO muss die datenverarbeitende Stelle nicht von sich aus aktiv werden, sondern es ist ausreichend, dass Patientinnen und Patienten die Unterlagen verlangen. Die Sinnhaftigkeit einer unaufgefordert herauszugebenden (und zudem „doppelten“) Information erschließt sich nicht. Ferner steht eine nicht erfragte Information im Widerspruch zu dem Grundsatz der Datenminimierung gemäß Artikel 5 Absatz 1 c) DS-GVO.

Durch die „doppelte“ Information (Ausdruck und Übergabe bzw. Hinterherschicken von Unterlagen) bei allen Patientinnen und Patienten, die sich implantatbezogenen Maßnahmen unterziehen, entsteht vermeidbarer zusätzlicher Verwaltungsaufwand.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Die Maßnahme würde den durch die „doppelte“ Information entstehenden zusätzlichen Verwaltungsaufwand (Ausdruck und Übergabe/ Schicken von Unterlagen) minimieren.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

Verzicht auf ein weiteres, zusätzliches Einzeldokument, das jeder Patientin bzw. jedem Patienten grundsätzlich und unaufgefordert nach einer implantatbezogenen Maßnahme ausgehändigt werden muss, weil die Information über das Medizinprodukt der Patientin bzw. dem Patienten bereits in allgemeiner Form über die Aushändigung der Information nach Artikel 14 DS-GVO, die die Geschäftsstelle nach § 7 Absatz 4 IRegG erstellt hat, über den Implantatepass und ggf. über den Entlassbrief vorliegt. Zudem stehen derartige zusätzliche, unaufgefordert herauszugebende Informationen im Widerspruch zu Artikel 15 DS-GVO (Recht auf Auskunft) sowie dem Grundsatz der Datenminimierung gemäß Artikel 5 Abs. 1c) DS-GVO.

Änderungsvorschlag: In § 24 Absatz 1 IRegG wird Nr. 2 ersatzlos gestrichen.

20) Implantateregister (§ 25 Implantateregistergesetz)

Maßnahmenbeschreibung:

Gemäß § 25 IRegG muss eine Information über implantatbezogene Maßnahmen an die gesetzliche Krankenkasse, das private Krankenversicherungsunternehmen oder den sonstigen Kostenträger über die Durchführung einer implantatbezogenen Maßnahme erfolgen. Wird direkt mit diesem Kostenträger abgerechnet, so gilt die Informationspflicht nach § 25 IRegG bereits mit der Abrechnung der implantbezogenen Maßnahme als abgegolten. Sofern die Leistung eines bei einer gesetzlichen Krankenkasse, einem privaten Krankenversicherungsunternehmen oder einem sonstigen Kostenträger Versicherten als Selbstzahlerleistung oder mit einer Unfallkasse oder Berufsgenossenschaft abgerechnet wird, muss nach § 25 IRegG der gesetzlichen Krankenkasse, dem privaten Krankenversicherungsunternehmen oder dem sonstigen Kostenträger gemeldet werden, dass eine meldepflichtige implantatbezogene Maßnahme durchgeführt wurde. Dies erfolgt durch Übermittlung der Krankenversichertennummer (KVNR).

Die Meldung nach § 25 IRegG betrifft also Selbstzahler und BG-Fälle mit Versicherung im Inland: Es geht um die Übermittlung der KVNR an diese Versicherungen, damit diese später den Vitalstatus der Patientin bzw. des Patienten an das Register übermitteln können. Da die Meldung nach § 25 IRegG über ein Papierformular erfolgt, ist dies mit hohen Aufwänden für die Krankenhäuser verbunden. Die Situation wird aktuell dadurch erschwert, dass die KVNR für privat versicherte Patientinnen und Patienten freiwillig ist und noch nicht von allen Versicherungsträgern ausgerollt wurde. Aus diesem Grund legen nicht alle PKV-Patienten ihre KVNR vor der Maßnahme vor, auch wenn sie gesetzlich zur Mitwirkung verpflichtet sind.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Da die Meldung nach § 25 IRegG derzeit auf Papier erfolgt, und das Formular entweder per Post oder Fax an die zuständige Krankenkasse geschickt werden muss, entstehen hohe Aufwände.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

Schaffung eines elektronischen Verfahrens zur Umsetzung der Nachweispflicht. Es wäre wünschenswert, wenn die Meldung direkt durch den Patienten oder Träger der gesetzlichen Unfallversicherung erfolgt. Im letzteren Fall ist eine Anpassung der regulativen Rahmenbedingungen erforderlich, da die Unfallversicherungsträger die KVNR derzeit nicht erhalten. → Schaffung eines elektronischen Meldeverfahrens und ggf. Finanzierung der Softwarekosten, wenn dieses nicht kostenfrei genutzt werden kann.

21) Implantateregister-Betriebsverordnung

Maßnahmenbeschreibung:

Sofern Patientinnen und Patienten Auskunft über ihre im IRD gespeicherten Daten verlangen, muss (irgend-)ein Krankenhaus, das an das IRD angeschlossen ist, sämtliche Daten der Patientin bzw. des Patienten, die über sie oder ihn im Register gespeichert und ggf. von anderen Krankenhäusern oder Krankenkassen gemeldet worden sind, der Patientin bzw. dem Patienten zur Verfügung stellen, obwohl der Patientin bzw. dem Patienten diese Informationen bereits vorliegen (gemäß Implantatepass und § 24 IRegG). Dies bedeutet einen enormen Aufwand für die von der Patientin bzw. dem Patienten angefragten Krankenhäuser, da die Übermittlungswege höchst komplex sind und Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erforderlich werden.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Durch die vorgeschlagene Maßnahme wird der Aufwand für die von der Patientin bzw. dem Patienten angefragten Daten auf die Krankenhäuser beschränkt, die die implantatbezogene Maßnahme durchgeführt haben.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

Änderungsvorschlag:

§ 22 Absatz 2 IRegBV wird wie folgt geändert:

„(2) Das Verlangen nach Absatz 1 kann ~~***über jede***~~ ***nur über die*** *Gesundheitseinrichtung, die* ***die*** *implantatbezogene Maßnahme*~~***n in Bezug auf die nach Abschnitt 1 vom Wirkbetrieb umfassten Implantattypen***~~ *durchführt* ***hat****, eingereicht werden.“*

22) Energieaudit

Maßnahmenbeschreibung:

Gemäß § 8 Absatz 3 des Gesetzes über Energiedienstleistungen und andere Energieeffizienzmaßnahmen (EDL-G) sind Unternehmen von der Pflicht, ein Energieaudit durchzuführen, befreit, wenn sie ein Umweltmanagementsystem bzw. Energiemanagementsystem eingerichtet haben oder mit dessen Einrichtung begonnen haben.

Im Gesetz zur Steigerung der Energieeffizienz in Deutschland (Energieeffizienzgesetz – EnEfG) wird die Pflicht zur Durchführung eines Energieaudits nur für einen befristeten Zeitraum (20 Monate) ausgesetzt, wenn während dieser Zeit ein Umweltmanagementsystem (UMS) oder ein Energiemanagementsystem (EMS) eingerichtet wird (§ 8 Absatz 2). Wenn die Errichtung des UMS/ EMS während dieser 20 Monate nicht vollendet sein sollte, muss zusätzlich ein Energieaudit durchgeführt werden.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Die vorgeschlagene Änderung würde die Krankenhäuser, die gerade dabei sind, ein UMS/ EMS einzurichten, entlasten.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

Streichung der 20-monatigen Befristung, während die betroffenen Unternehmen von der Pflicht zum Energieaudit befreit sind, weil sie ein UMS/ EMS einrichten.

Änderungsvorschlag:

§ 8 Absatz 2 EnEfG wird wie folgt geändert:

„(2) Unternehmen, die bis zum Ablauf des 17. November 2023 den Status eines Unternehmens nach Absatz 1 erlangt haben, müssen ein Energie- oder Umweltmanagementsystem bis zum Ablauf des 18. Juli 2025 eingerichtet haben. Unternehmen, die ab dem 18. November 2023 den Status eines Unternehmens nach Absatz 1 erlangen, müssen ein Energie- oder Umweltmanagementsystem spätestens 20 Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem sie diesen Status erlangt haben, eingerichtet haben. Unternehmen im Sinne von Satz 1 und 2 sind bis zum Nachweis der Einrichtung eines Energie- oder Umweltmanagementsystems von der Verpflichtung zur Durchführung von Energieaudits nach § 8 Absatz 1 des Gesetzes über Energiedienstleistungen und andere Effizienzmaßnahmen befreit~~, längstens jedoch bis zum Ablauf der in Satz 1 oder 2 genannten Fristen~~.“

23) Untersuchung auf Legionellen im Trinkwasser

Maßnahmenbeschreibung:

Krankenhäuser sind verpflichtet, das Trinkwasser regelmäßig auf Legionellen zu untersuchen. Wird gemäß § 51 TrinkwV der festgelegte technische Maßnahmenwert erreicht, hat das Krankenhaus Maßnahmen zu ergreifen (bis hin zu baulichen Maßnahmen).

Die im Krankenhaus auftretenden Infektionen sind fast immer durch Legionella pneumophila Serotyp 1 bedingt (in 99 % der Fälle laut RKI-Jahrbuch für 2020, Seite 135-137). Andere Legionellenspezies bereiten demgegenüber nur selten Probleme für die Gesundheit der Patientinnen und Patienten, wie z. B. Legionella anisa.

Insofern sollten aufwendige, zum Teil auch bauliche Sanierungsmaßnahmen erst dann gefordert werden, wenn auch tatsächlich eine Gesundheitsgefährdung der Patientinnen und Patienten durch die vorliegende Legionellenspezies zu befürchten ist, d. h. erst dann, wenn auch tatsächlich der gesundheitsgefährdende Serotyp 1 nachgewiesen worden ist.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Die vorgeschlagene Änderung verhindert die Durchführung aufwändiger Maßnahmen, die – ausgehend vom Ausmaß der Gesundheitsgefährdung – nicht notwendig sind. Dadurch können insbesondere auch Kosten für umfangreiche bauliche Maßnahmen eingespart werden.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

Änderung des § 51 Absatz 1 TrinkwV dahingehend, dass die einzuleitenden Maßnahmen nur dann erforderlich werden, wenn Legionella pneumophila Serotyp 1 nachgewiesen wurde.

Änderungsvorschlag:

§ 51 Absatz 1 TrinkwV wird wie folgt ergänzt:

„(1) Wird in einer Trinkwasserinstallation ***Legionella pneumophila Serotyp 1 nachgewiesen und*** *der in Anlage 3 Teil II festgelegte technische Maßnahmenwert für den Parameter Legionella spec. erreicht, so hat der Betreiber der Wasserversorgungsanlage, in der sich die Trinkwasserinstallation befindet, unverzüglich ...“*

24) DeQS-RL: Finanzierung LAGen durch Länder statt GKV

Maßnahmenbeschreibung:

Derzeit werden die Haushaltskosten der Geschäftsstellen der Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) für Qualitätssicherung gemäß § 22 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen bezahlt. Durch die zukünftig enge Verzahnung von Landeskrankenhausplanung und Qualitätskriterien wäre eine komplette oder auch anteilige Übernahme der Kosten durch das jeweilige Bundesland gerechtfertigt. Inhaltlich wäre hierdurch auch eine engere Verzahnung/ bessere Abstimmung von Anforderungen aus der Landeskrankenhausplanung und Qualitätsvorgaben des G-BA zu erwarten.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Gemäß § 22 Absatz 3 DeQS-RL sind der Haushalt sowie ein jährlicher Geschäftsbericht, welche mindestens eine für die Aufgaben nach § 6 differenzierte Übersicht der entstandenen Kosten umfassen, durch die LAG bis spätestens zum 30. Juni des Folgejahres an den G-BA zu übermitteln und zu veröffentlichen. Das Einsparpotenzial kann somit leicht recherchiert oder beim G-BA erfragt werden. Die Kosten unterscheiden sich landesspezifisch aufgrund des unterschiedlichen Umfangs an Leistungserbringen, die über die DeQS-RL adressiert werden. Die Kosten liegen **zwischen mehreren Zehntausend bis in den Millionenbereich**.

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

Schaffung einer entsprechenden Vorgabe im SGB V, damit der G-BA in Folge eine entsprechende Anpassung der DeQS-RL vornehmen kann.

25) Abschaffung der Digitalisierungsabschlagsvereinbarung

Maßnahmenbeschreibung:

Gemäß § 5 Absatz 3h KHEntgG wird ein Krankenhaus ab dem 1. Januar 2025 mit einem Abschlag in Höhe von bis zu 2 % des Rechnungsbetrags für jeden voll- und teilstationären Fall sanktioniert, wenn es nicht sämtliche in § 19 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 bis 6 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung genannten digitalen Dienste zur Nutzung bereitstellt. Näheres wurde in der zum 1. August 2023 in Kraft getretenen Digitalisierungsabschlagsvereinbarung bestimmt.

Die Abschlagsregelungen sind mit einem erheblichen bürokratischen Aufwand verbunden. Einerseits muss der Umsetzungsstand von ca. 100 Kriterien jährlich pro Krankenhausstandort dokumentiert werden. Andererseits fordern die Krankenkassen in unsachgemäßem Umfang Nachweise, insbesondere Vertragsunterlagen zu unterschiedlichsten digitalen Diensten. Diese müssen aufwändig aufbereitet, übermittelt und von den Verhandlungspartnern geprüft werden. Dem Aufwand steht keinerlei Mehrwert in der Versorgung gegenüber.

Zudem zeigen die Zahlen der Fördermittelbewilligungen und die Ergebnisse des DigitalRadar deutlich, dass die Krankenhäuser der vom Gesetzgeber geförderten und geforderten Digitalisierungsoffensive in den stationären Versorgungsprozessen in vollem Umfang nachkommen. Insofern läuft die Sanktionierung als Anreizsystem ins Leere, erzeugt aber fortlaufend bürokratischen Aufwand auf Seiten der Krankenhäuser und auf Seiten der Krankenkassen, der nicht mehr zu rechtfertigen ist.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Der Abschlag wird standortbezogen berechnet. Erfahrungsgemäß gehen wir davon aus, dass ein jährlicher Aufwand von etwa 10 Personentagen pro Standort bei den Krankenhäusern und den Krankenkassen entsteht.

Bei ca. 2.900 Krankenhausstandorten und durchschnittlichen Personalvollkosten von etwa 380 € pro Tag ergibt sich daraus ein Einsparpotential von **etwa 11 Mio. € pro Jahr.**

Gesetzlicher Anpassungsbedarf:

Ersatzlose Streichung von § 5 Absatz 3h KHEntgG

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Bundesverband der Krankenhausträger
in der Bundesrepublik Deutschland

Wegelystraße 3
10623 Berlin

Tel. (030) 3 98 01-0
Fax (030) 3 98 01-3000
E-Mail dkgmail@dkgev.de

DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(42)
gel. VB zur öffent. Anh. am 22.06.2
19.06.2026

Stellungnahme

Gesetzesentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)

18. Juni 2026

Abteilung Sozialpolitik
Deutscher Gewerkschaftsbund
Bundesvorstand
Keithstr. 1
10787 Berlin

Einleitung & Zusammenfassung

Die finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) stellt Politik und Sozialversicherung vor erhebliche Herausforderungen. Für die kommenden Jahre werden wachsende Finanzierungslücken prognostiziert, die ohne Gegenmaßnahmen zu deutlichen Beitragssatzsteigerungen führen würden. Je nach Entwicklung von Ausgaben und Einnahmen könnten die Zusatzbeitragssätze damit perspektivisch um 0,5 bis über 1 Beitragspunkt steigen, was sowohl Versicherte als auch Arbeitgeber spürbar belasten würde. Vor diesem Hintergrund hat die FinanzKommission Gesundheit insgesamt 66 Maßnahmen zur Stabilisierung der GKV-Finanzen vorgelegt, mit denen nach ihren Berechnungen bis zum Jahr 2030 Einsparungen in erheblicher Größenordnung erzielt werden könnten.

Der vorliegende Regierungsentwurf (RegE) greift einen wesentlichen Teil der Vorschläge der FinanzKommission auf und verfolgt das Ziel, die Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung stärker an der Einnahmenentwicklung auszurichten. Zugleich soll die Versorgung künftig stärker nach Kriterien der evidenzbasierten Medizin und des nachgewiesenen medizinischen Mehrnutzens gesteuert werden. Gegenüber dem Referentenentwurf (RefE) wurden einzelne Maßnahmen verändert, abgeschwächt oder zurückgenommen.

Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften erkennen die Notwendigkeit an, die Finanzierung des Gesundheitswesens langfristig auf eine tragfähige Grundlage zu stellen. Trotz einzelner Korrekturen bleibt die Stoßrichtung des Gesetzentwurfs jedoch unverändert: Die Konsolidierung der GKV-Finanzen soll weiterhin maßgeblich durch Leistungseinschränkungen, höhere Eigenbeteiligungen und die Verlagerung finanzieller Lasten auf Versicherte, ihre Familien sowie Beschäftigte im Gesundheitswesen erreicht werden. Anstatt die strukturellen Ursachen der Finanzierungsprobleme anzugehen, setzt der Entwurf damit weiterhin einseitig auf Einschnitte zulasten der Versicherten.

Auch im Pflegebereich der Krankenhäuser drohen Verschlechterungen: Die Begrenzung der Zuwächse beim Pflegebudget und der Wegfall der vollen Tarifrefinanzierung gefährden Personalgewinnung, Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität in der stationären Versorgung. Der DGB weist die beabsichtigten Änderungen als frontalen Angriff auf die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten im Gesundheitswesen und damit auf die Versorgung der Patient*innen zurück.

Verantwortlich: Markus Hofmann, Leiter Abteilung Sozialpolitik beim DGB Bundesvorstand

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Eine verlässliche Personalbemessung und dadurch eine gute Versorgungsqualität im Krankenhaus wird es ohne ein dynamisches Pflegebudget nicht geben.

Im Rahmen der Diskussion über die Senkung der Verwaltungskosten der GKV werden zudem zunehmend Stimmen laut, die eine deutliche Reduzierung der Anzahl der Krankenkassen fordern. Aus Sicht des DGB ist diese Debatte ein Ablenkungsmanöver, das an den eigentlichen Finanzierungsproblemen vorbeigeht. Die behaupteten Einsparpotenziale sind hypothetisch – das Beispiel Österreich zeigt, dass selbst die Zusammenlegung zu einer einzigen Kasse keine realen Kostenvorteile gebracht hat. Eine solche Zentralisierung würde vor allem die Selbstverwaltung schwächen – ein demokratisches Mitbestimmungsrecht der Versicherten und Arbeitgeber, das für Transparenz, Kontrolle und Nähe zur Versichertengemeinschaft unverzichtbar ist.

Gleichzeitig bleibt der Gesetzentwurf hinter den Möglichkeiten einer solidarischen und nachhaltigen Finanzierungsreform zurück. Der Bund beteiligt sich weiterhin nicht ausreichend an der Finanzierung versicherungsfremder Leistungen und der Gesundheitskosten von Bezieher*innen von Grundsicherung. Statt Fehlfinanzierungen zu beseitigen, werden die Lasten erneut den Beitragszahlenden aufgebürdet. Allein eine vollständige Steuerfinanzierung der Krankenversicherungsbeiträge von Bürgergeldbeziehenden würde die GKV um rund 12 Milliarden Euro jährlich entlasten – ein Betrag, der einen erheblichen Teil der Konsolidierungsziele abdecken könnte, ohne Leistungen zu kürzen oder Versicherte zusätzlich zu belasten. In Verbindung mit weiteren strukturellen Reformen wären sogar Beitragssatzstabilisierungen oder perspektivisch Beitragssatzsenkungen möglich.

Insgesamt entsteht der Eindruck eines Verschiebebahnhofs mit dem Ziel kurzfristig zu akquirierender Mittel auf dem Rücken der Versicherten. Durch die gleichzeitige Inblicknahme von Kurz-, Mittel- und Langfrist-Maßnahmen wären stattdessen sinnvollere und ausgeglichenere Strukturanpassungen, und somit eine Reform aus einem Guss, möglich gewesen. Durch die beabsichtigte Umstellung der medizinischen Versorgung vom Bedarfsprinzip zum Budgetprinzip drohen Versorgungsengpässe und Wartelisten-Medizin. Der DGB fordert, das Gesundheitssystem stattdessen mit Hilfe echter struktureller Lösungen zukunftsfest umzubauen, anstatt bloße Leistungskürzungen vorzunehmen und hat dazu bereits Vorschläge vorgelegt, mit denen bis zu 100 Mrd. Euro im Gesundheitswesen eingespart werden können, ohne Leistungen zu kürzen, die Versorgungsqualität zu gefährden und Arbeitsbedingungen zu verschlechtern.

Zentrale Regelungsinhalte im Einzelnen:

Teilarbeits(un)fähigkeit, Teilkrankengeld (§§ 44c und 44d SGB V-E, sowie § 74 SGB V-E)

Der RegE sieht mit der Teilarbeitsfähigkeit ein Konzept der ärztlich festgestellten teilweisen Arbeitsfähigkeit im Rahmen einer Arbeitsunfähigkeit vor, bei dem eine teilweise Arbeitsaufnahme auf Grundlage einer individuellen

ärztlichen Beurteilung des Leistungsvermögens möglich sein soll. Voraussetzung ist eine ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer nicht nur geringfügigen Erkrankung, deren Dauer voraussichtlich mehr als vier Wochen beträgt. Die Feststellung der Teilarbeitsfähigkeit setzt zudem die Zustimmung sowohl der versicherten Person als auch des Arbeitgebers voraus und beruht auf dem freiwilligen Charakter der Regelung, der das Selbstbestimmungsrecht der Versicherten berücksichtigt. Ärztlich muss dabei nicht eine starre prozentuale Stufe, sondern das verbleibende Leistungsvermögen im Hinblick auf eine reduzierte Arbeitszeit bzw. Teilbelastung bestimmt werden; mit der Feststellung geht zugleich eine Teilarbeitsunfähigkeit einher.

Bewertung

Die Einführung einer Teilarbeitsunfähigkeit bei länger andauernden und schweren Erkrankungen wird vom DGB und seinen Mitgliedsgewerkschaften abgelehnt. Sie würde ein bewährtes, einfaches System unnötig verkomplizieren und zulasten der Beschäftigten verändern. Grundsatz bleibt: „Krank ist krank“ – Betroffene sollen sich vollständig auskurieren, was die Genesung fördert, die Arbeitsfähigkeit langfristig erhält und die sozialen Sicherungssysteme entlastet. Eine frühere Rückkehr an den Arbeitsplatz ist bereits heute möglich, sobald die Arbeitsfähigkeit wieder besteht.

Zudem arbeiten bereits viele Beschäftigte trotz Krankheit: Schätzungen zufolge rund 63 Prozent, laut DGB-Befragung 2021 sogar 48 Prozent mindestens einmal trotz ernsthafter Erkrankung. Präsentismus verzögert die Genesung und begünstigt chronische Verläufe. Pro Beschäftigten entstehen dadurch Kosten von rund 2.394 Euro jährlich – fast doppelt so viel wie durch reine Fehlzeiten. Teilkrankschreibungen würden diese Problematik aus Sicht des DGB eher verschärfen.

Auch rechtlich fügt sich das Modell nicht widerspruchsfrei in die bestehende Systematik ein. Nach der aktuellen Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts (BAG) besteht im Arbeitsrecht eine klare Trennung zwischen Arbeitsfähigkeit und Arbeitsunfähigkeit. Eine teilweise Krankschreibung ist insbesondere in den ersten sechs Wochen der Erkrankung, in denen das Entgeltfortzahlungsgesetz greift, systematisch nicht vorgesehen und wäre über das SGB IV auch nicht regelbar. Die Einführung eines Teilkrankengeldes nach § 44d SGB V-E würde daher neue Abgrenzungsfragen und Rechtsunsicherheiten schaffen, insbesondere im Zusammenspiel von Arbeits- und Sozialrecht. Dazu widerspricht dies ebenso der Systematik des Schuldrechts, denn nach § 266 BGB gibt es kein Recht zur Teilleistung. Berücksichtigt man die Komplikationen mit der gesetzlich normierten Teilleistung in § 8 TzBfG, ist es unrealistisch, ohne flankierende Regelungen von einer verbreiteten und damit auch wirtschaftlich ins Gewicht fallenden Nutzung der Teilarbeitsfähigkeit auszugehen. Unabhängig davon fehlt auch jegliche Definition dieser Rechtsfigur, denn in früheren Beratungen ist intensiv zwischen quantitativer und qualitativer Teilarbeitsfähigkeit unterschieden worden.

Darüber hinaus bestehen erhebliche medizinische Zweifel an der Umsetzbarkeit des Konzepts. Gerade bei schwereren und länger andauernden Erkrankungen ist regelmäßig davon auszugehen, dass keine – auch keine teilweise – Arbeitsfähigkeit besteht. Das Modell setzt damit an einer Stelle an, an der die medizinische Realität häufig keine verlässliche Abstufung der Leistungsfähigkeit zulässt. Zudem ist fraglich, ob die Ärzt*innen überhaupt belastbar beurteilen können, ob und in welchem Umfang eine verbleibende Arbeitsleistung für den Arbeitgeber tatsächlich verwertbar ist.

Auch die praktische Umsetzung des Teilkrankengeldes nach § 44d SGB V-E wirft grundlegende Fragen auf. Die Berechnung und Auszahlung der Leistung erfordern eine monatlich exakte Abstimmung zwischen Arbeitgeber und Krankenkasse. Dieses komplexe Verfahren würde nicht nur zu einem erheblichen bürokratischen Mehraufwand führen, sondern wäre dazu auch noch besonders fehleranfällig. Verzögerungen bei der Datenübermittlung können dazu führen, dass Zahlungen verspätet erfolgen und Versicherte in finanzielle Schwierigkeiten geraten, die im Einzelfall existenzgefährdend sein können. Gleichzeitig ist mit häufigeren Arztkontakten zu rechnen, da Veränderungen im Gesundheitszustand fortlaufend neu bewertet werden müssten; dies führt zwangsläufig zu zusätzlichem organisatorischem Aufwand und somit zu erhöhten Kosten.

Erhebliche Bedenken bestehen zudem im Hinblick auf den Sozialdatenschutz. Die Regelung des § 44d SGB V-E erfordert für die Berechnung der Leistungshöhe nach Absatz 2 einen intensiven Datenaustausch zwischen den beteiligten Akteuren. Dies birgt das Risiko, gegen das Sozialgeheimnis (§ 35 SGB I) sowie gegen die Zweckbindung von Sozialdaten (§ 67c SGB X) zu verstoßen. Insbesondere die notwendige, detaillierte Abstimmung über die verbliebene Arbeitsfähigkeit kann dazu führen, dass Arbeitgeber Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand der Beschäftigten ziehen können, die über die bislang zulässige Mitteilung der Dauer der Arbeitsunfähigkeit nach § 69 Abs. 4 SGB X hinausgehen. Der Schutz besonders sensibler Gesundheitsdaten würde dadurch faktisch deutlich geschwächt werden.

Schließlich bleiben auch haftungsrechtliche Fragen ungeklärt. Es ist nicht ersichtlich, wer die Verantwortung trägt, wenn es infolge einer Fehleinschätzung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands oder zu einem Arbeitsunfall kommt. Diese Unsicherheiten können zusätzliche Risiken für Beschäftigte, Arbeitgeber und die sozialen Sicherungssysteme mit sich bringen.

Die Gemengelage wird darüber hinaus nochmals verschärft, da nach § 74 SGB V-E das bewährte Instrument der stufenweisen Wiedereingliederung nur noch nachrangig zur Teilkrankschreibung stehen. Diese vorgesehene Nachrangigkeit verkennt jedoch den Charakter der stufenweisen Wiedereingliederung als ganzheitliches, etabliertes und bewährtes Instrument, das auf der koordinierten Zusammenarbeit verschiedener Akteure beruht (behandelnde Ärzt*innen, Arbeitgeber*innen, Krankenkassen und Rehabilitationsträger) um eine nachhaltige und erfolgreiche Rückkehr in den Arbeitsprozess zu gewährleisten (vgl. u.a.

Webendörfer/Frey ASUmed 2017, 366 und 2023, 36). Mit der vorgesehenen Nachrangigkeit droht eine Schwächung eines zentralen Bausteins der medizinisch-beruflichen Rehabilitation, ohne dass hierfür ein fachlicher oder praktischer Bedarf erkennbar wäre.

Krankengeld (§§ 47 und 48 SGB V-E)

Der RegE sieht von den meisten im RefE vorgesehenen Eingriffe in die Struktur des Krankengeldes ab. Allerdings bleibt es bei der problematischen Einführung eines Absatzes 2a im § 47 SGB V-E, wonach nach Ende des Beschäftigungsverhältnisses, Krankengeld nur noch in Höhe des Arbeitslosengeldes geleistet werden soll.

Bewertung

Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften begrüßen die Entscheidung, die Höhe des Krankengeldes nicht allgemein zu begrenzen und die Bezugsdauer nicht zu kürzen. Nach § 47 Abs. 2a SGBV-E kommt es allerdings nach „Ende des Beschäftigungsverhältnisses“ zu einer Herabsetzung des Krankengeldes auf Arbeitslosengeldniveau. Diese geplante Kürzung beim Krankengeld stellt eine erhebliche finanzielle Schwächung erkrankter Beschäftigte dar.

Während des Krankengeldbezugs liegen weder eine Beschäftigung noch ein Entgelt vor. Daher kann das Ende der Beschäftigung auch sehr früh im Krankheitsverlauf eintreten. Nach § 7 Abs. 3 Satz 2 SGB IV wird die Beschäftigung bei Anspruch auf Krankengeld sogar sofort unterbrochen (vgl. BeckOGK/Zieglmeier, 15.5.2026, SGB IV § 7 Rn. 361; Knickrehm/Roßbach/Waltermann/Berchtold, 9. Auflage 2025, SGB IV § 7 Rn. 82). Diese Beendigung der Beschäftigung tritt auch bei Fortbestehen eines Arbeitsverhältnisses ein. Dadurch ist die vorgeschlagene Regelung eine systematische Kürzung der Krankengeldhöhe auf ALG-Höhe.

Zwar konnte die Rechtsprechung des BSG das Ende der Beschäftigung etwas differenzierter festlegen (vgl. BSG vom 3.11.2021, B 11 AL 8/20 R, BSGE 133/84 ff. Rn. 19 ff.), aber das Ende der Beschäftigung bleibt ein funktionaler Auslegungsbegriff. Je nach Schutzzweck der Norm kann der Zeitpunkt anders ausfallen kann, sodass das Ende einer Beschäftigung nicht immer rechtsicher festgelegt werden kann. Die Regelung bietet somit erheblichen Streitpotential, welches letztlich von den ohnehin stark ausgelasteten Sozialgerichten ausgetragen werden müsste.

Besonders problematisch ist, dass Krankengeld nach einem vermeintlichen „Beschäftigungsende“ nur noch auf ALG-Niveau gezahlt werden soll, weil dies den Versicherungscharakter der gesetzlichen Krankenversicherung unterläuft: Versicherte verlieren trotz fortbestehender Krankheit ihren einkommensbezogenen Schutz und werden so faktisch wie Arbeitslose behandelt, obwohl sie Beiträge auf Basis ihres tatsächlichen Arbeitsentgelts gezahlt haben und möglicherweise sogar weiterhin in einem Arbeitsverhältnis stehen. Denn dieses

Missverhältnis könnte auch dann eintreten, wenn das Arbeitsverhältnis fortbesteht und die Arbeit nach Krankheitsphase wieder aufgenommen wird. Es widerspricht dem Versicherungsgedanken des SGB V, welches das Krankengeld gerade als Einkommensersatzleistung versteht.

Jedenfalls endete die Beschäftigung mit dem Ende des Arbeitsverhältnisses. Durch die Koppelung der Höhe des Krankengeldes an das Bestehen eines Beschäftigungsverhältnisses liegt die Entscheidung über die tatsächliche Höhe des Krankengeldes faktisch im Ermessen des Arbeitgebers, der das Arbeitsverhältnis beispielsweise durch Kündigung beenden kann. Diese Konstruktion verschiebt das Machtgefüge zulasten der Beschäftigten und erhöht den Druck auf Erkrankte in einer ohnehin vulnerablen Lebenslage deutlich.

Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften fordern daher einstimmig die ersatzlose Streichung des § 47 Abs. 2a SGB V-E.

Darüber hinaus besteht dringender gesetzgeberischer Handlungsbedarf, um eine planwidrige Regelungslücke zu schließen, die durch die aktuelle Rechtsprechung entstanden ist. Nach Entscheidungen des BSG wird das Krankengeld nach Abbruch einer Rehabilitationsmaßnahme nicht auf Basis des ursprünglichen Arbeitsentgelts, sondern auf Grundlage des netto-gedeckelten Übergangsgeldes berechnet. Dies führt dazu, dass Versicherte finanziell schlechter gestellt werden, als wenn sie die Reha gar nicht erst angetreten hätten – ein systemwidriges Risiko, das dem Ziel der wirtschaftlichen Stabilität von Rehabilitanden widerspricht (vgl. BeckOK SozR/Schweitzer; LSG Niedersachsen-Bremen, 2024).

Eine einfache, punktuelle Änderung könnte dieses Problem beheben: Wird in § 47 Abs. 4 Satz 2 SGB V das Wort „gilt“ durch „ist“ ersetzt, entsteht eine zwingende Norm, die Krankenkassen daran hindert, das Leistungsniveau durch Rückgriff auf Netto-Auszahlungsbeträge unter die Beitragsbemessungsgrundlage abzusenken. Damit würde die finanzielle Sicherheit von Versicherten gestärkt und ein Fehlanreiz beseitigt, der Rehabilitationsmaßnahmen unattraktiv macht.

Krankengeld bei Altersteilrente (§ 50 SGB V-E)

Der RegE sieht vor, dass Versicherte künftig keinen Anspruch auf Krankengeld mehr haben, wenn sie eine Altersteilrente beziehen, die mehr als zwei Drittel der Vollrente beträgt. Damit würde der Anspruch auf Krankengeld für diese Gruppe vollständig entfallen.

Bewertung

Diese Regelung führt zu einer erheblichen finanziellen Benachteiligung für Rentnerinnen und Rentner, die über die Regelaltersgrenze hinaus oder im Rahmen einer vorgezogenen Altersrente weiterhin erwerbstätig sind. Während die Bundesregierung öffentlich das Ziel verfolgt, Anreize für einen längeren

Verbleib im Erwerbsleben zu setzen, würde der Wegfall des Krankengeldes dieses Ziel faktisch unterlaufen.

Besonders deutlich werden die Auswirkungen im Krankheitsfall: Bei einer Bruttorente von 1.500 Euro und einem Bruttolohn von 3.000 Euro verfügt eine versicherte Person derzeit über ein Nettoeinkommen von rund 2.977 Euro; im Krankengeldbezug stehen ihr etwa 2.908 Euro netto zur Verfügung. Fällt das Krankengeld künftig weg, sinkt das verfügbare Einkommen auf nur noch 1.219 Euro netto – ein Einbruch von nahezu 60 Prozent.

Aus Sicht des DGB und seiner Mitgliedsgewerkschaften muss daher gewährleistet bleiben, dass bei bestehendem Lohneinkommen der volle Krankengeldanspruch unabhängig von der Höhe einer bereits bezogenen Rente erhalten bleibt. Die soziale Absicherung gegen das Krankheitsrisiko darf nicht davon abhängen, ob eine Person zusätzlich Rentenleistungen bezieht, für die sie über viele Jahre hinweg eigenständige Anwartschaften erworben hat.

Im Übrigen verschlechtert der gleiche Gesetzgeber, der noch unlängst mit großem Getöse die Aktivrente eingeführt hat, um das (Weiter-)Arbeiten im Alter zu fördern, die Rechtsposition und Versorgungssituation von arbeitenden Rentner*innen. Der DGB kritisiert diese Inkonsistenzen scharf.

Beantragung von Rehabilitationsmaßnahmen (§ 51 Abs. 1 SGB V-E)

Der RegE sieht vor, die Frist zur Beantragung medizinischer Rehabilitationsleistungen sowie von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben deutlich zu verkürzen. Statt wie bisher zehn Wochen, sollen Versicherte künftig nur noch vier Wochen Zeit haben, einen entsprechenden Antrag zu stellen. Begründet wird dies damit, dass die bisherige Frist in der Praxis häufig zu erheblichen Verzögerungen bei der Einleitung notwendiger Rehabilitationsmaßnahmen führt. Die frühere Antragstellung soll dazu beitragen, Arbeitsunfähigkeitszeiten zu verkürzen, Krankengeldausgaben zu reduzieren und die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben schneller zu ermöglichen.

Bewertung

Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften lehnen, die im RegE vorgesehene Verkürzung der Antragsfrist von zehn auf vier Wochen, entschieden ab. Diese Fristverkürzung ist vollkommen lebensfremd und verkennt die Lebensrealität erkrankter Menschen, die häufig - zum Beispiel durch andauernde Krankenhausaufenthalte – nicht in der Lage sind, kurzfristig umfangreiche Antragsunterlagen zu bearbeiten. Hinzu kommen deutlich verlängerte Postlaufzeiten, die sich vielerorts auf über eine Woche erstrecken – insbesondere, weil Zustelldienste oftmals nur noch ein- bis zweimal wöchentlich Briefpost zustellen. Die geplante Regelung erhöht damit das Risiko, dass Betroffene Fristen unverschuldet versäumen und notwendige Reha- und Teilhabeleistungen nicht rechtzeitig erhalten. Außerdem wird suggeriert, dass einer Bescheiderteilung unmittelbar eine Reha-Maßnahme folgt. Dies ist jedoch nicht in allen Indikationen

sichergestellt; mithin haben derart verkürzte Fristen für Versicherte einen doppelt negativen Effekt.

Kürzung der befundbezogenen Festzuschüsse für zahnärztliche Leistungen um 50 Prozent (§ 55 SGB V)

Die Regelung sieht vor, dass der feste Anteil Kostenübernahme für Zahnersatz in der Regelversorgung ab 2027 wieder um 50 Prozent auf das Niveau von 2021 abgesenkt wird. Ferner verschlechtert sich die Bonus-Regelung, sodass künftig bei guter Vorsorge nur noch ein Zuschuss von 60 Prozent (fünf Jahre) und 65 Prozent (10 Jahre) erreicht werden kann. In Härtefällen werden die Kosten weiterhin voll übernommen.

Bewertung

Die Regelung wird vom DGB und seinen Mitgliedsgewerkschaften abgelehnt. Der Vorschlag beinhaltet eine klassische Leistungskürzung und bedeutet für die Versicherten künftig erhöhte Eigenanteile. Schon heute können sich viele Menschen eine zeitgemäße Versorgung mit Zahnersatz nicht leisten, weil sie die Eigenanteile oder die Beiträge für eine Zusatzversicherung überfordern, insoweit ist eine weitere Absenkung der Zuschüsse vollkommen inakzeptabel. Das Absenken der Bonus-Regelung setzt zudem weniger Anreize zur Vorsorge und schwächt damit die Prävention.

Erhöhung der Zuzahlungen (§ 61 SGB V-E)

Mit der geplanten Neufassung des § 61 SGB V-E werden die Zuzahlungsbeträge für Versicherte in mehreren Leistungsbereichen wie Arzneimittel, Krankenhausaufenthalte oder Hilfsmittel um rund 50 Prozent angehoben. Begründet wird dies mit der Preis- und Lohnentwicklung, dem Ziel einer stärkeren Eigenverantwortung sowie dem internationalen Vergleich, wonach Deutschland vergleichsweise geringe Eigenbeteiligungen aufweist.

Bewertung

Die Ausweitung von Zuzahlungen lehnen der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften kategorisch ab. Sie führen zu einer spürbaren zusätzlichen finanziellen Belastung der Versicherten und treffen insbesondere Menschen mit niedrigen und mittleren Einkommen überproportional. Eine derart deutliche Erhöhung steht zudem in keinem Verhältnis zur Entwicklung von Löhnen und Renten, die in den vergangenen Jahren nicht annähernd in vergleichbarem Umfang gestiegen sind.

Zwar weist Deutschland im internationalen Vergleich geringere Eigenbeteiligungen auf. Dieser Vergleich greift jedoch zu kurz, da die Finanzierung hierzulande stärker über einkommensabhängige Beiträge erfolgt, die international vergleichsweise hoch sind. Niedrige Zuzahlungen sind somit Ausdruck des Solidarprinzips – und kein Reformdefizit.

Auch die Begründung höherer Eigenbeteiligungen mit einer „Stärkung der Eigenverantwortung“ sehen wir sehr kritisch. Eigenverantwortung darf nicht mit finanzieller Belastung gleichgesetzt werden. Vielmehr droht die Gefahr von Unterversorgungseffekten, wenn notwendige Behandlungen oder die Versorgung mit Medikamenten aus Kostengründen verzögert oder vermieden werden, was im Ergebnis zu deutlich höheren Folgekosten und damit insgesamt zu steigenden Ausgaben im Gesundheitssystem führen würde.

Dynamischer Hersteller-Rabatt für Patent-Arzneimittel & Standortausnahmen (§130a, Abs. 1b & 1c SGB V-E)

In Umsetzung des Grundsatzes einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik soll ab dem Jahr 2027 ergänzend zum allgemeinen Herstellerabschlag nach § 130a Absatz 1 Satz 1 ein dynamischer Herstellerabschlag nach § 130a Absatz 1b (neu) eingeführt werden, dessen Höhe sich nach der Entwicklung der Arzneimittelausgaben und der beitragspflichtigen Einnahmen (BPE) richtet. Der ergänzende Abschlag soll insbesondere hochpreisige patentgeschützte Arzneimittel betreffen. Für jedes Kalenderjahr soll ein “Ausgaben-Soll“ anhand der BPE-Entwicklung definiert und ein etwaiger Differenzbetrag zu den tatsächlichen („Ist“-)Ausgaben ab dem zweiten Halbjahr des Folgejahres durch entsprechende Festlegung der Abschlagshöhe ausgeglichen werden.

Im neuen Absatz 1c wird eine Befreiungsmöglichkeit vom Abschlag nach Absatz 1b für neue Arzneimittel geregelt, für die ein relevanter Anteil der klinischen Forschung in Deutschland stattgefunden hat und deren Wirkstoffproduktion in Deutschland einen relevanten Beitrag zur bedarfsgerechten Versorgung erwarten lässt.

Bewertung

Der DGB spricht sich für eine angemessene Beteiligung der Pharmaindustrie bei den Einsparbemühungen zur Beitragssatzstabilität in der GKV aus. Unter Berücksichtigung der derzeitigen industriepolitischen Rahmenbedingungen ist eine dynamische Erhöhung des Herstellerrabatts jedoch abzulehnen, da sie zu größerer Unsicherheit der Zahlungsflüsse führt. Dies macht die betriebswirtschaftliche Rechenbarkeit nahezu unmöglich und droht deshalb, Innovationen und Investitionen auszubremsen. Die Dynamisierung läuft einer dringend benötigten langfristigen Planungssicherheit bei Investitionen zur Versorgung der Versicherten zuwider. Dies ist umso bedeutsamer, als es bei den aktuellen volatilen geopolitischen Entwicklungen ohnehin zu beträchtlichen Schwankungen kommen kann, die sich auch auf die beitragspflichtigen Einnahmen auswirken können. Bei einer Erhöhung des Herstellerrabatts spricht sich der DGB für eine fixe prozentualen Form aus – keine dynamisierte Form – um einen bestmöglichen Planungshorizont zu gewährleisten.

Wir begrüßen, dass mit dem neu eingeführten Absatz 1c pharmazeutische Unternehmen beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte eine Befreiung vom dynamisierten Abschlag nach Absatz 1b Satz 1 beantragen können.

Das ist ein erstmalig industriepolitischer Ansatz, der in der geopolitischen Lage das richtige Mittel ist. Allerdings ist die Standortkomponente in ihrer jetzigen Form nicht umsetzbar. Denn ein erhöhter fixer Herstellerrabatt muss an eine innovations- und industriepolitisch austarierten Standortfreistellungsklausel gekoppelt werden.

In der aktuellen Befreiung wird nicht zwischen Forschung & Entwicklung und Produktion unterschieden – die Unternehmen müssen beides vorweisen. Mit Blick auf die Branchenstruktur ist eine Unterscheidung jedoch notwendig, da wir am Industriestandort Deutschland viele Unternehmen haben, die lediglich produzieren oder andersherum nur forschen. Die dynamisierte Erhöhung bleibt bestehen, wenn nur eine Komponente vorhanden ist. Damit wird letztendlich der Verbundstandort bestraft.

Der DGB empfiehlt daher, nicht kumulativ („und“) sondern alternativ („oder“) vorzugehen. Eine fixe Erhöhung mit einer durchdachten Staffelung, die das deutsche Verbundsystem aus Forschung & Entwicklung, Produktion und Tarif honoriert, ist die nachhaltigere Alternative. Vor allem für Unternehmen, die alle drei Komponenten erfüllen.

Mit Blick auf Wertschöpfungstiefe und Versorgungssicherheit sollte eine Staffelung bzw. die Möglichkeit des Abschmelzens eingeführt werden – für das gesamte Produktportfolio im Inland (Neu- und Bestandsprodukte) – die Forschung & Entwicklung, Produktion sowie Tarifbindung beinhaltet, bewertet und unterscheidet. Das ist eine umsetzbare Standortkomponente.

Der Faktor klinischen Studien am Standort, der durch die geplante Streichung der Leitplanken wegfällt – was wir kritisieren – ist hier der Startpunkt: Erst wenn eine bestimmte Prozentzahl an klinischen Studien in Deutschland durchgeführt wird, haben Unternehmen die Voraussetzung erreicht, um in den Prozess der Staffelung/ des Abschmelzens einzusteigen.

Sozialpartnerschaft und Tarifbindung sind ein Standortvorteil sowie ein Pfeiler unseres solidarischen Gesundheitssystems – sie stehen für Verlässlichkeit, Flexibilität und nachhaltige Beschäftigung. Sie bieten Sicherheit in geopolitisch unsicheren Zeiten und müssen daher einen entsprechenden Rahmen erhalten.

Indem man den Erhalt und Ausbau von Forschungs-, Tarif- und Produktionsstrukturen im Inland an eine Staffelung / ein Abschmelzen des fixen Herstellerrabatts knüpft, leisten man einen konkreten Beitrag zur deutschen und europäischen Wertschöpfungstiefe und Versorgungssicherheit.

Herstellerabschlag auf patentgeschützte Impfstoffe (§130a, Abs. 2 SGB V)

Bei der geplanten Regelung handelt es sich um die generelle Anwendung eines Herstellerabschlags i. H. v. 7 Prozent analog auch auf Impfstoffe mit Unterlagen- oder Patentschutz. Die Maßnahme muss in Kombination mit der aktuell bestehenden Regelung zur europäischen Preisreferenzierung erfolgen, da die Hersteller die Preise ansonsten im Nachhinein um die Summe des Herstellerabschlags anheben könnten.

Bewertung

Der DGB spricht sich gegen einen neuen pauschalen Abschlag in Höhe von 7 Prozent für Impfstoffe mit Patent- oder Unterlagenschutz aus, da er die Versorgungssicherheit der deutschen Gesellschaft in diesen geopolitisch unsicheren Zeiten gefährden würde. Im Falle einer entsprechenden Anwendung der Regelung sollte diese nur in gestaffelter Form umgesetzt werden.

- Der Preisnachlass reduziert sich um 3 Prozent, wenn das pharmazeutische Unternehmen einen relevanten Anteil an Produktion für das jeweilige Produkt in Deutschland nachweisen kann.
- Der Preisnachlass reduziert sich um 2 Prozent, wenn das pharmazeutische Unternehmen einen relevanten Anteil an Forschung & Entwicklung für das jeweilige Produkt in Deutschland nachweisen kann.
- Der Preisnachlass reduziert sich um 2 Prozent, wenn das pharmazeutische Unternehmen in Forschung, Entwicklung und Produktion ein Gute-Arbeit-Siegel nachweisen kann. Folgende Kriterien sollten miteinfließen: Gute Arbeit, Mitbestimmung, Tarifbindung und Standortsicherheit.

Rabattverträge für therapeutisch gleichwertige Patentarzneimittel (130e SGB V)

In Therapiegebieten, in denen es mehrere vergleichbare patentgeschützte Arzneimittel gibt, sollen Anbieter in einen Preiswettbewerb ohne staatlichen Einfluss treten. Hierzu wird den Krankenkassen ermöglicht, patentierte Arzneimittel zur bevorzugten Verordnung als Grundlage für den Abschluss von Rabattverträgen zu bestimmen. Ärzte werden verpflichtet, die von den Einzelkassen ausgewählten Arzneimittel bevorzugt zu verordnen. Dabei gelten Ausnahmeregelungen für individuelle Entscheidungen (Quoten), die mit der Ärzteschaft regional verhandelt werden können.

Bewertung

Aus gewerkschaftlicher Sicht ist es für den DGB wichtig, dass Wettbewerb zwischen patentgeschützten Arzneimitteln in bestimmen Indikationen nur möglich sein darf, wenn ausreichend medizinisch notwendige Verordnungsalternativen zur Verfügung stehen und somit das Patient*innenwohl nicht gefährdet ist. Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen, deren Wirkungsweise neuartig sind oder die nachweislich eine bedeutende therapeutische Verbesserung erzielen (z. B. auch durch geringere Nebenwirkungen) sollten dabei nicht Teil des

Wettbewerbsansatzes sein. Sollte sich der Ansatz der Rabattverträge bei Clustern oder Festbetragsgruppen durchsetzen, sind mit Blick auf die Versorgungssicherheit Unternehmen zu bevorzugen, die einen relevanten Anteil an Forschung und Entwicklung, an Produktion für das jeweilige Produkt in Deutschland betreiben. Entscheidend sind in diesem Zusammenhang Nachweise über gute Arbeitsbedingungen in allen genannten Bereichen.

Bürokratieentlastung (§130b, Abs. 3 SGB V)

Die mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz eingeführten „Leitplanken" für die Verhandlung von Erstattungsbeträgen sollen abgeschafft werden. Die Regelung sieht seitdem eine Deckelung des Erstattungsbetrags in Abhängigkeit von den Kosten der patent- oder unterlagengeschützten zweckmäßigen Vergleichstherapie bei nicht nachgewiesenem, geringem oder nicht quantifizierbarem Zusatznutzen vor.

Bewertung

Nicht um Einsparungen, sondern um eine Bürokratieentlastung sowie rechtliche Unsicherheiten geht es bei der ebenfalls mit dem Gesetzentwurf avisierten Abschaffung des Kombi-Abschlags. Auch die AMNOG-Leitplanken sollen fallen, da sie nach Einschätzung des BMG nicht den gewünschten Spareffekt gebracht hätten. Der DGB setzt sich für die Beibehaltung der Leitplanken ein und stimmt den partiellen Anpassungen im MFG zu, denn in den letzten Monaten war eine Zunahme der Zahl klinischer Arzneimittelstudien deutlich erkennbar. Wir begrüßen dahingehend den industriepolitischen Ansatz, dass für pharmazeutische Unternehmen, die in Deutschland forschen und entwickeln (u. a. relevanter Anteil klinischer Prüfungen in Deutschland, eine Arzneimittelforschungsabteilung und relevante eigene Projekte und Kooperationen mit öffentlichen Einrichtungen), die Spielräume für die Erstattungsbetragsverhandlungen („Leitplanken") wieder eröffnet werden.

Kombinationsabschlag (§ 130e SGB V (alt) / § 429 SGB V)

Mit dem Kombi-Abschlag erhalten Krankenkassen für alle Arzneimittel, die nach Festlegung des G-BA in Kombination mit anderen Arzneimitteln eingesetzt werden, derzeit einen Abschlag vom pharmazeutischen Unternehmer i. H. v. 20 Prozent. Die Erhebung des Rabatts ist sehr aufwendig, zahlreiche Gerichtsverfahren sind anhängig. Die Abschaffung bedeutet eine starke Bürokratieentlastung für die Unternehmen und die Krankenkassen.

Bewertung

Mit Blick auf die aktuell weiter steigenden Kosten für Kombinationen aus mehreren Wirkstoffen unterstützt der DGB den Kombinationsabschlag in seiner jetzigen Form. Der Abschlag wird nicht fällig, wenn die Kombination im Vergleich zur Monotherapie einen wirklich substanziellen Vorteil bedeutet und von einem

beträchtlichen sowie erheblichen Zusatznutzen auszugehen ist. Somit ist gewährleistet, dass steigende Arzneimittelpreise lediglich bei hohem Zusatznutzen anfallen. Wahre Innovationen erhalten damit ein Preisschild.

Beschränkung der Mitversicherung von Ehegatten (§§ 3, 10 SGB V-E und Einführung von §§ 242b ff. SGB V-E)

Der RegE sieht vor, dass die bislang beitragsfreie Familienversicherung für Ehegatten und Lebenspartner in der GKV ab dem Jahr 2028 teilweise kostenpflichtig wird. Für Mitglieder, über die ein Ehegatte oder Lebenspartner familienversichert ist, wird ein Beitragszuschlag von 2,5 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen eingeführt. Dieser Zuschlag ist allein vom Mitglied zu tragen, von dem die Familienversicherung abgeleitet wird. Ausgenommen von diesem Zuschlag bleiben Ehegatten und Lebenspartner,

- die mit Kindern bis zum vollendeten 7. Lebensjahr zusammenleben,
- die ein Kind mit Behinderung betreuen, das außerstande ist, sich selbst zu unterhalten,
- die Angehörige pflegen, – oder die bereits die Regelaltersgrenze überschritten haben,
- die die Regelaltersgrenze nach den §§ 35 oder 235 SGB VI erreicht haben,
- die im Sinne des § 43 Absatz 2 Satz 2 SGB VI voll erwerbsgemindert sind.

Bewertung

Der RegE hält an der Einführung eines Beitragszuschlags für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner*innen fest und beendet damit das bisherige Prinzip der beitragsfreien Familienmitversicherung. Zwar wurde der im RefE vorgesehene Zuschlag von 3,5 auf 2,5 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen abgesenkt und der Kreis der Ausnahmen um voll erwerbsgeminderte Personen sowie Personen nach Erreichen der Regelaltersgrenze erweitert. An der grundsätzlichen Systemänderung und der damit verbundenen finanziellen Mehrbelastung für Familien ändert dies jedoch nichts. Der DGB lehnt die Einführung des Zuschlags daher weiterhin ab.

Da der Zuschlag allein vom versicherten Mitglied zu tragen ist, führt die Regelung für zahlreiche Familien zu einer spürbaren finanziellen Mehrbelastung. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Voraussetzungen für die vorgesehenen Ausnahmen nicht vorliegen. Die Regelung entwertet familiäre Sorgearbeit und verkennt die tatsächlichen Hürden beim beruflichen (Wieder-)Einstieg, indem Erwerbstätigkeit implizit als jederzeit frei verfügbare Option dargestellt wird. Die Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung stellt jedoch gerade für Personen, die sich noch nicht im Rentenalter befinden, aber über einen längeren Zeitraum nicht erwerbstätig waren, häufig eine erhebliche Herausforderung dar. Längere Erwerbsunterbrechungen gehen vielfach mit

schlechteren Arbeitsmarktchancen einher und erschweren den Zugang zu existenzsichernder Beschäftigung.

Besonders problematisch bleibt, dass Familien mit Kindern nach Wegfall der Ausnahmetatbestände finanziell belastet werden, obwohl Betreuungs- und Erziehungsaufgaben häufig weit über das frühe Kindesalter hinaus erhebliche zeitliche Ressourcen binden. Die vorgesehene Abgrenzung wirkt systematisch inkonsistent, da andere Sozialgesetzbücher – etwa § 57 SGB VI – Kindererziehungszeiten bis zum zehnten Lebensjahr berücksichtigen. Durch die finanzielle Benachteiligung von Familien, in denen ein Elternteil überwiegend unbezahlte Sorgearbeit leistet, werden insbesondere Frauen getroffen, die aufgrund unzureichender Betreuungsinfrastruktur häufig den Großteil dieser Aufgaben übernehmen. Die damit einhergehende vollzeitnahe Erwerbstätigkeit des versicherten Partners ist dann oftmals die einzige Möglichkeit, einen angemessenen Lebensunterhalt für die Familie sicherzustellen.

Auch der vorgesehene Anreiz, den Zuschlag durch die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit zu vermeiden, überzeugt nicht. Vielmehr besteht die Gefahr, dass insbesondere Frauen verstärkt in geringfügige, prekäre oder niedrig entlohnte Beschäftigungsverhältnisse gedrängt werden, ohne ihre langfristige ökonomische Eigenständigkeit nachhaltig zu stärken.

Das Aufweichen der beitragsfreien Familienversicherung birgt zudem die steigende Gefahr, der Privatisierung der GKV durch den EuGH. Dies hat Prof. Dr. Torsten Kingreen mit seinem Gutachten zu „Europarechtliche Implikationen des Entwurfs eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)“, Regensburg 2007, deutlich gemacht.

Unionsrechtswidrige Regelungen für Grenzgänger (§§ 3, 10 und 242b ff., sowie 51 SGB V-E)

Die geplanten nationalen Änderungen im §§ 242b und 51 Abs. 1 Satz 2 SGB V-E betreffen die Versicherte in grenzüberschreitenden Kontexten unmittelbar.

Bewertung

Für Grenzgänger-Familien, bei denen ein Ehegatte im europäischen Ausland erwerbstätig ist, wird der neue Beitragszuschlag faktisch immer fällig sein. Denn die in § 242b Absatz 2 Nummer 1 SGB V-E vorgesehene Ausnahme trifft nur zu, wenn Kinder im Haushalt des Grenzgängers leben. Dies wird bei im Ausland lebenden und erwerbstätigen Ehegatten jedoch sehr selten der Fall sein. Somit stellt die vorgeschlagene Regelung eine indirekte Diskriminierung dar und verstößt gegen Art. 45 AEUV**.** Grenzgänger werden allein aufgrund der Wahrnehmung ihres Rechts auf Freizügigkeit finanziell schlechter gestellt als Inländer. Dies untergräbt das Ziel der Union, die Lebens- und Beschäftigungsbedingungen stetig zu verbessern. Die Regelung wirkt wie eine unzulässige Wohnortklausel, die den Export von Geldleistungen (Krankengeld) rechtswidrig beschränkt

(Art. 7 VO (EG) 883/2004). In ähnliche Sachverhalte hat sich die europäische Kommission auch gegen Deutschland bereits gewendete und das EuGH hat die Rechtswidrigkeit dieser Klauseln bereits bestätigt (zuletzt: EuGH am 16.4.2026, C-642/24, Kommission / Deutschland (Bayerisches Familiengeld)). Es ist somit unverständlich, wie eine solche Regelung vorgeschlagen werden kann.

Darüber hinaus verletzt die Möglichkeit, die Antragsfrist für Versicherte mit gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland durch eine Ermessensentscheidung der Krankenkasse von 10 auf lediglich 4 Wochen zu verkürzen, den unionsrechtlichen Grundsatz der Gleichbehandlung grenzüberschreitender Sachverhalte. Nach Art. 5 VO (EG) 883/2004 sind in einem anderen Mitgliedstaat eingetretene Sachverhalte so zu behandeln, als wären sie im zuständigen Mitgliedstaat eingetreten. Dazu stellt die vorgesehene Fristverkürzung eine unionsrechtswidrige, unverhältnismäßige Erschwerung der Ausübung von Rechten nach der Verordnung dar und verstößt damit gegen Art. 76 VO (EG) 883/2004.

Aus diesen Gründen lehnt der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften die geplanten unionsrechtswidrigen Regelungen ab.

Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 SGB V)

Der RegE übernimmt die bereits im RefE vorgesehene einmalige Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze um monatlich 300 Euro im Jahr 2027. Dadurch wird der Abstand zur Versicherungspflichtgrenze reduziert und die Finanzierungsbasis der gesetzlichen Krankenversicherung verbreitert. Die Maßnahme soll zu zusätzlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds in Höhe von rund 2,4 Milliarden Euro jährlich führen.

Bewertung

Die vorgesehene einmalige Anhebung kann vom DGB und seinen Mitgliedsgewerkschaften nur mitgetragen werden, wenn sie in ein schlüssiges Gesamtkonzept eingebettet ist, das konsequent auf die Einführung einer Bürgerversicherung hinausläuft. Dazu gehört insbesondere, die Beitragsbemessungsgrenze schrittweise und dauerhaft an die der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 159 SGB VI) anzugleichen sowie die Versicherungspflichtgrenze entsprechend anzuheben.

Zugleich muss der versicherte Personenkreis perspektivisch auf die gesamte Bevölkerung ausgeweitet werden. Ergänzend sind auch bislang nicht oder nur unzureichend herangezogene Einkommensarten – insbesondere aus Vermietung, Verpachtung und Kapitalerträgen oberhalb angemessener Freibeträge – in die Finanzierung einzubeziehen.

Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen sowie Beteiligung des Bundes an den Kosten der gesundheitlichen Versorgung von Bezieher*innen von Grundsicherung (§ 221 SGB V; § 232a SGB V)

Der RegE sieht vor, den jährlichen Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds ab dem Jahr 2027 um 2 Milliarden Euro zu reduzieren. Gleichzeitig soll die finanzielle Beteiligung des Bundes an den Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung für Bezieher*innen von Grundsicherung erhöht werden. Hierzu wird die Beitragsbemessungsgrundlage für diesen Personenkreis schrittweise angehoben, indem der Faktor zur Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen auf Basis der monatlichen Bezugsgröße in fünf Stufen erhöht wird.

Durch diese Anpassung steigt das vom Bund finanzierte Beitragsaufkommen für Grundsicherungsbeziehende in den Jahren 2027 und 2028 jeweils um rund 250 Millionen Euro. In den Jahren 2029, 2030 und 2031 erhöht sich die Bundesbeteiligung jeweils um weitere 500 Millionen Euro pro Jahr. Ab dem Jahr 2031 zahlt der Bund dadurch jährlich insgesamt 2 Milliarden Euro mehr für die Krankenversicherung von Grundsicherungsbeziehenden als noch im Jahr 2026.

Bewertung

Aus Sicht des DGB und seiner Mitgliedsgewerkschaften sind die vorgesehenen Änderungen entschieden abzulehnen. Zwar soll die Beteiligung des Bundes an den Kosten der Krankenversicherung von Bezieher*innen von Grundsicherung schrittweise erhöht werden, gleichzeitig wird jedoch der jährliche Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds ab 2027 um 2 Milliarden Euro abgesenkt. Damit entzieht der Bund der gesetzlichen Krankenversicherung erhebliche Finanzmittel, obwohl deren finanzielle Lage bereits angespannt ist und die Beitragszahlenden seit Jahren einen wachsenden Anteil gesamtgesellschaftlicher Aufgaben mitfinanzieren.

Besonders kritisch ist, dass die geplante stärkere Beteiligung des Bundes an den Gesundheitskosten von Grundsicherungsbeziehenden nur in sehr kleinen Schritten erfolgt. Angesichts der tatsächlichen Gesundheitsausgaben für diesen Personenkreis, die auf rund 12 Milliarden Euro jährlich geschätzt werden, bleibt dies weit hinter dem erforderlichen Umfang zurück. Die seit Jahren bestehende Unterfinanzierung wird dadurch nicht behoben, sondern lediglich marginal reduziert.

Gleichzeitig werden die gesetzlichen Krankenkassen durch die Kürzung des Bundeszuschusses zusätzlich belastet. Im Jahr 2027 stehen den zusätzlichen Bundesmitteln von rund 250 Millionen Euro Kürzungen des Zuschusses in Höhe von 2 Milliarden Euro gegenüber. Unter dem Strich werden den Krankenkassen damit weitere 1,75 Milliarden Euro entzogen. Die vorgesehene Regelung verschlechtert die Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung daher zunächst erheblich, anstatt sie zu stabilisieren.

Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften kritisieren zudem, dass der Bund seiner Verantwortung für die Finanzierung der Krankenversicherung von Bezieherinnen und Beziehern von Grundsicherung weiterhin nicht ausreichend nachkommt. Die Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben muss aus

Steuermitteln erfolgen und darf nicht dauerhaft auf die Beitragszahlenden der gesetzlichen Krankenversicherung abgewälzt werden. Dies ist zudem auch verfassungsrechtlich problematisch. Seit Jahren wird darauf hingewiesen, dass die unzureichende Bundesbeteiligung an den Gesundheitskosten von Bürgergeldbeziehenden Zweifel an der Verfassungsmäßigkeit aufwirft. Das Bundesverfassungsgericht hat wiederholt betont, dass das Bürgergeld eine staatliche Fürsorgeleistung und damit eine allgemeine Staatsaufgabe ist – und solche Aufgaben sind vollständig aus Steuermitteln zu finanzieren, nicht aus Beiträgen der Sozialversicherung. Die nun vorgesehene leichte Erhöhung der Bundesmittel erkennt diese Verantwortung zwar an, bleibt jedoch weit hinter dem tatsächlichen Finanzierungsbedarf zurück.

Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften erwarten daher von der Bundesregierung und insbesondere vom Bundesfinanzministerium einen tragfähigen und solidarischen Vorschlag zur Konsolidierung des Bundeshaushalts, der die Sozialversicherungen nicht weiter belastet. Notwendig ist eine auskömmliche Finanzierung versicherungsfremder Leistungen sowie eine deutlich stärkere Beteiligung des Bundes an den Gesundheitskosten von Grundsicherungsbeziehenden, um die Beitragszahlenden zu entlasten und die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung langfristig zu sichern.

Streichen der Tarifrefinanzierung für Krankenhausbeschäftigte (§6 Abs. 3 KHEntgG) und Beschäftigte in weiteren Einrichtungen des Gesundheitswesens

Mit der vorgesehenen Regelung (Streichung S.5) soll die gegenwärtige Grundlage für die vollständige und unterjährige Refinanzierung von Tariferhöhungen für Krankenhausbeschäftigte komplett wegfallen. In der Folge wäre die Tarifrefinanzierung nur noch bis zur Höhe der jährliche ermittelten Veränderungsrate für alle Krankenhausbeschäftigten zulässig. Für Beschäftigte von Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen, Einrichtungen der medizinischen Behandlungspflege sowie Einrichtungen der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung soll künftig die Grundlohnrate die Obergrenze zur Refinanzierung von Tarifsteigerungen bilden.

Bewertung

Der DGB lehnt die vorgesehenen Änderungen, die unmittelbar zulasten der Krankenhausbeschäftigten gehen, entschieden ab. Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) wurde 2024 festgelegt, dass eine vollständige Refinanzierung der Tarifsteigerungen für alle Krankenhausbeschäftigten gilt, um die Rolle der Pflege in der stationären Versorgung im Allgemeinen, und der Unterdeckung der Personalschlüssel im Besonderen, wirksam zu begegnen. Zuvor galt, dass eine vollständige Tarifrefinanzierung nur für das Pflegepersonal im Krankenhaus zustande kommt, während Tariferhöhungen für das nichtpflegerische Krankenhauspersonal nur zu 50 Prozent refinanziert wurden. Mit der beabsichtigten Streichung des S.5 würde dieser vormalige Status quo jedoch nicht wiederhergestellt. In Verbindung mit der in Nr. 25 - § 71 SGB

vorgesehenen Ausgabenbegrenzung durch Orientierung am Veränderungswert, für den die Grundlohnrate zudem in den Jahren 2027 bis 2029 noch um einen Prozentpunkt reduziert werden soll, wird eine Obergrenze in der Refinanzierung festgeschrieben, die es zuvor so nicht gab.

Für Krankenhausbeschäftigte bedeutet dies, dass Tarifsteigerungen von ihren jeweiligen Krankenhäusern künftig an anderer Stelle refinanziert werden müssten. Angesichts einer schwierigen wirtschaftlichen Situation vieler Krankenhäuser und der gegenwärtig durch die Krankenhausreform angestoßenen Transformationsprozesse würde eine Situation erzeugt, in der erforderliche Tariferhöhungen krankenhausseitig durch Maßnahmen wie Querfinanzierungen oder Einsparungen aufgefangen werden müssen. Dabei steht außer Frage, dass Steigerungen der tariflichen Löhne aller Krankenhausbeschäftigten durch gute Tarifabschlüsse zwingend erforderlich sind, um die Attraktivität der Berufsbilder zu steigern, Fachkräfte zu gewinnen und ein hohes Qualitätsniveau in der stationären Versorgung sicherzustellen. In Verbindung mit den berufsgruppenübergreifend hohen Arbeitsbelastungen im Krankenhaus ist die vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen hierzu eine entscheidende Voraussetzung.

Für Beschäftigte von Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen, Einrichtungen der medizinischen Behandlungspflege sowie psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen soll künftig für Tarifsteigerungen nur noch eine Refinanzierung bis zur Grundlohnrate gelten. Damit würde für diese Berufsgruppen sowohl der erst durch das KHVVG 2024 erreichte volle Refinanzierungsstand rückabgewickelt als auch eine im Vergleich noch schlechtere Regelung gegenüber den Refinanzierungsbedingungen von Tarifsteigerungen für Krankenhausbeschäftigte umgesetzt. Trotz unterschiedlicher Finanzierungssysteme der einzelnen Versorgungsebenen lehnen der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften es kategorisch ab, eine erforderliche Aufwertung der Beschäftigungsbedingungen durch Deckelung der Refinanzierung künftig einzuschränken.

Der DGB fordert in diesem Sinne, die geltenden Regelungen des § 6 Abs. 3 S. 5 KHEntgG nicht anzutasten und die vollständige Tarifrefinanzierung beizubehalten.

Änderungen der geltenden Regelungen des Pflegebudgets, (§ 6a KHEntgG)

Mit der Regelung ist vorgesehen, dass künftig keine Refinanzierung aller Pflegepersonalkosten im Krankenhaus mehr ermöglicht wird. Der Anstieg des Pflegebudgets soll stattdessen künftig begrenzt werden, indem ab 2027 das jährlich am jeweiligen Vorjahr als Ausgangsgrundlage zu orientierende Pflegebudget höchstens um den Veränderungswert nach § 9 Abs. 1b S. 2, 3 erhöht werden darf. Eine Überschreitung des Veränderungswertes soll zulässig sein, sofern die die Einhaltung gesetzlicher Vorgaben oder Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) erforderlich macht. Differenzen zwischen tatsächlichen und vereinbarten Pflegepersonalkosten sind durch

Ausgleich von Minderkosten für das jeweilige Folgejahr sowie durch Nichtausgleich von Mehrkosten zu verrechnen. Für Pflegepersonal, das nicht in einem direkten Arbeitsverhältnis mit einem Krankenhaus steht, soll der Teil der Vergütung, der über das tarifvertraglich vereinbarte Arbeitsentgelt für das Pflegepersonal mit direktem Arbeitsverhältnis hinausgeht, nicht im Pflegebudget berücksichtigt werden. Nicht durch das Pflegebudget abgedeckt werden sollen Pflegepersonalkosten für Tätigkeiten, die nicht in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen und in Kreißsälen dienen. Diese können gegenwärtig als pflegeentlastende Maßnahmen pauschal mit 2,5 % des Budgets berücksichtigt werden.

In Verbindung mit der in Nr. 25 - § 71 SGB V vorgesehenen Ausgabenbegrenzung durch Geltung der zu ermittelnden Veränderungsrate, auf die in den Jahren 2027 bis 2029 eine Reduzierung um einen Prozentpunkt erfolgt, ergibt sich für das Pflegebudget ein zusätzlicher Absenkungseffekt unterhalb der Grundlohnrate.

Bewertung

Der DGB lehnt die vorgesehene Begrenzung des Pflegebudgets strikt ab. Mit dieser Maßnahme würden die Beschäftigten in der Krankenhauspflege wieder regelhaft mit flächendeckender personeller Unterbesetzung und daraus resultierender Überlastung konfrontiert, da die Refinanzierung in der Krankenhauspflege erneut an finanziellen Zwängen statt an den Erfordernissen einer bedarfsgerechten Versorgung ausgerichtet wäre. Die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen im Jahr 2020 war ein dringend erforderlicher Schritt, um die Pflegebeschäftigten in Krankenhäusern vor den Auswirkungen kontinuierlicher Zwänge zur Kostenminimierung durch Personalabbau im Rahmen des dysfunktionalen DRG-Systems zu schützen.

Anders in den Ausführungen des RegE (S. 55) suggeriert, kann von einer erfolgreichen und damit abgeschlossenen Stärkung der Pflege anhand des Ist-Zustandes nicht ausgegangen werden. Durch die Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV) wurde zwar ein Rechtsrahmen geschaffen, der eine bedarfsgerechte Personalbemessung anhand der Pflegepersonalbemessungsregelung (PPR 2.0) in der Krankenhauspflege vorsieht. Allerdings ist der Gesetzgeber bisher eine verbindliche und sanktionsbewehrte Umsetzung der PPR 2.0 schuldig geblieben. Damit fehlt allerdings auch die Grundlage, um von einer am Bedarf orientierten Stärkung der Krankenhauspflege zu sprechen. Stattgefundene Personalaufwüchse in der Krankenhauspflege, die durch das Pflegebudget refinanziert wurden, spiegeln vielmehr einen dringend benötigten Personal-Wiederaufbau in der Krankenhauspflege nach Jahren des fortgesetzten Personalabbaus wider. Dafür spricht, dass in Deutschland im Vergleich mit anderen Industrienationen laut OECD noch 2019 deutlich weniger Pflegepersonal in Krankenhäusern als Vollzeitäquivalente pro 1000 Einwohner vorhanden waren.[Diesen Fortschritten nun durch Einführung einer Begrenzung des Pflegebudgets wieder den Boden zu entziehen, würde darüber hinaus bedeuten, dass neben einer Abwertung der Krankenhauspflege auch all jenen Berufsbildern in

Krankenhäusern, die bisher nicht durch das Pflegebudget refinanziert werden und somit beständig dem Druck des DRG-Systems zu Kostenminimierung und Personalabbau ausgesetzt sind, die dringend erforderliche Perspektive einer Ausgliederung aus dem Fallpauschalensystem genommen wird.

Mit der im RegE in Nr. 25 - § 71 SGB V vorgesehenen Koppelung der Ausgaben an die Einnahmen der GKV würde das Pflegebudget zunächst nicht auf dem Niveau der GKV-Einnahmen gedeckelt. Durch die für die Jahre 2027 bis 2029 vorgesehene zusätzliche Reduzierung der Veränderungsrate um einen Prozentpunkt würde effektiv eine engere Begrenzung des Pflegebudgets vorgenommen, als es die reine Einnahmesituation der GKV vorgibt. Die Auswirkung dieser künstlich verstärkten Pflegebudgetabsenkung würden mit besonderem Gewicht zulasten des Pflegepersonals gehen. Sie wird insofern entschieden abgelehnt.

Der DGB fordert angesichts der drohenden Schlechterstellung der geltenden Refinanzierungsregeln in der Krankenhauspflege, das Pflegebudget in seiner jetzigen Regelung nicht anzutasten. Eine Begrenzung des Pflegebudgets durch den Veränderungswert entzieht dem Erfordernis einer Refinanzierung des Pflegepersonals bis hin zur Erfüllung einer bedarfsgerechten Personalbemessung die Grundlage, entwertet dadurch errungene Verbesserungen in den Arbeitsbedingungen der Krankenhauspflege und gefährdet die stationäre Versorgungsqualität durch Rückverlagerung des Kostensenkungsdrucks auf die Personalkosten im Pflegebereich. Analog zum Pflegebudget ist sukzessive die Ausgliederung der Personalkosten für alle nichtpflegerischen Berufsgruppen und Tätigkeitsbilder im Krankenhausbereich und deren kostendeckende Refinanzierung gesetzlich umzusetzen, um den bestehenden Druck zu Kostensenkungen und Personalabbau in diese Berufe zu beseitigen und die Qualität in der stationären Versorgung zu verbessern.

Der DGB lehnt die Streichung pflegeentlastender Maßnahmen in ihrer jetzigen Form ab. Mit der Pauschalierung und Reduzierung dieses Instrumentes von 4,5 auf 2,5 Prozent durch das Krankenhauspflegeentlastungsgesetz wurden bereits Einsparmaßnahmen realisiert.

Einnahmen erhöhen - ohne Mehrbelastung für Beschäftigte

Der DGB hat tragfähige Lösungen für die Stabilisierung der Finanzierung des Gesundheitswesens entwickelt, die sowohl die GKV als auch den gesellschaftlichen Zusammenhalt stärken. Es geht um Gerechtigkeit, Solidarität und die Stärkung des Sozialstaats als Fundament unserer Demokratie.
Die Beschäftigten haben in den vergangenen Jahren bereits überproportional zur Finanzierung des Gesundheitswesens beigetragen. Die Schmerzgrenze ist längst erreicht: In Zeiten hoher Inflation und steigender Lebenshaltungskosten darf es nicht sein, dass die arbeitenden Menschen am Monatsende noch weniger Geld zur Verfügung haben, der Bund und große private Vermögen aber bei der Finanzierung außen vor bleiben. Dabei gibt es deutlich sinnvollere und gerechtere, Lösungen als die Versicherten zu belasten.

Der Bund muss selbst bezahlen, was er bestellt – und zwar vollständig.

Für die Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben bedient sich der Bund an den Geldern der Versicherten – in Milliardenhöhe. Allein bei den Versicherungsbeiträgen für Grundsicherungsbeziehende gewährt er sich selbst einen Rabatt von rund 60 Prozent. Das kostet die Versicherten jährlich etwa zwölf Milliarden Euro – ein klarer Bruch mit dem Grundprinzip, dass Sozialbeiträge ausschließlich für Versicherungsleistungen bestimmt sind. Insgesamt belaufen sich die Kosten für gesamtgesellschaftliche Aufgaben, die aus Beitragsmitteln finanziert werden, auf nahezu 58 Milliarden Euro pro Jahr. Hieran beteiligt sich der Bund jährlich mit 14,5 Mrd. Euro. Das ist vollkommen unzureichend – zumal der Betrag auch seit 2016 nicht an die Teuerungsrate angepasst wurde. Darum braucht es dringend eine deutliche Erhöhung und Dynamisierung des Bundeszuschusses für gesamtgesellschaftliche Leistungen.

Die Bundesländer müssen ihre Krankenhausinvestitionen selbst tragen.

Laut Grundgesetz und Krankenhausfinanzierungsgesetz sind die Bundesländer dazu verpflichtet, alle Investitionen der Krankenhäuser in ihrem Land zu finanzieren. Dazu gehören zum Beispiel Investitionen in Gebäude, Medizintechnik, Digitalisierung und Klimaschutz. Die Betriebskosten dagegen, die durch die Behandlung der Patienten entstehen, müssen von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden. Allerdings haben die Länder seit 30 Jahren nicht genug in ihre Krankenhäuser investiert. Dadurch hat sich ein massiver Investitionsstau aufgebaut, der dazu führt, dass nur knapp 50 Prozent des jährlichen Investitionsbedarfs finanziert wird. Vielfach wurden Mittel der GKV zur Überbrückung herangezogen. Die Bundesländer müssen endlich die Investitionen in die deutschen Krankenhäuser vollständig tragen!

Jetzt schon Weichen für die Bürgerversicherung stellen.

Die beste Absicherung erreicht man im größtmöglichen Kollektiv. Langfristig braucht Deutschland daher ein solidarisches und gerechtes System der Krankenversicherung in Form einer Bürgerversicherung, in die alle einzahlen. Auf dem Weg dorthin können bereits jetzt erste Schritte erfolgen:

- Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung,
- deutliche Anhebung der Versicherungspflichtgrenze,
- Heranziehen von großen Vermögen und deren Erträgen über Vermögens- Kapitalertrags- und Erbschaftssteuern zur Co-Finanzierung sowie
- Erleichterung der pauschalen Beihilfe und GKV-Mitgliedschaft für Beamtinnen und Beamte.

So kann man heute schon die Weichen dafür stellen, dass das Gesundheitssystem von morgen breiter, gerechter und vor allem tragfähiger finanziert ist.

Effizient wirtschaften – ohne an den Leistungen zu sparen

Dass die GKV Kosten senken muss, steht außer Frage – die Antworten der Bundesregierung dazu sind jedoch inakzeptabel, weil sie Ungleichheiten verschärfen und das Solidarprinzip aushöhlen. Der Zugang zu ärztlicher und therapeutischer Unterstützung muss sich allein am medizinischen Bedarf orientieren – nicht am Geldbeutel. Die vollständige Absicherung bleibt für den DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften eine zentrale Frage von Gerechtigkeit und sozialem Zusammenhalt. Darum hat der DGB-Vorschläge erarbeitet, die die Ausgaben senken, ohne die Qualität der Versorgung zu gefährden.

- **Arzneimittelbepreisung reformieren.**

  Die Arzneimittelausgaben sind in den letzten Jahren stark angestiegen: 2023 lagen sie mit 54 Milliarden Euro rund 74 Prozent höher als zehn Jahre zuvor – das BIP wuchs im selben Zeitraum nur um 40 Prozent. Die Mechanismen zur Arzneimittelpreisbildung wirken nicht mehr ausreichend – mit Blick auf die stetige Weiterentwicklung innovativer Arzneimittel und die sichere Versorgung mit Generikaprodukten. Es braucht eine Reform der Arzneimittelbepreisung, die Investitionen in Forschung – und damit Arbeitsplätze in Deutschland – sowie echten Zusatznutzen für Patientinnen und Patienten honoriert, aber die Kostenentwicklung dämpft.

  Das AMNOG (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz) war von vornherein als „lernendes System“ angelegt. Im Grundsatz hat es sich bewährt und zu Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen geführt. Eine Weiterentwicklung ist jedoch unabdingbar. Insbesondere die Nutzenbewertung muss hier für alle Arzneimittel systematisch aktualisiert werden.

  Zudem müssen wir auch vermehrt den Fokus auf Generika legen, denn sie stellen rund 80 Prozent der Arzneimittel dar und verursachen für die Krankenkassen nur knapp 7 Prozent der Arzneimittelausgaben. Durch die bisherige Devise „der Günstigste erhält den Zuschlag der Kassen“ haben wir mittlerweile ein ernstzunehmendes Versorgungsproblem mit Generikaprodukten.
  Soziale, ökologische und industriepolitische Kriterien sind neben dem AMNOG-System auch bei der zukünftige Preis- und Erstattungsgestaltung für Festbeträge, Rabattverträge und Ausschreibungen der Schlüssel. Pharmazeutische Produkte, die in Deutschland/ Standorten der europäischen Union unter dem Siegel Gute Arbeit erforscht, entwickelt sowie produziert werden und damit ein Pfeiler für die Versorgungssicherheit sind, müssen mit faireren Bedingungen bei der Preis- und Erstattungsgestaltung versehen werden.
  Besonders für Generikaprodukte ist dieser Ansatz entscheidend. Wir müssen zeigen, dass wir aus der Corona-Pandemie gelernt haben und uns auf geopolitisch unsichere Zeiten vorbereiten. Das ist ein industriepolitischer Ansatz und ein erster Schritt zu mehr Versorgungssicherheit.

- **Mehrwertsteuer auf Arzneimittel auf 7 Prozent senken.**

  Die Mehrwertsteuer auf Arzneimittel beträgt in Deutschland 19 Prozent – wie bei Luxusgütern. Auf Waren des täglichen Bedarfs werden dagegen nur 7 Prozent erhoben. In fast allen anderen EU-Staaten gilt für Gesundheitsgüter der niedrigere Satz. Der DGB fordert daher, die Mehrwertsteuer auf Arzneimittel auf 7 Prozent zu senken – und Hersteller, Großhandel und Apotheken zu verpflichten, die Ersparnis an die GKV und die Versicherten weiterzugeben.

- **Ärztliche Leistungen nach Qualität vergüten – nicht nach Quantität.**

  Deutschland leistet sich eines der teuersten Gesundheitssysteme der Welt – mit dem drittgrößten Budget im OECD-Vergleich. Doch die Ergebnisse sind ernüchternd: Die Lebenserwartung liegt unter dem OECD-Durchschnitt, wir haben eine hohe Mortalität und mäßige Versorgungsqualität. Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) haben den gesetzlichen Auftrag, die flächendeckende ambulante Versorgung sicherzustellen. Dennoch fehlen in ländlichen Regionen Haus- und Fachärzte, während in Ballungsräumen Überversorgung herrscht. Die KVen reagieren oft zu langsam oder blockieren Reformen, die ihre Macht beschneiden könnten.

  Ärztliche Leistungen in Deutschland sind sehr teuer, weil das Honorarsystem auf Mengenanreizen basiert, ohne echte Qualitätssteuerung: Ärzte werden nach Fallzahlen bezahlt, nicht nach Behandlungsergebnissen. Mehr Geld in dieses System zu pumpen, ohne die Strukturen zu verändern, führt nicht zu besserer Versorgung, sondern nur zu höheren Kosten. Es braucht daher dringend überprüfbare Qualitätskriterien, deren Einhaltung Voraussetzung für die ärztliche Vergütung ist.

  Die KVen müssen zudem ihrer Verantwortung gerecht werden und für eine vernünftige, funktionierende Steuerung sorgten, die sich am Bedarf der Menschen orientiert – nicht an den Besitzständen. Nur so schaffen und sichern wir eine qualitativ hochwertige, flächendeckende und solidarische Versorgung, die ihr Geld wert ist.

- **Versorgung an Patienten orientieren statt an überkommenen Systemlogiken.**

  Ambulante und stationäre Bereiche haben getrennte Strukturen, Zuständigkeiten und Budgets: Für die ambulante Versorgung sind die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zuständig, für die stationäre die Länder und die Krankenkassen. Niedergelassene Ärzte werden über die KVen nach EBM-Punkten bezahlt. Das Geld stammt aus einem getrennten ambulanten Gesamtbudget. Krankenhäuser wiederum rechnen direkt mit den Krankenkassen über Fallpauschalen (DRGs) ab. Die Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung führt zu Doppelstrukturen, Ineffizienzen und unnötigen Kosten.

Was es stattdessen braucht, ist eine integrierte, patientenorientierte Versorgung, die sich am tatsächlichen medizinischen Bedarf orientiert – nicht an Abrechnungslogiken. Ambulante und stationäre Angebote müssen regional gemeinsam geplant und finanziert werden. So lassen sich unnötige Krankenhausaufenthalte vermeiden und Behandlungsverläufe im Sinne von Disease-Management-Programmen besser koordinieren. Das verbessert nicht nur die Versorgung, sondern auch die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten: Einheitliche Strukturen und engere Kooperationen können den Fachkräftemangel abfedern und die Attraktivität der Gesundheitsberufe steigern.

- **Non-Profit-Prinzip durchsetzen: Rendite-Abflüsse stoppen**

  Private-Equity-Gesellschaften und Investoren kaufen derzeit fortlaufend Arztpraxen, Medizinische Versorgungszentren, Krankenhäuser und Apotheken auf. Aktuelle Studien zeigen: Diese Praxen rechnen 10 Prozent mehr Leistungen pro Patienten ab als Praxen, die nicht von privatwirtschaftlichen Investoren betrieben werden. Der Nutzen für die Patienten ist nicht erkennbar. Diese offenkundig allein auf Rendite ausgerichteten Geschäftsmodelle treiben die Kosten im Gesundheitswesen hoch, ohne dass es den Versicherten auch nur ein Stück besser geht. Wenn Gesundheitseinrichtungen dagegen gemeinwohlorientiert arbeiten – etwa unter Trägerschaft von öffentlicher Hand, Sozialversicherungen oder gemeinnützigen Organisationen – bleibt dieses Geld im System. Der DGB geht von einem mittleren zweistelligen Milliardenbetrag aus, um den die Ausgabenseite hier jährlich verringert werden könnte.

- **Digitalisierung und Bürokratieabbau**

  Die Digitalisierung im Gesundheitswesen bietet erhebliche Effizienz- und Einsparpotenziale. Elektronische Patientenakten (ePA), automatisierte Prozesse und die Vermeidung von Mehrfachuntersuchungen können Abläufe beschleunigen und Kosten senken. Nach Berechnungen von Deloitte (2025) könnten so jährlich Einsparungen in Höhe von 8 bis 13 Mrd. Euro realisiert werden – vorausgesetzt, die notwendigen Investitionen werden konsequent umgesetzt und digitale Anwendungen flächendeckend genutzt.

  Die zentralen Effizienzhebel sind:

  - **Automatisierte Abrechnungsprozesse**, die Fehlerquoten senken und den Prüfaufwand reduzieren.
  - **Die ePA**, die durch bessere Verfügbarkeit relevanter Gesundheitsdaten Doppeluntersuchungen vermeidet und Behandlungsprozesse koordiniert.
  - **Digitale Versorgungsformate wie Videosprechstunden**, die – bei gezieltem Einsatz anstelle physischer Termine – Wege- und Wartezeiten reduzieren und Ressourcen effizienter nutzen.

Damit diese Potenziale tatsächlich gehoben werden, braucht es verbindliche Rahmenbedingungen:

- Einen verpflichtenden Einsatz der ePA für alle Leistungserbringer*innen mit klaren Fristen und wirksamen Durchsetzungsmechanismen.
- Gezielte Investitionen in die Telematikinfrastruktur als Grundlage für eine sektorenübergreifende Echtzeit-Vernetzung.

Nur wenn Effizienzpotenziale und verbindliche Umsetzung zusammengedacht werden, können die erwarteten Einsparungen in der Praxis realisiert werden.

- **Vermeidung von Behandlungsfehlern und konsequente Prävention**

  Neben Digitalisierung bestehen erhebliche zusätzliche Einsparpotenziale durch Qualitätsverbesserungen, Prävention und Patientensicherheit. Diese betreffen insbesondere die Vermeidung vermeidbarer Schäden und die Stärkung präventiver Strukturen im Versorgungssystem.

  - **Vermeidung von Behandlungsfehlern**: Hier schlummern Einsparpotenziale von 10–15 Mrd. € jährlich durch eine verbesserte Patientensicherheit und reduzierte Fehlbehandlungen.
  - **Bekämpfung von Krankenhausinfektionen**: Geschätzt rund 3,5 Mrd. € jährlich lassen sich durch konsequente Hygienestandards und Infektionsprävention im stationären Bereich einsparen.
  - **Stärkung von Krisenprävention und Früherkennung**: 2–4 Mrd. € jährliche Einsparungen lassen sich durch frühzeitige Interventionen und eine präventiv ausgerichtete Versorgung umsetzen.

  Insgesamt ergeben sich daraus zusätzliche strukturelle Einsparpotenziale von 22,5–30,5 Mrd. € jährlich, die durch systematische Qualitäts- und Präventionsstrategien gehoben werden können ohne Versicherte zu belasten.

Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen (Drucksache 21/5753)

Entlastung statt Belastung für Beitragszahlende und Betriebe – Krankenkassenbeiträge jetzt senken

Der Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen setzt wichtige Akzente zur Stabilisierung der Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Positiv hervorzuheben ist insbesondere die stärkere Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen sowie die Rücknahme der geplanten Kürzung des Bundeszuschusses. Damit werden zentrale Forderungen nach einer stärkeren Beteiligung des Staates an gesamtgesellschaftlichen Aufgaben aufgegriffen.

Gleichzeitig verweist der Antrag auf die Empfehlungen der FinanzKommission Gesundheit, deren Gesamtpaket eine deutliche Ausgaben- und Struktursteuerung im Gesundheitssystem vorsieht. Diese Logik eröffnet einen Reformrahmen, der auch Maßnahmen umfasst, die zu höheren Eigenbeteiligungen, indirekten Leistungsbegrenzungen oder Belastungen der Versicherten führen können. Eine solche Ausrichtung ist aus Sicht des DGB und seiner Mitgliedsgewerkschaften klar kritisch zu bewerten, da sie die solidarische Grundstruktur der GKV unter Druck setzt.

Der DGB betont daher: Eine nachhaltige Stabilisierung der GKV-Finanzen darf nicht über Leistungskürzungen, höhere Eigenbeteiligungen oder Verschlechterungen für Beschäftigte und Versicherte erfolgen. Entscheidend ist vielmehr eine strukturell tragfähige und solidarisch finanzierte Weiterentwicklung der GKV, die die Einnahmeseite stärkt und gesamtgesellschaftliche Aufgaben konsequent aus Steuermitteln finanziert.

Antrag der Fraktion DIE LINKE (Drucksache 21/5487)

Krankenversicherte entlasten, nicht belasten

Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften unterstützen ausdrücklich das Ziel, die gesetzliche Krankenversicherung so weiterzuentwickeln, dass Versicherte nicht zusätzlich belastet werden. Leistungen wie Krankengeld, beitragsfreie Mitversicherung, Zuzahlungsregelungen oder der Zahnersatz dürfen nicht weiter eingeschränkt werden. Gerade Menschen mit niedrigen und mittleren Einkommen brauchen Entlastung und Verlässlichkeit, nicht neue Hürden oder finanzielle Risiken. Ebenso unterstützen wir das Anliegen, keine Kürzungen bei Leistungserbringenden vorzunehmen, wenn dadurch die Qualität der Versorgung für Patient*innen beeinträchtigt würde. Eine stabile, gut ausgestattete Versorgung ist ein zentraler Bestandteil solidarischer Gesundheitsstrukturen.

Auch das Ziel, die Finanzierungsbasis der gesetzlichen Krankenversicherung gerechter zu gestalten und hohe Einkommen stärker in die solidarische Finanzierung einzubeziehen, teilen wir. Allerdings sprechen wir uns nicht für eine pauschale Anhebung der Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze auf 15.000 Euro aus. Der DGB setzt sich stattdessen dafür ein, die Grenzen

schrittweise und dauerhaft an die der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 159 SGB VI) anzugleichen und die Versicherungspflichtgrenze entsprechend zu erhöhen. Eine solche Angleichung schafft ein konsistentes, gerechtes und praktikables System, das die solidarische Finanzierung stärkt.

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(43)
gel. VB zur öffent. Anh. am 22.06.2
19.06.2026

Stellungnahme des IKK e.V.

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)

vom 18.06.2026

IKK e.V.
Hegelplatz 1
10117 Berlin
030/202491-0
info@ikkev.de

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Inhalt

Grundsätzliche Anmerkungen ... 4

Kommentierung ... 12

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) ... **12**

§ 4a SGB V (Wettbewerb der Krankenkassen) ... 12

§ 27b SGB V (Zweitmeinung) ... 14

§ 31 Absatz 1a SGB V (Arznei- und Verbandmittel, Verordnungsermächtigung) ... 15

§ 36 SGB V (Festbeträge für Hilfsmittel) ... 17

§ 44 Absatz 4 SGB V (Krankengeld) ... 18

§ 44c und § 44d SGB V (Teilarbeitsunfähigkeit und Teilkrankengeld) ... 20

§ 87 Absatz 1 Satz 13 und 14 SGB V (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte) ... 22

§ 87 Absatz 1 Satz 25 und 26 SGB V (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte) ... 22

§ 125 Absatz 3 SGB V (Verträge zur Heilmittelversorgung) ... 23

§ 127 SGB V (Hilfsmittelverträge) ... 24

§ 130a Absatz 1b SGB V (Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer) ... 26

§ 130a Absatz 2 SGB V (Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer) ... 29

§ 130a Absatz 3e SGB V (Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer) ... 30

§ 130e (alt) und § 429 (neu) SGB V (Abschaffung des Kombinationsabschlags) ... 31

§ 130e (neu) SGB V (Rabattverträge für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung) ... 32

§ 275c Absatz 2 SGB V (Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst) ... 35

Z**u Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) Nr. 3 Buchstabe a) u. b)** ... 37

§ 6a Absatz 2 und Absatz 2a (neu) KHEntgG (Vereinbarung eines Pflegebudgets) ... 37

§ 9 Absatz 1 Nr. 3 KHEntgG (Vereinbarung auf Bundesebene) ... 40

§ 17b Absatz 2a (neu) KHEntgG (Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser) ... 41

Zu Artikel 5 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung) ... **42**

§ 3 Absatz 3 Satz 8 bis 10 BPflV (Vereinbarung eines Gesamtbetrags) ... 42

§ 4 BPflV (Leistungsbezogener Vergleich) 43

Ergänzender Änderungsbedarf 44

Z**u Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)** 44

§ 87 Absatz 2a SGB V (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte) 44

§ 87 Absatz 2a SGB V (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte) 45

§§ 137c, 137e Absatz 1 SGB V, § 6 Absatz 2 KHEntgG (Umgang mit NUBs im Krankenhaus) 46

§ 275c Absatz 6 Nr. 3 SGB V (Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst) 47

Zu Artikel 4 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) 48

§ 37 KHG (Aufgaben des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Zusammenhang mit der Ermittlung der Vergütung eines Vorhaltebudgets) 48

§ 39 KHG (Förderbeträge für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin) 50

Grundsätzliche Anmerkungen

Der vorgelegte Gesetzentwurf für ein GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (GKV-BStabG) zielt darauf ab, die dringend notwendige Stabilisierung der GKV-Finanzen sicherzustellen. Er soll damit die „Notbremse“ sein, um die Beitragssätze nicht weiter steigen zu lassen sowie Raum und Zeit für die weiterhin erforderlichen Strukturreformen gerade im sektorenübergreifenden Raum zu gewinnen.

I. Ursprünglich zielführende Grundausrichtung

Die FinanzKommission Gesundheit (FKG) hat mit ihren Empfehlungen eine argumentativ überzeugende „Blaupause“ für den Entwurf vorgelegt. Dabei hat sie insbesondere auf ein gerechtes Austarieren der Belastungen Wert gelegt sowie ihre Arbeit in einen verfassungsrechtlichen Rahmen eingebettet, der sowohl staatliche Schutzpflichten markiert als auch ethische Orientierung für den Umgang mit Zielkonflikten unter Bedingungen begrenzter Ressourcen bietet.

Dass von den 66 Empfehlungen eine Mehrheit im Gesetzentwurf übernommen worden ist, ist insofern positiv und wird seitens der Innungskrankenkassen ausdrücklich begrüßt. Zielführend ist vor allem das ausdrückliche Bekenntnis zur Rückkehr zu der seit langem geforderten einnahmenorientierten Ausgabenpolitik, um dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität wieder Gewicht zu geben.

Wichtig ist auch an dieser Stelle festzuhalten, dass die die medizinische Versorgung betreffenden Maßnahmen nicht zu einer schlechteren, sondern gemäß Analyse der FKG in wesentlichen Punkten sogar zu einer besseren Versorgung führen können.

II. Verschiebung hin zu einer ernsthaften Schieflage

Keinesfalls zielführend ist dagegen die auf den letzten Metern auf Druck des Bundesfinanzministeriums erfolgte Reduzierung der Bundesbeteiligung für die versicherungsfremden Leistungen nach § 221 SGB V. Die seit Jahren bestehende systematische Unterfinanzierung begegnet überdies – wie die Innungskrankenkassen bereits bei ihrer Pressekonferenz 2024 dargelegt haben – erheblichen verfassungsrechtlichen Bedenken, da Sozialversicherungsbeiträge streng zweckgebunden sind. Durch die geplante Kürzung der Bundesbeteiligung in Höhe von zwei Milliarden Euro muss künftig ein höherer Anteil der Beitragsgelder für versicherungsfremde, also im Kern staatliche Leistungen aufgewendet werden.

Zudem hat der Gesetzgeber wider besseren Wissens die von der FKG empfohlene auskömmliche Finanzierung der Beiträge von Bürgergeldbeziehenden in der GKV nicht übernommen; stattdessen soll lediglich mit einer keinesfalls ausreichenden Beteiligung an den Kosten in Höhe von 250 Millionen Euro gestartet werden.

Diese beiden gesetzlichen Vorhaben – bei denen sich der Staat einmal mehr auf Kosten der Beitragszahlenden, also der Versicherten und Arbeitgeber, entlastet – sind Hauptursache dafür, dass das ursprünglich ausgewogene Konzept der FKG mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf in eine ernsthafte Schieflage geraten ist. Die von der FKG ursprünglich vorgegebene Beteiligung des Bundes an der Sanierung der GKV-Finanzen mit einem Anteil von 29,6 Prozent hat sich damit **in ein Minus in Höhe von 11 Prozent verkehrt**.

III. Fehlende Übernahme von FKG-Empfehlungen mit Hinweis auf das dadurch fehlende Einsparvolumen

Negativ sind aber auch die gravierenden Abstriche hinsichtlich der weiteren nicht übernommenen FKG-Maßnahmen, was die Verschiebung der zuvor gut austarierten Belastungsgewichte manifestiert. Stattdessen finden sich Maßnahmen im Gesetzentwurf, welche die Kommission ausdrücklich nicht vorgeschlagen hat, wie z. B. die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze. Trotz der nun ebenfalls vorgesehenen Anhebung der Versicherungspflichtgrenze sollte dies, aber auch die geplante Einschränkung der beitragsfreien Mitversicherung von Ehepartnern, im Hinblick auf die Wechselwirkung mit der PKV betrachtet werden. Denn eine nennenswerte Abwanderung von Mitgliedern zur PKV kann das prognostizierte Einsparvolumen schnell zur Makulatur werden lassen.

1. Finanzwirkung 2027

Insgesamt finden sich folgende Empfehlungen der FKG aus der Kategorie A – die **keine Verschlechterung der Versorgungsqualität** erwarten lassen – mit Finanzwirkung 2027 **nicht** im Gesetzesentwurf wieder:

Nr.	Bezeichnung	Volumen 2027
15	Rücknahme der Hygienezuschläge	0,1 Mrd. €
18	Absenkung der EBM-Ziffern im Zusammenhang mit Katarakt-OPs	0,1 Mrd. €
19	Absenkung der Bewertung des technischen Leistungsanteils im EBM	0,1 Mrd. €
24	Einjähriges Preismoratorium Heilmittel	0,7 Mrd. €
27	Wiedereingliederung der Pflegepersonalkosten	0,6 Mrd. €
29	Vollständige Streichung der Prüfquoten im KH-Bereich	1,4 Mrd. €
34	Maßnahmen zur Begrenzung von unverhältnismäßigen Budgetsteigerungen im PEPP-Bereich	0,4 Mrd. €
36	Streichung einer nicht kriteriengestützten Förderung ausgewählter Versorgungstrukturen	0,4 Mrd. €
41	Wiedereinführung von apothekenbezogenen (Zytostatika)-Ausschreibungen	0,2 Mrd. €
45	Rückführung nicht verausgabter Gelder für pharmazeutische Dienstleistungen aus dem Nach- und Notdienstfons	0,6 Mrd. €
62	Auskömmliche Finanzierung der Beiträge von Bürgergeldbeziehenden in der GKV	12 Mrd. €
63	Dynamisierung des Bundeszuschusses	0,5 Mrd. €
64	Erhöhung Tabaksteuer	1,2 Mrd. €
65	Erhöhung der Alkoholsteuer auf Spirituosen	0,6 Mrd. €
	Gesamtsumme	**18,9 Mrd. €**

Selbst ohne Berücksichtigung der auskömmlichen Finanzierung der Beiträge von Bürgergeldempfänger könnten bei einer Umsetzung aller von der FKG empfohlenen Maßnahmen bereits 2027 zusätzliche finanzielle Mittel in Höhe von 7,5 Milliarden Euro gehoben werden. Dies wäre auch mit Blick auf die aktuell vorgelegten Zahlen der KV-45 sinnvoll und notwendig, weil das BMG auf Basis dieser Zahlen aktuell noch einmal für 2027 von einem um 3,5 Milliarden Euro höheren Defizit ausgeht.

2. <u>Finanzwirkung 2030 mit Schwerpunkt im Präventionsbereich</u>

Die FKG hat auch Vorschläge gemacht, die zwar erst mittelfristig, dann aber zu großen Einsparungen führen würden. Insbesondere die von der FKG empfohlenen Maßnahmen zur Erhöhung der Tabak- und Alkoholsteuer auf Spirituosen – die Innungskrankenkassen hatten diesbezüglich eine Sonderabgabe gefordert – mit einer Finanzwirkung in Höhe von insgesamt **5 Milliarden Euro für das Jahr 2030** - zeigen das große finanzielle Potenzial.

64	Erhöhung Tabaksteuer	2030 = 3,8 Mrd. €
65	Erhöhung der Alkoholsteuer auf Spirituosen	2030 = 1,2 Mrd. €
	Gesamtsumme nur für diese Maßnahmen	**5 Mrd. €**

Dieses Potenzial würde durch den damit verbundenen Präventionseffekt mittel- bis langfristig zusätzlich erhöht. Eine entsprechende Umsetzung wäre damit nicht nur mit Blick auf die aktuellen Finanzen, sondern gerade auch mit Blick auf die eindeutigen Empfehlungen der WHO wichtig, um den sowohl das Gesundheitssystem als auch den Arbeitsmarkt stark belastenden Volkskrankheiten zu begegnen. Es ist vor diesem Hintergrund völlig unverständlich, warum diese beiden ausdrücklich empfohlenen Maßnahmen unberücksichtigt bleiben.

IV. Zu einzelnen Bereichen

Grundsätzlich weisen die Innungskrankenkassen darauf hin, dass der Gesetzgeber der ausgewiesenen Expertise der FKG mit Blick auf Ausgewogenheit und Gerechtigkeit folgen sollte. Dies gilt insbesondere für Fragen einer evidenzorientierten Versorgung, dem Abbau von Doppel- und Parallelstrukturen sowie der Streichung von bestehenden kostenintensiven „Sondertöpfen“, die keinen Zusatznutzen für die medizinische Versorgung haben.

Im Einzelnen:

1. Stationäre Versorgung

Im Krankenhausbereich wird es darauf ankommen, dass die mit der Krankenhausreform verknüpften Ziele erreicht und die Vorgaben zu Strukturen und Qualität nicht noch weiter aufgeweicht werden. Flankierend hierzu gilt es, die von der FKG erarbeiteten Vorschläge wirksam umzusetzen.

Dazu ist es aber erforderlich, dass die von der GKV zu zahlenden Kosten im Rahmen von Abrechnungsprüfungen auch umfänglich auf ihre Richtigkeit hin überprüft werden können. Die Innungskrankenkassen plädieren deshalb für die Übernahme der Empfehlung der FKG Nr. 29, die eine **komplette Streichung der Prüfquoten** vorschlägt. Dies würde nach Ansicht der FKG zu **kurzfristigen Einsparungen in Höhe von 1,4 Milliarden Euro** führen sowie zugleich zu einem Abbau der Bürokratie beitragen und zu einer Steigerung der Abrechnungsqualität führen.

Der Vorschlag der FKG, die Aufnahme der Vorhaltebudgets in den zulässigen Prüfumfang zu veranlassen (Empfehlung Nr. 35) wäre zusätzlich sinnvoll. Denn mit dem KHVVG wurde faktisch eine weitgehende finanzielle Immunität der Vorhaltebudgets im Rahmen der Krankenhausabrechnungsprüfungen ab dem Jahr 2028 geschaffen. Dies führt – so die FKG – voraussichtlich dazu, dass sich die finanzielle Wirkung der Krankenhausabrechnungsprüfungen etwa halbiert und hierdurch erhebliche, nicht intendierte Mehrausgaben für die GKV entstehen. Jenseits dessen haben die Innungskrankenkassen aber auch grundsätzliche Bedenken bezüglich der derzeitigen Ausgestaltung des

Vorhaltebudget, da dieses wegen seiner Fallzahlbezogenheit nach wie vor falsche Anreize bieten kann.

Darüber hinaus sollte die Regelung der zusätzlichen Tarifrefinanzierung im Krankenhausbereich, auch wenn sie jetzt nur noch hälftig vorgesehen ist, mit Wirkung ab 2026 vollständig gestrichen werden (siehe Vorschlag der FKG Nr. 26). Zur wirksamen Begrenzung der Ausgabenentwicklung beim Pflegebudget wäre die vollständige Wiedereingliederung des Pflegebudgets in die DRG-Fallpauschalen – entsprechend der FKG-Empfehlung Nr. 27 – allemal zielführender, zumal die derzeit im Gesetzesentwurf zu § 6a KrankenhausentgeltG geplante Regelung aus strukturellen Erwägungen nicht umsetzbar ist (dazu noch unten).

Zudem fehlt die Einbeziehung weiterer zielführender Empfehlungen der FKG wie z. B. Maßnahmen zum Umgang mit Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUBs), zur Begrenzung von unverhältnismäßigen Budgetsteigerungen im PEPP-Bereich und die Streichung einer nicht kriteriengestützten Förderung ausgewählter Versorgungstrukturen.

2. Ambulanter Bereich

Auch im ambulanten Bereich ist die ausufernde Ausgabendynamik zu stoppen und dazu die in der Vergangenheit eingeführten Vergütungsregelungen, die zu keiner Verbesserung der medizinischen Versorgung geführt haben, wieder zu streichen.

Vor diesem Hintergrund ist es positiv, dass der Gesetzgeber zielführende, von der FKG empfohlenen Maßnahmen übernommen hat, wie z. B. die Streichung der Vergütungsreglungen für sog. TSVG-Konstellationen (Nr. 3), die vollständige Bereinigung der MGV für Leistungen in TSVG-Konstellationen (Nr. 4) sowie die Korrektur des Referenzwertes bei der Entbudgetierung von Kinder- und Jugendärzten (Nr. 5). So wichtig eine gute Versorgung auch aus präventiver Sicht von Kinder- und Jugendlichen ist, hat doch eine Prüfung des GKV-Spitzenverbandes gezeigt, dass die erfolgte Entbudgetierung gerade nicht – wie mit dem Gesetz erhofft – zu einer größeren Anzahl von behandelten Patienten geführt hat. Mitgedacht werden sollten aber auch Versorgungsanreize, die mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz aufgenommen worden sind, bei den aber auch der Bundesrechnungshof keine Verbesserung der Versorgungssituation feststellen konnte.

3. Arzneimittel, Apotheken, Heil- und Hilfsmittel

Mit dem vorliegenden Entwurf hat der Gesetzgeber zielführende Maßnahmen zur Reduzierung der Kosten im Arzneimittelbereich geplant. Es besteht hier jedoch schon jetzt die Sorge, dass dieses – nach Ansicht der Innungskrankenkassen nicht ausreichende

Maßnahmenbündel – im weiteren Gesetzgebungsprozess zu Lasten der Beitragszahlenden reduziert werden könnte.

Tatsächlich wäre nicht eine Rückführung der Maßnahmen, sondern im Gegenteil deren Aufstockung sinnvoll, um eine ausreichende Dämpfung der Ausgabendynamik gerade in dem kostenintensiven Arzneimittelbereich zu erlangen. Derzeit bleibt der Gesetzesentwurf jedoch mit dem dort u. a. vorgesehenen dynamischen Herstellerrabatt bei Arzneimitteln (§ 130a SGB V) hinter den Empfehlungen der FKG zurück. Statt der dort vorgeschlagenen pauschalen 14 Prozent, soll der Wert deutlich unter dem Vorschlag der FKG bleiben. Darüber hinaus werden die durch das FinStG gerade erst eingeführten Leitplanken im Rahmen der Erstattungsbetragsverhandlungen und die Kombinationsabschläge gestrichen.

Die Innungskrankenkassen fordern daher für den Arzneimittelbereich weitere Maßnahmen, wie insbesondere:

- die Abschaffung der freien Preisfestsetzung für Arzneimittel innerhalb der ersten sechs Monate,
- die Abschaffung des Orphan-Drug-Privilegs.

Was den Apothekenbereich angeht, wären auch apothekenbezogene Ausschreibungen zur Verbesserung von Effizienz und Qualität der Versorgung („Zytostatika-Ausschreibungen“) sachgerecht. Weitere Maßnahmen wären: Die Rückführung der nicht abgerufenen Mittel aus dem Fonds für pharmazeutische Dienstleistungen, anstatt sie, wie aktuell in der Verordnung zur Änderung der Apothekenbetriebsordnung und der Arzneimittelpreisverordnung vorgesehen, umzuwidmen.

Mit Blick auf das im SGB V verankerte Wirtschaftlichkeitsgebot sind zudem bezüglich der Heil- und Hilfsmittel Fehlanreize zu beseitigen, ohne die Versorgungsqualität dadurch negativ zu beeinflussen. Gerade bei Verbandsmitteln besteht Nachbesserungsbedarf wie die Einführung eines Herstellerabschlags analog zu den Arzneimitteln. Zudem müssen Ausschreibungen im Hilfsmittelbereich endlich wieder ermöglicht werden.

4. Digitalisierung und DiGA

Gerade die elektronische Patientenakte (ePA) ist in Bezug auf die geplante Einführung eines Primärversorgungssystems von grundlegender Bedeutung. DiGA vermögen Patientinnen und Patienten in ihrem Alltag gesundheitlich zu unterstützen. Doch auch hier sind das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten und unsachgemäße Kosten zu vermeiden.

Neben der Rücknahme der Vergütung für die Aktualisierung und Erstbefüllung der ePA ab 2027 ist für die grundsätzlichen Investitionen in die Digitalisierung des Gesundheitswesens insgesamt zu beachten, dass es sich hier in vielen Bereichen um eine Investition in die Daseinsvorsorge handelt, die nicht nur gesetzlich, sondern auch privat Versicherten zu Gute kommt und entsprechend steuerfinanziert zu leisten wäre.

Die Finanzierung der DiGA muss sich konsequent am Leitprinzip der evidenzbasierten Medizin orientieren. Die Erfahrungen zeigen jedoch, dass im Jahr nach Zulassung hohe Kosten entstehen, ohne dass ein belastbarer Nutzennachweis vorliegt. Zudem werden die im Antragsverfahren prognostizierten Effekte häufig nicht erreicht und ein signifikanter Anteil der Anwendungen wird vorzeitig abgebrochen. Dies führt dazu, dass die GKV wiederholt Leistungen finanziert, deren Mehrwert sich retrospektiv nicht bestätigt. Der Gesetzesentwurf greift diese zentralen, für die GKV kostenintensiven Missstände nicht auf. Weder wird die Erprobungsregelung gestrichen, noch wird das seit 2019 bestehende finanzielle Risiko der GKV – insbesondere im Zusammenhang mit Insolvenzen nach erfolglos durchlaufenen Fast-Track-Verfahren – wirksam adressiert.

Grundsätzlich ist bei allen Leistungen, welche als Krankenbehandlung nach § 27 SGB V subsumiert werden, die Entrichtung von Eigenbeteiligungen bzw. Zuzahlungen gesetzlich geregelt. Die Ausnahme bilden ausschließlich die Digitalen Gesundheitsanwendungen, obwohl auch diese zur Behandlung von Krankheiten eingesetzt und häufig ärztlich verordnet werden. Diese Ungleichbehandlung im Vergleich zum Umgang mit beispielsweise Arzneimitteln oder anderen therapeutisch vergleichbaren Leistungen ist nicht nachvollziehbar. Auch die FKG hat diesen Sachverhalt ausführlich unter der Maßnahme 48 erläutert. Die Innungskrankenkassen fordern insofern der Empfehlung der FKG zu folgen.

5. Versicherte, Arbeitgeber und Krankenkassen

Hinsichtlich der mit dem BStabG vorgesehenen Belastung von Patientinnen und Patienten, Versicherten und Arbeitgebern ist zu beachten, dass viele der sie betreffenden Maßnahmen ausgenommen werden könnten, wenn die bislang nicht übernommenen Empfehlungen der FKG Berücksichtigung fänden.

Unabhängig davon gilt: Auch die GKV-Seite muss ihren Beitrag zur finanziellen Stabilisierung leisten. Was jedoch die als Versichertenberater, Versorgungssteuerer und Treuhänder der Versicherungsgelder von Versicherten und Arbeitgeber fungierenden Krankenkassen betrifft, so geht der Gesetzgeber – anders als bei den Leistungserbringern – über die Empfehlungen der FKG hinaus. Und das, obwohl die Krankenkassen bereits in der Vergangenheit erhebliche Beiträge zur Kosteneindämmung geleistet haben. Hier ist

insbesondere an das Abschmelzen der Finanzreserven, aber auch an die in der Vergangenheit bereits erfolgte Deckelung der Verwaltungskosten zu erinnern.

Vor diesem Hintergrund ist es geboten, zumindest bei der jetzt mit dem BStabG erneut vorgesehenen Verwaltungskostendeckelung folgende Punkte zu beachten:

- Zum einen sind die Ausnahmetatbestände im Rahmen der Verwaltungskostendeckelung u. a. um den Bereich Digitalisierung (gematik und IT) und Kosten im Zusammenhang mit freiwilligen Kassenvereinigungen (§ 155 SGB V) zu erweitern.
- Zum anderen ist die Bemessung der Verwaltungskosten nicht anhand der Versichertenanzahl, sondern anhand des Budgets zu bemessen.

V. Fazit

Bereits die grundsätzliche Analyse des IKK e.V. zeigt die Notwendigkeit, den Gesetzesentwurf vor allem um die noch nicht aufgegriffenen FKG-Empfehlungen zu ergänzen. Wie oben bereits ausgeführt, könnten auf diese Weise gerade die die Versicherten und Arbeitgeber belastenden Maßnahmen abgeschwächt oder sogar ganz gestrichen werden.

Im Weiteren sollte der Gesetzgeber die parallellaufenden Gesetzgebungsverfahren im Blick behalten. Insbesondere die Apotheken- und AMNOG-Reform muss so gestaltet werden, dass diese nicht zu weiteren Belastungen des Gesundheitssystems führen und auch die Pharmaindustrie ihren Teil beiträgt. Dies gilt vor allem für Fragen rund um die Lockerung der Abgabenregelungen für Rabattarzneimittel und Beschränkungen von Rabattverträgen für Biosimilars. Auch im Rahmen des Pharmadialogs sowie bei den anstehenden Reformen im sektorenübergreifenden Bereich wie die Primärversorgung muss die einnahmenorientierte Ausgabenpolitik Berücksichtigung finden.

Der IKK e.V. nimmt im Folgenden Stellung zu einzelnen Aspekten des Gesetzentwurfes. Im Übrigen wird auf die detaillierte Stellungnahme des GKV-Spitzenverbands, deren Inhalt zuvor mit den Innungskrankenkassen abgestimmt wurde, verwiesen.

Kommentierung

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 4a SGB V (Wettbewerb der Krankenkassen)

Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzentwurf sieht die Halbierung der Werbeausgaben von Krankenkassen vor: Der Entwurf ersetzt § 4a Abs. 3 SGB V und legt statt der bisherigen 0,15 Prozent eine neue gesetzliche Höchstgrenze von 0,075 Prozent der monatlichen Bezugsgröße je Mitglied fest.

Bewertung

Laut Gesetzesbegründung ergibt sich bei einer Bezugsgröße von 3.955 Euro (2026) derzeit ca. 6 Euro je Mitglied. Nach der neuen Grenze würde sich dies auf rund 3 Euro je Mitglied halbieren. Erstmals sollen auch Ausgaben jenseits der Kontengruppen 7108 den Werbeausgaben der Krankenkassen hinzugerechnet werden. Wesentlicher Ausgabenblock sind hier die Ausgaben für externe Vertriebe. In der Begründung zu § 4a Abs. 3 wird klargestellt, dass – neben 7108 – auch Konto 7004, Aufwandsentschädigungen für „externe gewerblich vermittelnd tätige Dritte (Finanzdienstleister)“, erfasst werden. Dabei handelt es sich um „originäre Werbeausgaben (Ausgaben für die Werbung neuer Mitglieder)". Bislang waren die Ausgaben für externe Vertriebe in den Wettbewerbsgrundsätzen separat unter Rn. 35a–d geregelt. In Kombination mit der geplanten Halbierung des Werbebudgets ergibt die Anrechnung der Aufwandsentschädigungen an Dritte auf das Gesamtwerbebudget eine weitaus höhere Kürzung, als die kommunizierten 50 Prozent. Schätzungsweise liegt die tatsächliche Kürzungswirkung bei gleichbleibender Höhe der Aufwandsentschädigungen bei 70 bis 80 Prozent des bisherigen Budgets für klassische Werbemaßnahmen.

Die Innungskrankenkassen lehnen daher insbesondere die Einbeziehung von Konto 7004 in die Werbeausgaben ausdrücklich ab. Ausgaben für externe Vertriebe über Finanzdienstleister sind qualitativ von klassischen Werbemaßnahmen zu unterscheiden. Sie dienen der direkten Vermittlung neuer Mitglieder und stellen damit einen unmittelbaren Bezug zur Versorgungsaufgabe der Krankenkassen her. Darüber hinaus fallen sie nur erfolgsabhängig an, also erst dann, wenn tatsächlich ein neues Mitglied gewonnen wird. Sie unterliegen damit einer inhärenten Kostenkontrolle, die bei klassischen Werbemaßnahmen (Anzeigen, Kampagnen, Sponsoring) nicht in gleicher Weise gegeben ist. Die geplante Deckelung würde somit die effizientere Vertriebsform überproportional eingrenzen. Die bisherige kostentechnische Einordnung der Ausgaben für externe Vertriebe in die Kontengruppe 70 (Personalkosten der Verwaltung) spiegelt die funktionale Nähe zum Versicherungsbetrieb wider: Aufwandsentschädigungen an Dritte kompensieren eigenes Vertriebspersonal und sind damit systematisch persönliche Verwaltungskosten – keine sächlichen Verwaltungskosten, unter welche Werbemaßnahmen fallen. Der Gesetzentwurf durchbricht diese Systematik des Kon-

tenrahmens, indem er die Ausgaben entgegen ihrer kontentechnischen Zuordnung als Werbeausgaben umdefiniert. Die Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder (Randziffern 35a–d) behandeln die Aufwandsentschädigungen für externe Vertriebe deshalb zu Recht als eigenständige Kategorie und regulieren diese gesondert. Die Zusammenführung mit dem allgemeinen Werbebudget bei gleichzeitiger Halbierung der Höchstgrenze würde faktisch dazu führen, dass Krankenkassen ihren externen Vertrieb weitgehend einstellen müssten, um die verbleibenden Mittel für sachbezogene Informationswerbung einsetzen zu können.

Die Regelung hätte zudem eine systemwidrige Auswirkung auf das Verhältnis von GKV und PKV: Finanzdienstleister, Vergleichsportale und weitere Vertriebspartner vermitteln Versicherte sowohl in die GKV als auch in die PKV. Werden die Aufwandsentschädigungen an Dritte dem gedeckelten Werbebudget zugerechnet und damit faktisch gekürzt, sinkt der Anreiz für diese Vermittler, Versicherte in die GKV zu lenken. Die Folge wäre eine mittelbare Förderung der PKV – ein Ergebnis, das dem sozialpolitischen Ziel einer starken gesetzlichen Krankenversicherung zuwiderläuft. Dies widerspräche schließlich dem in § 4a Absatz 3 Satz 1 SGB V normierten Recht der Krankenkassen, um Mitglieder zu werben. Werbung erfüllt dabei auch eine Informationsfunktion: Versicherte erfahren über aktive Kommunikation von Unterschieden bei Zusatzleistungen, digitalen Angeboten, Servicequalität und Präventionsprogrammen. Die Anrechnung der Aufwandsentschädigungen an Dritte auf das Werbebudget verstärkt diese Problematik. Die getrennte Behandlung wahrt dagegen das gesetzgeberische Ziel der Ausgabenbegrenzung bei der klassischen Werbung, ohne den Mitgliederwettbewerb funktionswidrig einzuschränken. Die bestehende Möglichkeit des Bundesministeriums für Gesundheit, im Rahmen der Rechtsverordnungsermächtigung nach § 4a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 SGB V gesonderte Höchstgrenzen für Aufwandsentschädigungen an externe Dritte festzulegen, ermöglicht bei Bedarf ohnehin eine zusätzliche Steuerung.

Änderungsvorschlag

Streichung (siehe Stellungname GKV-SV).

Alternativ wird in § 4a Absatz 3 SGB V der folgende Satz 5 neu angefügt:

„Ausgaben für Aufwandsentschädigungen an externe gewerblich vermittelnd tätige Dritte (Finanzdienstleister) bleiben bei der Berechnung der Höchstgrenze nach Satz 4 unberücksichtigt.“

Der bisherige Satz 5 wird zu Satz 6:

„Der Berechnung ist die Mitgliederzahl des betreffenden Haushaltsjahres zugrunde zu legen.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 27b SGB V (Zweitmeinung)

Beabsichtigte Neuregelung

Bei planbaren und mengenanfälligen Eingriffen (z. B. Knie-TEP) soll ein verpflichtendes Zweitmeinungsverfahren eingeführt werden, dass bei bestimmten Eingriffen Voraussetzung für die Vergütung des Eingriffes sein soll. In Richtlinien des G-BA soll festgelegt werden, für welche planbaren Eingriffe der Anspruch auf Einholung der Zweitmeinung im Einzelnen besteht.

Bewertung

Die Neuregelung ist grundsätzlich positiv, wobei man abwarten muss, wie das Verfahren (z. B. Dokumentation der Zweitmeinung als Abrechnungsvoraussetzung) umgesetzt und wie hoch die Quote einer Umsteuerung sein wird. In der Regel vertrauen die Versicherten ihren Ärzten beim Behandlungsvorschlag. Des Weiteren ist sicherzustellen, dass die Umsetzung den Krankenkassen Handlungsmöglichkeiten gibt, damit auch sie gegenüber ihren Versicherten beratend tätig werden können.

Änderungsvorschlag

Siehe Bewertung.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12b

§ 31 Absatz 1a SGB V (Arznei- und Verbandmittel, Verordnungsermächtigung)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung soll der Verbandmittelbegriff gesetzlich definiert werden.

Bewertung

Seit Jahren steigen die Kosten im Segment der Verbandmittel. Viele der neueren, hochpreisigen Verbandmittel ähneln eher den Arzneimitteln, müssen aber keine äquivalenten Zulassungsverfahren durchlaufen. Folglich fehlt entsprechende Evidenz über Nutzen und Wirksamkeit.

Wenn Arzneimitteleigenschaften wie „proteasemodulierend“ und „antimikrobiell“ oder auch „wirkt im menschlichen Körper“ auch auf Verbandmittel zutreffen, muss deren Wirkung gleichermaßen in einem ordnungsgemäßen Verfahren belegt werden.

Die jahrelange Besserstellung der Verbandmittel, sowohl formal (Wirksamkeitsnachweis) als auch finanziell (Kostenregulierung), ist nicht nachvollziehbar und daher zu beenden.

Änderungsvorschlag

§ 31 Absatz 1a SGB V wird wie folgt gefasst:

„(1a) Verbandmittel sind Gegenstände einschließlich Fixiermaterial, deren Hauptwirkung darin besteht, oberflächengeschädigte Körperteile zu bedecken, Körperflüssigkeiten von oberflächengeschädigten Körperteilen aufzusaugen oder beides zu erfüllen. Als Verbandmittel gilt auch ein Gegenstand, der ergänzend zu den in Satz 1 genannten Eigenschaften

~~1. Wunden feucht hält oder Wunden reinigt,~~

~~2.~~ Wundexsudat bindet oder ~~Gerüche bindet,~~

1. ein Verkleben mit der Wunde verhindert ~~oder atraumatisch wechselbar ist oder~~

~~4. proteasemodulierend oder antimikrobiell im oder am menschlichen Körper~~

~~wirkt.~~

Erfasst sind auch Gegenstände, die zur individuellen Erstellung von einmaligen Verbänden an Körperteilen, die nicht oberflächengeschädigt sind, gegebenenfalls mehrfach verwendet werden, um Körperteile zu stabilisieren, zu immobilisieren oder zu komprimieren. Das Nähere zur Abgrenzung von Verbandmitteln zu sonstigen Produkten zur Wundbehandlung regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2. ~~Absatz 1 Satz 2 gilt für sonstige Produkte zur Wundbehandlung entsprechend.~~

Der Gemeinsame Bundesausschuss berät Hersteller von sonstigen Produkten zur Wundbehandlung im Rahmen eines Antragsverfahrens insbesondere zu konkreten Inhalten der vorzulegenden Unterlagen und Studien. § 34 Absatz 6 gilt entsprechend. Für die Beratung sind Gebühren zu erheben. Das Nähere zur Beratung und zu den Gebühren regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 13

§ 36 SGB V (Festbeträge für Hilfsmittel)

Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherigen Regelungen zur Festsetzung von Festbeträgen für Hilfsmittel wurden vollständig überarbeitet. Das neu gestaltete Festbetragsinstrument soll bestehende Rechtsunsicherheiten beseitigen und zu einer transparenteren und wirtschaftlich besser wirksamen Preisgestaltung führen. Festbeträge sollen künftig umfassender angewendet und systematisch weiterentwickelt werden. Für die Festsetzung soll sich der GKV-Spitzenverband eine Verfahrensordnung geben. Umfangreiche Rechte zur Beschaffung der erforderlichen Daten sollen den Prozess der Ermittlung erleichtern.

Die neu vorgesehene Regelung sieht Festbeträge als Richtwerte für Preisverhandlungen vor. Ein gesetzlicher Korridor soll die Verhandlungsspielräume begrenzen. Abweichungen vom Korridor sind möglich, müssen jedoch beidseitig begründet werden: Bei höheren Preisen liegt die Beweislast beim Anbieter, bei niedrigeren bei der Kassenseite.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen ausdrücklich die Beibehaltung des bewährten Steuerungsinstruments der Festbeträge sowie die vorgesehene Neuregelung. Aufgrund des Urteils des Bundessozialgerichts vom 7. April 2022 (B 3 KR 4/20 R) war eine rechtssichere Anwendung der bisherigen Regelungen nicht mehr gewährleistet. Dies führte bei allen Beteiligten zu erheblichen Unsicherheiten in den Preisverhandlungen.

Die vorgesehene Neuregelung schafft die erforderliche Rechtssicherheit und ermöglicht es durch die Einführung eines verbindlichen Korridors, die in einzelnen Produktgruppen zu beobachtende starke Preisdynamik wirksam zu begrenzen und langfristig zu stabilisieren.

Die Neugestaltung der Festbetragsregelungen stellt jedoch lediglich einen ersten wichtigen Schritt zur verbesserten Steuerung der Ausgabenentwicklung im Hilfsmittelbereich dar. Als weitere dringend erforderliche Maßnahme zur Stärkung der Wirtschaftlichkeit fordern die Innungskrankenkassen die Wiedereinführung von Ausschreibungen für ausgewählte Hilfsmittel mit hohem Standardisierungsgrad unter verbindlichen Vorgaben zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und flächendeckenden Versorgung in § 127 SGB V.

Änderungsvorschlag

Keiner zu § 36 SGB V.

Die Regelungen zur Wiedereinführung von Ausschreibungen für ausgewählte Hilfsmittel mit hohem Standardisierungsgrad unter verbindlichen Vorgaben zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und flächendeckenden Versorgung müssen jedoch in § 127 SGB V erfolgen. Änderungsvorschlag siehe Artikel 1 Nr. 46.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 16 Buchstabe b

§ 44 Absatz 4 SGB V (Krankengeld)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neufassung des § 44 Abs. 4 SGB V wird die bisherige Einwilligungslösung durch eine gesetzliche Opt-out-Regelung abgelöst. Damit wird klargestellt, dass Krankenkassen Versicherte im Zusammenhang mit bestehendem oder drohendem Krankengeldbezug kontaktieren dürfen, soweit dies zur Beratung, Prüfung von Leistungsansprüchen oder zur Einleitung beziehungsweise Durchführung von Maßnahmen zur Sicherung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich ist.

Bewertung

Die Umstellung auf eine Opt-out-Regelung reduziert den bisherigen Verwaltungsaufwand der Krankenkassen und ermöglicht zugleich eine regelhafte, umfassende Unterstützung der Versicherten bei bestehendem Widerspruchsrecht. Sie stärkt die Zielsetzung, Versicherte bei Maßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit aktiv zu begleiten, und wird von den Innungskrankenkassen ausdrücklich begrüßt.

Zugleich schafft die Neuregelung eine klare gesetzliche Grundlage für die Kontaktaufnahme, gewährleistet Transparenz sowie Widerspruchsmöglichkeiten und trägt den Anforderungen des Sozialdatenschutzes Rechnung.

Vor dem Hintergrund vergleichbarer Zielsetzungen in § 275 Abs. 1b SGB V erscheint es sachgerecht, die Einbindung der Versicherten einheitlich auszugestalten und auch hier auf eine vorherige Einwilligung, insbesondere für telefonische Erhebungen, zu verzichten.

Der Unterstützungs- und Beratungsbedarf zu geeigneten Maßnahmen zur Sicherung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit entsteht in unterschiedlichen Phasen der Arbeitsunfähigkeit. Die einschränkende Formulierung zum Bezug oder drohenden Bezug von Krankengeld erscheint daher nicht zielführend und eröffnet Raum für Interpretationen. Es wird daher vorgeschlagen, das Bestehen von Arbeitsunfähigkeit als Ausgangspunkt für die Kontaktaufnahme zu definieren.

Änderungsvorschlag

§ 44 Absatz 4 SGB V wird durch den folgenden Absatz 4 ersetzt:

„(4) Versicherte haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse, welche Leistungen und unterstützende Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind. Die Krankenkasse darf Versicherte ~~bei bevorstehendem Bezug oder Bezug von Krankengeld zur Beratung, zur Prüfung von Leistungsansprüchen sowie zur Einleitung oder Durchführung von Maßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfä-~~

~~higkeit kontaktieren. Die Kontaktaufnahme kann~~ hierzu schriftlich, elektronisch oder telefonisch kontaktieren ~~erfolgen~~. Die Versicherten sind bei der ersten Kontaktaufnahme in geeigneter Weise über ihr Recht zu informieren, der weiteren Kontaktaufnahme zu widersprechen. Im Falle eines Widerspruchs ist eine weitere Kontaktaufnahme zur Beratung und Hilfestellung nach Satz 1 unzulässig~~, soweit sie nicht zur Erfüllung einer gesetzlichen Verpflichtung zwingend erforderlich ist~~. Der Widerspruch kann jederzeit schriftlich oder elektronisch widerrufen werden. Die Krankenkassen dürfen ihre Aufgaben nach Satz 1 an die in § 35 des Ersten Buches genannten Stellen übertragen.“

§ 275 Abs. 1b Satz 3 und 4 SGB V werden wie folgt formuliert:

„Die Krankenkassen dürfen die Angaben nach Satz 2 bei den Versicherten grundsätzlich nur schriftlich, **telefonisch** oder elektronisch erheben. ~~Abweichend von Satz 3 ist eine telefonische Erhebung zulässig, wenn die Versicherten in die telefonische Erhebung zuvor schriftlich oder elektronisch eingewilligt haben.~~ Die Versicherten sind bei der ersten Kontaktaufnahme in geeigneter Weise über ihr Recht zu informieren, der weiteren telefonischen Kontaktaufnahme zu widersprechen. Im Falle eines Widerspruchs ist eine weitere Kontaktaufnahme nach Satz 2 unzulässig. Der Widerspruch kann jederzeit schriftlich oder elektronisch widerrufen werden.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 16 Buchstabe b

§ 44c und § 44d SGB V (Teilarbeitsunfähigkeit und Teilkrankengeld)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit den §§ 44c und 44d SGB V soll eine Teilarbeitsunfähigkeit und in der Folge ein Teilkrankengeld eingeführt werden, wobei Versicherte, die sich gesundheitlich hierzu in der Lage sehen, ihre berufliche Tätigkeit in begrenztem Umfang fortführen können. Ärztinnen und Ärzte sollen hierzu eine teilweise Arbeitsunfähigkeit von 25 %, 50 % oder 75 % feststellen können; für den geleisteten Arbeitsanteil erfolgt eine Entgeltzahlung durch den Arbeitgeber, für den übrigen Anteil soll Teilkrankengeld gewährt werden.

Bewertung

Ziel der Neuregelung ist es, die schrittweise Rückkehr arbeitsunfähig erkrankter Versicherter an den Arbeitsplatz zu erleichtern und damit die Chancen einer vollständigen Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu erhöhen. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, mit künftig zu erwartenden steigenden Arbeitsunfähigkeitszeiten, sowie des zunehmenden Fachkräftemangels ist dies ausdrücklich zu begrüßen. Arbeit und Tagesstruktur sind zudem essenzielle Säulen der psychischen Gesundheit. Für viele Krankheitsbilder ist eine frühzeitige, dosierte Aktivierung medizinisch sinnvoll.

In einigen skandinavischen Ländern ist die Teilarbeitsunfähigkeit seit Jahren etabliert und zeigt positive Effekte auf Genesungsverläufe, Arbeitsmarktintegration und Krankheitsdauer. Die aktuelle Ausgestaltung des Gesetzentwurfs nutzt diese Erfahrungen jedoch nicht konsequent. Sie führt im Ergebnis zu einer Konstruktion, die der stufenweisen Wiedereingliederung weitgehend ähnelt, allerdings mit arbeitsrechtlicher Einbindung und Entgeltzahlung durch den Arbeitgeber. Die angestrebten Effekte auf das Krankengeld ließen sich bereits heute erreichen, wenn die geleisteten Stunden im Rahmen der bestehenden Wiedereingliederung arbeitgeberseitig vergütet würden.

Für eine zielführende Umsetzung sollte sich der Gesetzgeber stärker an den skandinavischen Modellen orientieren. Die Verbindlichkeit zur Nutzung der Teilarbeitsunfähigkeit durch Arbeitgebende und Arbeitnehmende sollte gefördert werden. Zudem sollte die Teilarbeitsunfähigkeit als zentrales Modell definiert werden. Die parallele Existenz zweier nahezu identischer Instrumente – einer Wiedereingliederung ohne Entgelt und einer Teilarbeitsunfähigkeit mit Entgelt – ist weder systematisch überzeugend noch praktikabel. Die stufenweise Wiedereingliederung sollte auf klar begrenzte Fälle beschränkt werden, in denen eine therapeutische Arbeitserprobung im Vordergrund steht, insbesondere im Anschluss an medizinische Rehabilitationen oder lange Krankenhausaufenthalte.

Der Gesetzgeber sollte einen Auftrag an die gemeinsame Selbstverwaltung formulieren, ein praktikables Modell zur Teilarbeitsunfähigkeit und in der Folge ein Teilkrankengeld zu entwickeln. Zentrale Auftragsgegenstände sollten dabei eine Integration in das bestehende Rege-

lungsgeflecht zum Krankengeld nach §§ 44 und 47 SGB V sowie eine Abgrenzung zur stufenweisen Wiedereingliederung sein. Grundsätzlich könnte ein Auftrag an die gemeinsame Selbstverwaltung den zahlreichen Bedenken, zur rechtlich fragwürdigen Ausformulierung des Vorschlags (s. dazu Stellungnahme des GKV-SV zum BStabG S. 45-47), Rechnung getragen werden.

Änderungsvorschlag

Siehe Bewertung.

Zu Artikel 1 (Änderung des Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 31 a) und c)

§ 87 Absatz 1 Satz 13 und 14 SGB V (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte)

§ 87 Absatz 1 Satz 25 und 26 SGB V (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte)

Beabsichtigte Neuregelung

Die gesetzliche Vorgabe, wonach für Vertragszahnärzte und Vertragsärzte eine gesonderte Vergütung für die erstmalige sowie für weitere Befüllungen der ePA vorzusehen sind, wird gestrichen.

Bewertung

Die Nutzung der ePA ist Teil der (zahn)-ärztlichen Dokumentation. Die Befüllung wird durch die technische Integration in die Praxisverwaltungssysteme unterstützt und führt zu keinen Mehraufwänden in Praxen. Zudem profitieren (Zahn-)Arztpraxen durch eine verbesserte Transparenz über den Behandlungsstand der Patienten. Zeitaufwändige administrative Aufwände für das Anfordern vergessener oder das Digitalisieren ausschließlich in Papierform vorliegender Befunde entfallen, wodurch Effizienzvorteile in den (Zahn-)Arztpraxen entstehen. Die Streichung der gesonderten Vergütung für die Nutzung der elektronischen Patientenakte ist daher sachgerecht. Jedoch ist die Streichung nicht ausreichend. Vielmehr muss sichergestellt werden, dass auch zukünftig keine gesonderte Vergütung für die Nutzung der ePA vorgesehen wird.

Änderungsvorschlag:

§ 87 Absatz 1 Sätze 13 und 14 SGB V werden durch folgenden Satz ersetzt:

„Ab dem 1. Oktober 2026 darf der Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen keine gesonderte Vergütung für Tätigkeiten im Zusammenhang mit der elektronischen Patientenakte, insbesondere deren Befüllung, Pflege, Aktualisierung oder technische Unterstützung vorsehen.“

§ 87 Absatz 1 Sätze 25 und 26 SGB V werden durch folgenden Satz ersetzt:

„Ab dem 1. Oktober 2026 darf der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen keine gesonderte Vergütung für Tätigkeiten im Zusammenhang mit der elektronischen Patientenakte, insbesondere deren Befüllung, Pflege, Aktualisierung oder technische Unterstützung vorsehen.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 44

§ 125 Absatz 3 SGB V (Verträge zur Heilmittelversorgung)

Beabsichtigte Neuregelung

Für Verträge zur Heilmittelversorgung nach § 125 SGB V soll wieder der Grundsatz der Beitragsstabilität nach § 71 SGB V gelten. Bei Vergütungsvereinbarungen soll vorrangig vor den in § 125 Absatz 3 Satz 2 genannten Parametern der Grundsatz der Beitragsstabilität beachtet werden. Preisanhebungen oberhalb der nach § 71 Absatz 3 festgestellten Veränderungsrate sollen damit ausgeschlossen werden.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen die Rückkehr zum Grundsatz der Beitragssatzstabilität ausdrücklich. Im Gesetzeswortlaut sollte jedoch eindeutig klargestellt werden, dass die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V die verbindliche Obergrenze für Vergütungssteigerungen bildet.

Angesichts der überdurchschnittlichen Ausgabendynamik im Heilmittelbereich sprechen sich die Innungskrankenkassen darüber hinaus für die Einführung eines Preismoratoriums für das Jahr 2027 aus, wie es von der FKG vorgeschlagen wurde. Eine solche Regelung ist erforderlich, da insbesondere die Preisentwicklung in den vergangenen Jahren deutlich überdurchschnittlich verlaufen ist und zu erheblichen finanziellen Mehrbelastungen der gesetzlichen Krankenversicherung geführt hat, ohne dass dem ein entsprechender Mehrwert für die Versicherten gegenüberstand.

Das Preismoratorium würde das Ausgabenniveau im Jahr 2027 unmittelbar und nachhaltig dämpfen und zugleich die Ausgabenbasis für künftige Steigerungen dauerhaft senken.

Änderungsvorschlag

§ 125 Absatz 3 Satz 3 SGB V wird wie folgt gefasst und ergänzt:

„Bei den auszuhandelnden Preisen nach Satz 1 stellt die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 die Obergrenze für Vergütungssteigerungen dar. § 71 Absatz 1 bis 3 gilt. Für das Kalenderjahr 2027 gelten die zum 31.12.2026 vereinbarten Preise fort. Dies gilt auch für die Verträge nach § 125a SGB V.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 46

§ 127 SGB V (Hilfsmittelverträge)

Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzentwurf ändert § 127 SGB V grundlegend im Hinblick auf die Vergütungssystematik und Vertragsverhandlungen bei der Hilfsmittelversorgung. Ziel ist es, die Vergütungsentwicklung stärker an der Einnahmenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung auszurichten und kurzfristig wirksame Einsparungen zu realisieren. Die Änderungen stehen darüber hinaus in engem Zusammenhang mit der Neuregelung der Festbeträge nach § 36 SGB V.

Künftig gelten bei Vertragsverhandlungen über die Vergütung von Hilfsmittelversorgungen verbindlich die Vorgaben des § 71 Absatz 1 bis 3 SGB V. Damit wird die Grundlohnrate – also die Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV – zur gesetzlichen Obergrenze für Vergütungssteigerungen.

Mit dem neu eingefügten Absatz 1b wird für einen Übergangszeitraum vom 1. Januar 2027 bis zum 31. Dezember 2028 ein pauschaler Vergütungsabschlag von drei Prozent je Hilfsmittelversorgung eingeführt. Bereits begonnene Versorgungen vor dem Stichtag sind vom Abschlag nicht erfasst.

Absatz 4 wird vollständig neu gefasst und verknüpft § 127 SGB V eng mit dem reformierten Festbetragssystem nach § 36 SGB V. Damit wird der Festbetrag ausdrücklich zu einem verbindlichen Referenzmaßstab für Vertragsverhandlungen. Die vereinbarten Preise dürfen vom Festbetrag nur in begründeten Fällen abweichen – regelmäßig bis zu ± 10 Prozent, bis zur erstmaligen Festsetzung neuer Festbeträge nach der neuen Rechtslage ausnahmsweise bis zu ± 15 Prozent. Die Begründungs- und Darlegungslast für eine Abweichung trägt stets diejenige Vertragspartei, die aus der Abweichung objektiv einen Vorteil im Verhandlungsergebnis erlangt.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen die vorgesehenen Änderungen grundsätzlich, insbesondere mit Blick auf die Begrenzung der Ausgabendynamik in der Hilfsmittelversorgung.

Die geplanten Regelungen führen jedoch bereits in den laufenden Gesprächen mit den Vertragspartnern zu unterschiedlichen Auslegungen und verdeutlichen damit den Bedarf nach weitergehenden Konkretisierungen. Um möglichen Vorzieheffekten in den aktuell laufenden Vertragsverhandlungen wirksam entgegenzuwirken, sollte bis zum Inkrafttreten des vorgesehenen Vergütungsabschlags zusätzlich ein Preismoratorium gelten.

Zur Gewährleistung einer bundesweit einheitlichen, rechtssicheren und praxisgerechten Umsetzung sollte der GKV-Spitzenverband zudem beauftragt werden, entsprechende Umsetzungsempfehlungen zu erarbeiten und zu veröffentlichen.

Darüber hinaus sehen die Innungskrankenkassen – wie bereits in der Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 13 ausgeführt – weiterhin die dringende Notwendigkeit, Ausschreibungen für geeignete Hilfsmittelversorgungen wieder zu ermöglichen.

Änderungsvorschlag

In § 127 Absatz 1b neu SGB V werden folgende Sätze ergänzt:

„Bis zum 31.12.2026 gelten die Vertragspreise unverändert weiter. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gibt Empfehlungen zur Umsetzung der Regelungen nach Satz 1 ab.“

In § 127 SGB V wird folgender Absatz 1c neu hinzugefügt:

„Soweit dies zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen, qualitativ hochwertigen und flächendeckenden Versorgung der Versicherten erforderlich und sachgerecht ist, können die Krankenkassen Verträge auch im Wege eines transparenten, diskriminierungsfreien und wettbewerblichen Ausschreibungsverfahrens schließen.

Die Zuschlagserteilung erfolgt auf Grundlage des wirtschaftlichsten Angebots unter Berücksichtigung des besten Preis-Leistungs-Verhältnisses. Qualitätskriterien müssen gegenüber dem Preis mit mindestens 60 Prozent gewichtet werden.

Dabei sind insbesondere zu berücksichtigen:

1. die Qualität und Funktionalität der Hilfsmittel,

2. die fachliche Qualifikation und Fortbildung der Leistungserbringer,

3. die Sicherstellung einer individuellen Beratung und Anpassung,

4. die Gewährleistung einer wohnortnahen und zeitgerechten Versorgung,

5. die Erreichbarkeit sowie Service- und Reparaturleistungen,

6. die Ergebnisse von Qualitäts- und Versichertenbefragungen.

Ausschreibungen sind unzulässig, wenn die Versorgung aufgrund ihrer Komplexität, ihres hohen Beratungs-, Anpassungs- oder Betreuungsaufwandes überwiegend durch personenbezogene Dienstleistungen geprägt ist und die Versorgungsqualität hierdurch gefährdet werden könnte.

Die Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 sowie weitergehende Qualitätsanforderungen sind verbindlicher Bestandteil der Ausschreibungsunterlagen und der Verträge. Die Krankenkassen haben die Einhaltung der Qualitätsanforderungen regelmäßig zu überprüfen und bei erheblichen Verstößen geeignete Sanktionen bis hin zur Vertragskündigung vorzusehen.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 48a

§ 130a Absatz 1b SGB V (Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer)

Beabsichtigte Neuregelung

Ab dem 01. Juli 2027 wird ein dynamischer Herstellerabschlag eingeführt, dessen Höhe sich nach Entwicklung der Arzneimittelausgaben sowie der durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen bemisst.

Für den Übergangszeitraum ist eine niedrige, einstellige Anhebung des Herstellerabschlags um 3,5 Prozent für ein halbes Jahr vorgesehen.

Bewertung

Der Herstellerabschlag ist grundsätzlich ein geeignetes Mittel, um die Ausgabendynamik im Arzneimittelbereich zu dämpfen. Die FKG hat den Vorschlag eingebracht, den Herstellerabschlag gleichermaßen der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik zu unterstellen. Eine diesem Ansatz folgende Dynamisierung ist zu unterstützen. Von den ursprünglich angedachten zusätzlichen 7 Prozent Herstellerabschlag für 12 Monate bleiben, nach Pharmadialog, jedoch lediglich 3,5 Prozent für 6 Monate (bis 01.07.2027) unter Berücksichtigung diverser Ausnahmen. Die Halbierung des Vorschlags sowie die Ausnahmen werden seitens der Innungskrankenkassen abgelehnt.

Insgesamt trägt die pharmazeutische Industrie im Verhältnis zum Ausgabenvolumen der GKV und zu den Vorschlägen der FKG nur einen geringen Anteil am Einsparvolumen des Gesetzentwurfs bei. Eine Zurückhaltung aus wirtschaftspolitischen Gründen ist nicht Aufgabe der GKV und führt innerhalb des Gesetzes zu Ungleichbehandlungen. Die vollumfängliche Umsetzung des FKG-Vorschlags inkl. Dynamisierung ausschließlich anhand der Preis- und Einnahmeentwicklung ist daher angezeigt. Weitere Ausnahmetatbestände sowie zusätzliche wirtschaftspolitische Einflussfaktoren (z. B. die Berücksichtigung von Forschungsaktivitäten) verkomplizieren die Systematik unnötig, führen zu Unsicherheit und sachfremden finanziellen Effekten auf die GKV-Ausgaben.

Änderungsvorschlag

§ 130a Absatz 1b SGB V wird wie folgt ersetzt:

„(1b) Für ab dem 01.07.2027 zu ihren Lasten abgegebene Arzneimittel erhalten die Krankenkassen von Apotheken einen zusätzlichen Abschlag vom Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer. Satz 1 gilt für die in Absatz 1 Satz 6 und 7 genannten Arzneimittel ~~mit Ausnahme von~~

~~1. Arzneimitteln nach Absatz 3b Satz 1,~~

~~2. im Wesentlichen gleichen biotechnologisch hergestellten biologischen Arzneimittel~~

~~im Sinne des Artikels 10 Absatz 4 der Richtlinie 2001/83/EG,~~

~~3. Arzneimitteln, für die ein Festbetrag auf Grund des § 35 festgesetzt ist,~~

~~4. patentfreien Arzneimitteln mit in der Liste nach § 52b Absatz 3c Satz 1 des Arzneimittelgesetzes aufgeführten versorgungskritischen Wirkstoffen,~~

~~5. in der nach § 35 Absatz 5a Satz 1 erstellten Liste aufgeführten, patentfreien Arzneimitteln,~~

~~6. Arzneimitteln, die nach Absatz 3c Satz 1 oder Satz 8 vom Abschlag nach Absatz 3a befreit sind,~~

~~7. Reserveantibiotika, hinsichtlich derer der Gemeinsame Bundesausschuss eine Freistellung nach § 35a Absatz 1c Satz 1 beschlossen hat, und~~

~~8. Arzneimitteln, die nach Absatz 1c vom Abschlag nach Satz 1 befreit sind~~.

Absatz 1 Satz 3 bis 5, 7 und 8 gilt entsprechend. Die Höhe des Abschlags nach Satz 1 beträgt vom 1. Januar bis zum 30. Juni 202~~7~~8 ~~3,5~~ 7,0 Prozent. Ab dem 1. Juli 202~~7~~8 ist die Höhe des Abschlags nach Satz 1 jeweils für die Dauer eines Jahres der Quotient aus

1. dem Differenzbetrag für alle in Absatz 1 Satz 6 genannten Arzneimittel einschließlich derjenigen nach Satz 2 Nummer 1 bis 3 aus

a) den Ist-Ausgaben der Krankenkassen des vorangegangenen Kalenderjahres

und

b) den Soll-Ausgaben der Krankenkassen für das vorangegangene Kalenderjahr

und

2. dem von den Krankenkassen im vorangegangenen Kalenderjahr geleisteten Umsatz aller zu ihren Lasten abgegebenen Arzneimittel im Sinne von Satz 2, berechnet auf Grundlage der Abgabepreise der pharmazeutischen Unternehmer ohne Mehrwertsteuer.

Die Ist-Ausgaben nach Satz 5 Nummer 1 Buchstabe a sind der Differenzbetrag

aus

1. dem von den Krankenkassen geleisteten Umsatz aller zu ihren Lasten abgegebenen Arzneimittel nach Satz 5 Nummer 1, berechnet auf Grundlage der Abgabepreise der pharmazeutischen Unternehmer ohne Mehrwertsteuer und

2. der Summe aller von den Krankenkassen vereinnahmten gesetzlichen und vertraglichen Rabatte, Abschläge und Ausgleichszahlungen der pharmazeutischen Unternehmer für Arzneimittel nach Satz 5 Nummer 1, mit Ausnahme der Abschläge nach Satz 1.

Die Soll-Ausgaben nach Satz 5 Nummer 1 Buchstabe b sind

1. für das Kalenderjahr 2026 die entsprechend Satz 6 ermittelten Ist-Ausgaben des Jahres 2025, erhöht oder vermindert um die durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen entsprechend dem Rechnungsergebnis des Gesundheitsfonds für das Kalenderjahr 2026 gegenüber dem Kalenderjahr 2025, und

2. für die Kalenderjahre ab 2027 die Soll-Ausgaben des jeweils vorangegangenen Kalenderjahres, erhöht oder vermindert um die durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen entsprechend dem Rechnungsergebnis des Gesundheitsfonds für das betreffende Kalenderjahr gegenüber dem vorangegangenen Kalenderjahr. Übersteigen die Ist-Ausgaben nach Satz 5 Nummer 1 Buchstabe a nicht die Soll-Ausgaben nach Satz 5 Nummer 1 Buchstabe b, entfällt der Abschlag nach Satz 1. Der Wert nach Satz 5 ist als Prozentsatz auszuweisen und kaufmännisch auf die erste Nachkommastelle zu runden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen übermittelt jedes Jahr bis zum 15. Mai, erstmals bis zum 15. Mai 202~~7~~8, dem Bundesministerium für Gesundheit die zur Berechnung der Höhe des Abschlags nach Satz 1 erforderlichen Daten nach Satz 5 Nummer 2 und Satz 6 Nummer 1 und 2 für das vorangegangene Kalenderjahr; die erstmalige Datenübermittlung umfasst auch die Daten nach Satz 7 Nummer 1 in Verbindung mit Satz 6 Nummer 1 und 2 für das Jahr 2025. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt zu diesem Zweck die von seinen Mitgliedern zu übermittelnden Informationen sowie Art und Umfang der Übermittlung. Das Bundesministerium für Gesundheit gibt jedes Jahr bis zum 1. Juni, erstmals bis zum 1. Juni 202~~7~~8, die Höhe des Abschlags nach Satz 1 für den nächsten Jahreszeitraum unter Offenlegung der Berechnungsgrundlagen im Bundesanzeiger bekannt.“

§ 130a Absatz 1c SGB V wird gestrichen.

Zu Artikel 1 (Änderung des Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 48

§ 130a Absatz 2 SGB V (Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer)

Beabsichtigte Neuregelung

Für Impfstoffe, für die Patentschutz oder Unterlagenschutz besteht, sollen die Krankenkassen künftig einen zusätzlichen Abschlag in Höhe von 7 Prozent des Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers erhalten.

Bewertung

Die FKG hatte in Reformempfehlung Nr. 44 ein Bündel von Maßnahmen empfohlen, um die Preisentwicklung im Bestandsmarkt zu dämpfen sowie Wirtschaftlichkeitsreserven zu heben:

1. die Verhandlung von Erstattungsbeträgen und Preis-Mengen-Regelungen für Impfstoffe gemäß § 130b SGB V,

2. ein Preismoratorium für Schutzimpfungen mit Möglichkeit zur inflationsbedingten Anpassung,

3. die Wiedereinführung der Möglichkeit, für Impfstoffe Rabattverträge gemäß § 130a Absatz 8 SGB V abzuschließen sowie

4. die grundsätzliche Anwendung des Herstellerabschlags nach § 130a Absatz 1 SGB V.

Es erschließt sich nicht, warum die als Gesamtkonstrukt empfohlenen Änderungen auf eine Einzelmaßnahme reduziert wurden.

Änderungsvorschlag

Vollständige Umsetzung der vorgeschlagenen Maßnahme 44 der FKG.

Zu Artikel 1 (Änderung des 5. Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 48a

§ 130a Absatz 3e SGB V (Rabatte der pharmazeutischen Unternehmer)

Beabsichtigte Neuregelung

Für Verbandmittel und sonstige Produkte soll ein Preismoratorium mit Preisstand 1. Januar 2026 eingeführt werden.

Bewertung

Die FKG hat in Reformempfehlung Nr. 43 zu Verbandmitteln ausgeführt: „Der Preis je Verordnung für die regulären Verbandmittel hat von 2022 bis 2024 eine Dynamik von 13 Prozent jährlicher Steigerung […] Die GKV-Arzneimittelschnellinformation zeigt, dass sich die Ausgaben für Verbandmittel seit 2015 mehr als verdoppelt haben […]“ (Quelle: FKG, Erster Bericht, 30.03.2026).

Der Verbandmittelmarkt ist dabei nach wie vor weitgehend unreguliert. Die jahrelange Besserstellung der Verbandmittel und Medizinprodukte, sowohl formal (Wirksamkeitsnachweis) als auch finanziell (Kostenregulierung), ist nicht nachvollziehbar und angesichts der mittlerweile aufgerufenen Preise für die sogenannten modernen Wundauflagen nicht mehr zeitgemäß.

Das vorgeschlagene Preismoratorium für Verbandmittel ist daher zu begrüßen, aber nicht ausreichend. Ergänzend fordern die Innungskrankenkassen, analog zum Arzneimittelbereich einen Herstellerabschlag in Höhe von 14 Prozent zu gewähren.

Änderungsvorschlag

§ 130a Absatz 3e SGB V wird ein neuer Satz 1 eingefügt:

„(3e) Für ab dem 1. Januar 2027 zu ihren Lasten abgegebene Verbandmittel und sonstige Produkte zur Wundversorgung erhalten die Krankenkassen von Apotheken einen Abschlag in Höhe von 14 vom Hundert des Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer. …“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 50 in Verbindung mit Nr. 71

§ 130e (alt) und § 429 (neu) SGB V (Abschaffung des Kombinationsabschlags)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der vorgesehenen Regelung soll der bislang geltende Kombinationsabschlag für patentgeschützte Arzneimittel aufgehoben werden. Die Bundesregierung begründet dies insbesondere mit einer Vereinfachung der Abrechnungs- und Erstattungsverfahren sowie mit dem Ziel, die Entwicklung und Anwendung kombinierter Arzneimitteltherapien nicht zusätzlich finanziell zu belasten.

Bewertung

Die Abschaffung des Kombinationsabschlags wird kritisch bewertet. Der Kombinationsabschlag stellt bislang ein geeignetes Instrument dar, um Mehrkosten aus hochpreisigen Kombinationstherapien teilweise zu begrenzen und Wirtschaftlichkeitsanreize zu setzen.

Gerade im Bereich patentgeschützter Arzneimittel führen Kombinationstherapien häufig zu erheblichen zusätzlichen Ausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung. Ohne einen entsprechenden Abschlag besteht das Risiko, dass sich die Ausgabendynamik in diesem Bereich weiter verstärkt. Dies gilt insbesondere dann, wenn mehrere hochpreisige Arzneimittel ohne relevante Synergieeffekte gemeinsam angewendet werden.

Die angeführte administrative Entlastung erscheint demgegenüber nachrangig. Der bestehende Aufwand steht in einem angemessenen Verhältnis zu den erzielten Einsparungen und den bestehenden Steuerungswirkungen. Aus Sicht der Innungskrankenkassen sollte daher an einem Instrument zur wirtschaftlichen Begrenzung kombinierter Hochpreistherapien festgehalten werden.

Änderungsvorschlag

Die Abschaffung wird gestrichen.

Zu Artikel 1 (Änderung des 5. Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 50

§ 130e (neu) SGB V (Rabattverträge für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung)

Beabsichtigte Neuregelung

Der bisherige § 130e SGB V (Kombinationsabschlag) wird neugefasst. Künftig sollen Krankenkassen oder ihre Verbände Gruppen von Patentarzneimitteln mit vergleichbarer Wirkung festlegen und dazu Rabattverträge für Arzneimittel vereinbaren können, die dann bevorzugt zu verordnen sind.

Bis 31. Dezember 2030 wird dies auf fünf Gruppen aus unterschiedlichen Therapiegebieten (z. B. chronisch entzündliche Erkrankungen, Migräneprophylaxe, Onkologie, kardiovaskuläre Intervention) beschränkt. Dies dient auch dazu, eine breite Basis für die vorgesehene Evaluation zu schaffen.

Bewertung

Bislang fehlt es an Wettbewerb im patentgeschützten Markt. Nutzenbewertung und anschließende Erstattungsbetragsverhandlungen benachteiligen die Kostenträger, besonders durch die gesetzlich garantierte Erstattungsfähigkeit neuer Arzneimittel ab Tag 1.

Dies führt dazu, dass das Segment der patentgeschützten Arzneimittel im 5-Jahres-Mittel um etwa 17 Prozent wächst und ca. 50 Prozent des Gesamtvolumens der GKV für Arzneimittel ausmacht (Quelle: FKG, Erster Bericht, 30.03.2026).

Die Innungskrankenkassen begrüßen daher grundsätzlich die Intention des Gesetzgebers mit der Neuregelung den Wettbewerb zwischen patentgeschützten therapeutisch vergleichbaren Arzneimitteln zu fördern.

Aus Sicht der Patientinnen und Patienten bleiben jedoch viele Fragen offen. Dazu zählt beispielsweise, was nach Ende des Rabattvertrages oder bei einem Kassenwechsel geschieht, wie etwaige Therapieumstellungen begleitet werden, was dies für eine alternde Gesellschaft sowie die Compliance und das Therapieverständnis hochaltriger Patienten bedeutet.

Darüber hinaus dürfte das ab 2030 mögliche Vorhandensein divergierender Gruppen (pro Therapiegebiet) das Vertrauen der Patienten in die Therapie reduzieren (Nocebo-Effekt) und den bürokratischen Aufwand erhöhen.

Die Maßnahme der FKG Nr. 39 (Selektivverträge für therapeutisch gleichwertige Arzneimittel unter Patent) sieht vor, dass der G-BA beauftragt werden soll, eine Liste mit therapeutisch vergleichbaren Therapieoptionen ohne generische Konkurrenz bereitzustellen.

Aus Sicht der Innungskrankenassen wird einer etwaigen Festlegung eines bundeseinheitlichen Vertragskatalogs durch den G-BA der Vorzug gegeben (vor einer Festlegung durch

einzelne Krankenkassen/Verbände). Auch die Vereinbarung von Verordnungsquoten (bislang in § 106b SGB V und damit regional verortet) sollte über die Rahmenvorgaben im Bund erfolgen, um einheitliche Vorgaben zu gewährleisten.

Änderungsvorschlag

§ 130e Absatz 2 SGB V wird wie folgt gefasst:

„§ 130e

Rabattverträge für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung

(1) Krankenkassen oder ihre Verbände können Rabattverträge nach § 130a Absatz 8 oder § 130c mit pharmazeutischen Unternehmen für Arzneimittel der Gruppe vereinbaren; die Vereinbarungen können exklusiv und wirkstoffübergreifend ausgeschrieben werden. Vertragsärzte haben rabattierte Arzneimittel der Gruppe zu verordnen, es sei denn im Einzelfall sprechen medizinische Gründe dagegen.

(2) ~~Verordnungen rabattierter Arzneimittel einer Gruppe nach Absatz 1 sind von der Prüfungsstelle als bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach den §§ 106 bis 106c zu berücksichtigende Praxisbesonderheiten anzuerkennen.~~ Verordnungen rabattierter und nicht rabattierter Arzneimittel einer Gruppe nach Absatz 1, die rabattierte Arzneimittel enthält, können von Maßnahmen nach den § 106 bis 106c ausgenommen werden, wenn eine nach § ~~106b Absatz 1 Satz 5~~ 84 Absatz 6 vereinbarte Verordnungsquote der Arzneimittel, für die Rabattverträge nach Absatz 1 Satz 1 abgeschlossen werden können für die jeweilige Gruppe erreicht wurde. Das Nähere, auch zur Anerkennung der Verordnung nicht rabattierter Arzneimittel aus medizinischen Gründen im Einzelfall als wirtschaftlich, regeln die Vertragspartner nach § ~~106~~ 84 Absatz 6.

(3) Bis zum 31. Dezember 2030 sind die Festlegungen und der Abschluss von Verträgen nach Absatz 1 Satz 1 nur innerhalb folgender Wirkstoffgruppen zulässig:

1. Janus-assoziierte Kinase (JAK)-Inhibitoren,

2. Calcitonin-Gene-Related-Peptide (CGRP)-Antagonisten,

3. Poly-ADP-Ribose-Polymerase (PARP)-Inhibitoren,

4. Proproteinkonvertase Subtilisin/Kexin Typ 9 (PCSK9)-Inhibitoren und

5. Programmed Cell Death-1-Rezeptor/Programmed Cell Death-ligand-1 (PD-1/PDL1)- Inhibitoren.

(4) Für den Zeitraum ab 01. Januar 2031 gibt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 Hinweise zu weiteren Gruppen von Arzneimitteln mit patentgeschützten Wirkstoffen mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung in einem Therapiegebiet.

(45) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Juli 2030 einen Bericht über die Auswirkungen des § 130e auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung sowie die Auswirkungen auf die Arzneimittelausgaben vorzulegen.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 66

§ 275c Absatz 2 SGB V (Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst)

Beabsichtigte Neuregelung

Die mit dem MDK-Reformgesetz eingeführten Prüfquoten in der Krankenhausabrechnungsprüfung sowie deren Schwellenwerte sollen ab dem 1. Januar 2027 angepasst werden.

Die bisher niedrigste Prüfquote von bis zu 5 Prozent wird beibehalten. Voraussetzung für die Erreichung dieser Prüfquote ist zukünftig aber ein Anteil unbeanstandeter Abrechnungen von 80 Prozent oder mehr und nicht wie bisher von 60 Prozent oder mehr.

Die mittlere Prüfquote von bis zu 10 Prozent wird durch eine Prüfquote von bis zu 15 Prozent ersetzt. Krankenhäuser erreichen diese mittlere Prüfquote, wenn ihr Anteil unbeanstandeter Abrechnungen zwischen 60 Prozent und unterhalb von 80 Prozent liegt (anstatt bislang zwischen 40 Prozent und unterhalb von 60 Prozent). Die höchste Prüfquote liegt zukünftig bei bis zu 25 Prozent anstatt bislang bei bis zu 15 Prozent. Diese wird erreicht, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 60 Prozent liegt und nicht wie bislang unterhalb von 40 Prozent. Auch in der Regelung in Satz 6 wird eine Änderung vorgenommen: Die für ein Krankenhaus geltende Prüfquote darf zukünftig überschritten werden, wenn sein Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 40 Prozent liegt und nicht wie bislang unterhalb von 20 Prozent.

Bewertung

Die Auswirkungen sind grundsätzlich positiv, auch wenn das Prüfquotensystem und der damit verbundene Aufwand nicht abgeschafft wurde. Die Schwellenwerte wurden deutlich angepasst. Nur Krankenhäuser, die über 80 Prozent unbeanstandete Abrechnungen haben, kommen noch in die geringste Prüfquote von 5 Prozent. So wird die ordnungsgemäße Abrechnung weiter gefördert und auch die Bereitschaft zum Falldialog dürfte sich nochmals erhöhen. Kritisch wird sein, in welchem Umfang bei ansteigenden Prüfverfahren dann die Anzahl der Erörterungsverfahren steigen wird; insbesondere bei Trägern, die mittlerweile nahezu alle leistungsrechtlichen Entscheidungen aus strategischen Gründen bestreiten.

Allerdings sah der von der FKG eingebrachte Vorschlag (Maßnahme 29) vor, das Prüfquotensystem gänzlich abzuschaffen. Dieser Vorschlag würde einerseits die finanzielle Situation der Krankenkassen verbessern und andererseits zur Bürokratieentlastung beitragen, weil der mit dem Prüfquotensystem eingeführte Bürokratieaufwand wegfallen würde (z. B. die Erstellung der Quartalsstatistiken und die Festlegung der Anzahl der individuellen Prüffälle je Krankenhaus und Quartal sowie die damit verbundenen Rechtstreitigkeiten).

Mit der Aufwandspauschale nach § 275c SGB V wird dem Risiko von übertriebenen Abrechnungsprüfungen ausreichend entgegengewirkt. Daher ist die gesetzliche Aufrechterhaltung der Prüfquoten nicht notwendig.

Ebenso fehlt der Vorschlag 35 der FKG, die Abrechnung der Vergütung der Vorhaltebudgets in den zulässigen Prüfumfang bei Krankenhausbehandlungen durch den Medizinischen Dienst aufzunehmen. Die Herausnahme der Vorhaltebudgets aus dem Prüfumfang würde die GKV mit über 630 Millionen Euro jährlich belasten, bis zum Jahr 2030 sogar mit einem potenziellen Anstieg auf über 700 Millionen Euro. Eine gesetzgeberische Lösung ließe sich unkompliziert umsetzen.

Änderungsvorschlag

Streichung von § 275c Absatz 2 und 4 SGB V sowie Vornahme notwendiger Folgeanpassungen z. B. bei den quartalsbezogenen Auswertungen und Aufschlagszahlungen.

Anpassung des § 275c Absatz 3 SGB V in Abhängigkeit von der gesetzlichen Änderung hinsichtlich der Quotierung von MD-Prüfungen.

Zusätzliche Streichung von § 275c Absatz 6 Nummer 3 SGB V und Klarstellung, dass daraus resultierende Mehr- und Mindererlöse der Abrechnung zugrunde gelegt werden.

Zu Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)
Nr. 3 Buchstabe a) und b)

§ 6a Absatz 2 und Absatz 2a (neu) KHEntgG (Vereinbarung eines Pflegebudgets)

Beabsichtigte Neuregelung

Der Zuwachs des Pflegebudgets soll ab dem Vereinbarungszeitraum 2027 auf den Veränderungswert gemäß § 9 KHEntgG begrenzt werden, wobei eine Überschreitung auf Grund von Kosten zur Umsetzung und Einhaltung von Personalvorgaben (z. B. PpUG) möglich ist. Basis hierfür ist das im Jahr 2026 krankenhausindividuell vereinbarten Pflegebudget und für die Jahre ab 2027 das für das jeweilige Vorjahr vereinbarte Pflegebudget. Wie bisher sind die tatsächlichen Ist-Kosten durch ein Testat nachzuweisen und bei einer Unterschreitung des geplanten Budgets die Differenzkosten vom Krankenhaus zurückzuzahlen, eine Absenkung der Basis für das Folgejahr soll jedoch nicht erfolgen.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen grundsätzlich die Absicht des Gesetzgebers, die Steigerungen der Pflegebudgets zu begrenzen. Auch die Streichung der Doppelfinanzierung der pflegentlastenden Maßnahmen wird positiv gesehen.

Das 2020 eingeführte Pflegebudget ist ein Instrument, welches sich nicht bewährt hat. Es ist keine Verbesserung der Pflege, sondern nur eine drastische Erhöhung der Kosten eingetreten. Beleg dafür sind u. a. die seit mehreren Jahren gleichbleibenden Quoten der Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen; unter anderem erkennbar im Bericht über die Auswirkungen der Pflegepersonaluntergrenzen gemäß § 137i Absatz 6 SGB V von GKV-Spitzenverband und Deutscher Krankenhausgesellschaft mit Beteiligung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung vom 22. Januar 2024. Danach werden die Pflegepersonaluntergrenzen in Krankenhäusern zwar im Monatsdurchschnitt vorwiegend eingehalten, jedoch sind regelhaft etwa 15 Prozent der Schichten unterbesetzt. In einigen Bereichen, wie zuletzt in der speziellen Pädiatrie und der Schlaganfallversorgung, ist sogar eine Unterbesetzung in jeder fünften Schicht zu verzeichnen. Diese Ergebnisse zeigen auf, dass die Untergrenzen im pflegerischen Versorgungsalltag immer wieder unterschritten werden.

Durch die vollständige Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System und deren separate Refinanzierung über das Pflegebudget sind die finanziellen Belastungen für die Kostenträger erheblich angewachsen. Der krankenhausindividuelle Ist-Kostenausgleich für Pflegepersonal auf bettenführenden Stationen von DRG-Krankenhäusern wird über einen krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert im Rahmen des Pflegebudgets vergütet. Solche Vergütungsbestandteile, die nicht pauschaliert sind, setzen kaum wirksame Anreize zur wirtschaftlichen Effizienz und tragen zu überdurchschnittlichen Ausgabensteigerungen bei.

Die Vergütungsanstiege sind dabei im Wesentlichen auf den bestehenden Ist-Kostenausgleich der krankenhausindividuellen Pflegebudgets sowie auf die Entwicklung der damit verbundenen krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwerte und der Pflegepersonalausstattung

zurückzuführen. Bei nur geringfügig steigender Leistungsinanspruchnahme – gemessen an den Belegungstagen – wurde die Pflegepersonalausstattung teilweise deutlich ausgeweitet, nicht selten über das erforderliche Maß hinaus (siehe Abschnitt 6.6.3). Die starke Vergütungsdynamik wird zusätzlich durch gesetzliche Vorgaben zur Mindest- und bedarfsgerechten Personalbesetzung sowie durch zusätzliche Vergütungen für pflegeentlastende Maßnahmen verstärkt.

Beim Pflegebudget kommt des Weiteren noch der Aspekt hinzu, dass es strukturell nicht möglich ist, ein pauschalisiertes System neben einen Selbstkostendeckungsbereich zu stellen, da in der Ausgestaltung immer der Anreiz existiert, Gelder zu generieren, die pauschaliert gezahlt werden. Eine Abgrenzung ist so niemals möglich und es hat immer Doppelfinanzierung zur Folge. Auch ein Nachweis zur Mittelverwendung schließt diese Fehlanreize nicht aus.

Um den starken Anstieg der Pflegepersonalkosten zu begrenzen und einen wirtschaftlichen Einsatz von Pflegepersonal zu fördern, empfiehlt auch die FKG die Pflegepersonalkosten ab 2027 wieder in das DRG-System einzugliedern. Die Finanzierung des Pflegeanteils je DRG soll dabei – nach einer einjährigen Übergangsphase – an einen verbindlichen Nachweis der vollständigen, bestimmungsgemäßen Verwendung der in den DRGs anteilig enthaltenen Mittel für Pflegeaufwendungen der jeweiligen DRG gekoppelt werden, um Anreize für einen verringerten Pflegepersonaleinsatz zu verhindern. Wird der Nachweis nicht erbracht, können die Kostenträger ab 2028 eine entsprechende Rückzahlung verlangen.

Die Neuregelung greift leider nicht den Vorschlag der FKG (Maßnahme Nr. 27) auf, das Pflegebudget in die DRG-Fallpauschale vollständig wieder einzugliedern. Nur diese Maßnahme würde eine sichere Begrenzung der Ausgabendynamik und die Verhinderung bekannter Abgrenzungs-, Auslegungs- und Zuordnungsprobleme erreichen.

Hier sei insbesondere auf die aktuelle Diskussion zur Definition der „Pflege am Bett“ (Änderung im KHAG) verwiesen. Kritisch ist auch die Festlegung des Basisjahres mit dem noch laufenden Jahr 2026, diese kann zu einem Anreiz führen, noch schnell das Pflegebudget mit hohen Neueinstellungen und Kostensteigerungen aufzublähen, da in der Basis auch keine Reduzierung vorgesehen ist. Eine Öffnung des gedeckelten Budgets ist nur leistungsbezogen denkbar (entsprechend der Regelungen bei den DRG), um die mit dem KHG beabsichtigten Strukturanpassungen nachzuvollziehen. Eine Ausdeckelung auf Grund von Personalvorgaben ist auf Grund unklarer Berechnung abzulehnen, und auch nicht notwendig bei einer Vergütung der Pflegekosten im Rahmen der DRG. Zu Unterstützen ist der Nachweis der zweckentsprechenden Mittelverwendung mit Rückzahlungsverpflichtung, um so eine Zweckentfremdung der notwendigen Mittel zur Sicherung einer qualitativ hochwertigen Pflege zu verhindern.

Die geplante Änderung führt aktuell bereits zu großen Problemen in den Vergütungsverhandlungen. Um mit der Vergütungsvereinbarung für das Jahr 2026 eine möglichst hohe Ausgangsbasis für das Jahr 2027 vorzuhalten, erfolgen von den Krankenhäusern unrealistische Forderungen bezüglich der Personalkosten.

Aus diesem Grund sollte das vereinbarte Pflegebudget 2025 die Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung 2027 sein. Es wäre denkbar, das vereinbarte Pflegebudget 2025 um die vereinbarte Tarifrate 2026 zu steigern, um die tarifbedingten Kostensteigerungen für das Jahr 2026 zu berücksichtigen.

Alternativ könnte festgelegt werden, dass die Ausgangsbasis für das Pflegebudget 2027 das vereinbarte Pflegebudget 2026 allenfalls in der Höhe des Wirtschaftsprüfertestate für das Jahr 2026 ist.

Um dennoch prospektive Verhandlungen zur ermöglichen, wären Ausgleiche in den Vergütungsvereinbarungen 2028, falls die Ausgangsgrundlage des Jahres 2026 nicht den tatsächlichen Kosten für das Jahr 2026 entspricht, gesetzlich vorzugeben.

Änderungsvorschlag

§ 6a Absatz 2 und Absatz 2a neu KHEntgG wird wie folgt geändert:

Umsetzung der vollständigen Wiedereingliederung der Pflegepersonalkosten in die DRG-Fallpauschalen entsprechend der Maßnahme Nr. 27 der FKG.

hilfsweise:

§ 6a Absatz 2a Satz 1 KHEntgG wird wie folgt gefasst:

Basis für die Begrenzung des Pflegebudget ab 2027 ist das vereinbarte Budget 2025 aber maximal in Höhe der testierten Kosten. Ab 2027 kann das Pflegebudget nur um den Veränderungswert (man könnte auch den Personalkosten-Orientierungswert ansetzen) steigen und vereinbarte Leistungsveränderungen (Veränderung der Pflege-Bewertungsrelation) angepasst werden. Die tatsächliche Mittelverwendung ist per Testat nachzuweisen, Unterschreitungen sind zurückzuzahlen und senken die Basis für das Folgejahr ab (hier besteht leider ein Verzug von einem Jahr).

Zu Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 6a Doppelbuchstabe aa

§ 9 Absatz 1 Nr. 3 KHEntgG (Vereinbarung auf Bundesebene)

Beabsichtigte Neuregelung

Es wird ein neuer Prüfauftrag zur Erweiterung der Regelungen zur Fallzusammenführung neben den Abrechnungsbestimmungen für die Entgelte nach den Nummern 1, 2 und 2a sowie die Regelungen über Zu- und Abschläge eingeführt. Die Prüffrist läuft bis zum 30. Juni 2027.

Bewertung

Der vorgesehene Prüfauftrag zur Erweiterung der Regelungen zur Fallzusammenführung wird seitens der Innungskrankenkassen grundsätzlich positiv gesehen, bleibt aber unvollständig, da die Empfehlung der FKG nicht komplett umgesetzt wird.

Die FKG empfiehlt als Maßnahme Nr. 30, die bestehenden Regelungen zur Fallzusammenführung im aDRG-Bereich zu erweitern und weitestgehend zu pauschalieren, sodass Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach der Ersteinweisung pauschal zusammengeführt werden – unabhängig vom Krankenhausstandort oder der MDC-Kategorie. Auf diese Weise sollen Fehlanreize abgebaut, administrative (Prüf-)Prozesse vereinfacht, Krankenhauspersonal entlastet und Effizienzreserven systematisch erschlossen werden.

Der Erteilung eines Prüfauftrags erscheint aus bürokratischen Gesichtspunkten sehr aufwendig. Zudem ist nicht sichergestellt, dass mit dem Prüfauftrag zielführende Anpassungen erfolgen. Daher wäre eine gesetzliche Regelung der Fallzusammenführung zu befürworten.

Änderungsvorschlag

Umsetzung der FKG Maßnahme Nr. 30.

Die Umsetzung der empfohlenen Maßnahme kann über eine gesetzliche Vorgabe für die gemäß § 17b Absatz 2 KHG verantwortlichen Vertragsparteien im Rahmen der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) ab 2027 erfolgen. In diesem Zusammenhang sind insbesondere die Regelungen zu Wiederaufnahmen gemäß § 2 FPV neu zu fassen sowie angrenzende Regelungen nach § 1 Absatz 7 FPV (Beurlaubung) und § 3 Absatz 1 FPV (Rückverlegungen) anzupassen.

Zu Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2b

§ 17b Absatz 2a (neu) KHEntgG (Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser)

Beabsichtigte Neuregelung

Ab 2028 sollen Kurzzeitfallpauschalen neben den bisherigen Abrechnungsmöglichkeiten (aDRG-Fallpauschale, Hybrid-DRG) geschaffen werden für somatische Behandlungen im Krankenhaus mit bis zu zwei Übernachtungen bzw. einer Dauer von höchstens drei Kalendertagen. Das InEK wird beauftragt, bis zum 31. März 2027 ein Konzept zu entwickeln.

Bewertung

Die Einführung der Kurzzeitfallpauschalen für kurzstationäre Fälle wird von den Innungskrankenkassen begrüßt und stellt ein besseres Instrument als die derzeitigen HybridDRG dar.

Allerdings darf die Einführung der Kurzzeitpauschalen ausschließlich als Ersatz für bisherige Vergütungsformen installiert werden. Ansonsten besteht das Risiko, dass die Einführung der Kurzzeitpauschalen weiteren bürokratischen Aufwand produziert.

Daher sollten nach einer 2-3-jährigen Einführungsphase die Kurzzeitpauschalen die Hybrid-DRG ersetzten. Für den KV-Arzt-Bereich könnte eine alternative ambulante Leistungserbringung um die Möglichkeit einer Übernachtungspauschale erweitert werden (da hier auch weniger komplexe Fälle erbracht werden).

Änderungsvorschlag

Ersetzung der Hybrid-DRG nach der Einführungsphase.

Zu Artikel 5 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 1 bb

§ 3 Absatz 3 Satz 8 bis 10 BPflV (Vereinbarung eines Gesamtbetrags)

Beabsichtigte Neuregelung

Es werden Maßnahmen zur Begrenzung von unverhältnismäßigen Budgetsteigerungen im PEPP-Bereich ergriffen.

Bisher vereinbaren die Vertragsparteien vor Ort, ob und inwieweit der Gesamtbetrag bei unbesetzten Stellen abzusenken ist. Diese Regelung wird bis einschließlich 2026 befristet. Ab dem Vereinbarungsjahr 2027 wird die Absenkung verpflichtend: Mittel für nicht besetzte Stellen oder zweckentfremdete Gelder müssen im nächstmöglichen Zeitraum ausgeglichen und der Gesamtbetrag entsprechend gekürzt werden. Konkret bedeutet dies: Ergibt der bis zum 31. März 2028 vorzulegende Nachweis für das Jahr 2027 Fehlbesetzungen oder zweckfremde Verwendung, ist die Kürzung zwingend in der darauffolgenden Vereinbarung umzusetzen.

Bewertung

Die Änderung wird von den Innungskrankenkassen ausdrücklich begrüßt, da sie eine zweckentsprechende Mittelverwendung sicherstellt. Es wird die Finanzierung von nicht vorhandenem Personal ausgeschlossen.

Die Neuregelung muss jedoch bereits für das Vereinbarungsjahr 2026 umgesetzt werden. Die bisher vorgesehene Einführung ab dem Vereinbarungsjahr 2027 führt zu Fehlanreizen und zusätzlichen Mehrausgaben. Krankenhäuser machen in den aktuell noch laufenden Budgetverhandlungen für 2026 zusätzliche Stellenbesetzungen geltend, für die es keine Rückzahlungsverpflichtung gibt. Selbst wenn die Nachweise, die bis 31. März 2027 vorzulegen sind, eine Fehlbesetzung oder zweckfremde Verwendung nachweisen, gibt es für diese keine Verpflichtung für eine Rückzahlung. Die mit der Maßnahme geplanten Einsparungen werden damit frühestens 2028 wirksam und können bei der Beitragssatzermittlung nicht wie vorgesehen bereits 2027 berücksichtigt werden.

Änderungsvorschlag

§ 3 Absatz 3 Satz 8 bis 10 BPflV wird wie folgt gefasst:

„Für die Jahre bis einschließlich des Jahres 2025~~6~~ gilt, sofern sich auf Grundlage der Nachweise nach § 18 Absatz 2 ergibt, dass eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht vorgenommen wurde, dass die Vertragsparteien zu vereinbaren haben, inwieweit der Gesamtbetrag abzusenken ist. Für die Jahre ab 2026~~7~~ gilt, sofern sich auf Grundlage der Nachweise nach § 18 Absatz 2 ergibt, dass eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht vorgenommen wurde oder ….“

Zu Artikel 5 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)
Nr. 2

§ 4 BPflV (Leistungsbezogener Vergleich)

Beabsichtigte Neuregelung

Der leistungsbezogene Vergleich wird zur Verbesserung der Praxistauglichkeit um Kostendaten ergänzt.

Bewertung

Die Änderung wird von den Innungskrankenkassen begrüßt. Durch die Ergänzung wird die wirtschaftliche Angemessenheit der zu vereinbarenden Budgets verbessert. Da diese Daten bereits für die Budgetvereinbarung vor Ort vorzulegen sind, entsteht für Krankenhäuser kein nennenswerter Mehraufwand. Die Ergänzung macht das Verhältnis zwischen Leistungen und Kosten innerhalb der Vergleichsgruppen transparent. Dies unterstützt die Krankenkassen dabei, leistungsgerechte und wirtschaftlich angemessene Budgets sowie Entgeltwerte zu vereinbaren.

Wie in den Empfehlungen der FKG vorgeschlagen, sollten pauschale Entgelterhöhungen durch den Krankenhausvergleich ausgeschlossen werden.

Des Weiteren besteht aktuell das Problem, dass mit dem aktuelle Krankenhausvergleich keine Angleichung der Basisentgeltwerte möglich ist. Aus diesem Grund ist gesetzlich festzulegen, dass das InEK beauftragt wird, um einen Krankenhausvergleich vorzunehmen.

Auf der Basis dieses Krankenhausvergleichs werden im Rahmen einer Konvergenzphase die krankenhausindividuellen Basisentgeltwerte angeglichen.

Änderungsvorschlag

§ 3 Absatz 3 Satz 5 BPflV wird wie folgt gefasst:

Bei den Vorgaben zur Budgetermittlung ist der Nebensatz „~~oder im Rahmen einer Anpassungsvereinbarung nach Satz 6 eine entsprechende Überschreitung als notwendig vereinbart wurde~~“ zu streichen.

Ergänzender Änderungsbedarf

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 87 Absatz 2a SGB V (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte)

Absenkung der EBM-Ziffern im Zusammenhang mit Katarakt-Ops

Die FKG hat in ihrem Bericht als Reformempfehlung Nr. 18 ein relevantes Einsparvolumen im Jahr 2027 in Höhe von 150 Millionen Euro bei einer Absenkung der Bewertung der augenärztlichen Operationen bei grauem Star um 30 Prozent identifiziert. Die Innungskrankenkassen stimmen der Kommission in den angebrachten Punkten zu und befürworten eine gesetzliche Umsetzung der Empfehlung.

Die derzeitige Kalkulation der Kataraktoperationen bildet die tatsächlichen Gegebenheiten nicht mehr sachgerecht ab. Technologische Fortschritte sowie die nicht mehr bestehenden Notwendigkeit zur weiteren Ambulantisierung haben zu einer deutlichen Übervergütung geführt. Diese überhöhten Vergütungen haben Fehlentwicklungen ausgelöst. Wie die FKG darlegt, betrifft dies sowohl die zunehmende Honorardivergenz zwischen konservativ und operativ tätigen Augenärzten als auch die steigende Attraktivität des Sektors für Finanzinvestoren, was regional bereits zu monopolartigen Strukturen führt. Diese Entwicklungen begünstigen eine deutliche Mengenausweitung. Aus Sicht der Innungskrankenkassen ist ein gesetzlicher Auftrag an den Bewertungsausschuss zur Absenkung der Bewertung erforderlich. Um zu einer sachgerechten Vergütung zu finden, bedarf es eines konkreten Zielwertes, der im oberen Bereich des von der FKG gesetzten Rahmens bei 40 Prozent liegen sollte.

Neuregelungsvorschlag

§ 87 Abs. 2a SGB V werden folgende Sätze angefügt:

„Der Bewertungsausschuss hat den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen mit Wirkung zum 1. Januar 2027 dahingehend anzupassen, dass die Bewertungen der intraokularen Eingriffe bei Katarakt sowie die zugehörigen Leistungen für Anästhesie und Narkosemanagement pauschal um 40 Prozent abgesenkt werden.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 87 Absatz 2a SGB V (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte)

Streichung gesonderter Hygienezuschläge

Die FKG weist in Maßnahme Nr. 15 nachvollziehbar ein Einsparpotenzial von rund 120 Millionen Euro jährlich durch die Streichung der gesonderten Hygienezuschläge nach. Die Innungskrankenkasse stimmen der Kommission in der Analyse und Schlussfolgerung zu und unterstützen daher die Umsetzung der Empfehlung.

Die Hygienekosten der Praxen werden bereits vollständig über die Kostenstrukturerhebung des Statistischen Bundesamts und die jährliche Fortschreibung des Orientierungswerts refinanziert. Damit sind die tatsächlichen Hygieneaufwände bereits im Vergütungssystem abgebildet. Die zusätzlichen Hygienezuschläge führen daher zu einer Doppelfinanzierung, die weder wirtschaftlich noch versorgungspolitisch vertretbar ist.

Für die Versicherten entstehen durch die Streichung keine Nachteile. Die Versorgung bleibt unverändert gewährleistet, da die Hygienekosten weiterhin über die reguläre Vergütung gedeckt sind. Betroffen wäre lediglich der zusätzliche Ertrag der Praxen, nicht jedoch die Leistungsfähigkeit der Versorgung.

Vor diesem Hintergrund ist die gesetzliche Umsetzung notwendig, um die Vergütungsstrukturen zu bereinigen und die identifizierten Einsparungen zur Stabilisierung der finanziellen Lage der gesetzlichen Krankenversicherung einzusetzen.

Regelungsvorschlag

§ 87 Abs. 2a SGB V werden folgende Sätze angefügt:

„Ab dem 1. Januar 2027 darf der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen keine Hygienezuschläge enthalten. Die Hygienezuschläge im Zusammenhang mit ambulanten Operationen sind davon unberührt.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) und zu Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

§§ 137c, 137e Absatz 1 SGB V, § 6 Absatz 2 KHEntgG (Umgang mit NUBs im Krankenhaus)

Maßnahmenpaket zum Umgang mit NUBs im Krankenhaus ab 2027

Für NUBs mit erkennbarem Potenzial als Behandlungsalternative können NUBs derzeit von jedem Krankenhaus erbracht werden, sodass noch nicht hinreichend erprobte Methoden zum Teil ohne erforderliche Expertise oder Infrastruktur angewendet werden können, während die NUB-Zusatzentgelte zugleich sowohl die Behandlung als auch die Evidenzgenerierung zulasten der GKV finanzieren. Die Kosten der Finanzierung der Evidenzgenerierung trägt faktisch immer die GKV. Über das Potential kann letztlich jede Krankenkasse alleine entscheiden, solange der G-BA noch keine Entscheidung getroffen hat

Die Innungskrankenkassen schlagen daher die Umsetzung der FKG Reformempfehlung Nr. 31 „Maßnahmenpaket zum Umgang mit NUBs im Krankenhaus ab 2027“ vor. Die Finanz-Kommission Gesundheit empfiehlt vor diesem Hintergrund folgende drei Reformschritte:

1. Die Erbringung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden erfolgt ausschließlich in ausgewählten Innovationszentren, die zugleich die klinischen Studien durchführen.

2. Die GKV trägt bei Vorliegen des Potentials nach § 137c SGB V die Kosten der medizinischen Behandlung und die Kosten der Studien und der Evidenzgenerierung. Wenn allerdings unabhängig von einem Beratungsverfahren nach § 137c SGB V Hersteller von Medizinprodukten oder andere Unternehmen mit wirtschaftlichem Interesse beim G-BA nach § 137e Absatz 7 SGB V beantragen, dass eine Richtlinie zur Erprobung einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode beschlossen wird, müssen sie die Kosten für die Evidenzgenerierung vollständig selbst tragen.

3. Das Entscheidungsmonopol über das Vorliegen eines Potenzials der Methode sollte beim G-BA liegen. Dieser sollte auf Antrag einer der in § 137c Absatz 1 SGB V genannten Antragsteller innerhalb von drei Monaten über das Potential entscheiden. Ohne diese Entscheidung darf die Leistung nicht erbracht und es dürfen keine NUB-Vereinbarungen geschlossen werden.

Geschätzte Finanzwirkung

Die Finanzwirkung wird auf rund 50 Millionen Euro jährlich ab 2027 geschätzt. Grundlage ist die Annahme, dass nach Umsetzung der Reformempfehlung etwa zwei Drittel der bisherigen NUB-Ausgaben (ca. 70 Mio. € jährlich) entfallen würden.

Regelungsvorschläge:

Anpassungen der Regelungen in §§ 137c und 137e SGB V sowie § 6 KHEntgG.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 275c Absatz 6 Nr. 3 SGB V (Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst)

Aufnahme der Vorhaltebudgets in den zulässigen Prüfumfang

Derzeit ist gemäß § 275c Absatz 6 SGB V eine einzelfallbezogene Prüfung der Abrechnung für die Vergütung des durch das KHVVG eingeführte Vorhaltebudgets ausgeschlossen. Aktuell würde die Herausnahme dazu führen, dass sich das finanzielle Volumen der Krankenhausabrechnungsprüfungen in etwa halbieren würde. Dies hätte, im Vergleich zum aktuell möglichen Prüfumfang, deutliche Mehrbelastungen für die GKV zur Folge. Diese Regelung läuft damit den aktuellen Reformbestrebungen zur Konsolidierung der GKV-Finanzen entgegen.

Zudem werden etwaige Minder- oder Mehrerlöse aus Einzelfallkorrekturen im Rahmen des Vorhaltebudgetausgleichs vollständig ausgeglichen (§ 6b Absatz 5 KHEntgG), so dass Einzelfallkorrekturen de facto keine finanzielle Wirkung auf die Höhe der Vorhaltebudgets entfalten.

Ebenso entsteht für die GKV ein Wettbewerbsnachteil gegenüber der PKV, die eine volle Prüfung der Vorhaltebudgets durchführen darf. Das durch diese Regelung entgehende Erstattungsvolumen ist finanziell erheblich und kann zusammen mit dem bestehenden Nachteil der GKV gegenüber der PKV infolge der Prüfquote eine wettbewerbsrelevante Größenordnung erreichen, da die privaten Krankenversicherungen ihre Prüf- und Korrekturmöglichkeiten weiterhin weitgehend uneingeschränkt wahrnehmen können.

Auch die FKG hat in der Reformempfehlung Nr. 35 ihres ersten Berichtes empfohlen, die Vorhaltebudgets in den zulässigen Prüfumfang aufzunehmen.

Regelungsvorschläge:

Streichung § 275c Abs. 6 Nr. 3 SGB V.

Zu Artikel 4 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

§ 37 KHG (Aufgaben des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Zusammenhang mit der Ermittlung der Vergütung eines Vorhaltebudgets)

Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung

Die Vorhaltevergütung ist ein wesentlicher Kostenfaktor und deren Ausgestaltung wird wesentlich die Ausgabendynamik im Krankenhausbereich in den nächsten Jahren bestimmen. Die Anpassungen beim Pflegebudget und die vom KHVVG und KHAG beabsichtigten Strukturveränderungen lassen eine mehrjährige Fixierung von 60 Prozent der Krankenhaus-Budgets als nicht sinnvoll erscheinen. Die Herausnahme von NRW, das bereits in diesem Umstrukturierungsprozess ist, unterstreicht dies. Auch die zeitliche Umsetzung der Vorhaltefinanzierung sollte sich der aktuell vorgesehenen Umsetzung der Leistungsgruppen anpassen, für 2027 optional und für das Jahr 2028 verbindlich.

Die Vorhaltefinanzierung birgt weiterhin das Risiko von Mengenanreizen. Durch die Steuerung von Leistungsmengen können Krankenhäuser höhere Erlöse erzielen. Zudem fördert die Vorhaltefinanzierung die Strukturkonservierung. Gegenüber Krankenhäusern, die für die bedarfsgerechte Krankenhausversorgung der Bevölkerung nicht notwendig sind, wird mit der Vorhaltefinanzierung der wirtschaftliche Druck reduziert. Daher bleiben diese unwirtschaftlichen Krankenhäuser erhalten und entziehen dem Gesundheitswesen weiterhin Gelder, obwohl wirtschaftlichere Krankenhäuser diese Leistungen mit einem geringeren Kostenaufwand erbringen könnten.

Des Weiteren führt die Einführung der Vorhaltefinanzierung, mit einer weiteren Differenzierung des Vergütungssystems, zu einem deutlichen zusätzlichen bürokratischen Aufwand. Das ohnehin bereits sehr komplexe Vergütungssystem wird zusätzlich kompliziert. Dies wird die Krankenhausfinanzierung zusätzlich belasten. Aus diesem Grund sollte die Vorhaltefinanzierung abgeschaffte werden. Vielmehr sollten alle Beteiligten am Vergütungssystem ein Konzept entwickeln, um die Mengenanreize im DRG-System zu reduzieren.

Um diese grundsätzliche Veränderung der Vorhaltefinanzierung zu ermöglichen, schlagen die Innungskrankenkassen die Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung um zwei Jahre vor. Ziel ist, nach der ersten Strukturanpassungsphase mit einem überarbeiteten Konzept (siehe unsere bisherigen Vorschläge zur Höhe und Kalkulation der Vorhaltung – zuletzt in der IKK e.V. Stellungnahme zum KHAG vom 15.12.2025 zu Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) Nr. 8 § 37 KHG) bundeseinheitlich in allen Ländern zu starten. Alternativ schlagen die Innungskrankenkassen die Verlängerung der budgetneutralen Phase um ein Jahr vor.

Der pauschale Satz ohne Pflegekosten sollte dementsprechend nur noch 20 bis 30 Prozent der Gesamtfallkosten betragen. Alternativ könnte der pauschale Betrag durch die vom InEK ermittelten Kosten der medizinischen und nicht medizinischen Infrastruktur ersetzt werden. Hierbei sollte auf Grund der hohen Ausgabenwirkung auch ein längerer budgetneutralerbzw. Konvergenzzeitraum gewählt werden. Sinnvoll erscheinen hier Budgetneutralität für 2027 und 2028 sowie eine Konvergenz in den Jahren 2029 und 2030.

Änderungsvorschlag

Anpassung siehe Bewertung.

Zu Artikel 4 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

§ 39 KHG (Förderbeträge für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin)

Streichung einer nicht kriteriengestützten Förderung ausgewählter Versorgungsstrukturen

Die Innungskrankenkassen fordern die Umsetzung der FKG Empfehlung Nr. 36: Streichung einer nicht kriteriengestützten Förderung ausgewählter Versorgungsstrukturen.

Die FKG empfiehlt, die zusätzlichen Fördertöpfe in den Bereichen Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Units, spezielle Traumatologie und Intensivmedizin sowie die Fördermittel für Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und für Hochschulkliniken zu streichen. Zudem sollte die Erhöhung der Zuschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung und für ländliche Krankenhäuser rückgängig gemacht werden. Damit sollen Doppelvergütungen vermieden und die Vorhaltefinanzierung ausgabenneutral umgesetzt werden.

Eine kurzfristige Umsetzbarkeit der Reformempfehlung ist ab 2027 für die Bereiche Pädiatrie und Geburtshilfe sowie ab 2028 für die übrigen Bereiche und Versorgungsstrukturen gegeben.

Änderungsvorschlag

Entsprechende Anpassungen im KHEntgG bzw. KHG.

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(44)
gel. VB zur öffent. Anh. am 22.06.2
19.06.2026

Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)
(BT-Drs. 21/6130 vom 26.05.2026)

Berlin, 18.06.2026

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Inhaltsverzeichnis

1. Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs ... 4
2. Vorbemerkung ... 7
3. Stellungnahme im Einzelnen ... 7
Außerordentliche Anhebung der Versicherungspflichtgrenze im Jahr 2027 um 3.600 Euro ... 7
Artikel 1 Nr. 5 Buchstabe b (§ 6 SGB V-E) ... 7
Ausschluss von homöopathischen und anthroposophischen Leistungen als Satzungsleistungen ... 8
Artikel 1 Nr. 8 (§ 11 Absatz 7 Satz 4 SGB V-E) ... 8
Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten ... 8
Artikel 1 Nr. 9 (§ 25 SGB V-E) ... 8
Zweitmeinungs-Verfahren ... 10
Artikel 1 Nr. 10 (§ 27b SGB V-E) ... 10
Teilarbeitsunfähigkeit ... 11
Artikel 1 Nr. 17 (§ 44c SGB V-E) ... 11
Globale Begrenzung der Vergütungsanstiege ... 12
Artikel 1 Nr. 25 Buchstabe b (§ 71 SGB V-E) ... 12
Geplante Maßnahme: Streichung extrabudgetäre Zusatzvergütung Organspendeberatung ... 14
Nummer 31 Doppelbuchstabe bb (§ 87 SGB V-E) ... 14
Streichung der Vergütung für die Erstbefüllung und Aktualisierung der elektronischen Patientenakte (ePA) ab 2027 ... 14
Artikel 1 Nr. 31 c (§ 87 SGB V-E) ... 14
Streichung der Vergütungsregelungen für TSVG-Konstellationen und Rückführung in die MGV für Leistungen in TSVG-Konstellationen ... 15
Artikel 1 Nr. 31 Buchstabe d) Doppelbuchstabe aa) und Buchstabe e) Doppelbuchstabe aa) (§ 87 SGB V-E) sowie Nr. 32 Buchstabe b) (§ 87a SGB V-E) ... 15
Streichung Zuschläge Kurzzeittherapie (KZT) bei ambulanter Psychotherapie ... 17
Artikel 1Nr. 31 (§ 87 Absatz 2c SGBV-E) ... 17
Innovationsfonds, Fördergrundlagen ... 17
Artikel 1 Nr. 37 (§92a SGBV-E) ... 17
Einführung von Ausnahmen vom „dynamischen Herstellerabschlag“ ... 18
Artikel 1 Nr. 48 Buchstabe a, (§ 130a SGB V-E) ... 18
Erstattungsbeträge für Arzneimittel (Abschaffung der „Leitplanken“) ... 19
Artikel 1 Nr. 49 Buchstabe c, (§ 130b SGB V-E) ... 19

Beteiligung des Bundes an Aufwendungen, Beiträge für Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherungsgeld 20
Artikel 1 Nr. 60 (§ 221 SGB V-E) zusammen mit Artikel 1 Nr. 62 (§ 232a SGB V-E) 20
Außerordentliche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze im Jahr 2027 um 3.600 Euro 21
Artikel 1 Nr. 61 (§ 223 Absatz 4 SGB V-E) 21
Anpassung der Prüfquoten und Schwellenwerte bei Krankenhausabrechnungen, Erweiterung des MD-Prüfauftrags und Stärkung des Falldialogverfahrens, Prüfquoten des Medizinischen Dienstes 22
Artikel 1 Nr. 66 (§ 275c SGB V-E) 22
Evaluation des Gesetzes 23
Artikel 1 Nr. 71 (§ 430 SGB V-E Neu) 23
Reduzierung der Refinanzierung von Tarifsteigerungen in somatischen Krankenhäusern 24
Artikel 3 Nr. 7 Buchstabe c (§ 10 KHEntgG-E) 24
Änderung der Bundespflegesatzverordnung 25
Artikel 5 § 3b Abs. 4 BPflV 25
Streichung der Meistbegünstigungsklausel 25
Artikel 3 Nr. 6 Buchstabe b (§ 9 Absatz 1b KHEntgG_E) 25
Einführung von DRG-Kurzzeitfallpauschalen 26
Artikel 4 (§ 17b Absatz 3 SGB V-E) 26
4. Ergänzender Änderungsbedarf 26
Abschaffung des Orphan-Privilegs: Bericht der Finanzkommission Gesundheit (Empfehlung Nr. 40) 26
Realisierung von Einspareffekten auf Seiten der gesetzlichen Krankenkassen durch die Digitalisierung bestehender Prozesse 27

1. Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs

a) Allgemeine Einordnung

Die Bundesärztekammer unterstützt grundsätzlich die Zielsetzung der Bundesregierung, das Gesundheitssystem so auszurichten, dass die **Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ihre Einnahmen nicht dauerhaft übersteigen**. Dieses richtige Ziel darf allerdings nicht vereinfacht mit einer „einnahmenorientierten Ausgabenpolitik“ gleichgesetzt werden.

Denn ein solidarisches Gesundheitssystem muss seine Leistungen am medizinisch erforderlichen Versorgungsbedarf der Bevölkerung ausrichten. Eine pauschale Ausgabenbegrenzung in allen Versorgungsbereichen wird der medizinischen Realität nicht gerecht. Unausgewogene Kürzungen können Verwerfungen in der Versorgung auslösen, die langfristig sogar zu steigenden Kosten führen können.

Die Herausforderung in der aktuellen Lage des Gesundheitswesens besteht darin, einerseits weiter steigende Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung abzuwenden und zugleich für eine qualitativ hochwertig, bedarfsgerechte, und flächendeckend zugängliche Gesundheitsversorgung zu sorgen. Beide Ziele sind nicht nur für das Gesundheitswesen selbst, sondern auch für den gesellschaftlichen Zusammenhalt und die wirtschaftliche Stabilität in Deutschland von besonderer Bedeutung.

Die Bundesärztekammer hat bereits frühzeitig Wege aufgezeigt, wie in dieser Lage finanzielle Stabilität und gute Versorgung in Einklang gebracht werden können. Die Bundesärztekammer hat vorgeschlagen, kurzfristig Maßnahmen zu ergreifen, die ordnungs- und gesundheitspolitisch ohnehin überfällig sind.

Dazu gehört insbesondere die vollständige Refinanzierung der Behandlungskosten für Bürgergeldbeziehende aus dem Bundeshaushalt, aber auch erhöhte Verbrauchssteuern auf ungesunde Substanzen mit hohen volkswirtschaftlichen Folgekosten wie Alkohol, Nikotin und Zucker.

Auf diese Weise wäre eine Stabilisierung der GKV-Beitragssätze möglich, bis die unbedingt notwendigen Strukturreformen im Gesundheitswesen ihre Wirkung entfalten können (insbesondere Krankenhausreform, Notfallreform, Einführung eines ärztlich geprägten Primärversorgungssystems, Reform der Arzneimittelpreisbildung). Bei richtiger Umsetzung führen diese Reformen nicht nur zu einer besseren Versorgung, sondern auch zu deutlichen Einsparungen.

Die Bundesärztekammer hat außerdem empfohlen, so schnell wie möglich auch eine grundlegende Neuausrichtung durch einen politikfeldübergreifenden Präventionsansatz auf den Weg zu bringen, um damit auch langfristig die Krankheitslast und die Behandlungskosten zu senken.

Die Bundesregierung ist diesen Vorschlägen nicht gefolgt. Stattdessen liegt nun ein reines Spargesetz vor. Der Bund wird seiner finanziellen Verantwortung für die versicherungsfremden Leistungen weiterhin nicht gerecht. Stattdessen belastet das Gesetz insbesondere diejenigen überproportional, die die Versorgung leisten. Dem Gesundheitswesen wird sogar einen Beitrag zur Stabilisierung des Bundeshaushalts abverlangt.

Die Sparmaßnahmen werden die Entwicklung und Umsetzung der eigentlich erforderlichen strukturellen Reformen erheblich erschweren. Damit steht die langfristige Stabilisierung des Gesundheitssystems in Frage, die eigentlich das Ziel aller Bemühungen sein sollte. Nicht zuletzt können die jetzt geplanten Sparmaßnahmen nicht ohne Auswirkungen auf die Patientenversorgung bleiben.

b) Zentrale Kritikpunkte

Die Spannungsfelder, die sich aus einer einseitigen Orientierung an einer Begrenzung von Ausgaben ergeben, werden an mehreren Regelungen des Gesetzentwurfs sichtbar:

So sind offene Sprechstunden und die Vermittlung von Terminen über die Plattform „116117“ wichtige Instrumente für einen zeitnahen Zugang zur fachärztlichen Versorgung. Sie sollten deshalb zumindest so lange erhalten bleiben, bis tragfähige strukturelle Reformen greifen. Zudem fallen die geplanten **Kürzungen in der ambulanten Versorgung** in eine Zeit stark steigender Kosten für die Praxisführung, etwa durch Inflation, höhere Personalausgaben und wachsende Betriebskosten. Dadurch droht eine zunehmende Schieflage zwischen dem tatsächlichen Versorgungsbedarf und den finanziellen Rahmenbedingungen im ambulanten Bereich. In der Folge ist zu erwarten, dass Wartezeiten länger werden und ambulante Leistungen faktisch eingeschränkt werden.

Im stationären Bereich wird die **Streichung der vollständigen Refinanzierung von Tarifsteigerungen** der Beschäftigten vor dem Hintergrund der bestehenden hohen Arbeitsbelastung, des ausgeprägten Fachkräftemangels sowie der besonderen Qualifikationsanforderungen die Attraktivität einer Tätigkeit in der Patientenversorgung zusätzlich beeinträchtigen. Bereits bestehende Personalengpässe werden weiter verschärft. Diese und die weiteren im stationären Bereich geplanten Maßnahmen setzen die Krankenhäuser in der Zeit der Transformation durch die Umsetzung der Krankenhausreform finanziell unter Druck und riskieren damit, dass sich die ungesteuerte Bereinigung der Krankenhausversorgung über Insolvenzen fortsetzt.

Der Gesetzentwurf sieht die Rückführung relevanter Leistungen aus der extrabudgetären Versorgung in die sogenannte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (Budgetierung) vor. Dies wird die Versorgung belasten. Besonders unverständlich ist dies mit Blick auf die **Vergütungen für Vorsorgeleistungen**. Gerade bei Vorsorgeleistungen ist eine steigende Inanspruchnahme ausdrücklich gewollt. Prävention dient der frühzeitigen Erkennung und Vermeidung von Erkrankungen und trägt langfristig zur Entlastung des Gesundheitssystems bei. Eine finanzielle Begrenzung der Vergütung setzt daher falsche Anreize und gefährdet den Ausbau präventiver Versorgung.

Kritisch sieht die Bundesärztekammer auch das geplante **verpflichtende Zweitmeinungsverfahren**. Denn bisher fehlt die Evidenz für die Wirksamkeit von Zweitmeinungsverfahren. Dies hat auch die Finanzkommission Gesundheit festgestellt. Sie hat empfohlen, die verpflichtende Zweitmeinung zunächst nur für eine Indikation einzuführen, dann die Auswirkungen zu evaluieren und erst dann über das weitere Vorgehen zu entscheiden. Schon dies hält die Bundesärztekammer nicht für sinnvoll, lehnt aber umso mehr eine evidenzfreie Ausweitung der Zeitmeinungsverfahren ab, wie es der Gesetzentwurf vorsieht.

Auch die vorgesehenen Leistungskürzungen in der Psychotherapie führen zu erheblichen Verwerfungen. Sie sind als reine Sparmaßnahme zulasten psychisch kranker Menschen zu werten. Da ein Großteil der Behandlung als Kurzzeittherapie (KZT) stattfindet, gefährdet die vorgesehene Streichung der Zuschläge für die KZT in Kombination mit den kürzlich vom Erweiterten Bewertungsausschuss beschlossenen generellen Honorarkürzungen von 4,5 Prozent die wirtschaftliche Tragfähigkeit der psychotherapeutischen Praxen. Besonders große Auswirkungen auf die psychotherapeutische Versorgung hätte zudem die intendierte Überführung psychotherapeutischer Leistungen in die Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV). Dringend notwendige, bedarfsgerechte psychotherapeutische Leistungen würden nicht mehr im erforderlichen Umfang angeboten werden können, da zusätzliche Leistungen nicht mehr kostendeckend vergütet werden. Das bedeutet: weniger Therapieplätze und deutlich längere Wartezeiten für Patienten.

Die Finanzkommission Gesundheit zahlreiche Maßnahmen vorgeschlagen, mit denen eine Stabilisierung der GKV-Finanzen erreicht werden kann, bis die strukturellen Reformen greifen. Dazu gehört insbesondere die **Refinanzierung der Krankenkassenbeiträge für Bürgergeldempfänger** aus Bundesmitteln. Mit großem Befremden nimmt die Bundesärztekammer zur Kenntnis, dass die Bundesregierung selbst keinen nennenswerten Beitrag zur Stabilisierung der GKV-Finanzen leisten will, während sie Beitragszahlenden, Arbeitgebern, Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzten, den weiteren Berufsgruppen in der Patientenversorgung und den Krankenhäusern große Belastungen auferlegt. Hier hat der Gesetzentwurf gegenüber dem Referentenentwurf noch eine Verschlechterung erfahren. Der vorgesehenen geringfügigen stufenweisen Erhöhung der Beitragspauschale für die Beziehenden von Grundsicherung steht eine Kürzung des Bundeszuschusses zum Gesundheitsfonds um jährlich zwei Milliarden Euro gegenüber. Für das kommende Jahr bedeutet das ein Minus von 1,75 Milliarden Euro. Auch langfristig wird das Defizit nicht ausgeglichen. Insgesamt wird mit der völlig unzureichenden Erhöhung der Beitragspauschale bis zum Jahr 2031 gerade einmal die mit der Reform geplante Kürzung des Bundeszuschusses aufgefangen. Auch der 130. DÄT 2026 weist darauf hin, dass eine dauerhafte Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben aus Beitragsmitteln der GKV systemwidrig ist und zu einer strukturellen Überlastung der Solidargemeinschaft führt. Mit einer vollständigen Übernahme der Kosten für die Versorgung von Bürgergeldempfängern wäre das erwartete Defizit der GKV von 15 Milliarden Euro zunächst zum großen Teil gedeckt. Dies würde die nötige Zeit dafür geben, die notwendigen Strukturreformen umzusetzen und so die Versorgung sowohl besser als auch bezahlbar zu machen. Dass stattdessen die Beitragssätze zulasten der medizinischen Versorgung stabilisiert werden sollen, wird entschieden abgelehnt.

Die **Beiträge der Krankenkassen** zur Stabilisierung der Finanzen sind aus Sicht der Bundesärztekammer unzureichend. Gerade auch durch die Digitalisierung und den Einsatz von Künstlicher Intelligenz in der Verwaltung sind bei den Krankenkassen weitere deutliche Einsparungen zu erwarten, die hier berücksichtigt werden sollten.

Anders verhält es sich mit den Verwaltungsausgaben und Gehältern im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigungen. Hier werden die Gelder gerade nicht aus Beitragsmitteln der Versicherten generiert, sondern von den Ärztinnen und Ärzten bzw. den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten finanziert. Die Verwendung der Gelder obliegt damit allein der Selbstverwaltung.

Ein weiterer wesentlicher Grund für die mangelnde Effizienz des Versorgungssystems ist die **überbordende Bürokratie**. Statt Bürokratie abzubauen, sieht der vorliegende Entwurf Regelungen vor, die zu einem weiteren Bürokratieaufbau im Gesundheitswesen führen. Das betrifft insbesondere die ausufernden Verfahrensregelungen zu den Prüfungen der Krankenkassen und der Medizinischen Dienste und zum obligatorischen Zweitmeinungsverfahren. Diese Regelungen binden Personal im Übermaß und kosten unnötig Geld. Deshalb muss das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz zwingend den Einstieg in eine echte Entbürokratisierungsoffensive schaffen.

Schließlich geht der hohe Versorgungsbedarf in Deutschland auch auf gravierende Defizite im Bereich der **Prävention und Gesundheitsförderung** zurück. Es ist aus Sicht der Bundesärztekammer deswegen unbedingt erforderlich, dass die diesbezüglichen, gut begründeten Vorschläge der Finanzkommission Gesundheit, insbesondere mit Blick auf Konsumsteuern für Alkohol, Nikotin und Zucker von der Bundesregierung aufgegriffen werden. Die ab dem Jahr 2028 angekündigt Abgabe auf zuckergesüßte Getränke kann dabei nur ein erster Schritt sein.

Die Bundesärztekammer schlägt die Einrichtung eines Public-Health-Fonds vor, der durch die Einnahmen aus Steuern bzw. Abgaben auf krankmachende Genussmittel wie Alkohol, Tabak und Zucker finanziert wird und für nachhaltige Prävention genutzt werden sollte.

Reformen benötigen sowohl Entschlossenheit als auch Augenmaß. Gerade in einer Phase hohen Reformdrucks gilt: Gründlichkeit geht vor Schnelligkeit. Oberste Priorität müssen bei allen Reformbestrebungen – und das gilt auch für die Reform der GKV-Finanzierung – die Versorgungsqualität und die Patientensicherheit haben.

Die Bundesärztekammer verweist in diesem Zusammenhang auch auf die Stellungnahme des Bundesrates zum Entwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes, der zu zahlreichen von der Bundesärztekammer als kritisch erachteten Regelungen Prüfaufträge formuliert bzw. deren Streichung einfordert (Drucksache 256/26).

So fordert der Bundesrat die Bundesregierung unter anderem auf, vorrangig die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen sachgerecht auszugestalten, dazu zähle insbesondere eine angemessene Beteiligung des Bundes an den Gesundheitskosten von Bürgergeldempfängerinnen und Bürgergeldempfängern. Der Bundesrat bittet zudem die ersatzlose Streichung der TSVG-Regelungen zurückzustellen und sie im Kontext des Primärversorgungssystems in einer Gesamtschau unter Berücksichtigung der konkreten Steuerungswirkung zu prüfen. Zudem sieht der Bundesrat durch die Maßnahmen im stationären Bereich – gerade auch in einer Zeit der strukturellen Transformation durch die Krankenhausreform – mangelnde Planbarkeit und eine hohe Insolvenzgefahr im Krankenhaussektor.

Die Bundesärztekammer rät dringend davon ab, das Gesetz im bisher vorgesehenen, sehr knappen Zeitplan zu verabschieden. Die Bundesregierung und die Mehrheitsfraktionen sollten stattdessen das Gespräch mit den Akteuren der Versorgung suchen, um gemeinsam tragfähige Lösungen zu finden.

2. Vorbemerkung

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 hat zahlreiche Beschlüsse zum Beitragssatzstabilisierungsgesetz gefasst, die auch der vorliegenden Stellungnahme zugrunde liegen. Die Beschlüsse sind der Anlage zu dieser Stellungnahme beigefügt.

3. Stellungnahme im Einzelnen

Außerordentliche Anhebung der Versicherungspflichtgrenze im Jahr 2027 um 3.600 Euro

Artikel 1 Nr. 5 Buchstabe b (§ 6 SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die jährliche Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Absatz 6, deren Übersteigen zur Versicherungsfreiheit nach Absatz 1 führt, wird einmalig um 3.600 Euro angehoben. Diese einmalige zusätzliche Erhöhung wird in einem neuen Satz 4 geregelt und setzt auf der nach Satz 1 bis 3 für das Jahr 2027 ermittelten Jahresarbeitsentgeltgrenze im Jahr 2027 auf. In den Folgejahren ab 2028 wird der im Jahr 2027 angehobene Wert der Jahresarbeitsentgeltgrenze ausgehend von diesem Niveau wieder entsprechend der Regelung in Satz 2 und 3 verändert.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Anhebung der Versicherungspflichtgrenze schränkt die Wahlfreiheit von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern ein, da ein Wechsel in die private Krankenversicherung erst bei einem deutlich höheren Einkommen möglich wäre. Damit greift die Bundesregierung in die bestehende Systembalance ein und schwächt den Wettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung, der wichtige Impulse für Qualität, Innovation und Effizienz in der Versorgung setzt. Im Zusammenwirken mit der Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze wird die Finanzierung der Reform damit gerade Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern aus der Mittelschicht aufgebürdet.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung der beabsichtigten Neuregelung.

Ausschluss von homöopathischen und anthroposophischen Leistungen als Satzungsleistungen

Artikel 1 Nr. 8 (§ 11 Absatz 7 Satz 4 SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzentwurf sieht vor, homöopathische und anthroposophische Leistungen und Arzneimittel von den zusätzlichen Satzungsleistungen auszuschließen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Regelung entspricht einer Forderung des 128. Deutschen Ärztetages 2025 (Beschluss Ic-126). Dieser hat den Gesetzgeber aufgefordert, dafür zu sorgen, dass Homöopathie nicht als Kassenleistung zur Abrechnung kommen kann.

Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten

Artikel 1 Nr. 9 (§ 25 SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gemeinsame Bundesausschuss erhält den Auftrag, das Leistungsangebot der Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten zu überprüfen und im Sinne eines stärker risikobasierten Screenings nachzuschärfen. Damit soll die Zielpopulation und damit der Kreis der Leistungsberechtigten stärker eingegrenzt werden. Dabei soll eine Fokussierung auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen stattfinden. Für das bestehende Hautkrebsscreening erhält der G-BA den Auftrag zur Überprüfung der Zielgruppe im Sinne einer stärkeren Risikobasierung und Überprüfung der Häufigkeit der Untersuchungen unter Setzung einer Frist bis Ende 2027.

Die Maßnahme folgt der Empfehlung Nr. 7 der Finanzkommission Gesundheit bezüglich einer Überprüfung und Aussetzung der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs aufgrund mangelnder Evidenz des Nutzens für die Versicherten. Das Hautkrebsscreening ist dabei aus Sicht der Kommission lediglich ein Beispiel für eine Früherkennungsuntersuchung, deren patientenrelevanter Nutzen bisher nicht eindeutig nachgewiesen werden konnte und dennoch zu Lasten der GKV erbracht wird. Darüber

hinaus sieht die Kommission noch weitere Untersuchungen, die in § 25 Absatz 3 SGB V normiert sind, mit unklarer Evidenz bezüglich ihres Nutzens.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Anwendung der Prinzipien der evidenzbasierten Medizin ist aus Sicht der Bundesärztekammer auch im Bereich der Früherkennungsuntersuchungen angezeigt. Bisher haben Versicherte ab einem Alter von 35 Jahren alle zwei Jahre Anspruch auf eine Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs. Deutschland ist das einzige Land mit einem flächendeckenden, nicht-risikobasierten Screening. Der Nutzen dieser Vorgehensweise ist umstritten und unklar. Aus den vorliegenden Studien gibt es keine zuverlässigen Ergebnisse, die den Nutzen durch eine Senkung der Mortalität bei Hautkrebs belegen können.

Insofern kann den Empfehlungen der Finanzkommission Gesundheit und der vorgesehenen Gesetzesänderung gefolgt werden, das derzeitig angebotene Leistungsspektrum einer Überprüfung zu unterziehen. Dies resultiert auch aus Beobachtungen, dass gerade bei Früherkennungsuntersuchungen die Abwägung von Nutzen und Aufwand bzw. Nutzen und Schaden solcher Maßnahmen nicht immer mit aller Konsequenz durchgeführt wird. Die Überprüfung eines breit angelegten opportunistischen Screenings zugunsten einer stärkeren Fokussierung auf Risikopopulationen am Fallbeispiel Hautkrebs stellt vor diesem Hintergrund eine plausible Herangehensweise dar. Zu begrüßen ist dabei, dass der Gesetzgeber zunächst den G-BA mit einer Überprüfung beauftragt, ohne gleich, wie es die Finanzkommission Gesundheit vorschlägt, mit einer Aussetzung der Früherkennung zu reagieren. Ansonsten bestünde möglicherweise das Risiko, dass die Sensibilisierung von Versicherten für ansonsten wünschenswerte Maßnahmen der Prävention beeinträchtigt wird, indem die Streichung der Leistung missverstanden wird im Sinne einer generellen Infragestellung von Früherkennung und präventiven Verhaltens.

Die Bundesärztekammer regt an, die Aufgabe des G-BA zur Überprüfung des aktuellen Stands der medizinischen Erkenntnisse über Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten zu verstetigen und es nicht nur bei einer einmaligen Anpassung der Richtlinie bis zum 31. Dezember 2027 zu belassen. Es sollte außerdem deutlich werden, dass hier nicht einfach Leistungen gestrichen werden, sondern diese gezielter als bisher angeboten werden sollen. Dies sollte deutlich kommuniziert werden.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Einfügung von **“in regelmäßigen Abständen”** und “erstmals” an den nachfolgend bezeichneten Stellen:

9. Nach § 25 Absatz 4 Satz 6 wird der folgende Satz eingefügt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss überprüft **in regelmäßigen Abständen** auf der Grundlage des aktuellen Stands der medizinischen Erkenntnisse die von ihm in Richtlinien nach § 92 getroffenen Regelungen über

1. die allgemeine Gesundheitsuntersuchungen nach Absatz 1 im Hinblick auf Altersgrenzen, Zielgruppen, Häufigkeit der Untersuchungen, Untersuchungsinhalte, geschlechtsspezifische Besonderheiten und Zielerkrankungen unter Berücksichtigung einer möglichen Eingrenzung auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie deren Risiken und Begleit- und Folgeerkrankungen, als Schwerpunkt der Gesundheitsuntersuchung, und

2. Früherkennungsuntersuchungen auf Hautkrebs nach Absatz 2 unter Berücksichtigung eines möglichen risikobasierten, Screenings und einer möglichen Anpassung der Häufigkeit der Untersuchungen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt **erstmals** bis zum 31. Dezember 2027 über eine Anpassung dieser Richtlinien."

Zweitmeinungs-Verfahren

Artikel 1 Nr. 10 (§ 27b SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 27b SGB V „Zweitmeinung" wird ein neuer Absatz 3 eingefügt, der die Empfehlung Nr. 32 der Finanzkommission Gesundheit umsetzen soll, das gesetzliche Zweitmeinungs-Verfahren bei mengensensiblen Eingriffen schrittweise verpflichtend zu machen. Führt ein Operateur eine Leistung durch, ohne sich vorher einen Nachweis über eine eingeholte Zweitmeinung des Patienten vorgelegt haben zu lassen, so entfällt der Anspruch, die Operation abzurechnen. Der Versicherte ist künftig auf die Notwendigkeit der Einholung einer Zweitmeinung vom indikationsstellenden Arzt hinzuweisen. Welche Indikationen hiervon betroffen sein sollen, muss der G-BA noch festlegen (die Kommission regt die Indikation Knie-TEP an), erstmals bis zum 31. März 2027. Anschließend soll er jedes Jahr eine weitere Indikation hinzufügen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die vorgesehene Einführung eines verpflichtenden Zweitmeinungsverfahrens für mengensensible Eingriffe weist deutliche Schwächen auf. Zum einen fehlt nach wie vor die Evidenz für die Wirksamkeit von Zweitmeinungsverfahren mit Blick auf die langfristigen medizinischen Outcomes (dies hat auch die Finanzkommission festgestellt). Der im Auftrag des G-BA erstellte und am 15. Februar 2024 veröffentlichte Abschlussbericht der Medizinischen Hochschule Brandenburg CAMPUS GmbH und der revFLect GmbH zur Evaluation der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren ergab, dass die Zielerreichung der Vermeidung medizinisch nicht notwendiger Indikationsstellungen und medizinisch nicht notwendiger Eingriffe zumindest bei den damals überprüften Indikationen nicht bestätigt werden konnte. Zu den Schlussfolgerungen der Studie gehörte daher, vor etwaigen Änderungen der Zm-RL die Bemühungen um eine Evaluation mit weiteren Indikationen fortzusetzen. Dies hat allerdings bisher nicht stattgefunden.

Die Finanzkommission Gesundheit hat ausdrücklich empfohlen, das Zweitmeinungsverfahren zu evaluieren. Eine Evaluationsverpflichtung fehlt im Referentenentwurf jedoch. Das ist nicht nachvollziehbar. Die Evaluation muss zur Voraussetzung für weitere Schritte gemacht werden; und sie darf sich nicht nur auf die Funktionsfähigkeit des Verfahrens selbst beziehen, sondern muss auch die klinische Wirksamkeit und den medizinischen Nutzen bei den Patientinnen und Patienten untersuchen.

Zum anderen beruhen die positiven Erfahrungen mit der Einholung von Zweitmeinungen, auf die sich die Empfehlung stützt, aus den oben genannten Gründen weniger auf dem gesetzlichen Zweitmeinungsverfahren nach SGB V und der darauf basierenden Zweitmeinungs-Richtlinie des G-BA, sondern eher auf Erfahrungen mit Zweitmeinungsverfahren, die als freiwillige Satzungsleistung von den Krankenkassen angeboten werden. Diese unterscheiden sich sowohl untereinander als auch vom Verfahren des G-BA. Es ist außerdem – wie auch die Finanzkommission Gesundheit festgestellt hat – von einem erheblichen Bias auszugehen, weil sich hier vermutlich überwiegend Versicherte beteiligt haben, die einem Eingriff ohnehin zweifelnd oder kritisch gegenüberstanden. Schließlich ist auch hier ist eine belastbare Evaluation über die Folgen der Anwendung des

Verfahrens nicht verfügbar. Seitens der Krankenkassen werden zwar Zahlen genannt, wie hoch der Anteil ihrer Versicherten ist, der nach Einholung einer Zweitmeinung von einer ursprünglich angeratenen Operation Abstand genommen hat. Aussagen darüber, inwieweit sich diese Entscheidung auch mittel- oder langfristig für die Versicherten unter medizinischen Gesichtspunkten ausgezahlt hat, gibt es aber nicht. Ebenso wenig gibt es Informationen darüber, ob und in welcher Höhe Einsparungen durch eine vermiedene Operation nicht durch anderweitige Folgekosten konservativer Behandlungen oder einer am Ende dann doch notwendig gewordenen operativen Maßnahme ausgeglichen oder sogar überstiegen wurden.

Die Bundesregierung lässt auch die Frage unbeantwortet, wie die für ein verpflichtendes Zweitmeinungsverfahren erforderliche hohe Zahl von „zweitmeinenden Ärztinnen und Ärzten“ realisiert werden soll. Der Gesetzgeber stellt hohe Anforderungen an Qualifikation und Erfahrung dieser Ärztinnen und Ärzte. Die bisherige Zahl von zweitmeinenden Ärztinnen und Ärzten steht in einem deutlichen Missverhältnis zu der Zahl von Zweitmeinungsverfahren, die bei einer Verpflichtung durzuführen wäre. Es bleibt unklar, wie dieses Problem gelöst werden soll.

Als sicher angenommen werden kann lediglich die Aussicht, dass sich die Bürokratielastigkeit des Verfahrens bei einer sanktionsbewehrten Verpflichtung zur Zweitmeinung deutlich steigern würde. Dies sieht im Übrigen auch der Bundesrat in seiner Stellungnahme zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vom 12.06.26 (Drucksache 256/26) so, indem deutliche Zweifel am Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen bei dieser Maßnahme geäußert werden und eine Steigerung von auf Aufwand und Bürokratie prognostiziert wird. Auch der Bundesrat empfiehlt daher, zunächst die wissenschaftliche Evaluation des bisherigen Zweitmeinungsverfahrens abzuwarten.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Erhalt der Freiwilligkeit des Zweitmeinungs-Verfahrens, Streichung der beabsichtigten Neuregelung. Sorgfältige Evaluation der bestehenden Verfahren.

Teilarbeitsunfähigkeit

Artikel 1 Nr. 17 (§ 44c SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Versicherte, die infolge einer nicht nur geringfügigen Erkrankung absehbar länger arbeitsunfähig sein werden, sollen eine teilweise Ausübung ihrer bisherigen Tätigkeit aufnehmen können, wenn sie sich dazu gesundheitlich in der Lage sehen, die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt eine entsprechende Teilarbeitsunfähigkeit in Höhe von 25, 50 oder 75 Prozent der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit feststellt und der Arbeitgeber der teilweisen Arbeitsaufnahme zustimmt.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer begrüßt die geplante Einführung einer teilweisen Arbeits(un)fähigkeitsfeststellung. Die Einführung in einem für Versicherte freiwilligen Verfahren erhöht die Akzeptanz und ermöglicht es, Erfahrungen mit diesem Instrument zu sammeln und daraus zu lernen.

In einem Policy Brief des ZEW Leibniz-Zentrums für Europäische Wirtschaftsforschung (Oktober 2025) wird auf Basis einer Auswertung der ökonomischen Forschungsliteratur

gegen die Einführung von Karenztagen und gegen eine Absenkung der Lohnersatzrate argumentiert und stattdessen für die gesetzliche Verankerung von Teilzeitkrankschreibungen nach skandinavischem Vorbild plädiert. Zur Begründung wird darauf verwiesen, dass in allen skandinavischen Ländern die graduelle Krankschreibung etabliert ist und dort rund ein Drittel aller Krankschreibungen auf Teilzeitkrankschreibungen mit 25, 50 oder 75 Prozent Restarbeitsfähigkeit entfällt. Wissenschaftliche Analysen zeigten, dass graduelle Lohnfortzahlung die Dauer der Arbeitsunfähigkeit verkürzt und gleichzeitig eine schnellere Arbeitsreintegration fördert, insbesondere bei muskulären Erkrankungen. Das Instrument werde als kosteneffektiv beurteilt, vor allem bei Langzeitarbeitsunfähigkeiten, die fast die Hälfte aller Arbeitsunfähigkeitstage in Deutschland ausmachen. Gelänge es, nur zehn Prozent der Vollzeitkrankschreibungen in Halbtagskrankschreibungen umzuwandeln, ergäbe sich ein geschätztes Potenzial von 45 Millionen zusätzlichen Arbeitstagen. (https://www.zew.de/fileadmin/FTP/policybrief/de/pb14-25.pdf)

Bei der weiteren Ausgestaltung durch den G-BA ist auf eine bürokratiearme Umsetzung zu achten. Neben der Berücksichtigung der Wünsche von Versicherten gilt es, die aus medizinisch-fachlicher Sicht erforderlichen ärztlichen Entscheidungsspielräume zu wahren.

Globale Begrenzung der Vergütungsanstiege

Artikel 1 Nr. 25 Buchstabe b (§ 71 SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Um die Finanzierung der GKV zu stabilisieren, soll die Wiedereinführung der Grundlohnrate als feste Obergrenze für Vergütungssteigerungen genutzt werden, wodurch die Ausgaben an die Einnahmen angeglichen werden sollen. Für die Jahre 2027 bis 2029 soll ein pauschaler Abschlag in Höhe von einem Prozentpunkt erfolgen. Begründet wird dies damit, dass in diesem Zeitraum die Grundlohnrate von rund vier Prozent deutlich über der langfristigen Entwicklung der Einnahmen der Krankenkassen von rund 2,5 Prozent liegen würde.

Diese Regelung soll u. a. auf folgende Paragrafen angewendet werden:

- § 73b SGB V (Hausarztzentrierte Versorgung)

  Um überschüssige Vergütungen zu vermeiden, sollen darüber hinaus Leistungen aus Verträgen der hausarztzentrierten Versorgung, die aufgrund steigender Teilnehmerzahlen erbracht werden, mit einem Abschlag vergütet werden (Fixkostendegression). Begründet wird dies damit, dass die in den Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung vereinbarten Leistungsvergütungen einen Fixkostenanteil enthalten, der unabhängig davon anfalle, ob die Fixkosten bereits abgedeckt seien. Mit zunehmender Teilnehmerzahl würden sich diese Fixkosten auf eine größere Anzahl von Fällen verteilen, sodass der zur Kostendeckung erforderliche Fixkostenanteil je Leistung sinke.
- § 87 SGB V (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte)
- § 87a (Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten)
- § 87d neu (Vergütung vertragsärztlicher Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung)

- § 111 SGB V (Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen)
- § 111c (Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen)
- § 120 SGB V (Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen)
- § 125 SGB V (Verträge zur Heilmittelversorgung)
- § 127 SGB V (Verträge zur Hilfsmittelversorgung)
- § 132 SGB V (Versorgung mit Haushaltshilfe)
- § 132a SGB V (Versorgung mit häuslicher Krankenpflege)
- § 132l SGB V (Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege)
- § 133 SGB V (Versorgung mit Krankentransportleistungen)
- § 134a SGB V (Versorgung mit Hebammenhilfe)
- § 140a SGB V (Besondere Versorgung)
- §§ 9 und 10 KHEntgG (Vereinbarungen zu den Krankenhausvergütungen auf Bundes- und Landesebene; Veränderungswert)

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer sieht die Wiedereinführung der Grundlohnrate als feste Obergrenze für Vergütungssteigerungen kritisch und lehnt umso mehr die im Gesetzentwurf vorgesehene Einführung eines zusätzlichen Abschlags in Höhe von einem Prozentpunkt auf die Grundlohnrate ab.

Reformen in der Gesundheitsversorgung dürfen nicht nur fiskalisch gesteuert werden. Der Versorgungsbedarf ergibt sich medizinisch. Leistungserbringer haben allenfalls nur begrenzt Einfluss auf gesamtwirtschaftliche oder gesamtgesellschaftliche Rahmenbedingungen. Somit besteht das Risiko, dass reale Kostensteigerungen, z. B. durch eine zu erwartende Steigerung der Morbidität, in Praxen, Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen nicht ausreichend abgebildet werden und somit eine schleichende Unterfinanzierung der ambulanten, stationären und rehabilitativen Versorgung entsteht. Darüber hinaus wird, wie bereits von der Finanzkommission Gesundheit ausgeführt, die Begrenzung der Vergütungssteigerungen die Attraktivität der betroffenen Gesundheitsberufe mindern. Wie bereits von der Finanzkommission Gesundheit eingeräumt, besteht somit die berechtigte Gefahr, dass die geplante Regelung mittelbar die Zahl der Leistungserbringer, die Versorgungsdichte und -kapazitäten sowie den Patientenzugang beeinflussen wird.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung der beabsichtigten Neuregelung.

Geplante Maßnahme: Streichung extrabudgetäre Zusatzvergütung Organspendeberatung

Nummer 31 Doppelbuchstabe bb (§ 87 SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Ab 01.01.2027 soll im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen die Vergütung für die ärztliche Beratung nach § 2 Absatz 1a des Transplantationsgesetzes (TPG) über die Organ- und Gewebsspende sowie über die Möglichkeit, eine Erklärung zur Organ- und Gewebsspende im Register nach § 2a TPG abgeben, ändern und widerrufen zu können, entfallen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Um die Situation in der Organspende zu verbessern, wurde im Jahr 2020 das Gesetz zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende verabschiedet, das am 1. März 2022 in Kraft trat. Ein wesentliches Ziel des Gesetzes war es, die regelmäßige Auseinandersetzung mit der Thematik zu fördern.

Dazu zählt auch, dass die Hausärztinnen und Hausärzte ihre Patientinnen und Patienten bei Bedarf aktiv über die Organ- und Gewebespende beraten. Hausärztinnen und Hausärzte betreuen und versorgen ihre Patientinnen und Patienten meist über Jahre hinweg und werden als besondere Vertrauenspersonen wahrgenommen. Sie sind deshalb besonders wichtige Ansprechpartner für das Thema Organspende und damit bedeutsame Multiplikatoren in die Bevölkerung.

Gerade in einer älter werdenden Gesellschaft werden die Hausärztinnen und Hausärzte zunehmend mit Fragen konfrontiert, die das Lebensende betreffen. Dazu zählen auch Fragen rund um das Thema Organspende. Zudem kann der Versand von Aufklärungsunterlagen und Organspendeausweisen, der derzeit alle zwei Jahre durch die gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungsunternehmen erfolgt, von Patientinnen und Patienten zum Anlass für ein Gespräch mit ihrer Hausärztin oder ihrem Hausarzt genommen werden. Deshalb können gerade Hausärztinnen und Hausärzte durch ihre Beratung entscheidend dazu beitragen, dass die Menschen sich auch tatsächlich mit der eigenen Spendenbereitschaft befassen. Daher ist die Organspendeberatung durch Hausärztinnen und Hausärzte auch mit Blick auf die mögliche Einführung einer Widerspruchslösung gerade im Sinne der Patientenautonomie von wesentlicher Bedeutung.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung der beabsichtigten Neuregelung.

Streichung der Vergütung für die Erstbefüllung und Aktualisierung der elektronischen Patientenakte (ePA) ab 2027

Artikel 1 Nr. 31 c (§ 87 SGB V-E)

A) Beabsichtigung Neuregelung

Durch die Streichung der bestehenden Regelung im § 87 Absatz 2a Satz 25 und 26 SGB V entfällt die Vergütung für die Erstbefüllung und Aktualisierung der ePA ersatzlos. Durch die Streichung der verpflichtenden Unterstützungsleistung bei der Erstbefüllung einer ePA (§ 346 SGB V) und des Wegfalls der damit verbundenen zusätzlichen Vergütung sollen bis zu 700 Mio. EUR jährlich eingespart werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die ePA, die seit dem 01.10.2025 verpflichtend durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte zu befüllen ist, nimmt in den Digitalisierungsbemühungen im Gesundheitswesen eine zentrale Stellung ein. Die Erwartungen an die elektronische Patientenakte als Plattform für Informationen zum Patienten hinsichtlich eines Beitrages für eine bessere Patientenversorgung, effizienteren Abläufen, passgenauer Steuerung, Grundlage für Forschung und zielgenauer Ressourcenallokation sind immens. Daher gilt es für alle Beteiligten, die Akzeptanz, die Verbreitung und aktive Nutzung der Patientenakte zu erhalten bzw. weiter zu steigern. Hierunter fällt auch die erforderliche Erstbefüllung von Patientenakten, die in weiten Teilen im bisherigen Wirkbetrieb noch nicht erfolgen konnte. Die elektronische Patientenakte kann ihre Wirkung nur dann entfalten, wenn sie sukzessive durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte gefüllt wird, um möglichst genau ein Abbild des Gesund- bzw. Krankheitszustandes der Patienten darstellen. Dies gilt für Primär- und Sekundärnutzung der Patientendaten gleichermaßen. Daher ist die Folgebefüllung der ePA von ebenso essenzieller Bedeutung. Finanzielle Kürzungen für diese ärztlichen Aufgaben sollten daher unterbleiben.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung der beabsichtigten Neuregelung.

Streichung der Vergütungsregelungen für TSVG-Konstellationen und Rückführung in die MGV für Leistungen in TSVG-Konstellationen

Artikel 1 Nr. 31 Buchstabe d) Doppelbuchstabe aa) und Buchstabe e) Doppelbuchstabe aa) (§ 87 SGB V-E) sowie Nr. 32 Buchstabe b) (§ 87a SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Finanzkommission Gesundheit hat vor dem Hintergrund der Evaluationsergebnisse des Instituts des Bewertungsausschusses (InBA) eine vollständige Abschaffung der Vergütungsregelungen für TSVG-Konstellationen empfohlen. Die vorgeschlagene Abschaffung betrifft dabei ausschließlich die zusätzlichen Vergütungsregelungen für TSVG-Konstellationen. Die nicht monetären Instrumente des TSVG, insbesondere offene Sprechstunden und die Terminvermittlung über die TSS, sollten dagegen fortgeführt werden, da für beide Instrumente Hinweise auf einen versorgungspraktischen Nutzen bestünden. Ihre zukünftige Rolle solle im Zusammenhang mit der geplanten Einführung eines Primärversorgungssystems überprüft und gegebenenfalls neu geregelt werden.

Die von der Kommission konkret genannten Anpassungen wurden im Referentenentwurf nachvollzogen. Gestrichen werden die Zuschläge auf die Versichertenpauschale und die Grundpauschale beim TSS-Vermittlungsfall und beim Hausarztvermittlungsfall. Auch die Zuschläge für einen schnellen Behandlungsbeginn werden ab dem 01.01.2027 gestrichen. Gleichzeitig werden diese Leistungen sowie die Leistungen, die im Rahmen einer offenen Sprechstunde erbracht werden, nur noch bis zum 31. Dezember 2026 außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) vergütet. Die bereinigten Vergütungen sollen in die MGV zurückgeführt werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer lehnt die geplante Streichung der Vergütungsregelungen für TSVG-Konstellationen und die Rückführung der Leistungen in TSVG-Konstellationen in die MGV zum jetzigen Zeitpunkt ab.

Viele Ärztinnen und Ärzte haben im inhaltlichen und betriebswirtschaftlichen Vertrauen auf die Regelungen des TSVG mit Anpassungen ihrer Praxisabläufe und der Einstellung von Personal reagiert, um die Zielstellung des TSVG - eine zeitnahe und bedarfsgerechte Patientenversorgung - zu gewährleisten. Gleichzeitig wurden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte mit dem TSVG verpflichtet, ihre vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten um fünf Stunden pro Woche auszuweiten und somit im Rahmen ihrer vollzeitigen vertragsärztlichen Tätigkeit fortan mindestens 25 Stunden wöchentlich zur Verfügung zu stehen.

Gerade offene Sprechstunden und die Vermittlung von Terminen über die Plattform „116117“ sind wichtige Instrumente für einen zeitnahen Zugang zur fachärztlichen Versorgung. Auch die Finanzkommission Gesundheit empfiehlt ausdrücklich die Beibehaltung dieser beiden Instrument und bestätigt, dass Hinweise auf einen versorgungspraktischen Nutzen bestehen. Es ist aus Sicht der Bundesärztekammer widersprüchlich, die Instrumente in Anerkenntnis ihres Nutzens einerseits beibehalten zu wollen, ihnen andererseits aber die finanzielle Grundlage und damit ihre Wirksamkeit zu entziehen.

Eine finanzielle Abwicklung des TSVG kann nicht folgenlos bleiben. Die vorgesehenen Streichungen werden dazu führen, dass die Wartezeiten für Patientinnen und Patienten auf Facharzttermine weiter steigen, insbesondere in den Fachgebieten, die von den geplanten Streichungen besonders betroffen sein würden. Explizit benennt auch die FinanzKommission Gesundheit, dass die Rücknahme der TSVG-Regelungen insbesondere Arztgruppen mit einem hohen Anteil der TSVG-Fallkonstellationen, und damit unter anderem die grundversorgenden Fachgebiete wie HNO-Heilkunde, Orthopädie und Neurologie, betrifft. Dies ist mit dem Grundsatz einer gleichmäßigen Lastenverteilung nicht vereinbar.

Die koordinierende und bedarfsgerechte Vermittlung von Behandlungsterminen in der fachärztlichen Versorgung durch Hausärztinnen und Hausärzte ist ein Kernelement der Primärversorgung. Die vom BMG derzeit geplante Einführung eines Primärversorgungssystems wird zwangsläufig mit Änderungen der Vergütungssystematik einhergehen müssen, um die Zielstellungen der Primärversorgung erreichen zu können und dabei Verwerfungen in der Vergütungssystematik zu vermeiden. Es wäre deswegen sachgerecht, die mit Terminvergabe und Zugangssteuerung zusammenhängenden Regelungen erst im Rahmen eines stimmigen Gesamtkonzepts zur Primärversorgung im Primärversorgungsgesetz zu überprüfen und ggf. zu modifizieren, statt mit vorgezogenen isolierten Streichungen eine Verschlechterung des Zugangs zur notwendigen fachärztlichen Versorgung in Kauf zu nehmen und die Patientinnen und Patienten sowie die Ärzteschaft zusätzlich zu verunsichern. Gerade auch angesichts der Diskussionen um Wartezeiten auf Termine bei Fachärztinnen und Fachärzten sind Eingriffe in die Vergütungssystematik in diesem Bereich verfrüht. Auch der Bundesrat hält es für verfrüht, im Rahmen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes, insbesondere die finanziellen Anreize für eine schnellere Terminvergabe und -vermittlung und für die extrabudgetäre Vergütung dieser Behandlungsfälle vollständig und ersatzlos zu streichen und bittet, diese weitreichenden Einschnitte in die ambulante Vergütungsstruktur zurückzustellen und sie stattdessen im Kontext des Primärversorgungssystems in einer Gesamtschau unter Berücksichtigung der konkreten Steuerungswirkung zu prüfen (Drucksache 256/26).

In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen dass auch im Rahmen der anstehenden Notfallreform tiefgreifende Änderungen anstehen, denen nicht durch Eingriffe in Vergütungsregelungen vorgegriffen werden sollte, die den Zielen einer verbesserten Patientensteuerung und eines verbesserten Terminmanagements entgegenstehen.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung der beabsichtigten Neuregelung zugunsten einer Überprüfung und ggf. Modifikation im Rahmen der Einführung des ärztlichen Primärversorgungssystems.

Streichung Zuschläge Kurzzeittherapie (KZT) bei ambulanter Psychotherapie

Artikel 1Nr. 31 (§ 87 Absatz 2c SGBV-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Ab dem 1. Januar 2027 darf der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen keine Zuschläge auf diejenigen psychotherapeutischen Leistungen, die im Rahmen des ersten Therapieblocks einer neuen Kurzzeittherapie erbracht werden, enthalten.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Kurzzeitpsychotherapien verkürzen gegenüber Langzeittherapien die Wartezeiten durch Freigabe von Kapazitäten. Die Anreize für diese positiven Versorgungseffekte fallen nach Streichung der Zuschläge weg. Durch mehr Langzeittherapien erhöhen sich bei gleichbleibender Nachfrage die Wartezeiten, die Zahl der versorgten Patientinnen und Patienten sinkt.

Dabei haben die Ergebnisse der am 31.12.2025 veröffentlichen „Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie“ (Projekt im Innovationsfonds des G-BA) gezeigt, dass nach einer psychotherapeutischen Sprechstunde 43,6 % der depressiven Kinder und Jugendlichen und 42,8 % der depressiven Erwachsenen eine Kurzeittherapie absolvieren und danach kaum weitere psychotherapeutische Leistungen benötigen. Die Kurzzeittherapie ist in der Versorgung somit die weitgehend bevorzugt angewendete Versorgungsform. Entsprechend hat sich der 130. Deutsche Ärztetag gegen die Streichung der Zuschläge positioniert (130. DÄT Beschluss Ib-31).

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung der beabsichtigten Neuregelung.

Innovationsfonds, Fördergrundlagen

Artikel 1 Nr. 37 (§92a SGBV-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Förderung neuer Versorgungsformen durch den Innovationsausschuss erfolgt bisher in unterschiedlichen Verfahren. Von diesem Verfahren soll das bisher zweistufige Förderverfahren mit vorgeschalteter Interessenbekundungsphase zugunsten des einstufigen Standardverfahrens gestrichen werden.

Die Fördermöglichkeit zur Entwicklung und Weiterentwicklung von Meldesystemen zur Förderung der Patientensicherheit soll aus dem Portfolio von Versorgungsforschungsthemen entfernt werden.

Des Weiteren soll die jährliche Fördersumme von 200 auf 100 Mio. € halbiert werden. Die Finanzierung der Mittel soll dabei künftig ausschließlich über die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erfolgen. Nicht verausgabte Mittel sollen künftig jährlich an den Gesundheitsfonds zurückgeführt werden, eine Rücklagenbildung entfällt.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Vereinfachung von Verwaltungsabläufen ist grundsätzlich zu begrüßen. Inwieweit die Abschaffung des zweistufigen Verfahrens im Bereich der neuen Versorgungsformen hier eine signifikante Entlastung der Geschäftsstelle des G-BA erbringt, kann von der Bundesärztekammer nicht quantifiziert werden. Es sollte allerdings vermieden werden, dass die Umstellung des Verfahrens zulasten der Sorgfalt und der Gleichbehandlung bei der Bearbeitung der Anträge geht.

Die Streichung von Fördermöglichkeiten zur Entwicklung von Meldesystemen im Bereich der Patientensicherheit und hier explizit mit der Absicht der Etablierung eines nationalen Meldesystems für sogenannte „Never Events“ ist aus Sicht der Bundesärztekammer nachvollziehbar. Hierzu sind mittlerweile Förderanträge eingereicht worden, deren weitere Entwicklung abzuwarten ist.

Die beabsichtigte Halbierung der Fördermittel sieht die Bundesärztekammer kritisch. Die Finanzkommission hat in ihrer Empfehlung Nr. 58 eine deutlich geringere Kürzung vorgeschlagen. Wenngleich nicht alle der geförderten Projekte letztlich zu überzeugen vermögen, ist das Konstrukt des Innovationsfonds ein wichtiges Element der GKV zur Förderung von innovativen Versorgungsformen und insbesondere auch von Leitlinien, die für die von der Finanzkommission zu Recht angemahnte konsequentere und breitere Berücksichtigung der evidenzbasierten Medizin im Gesundheitswesen unverzichtbar sind.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Es sollte im Gesetzestext formuliert werden, dass einstufige Verfahren künftig die Regel sein sollen, aber die Zweistufigkeit in begründeten Fällen weiterhin möglich ist, etwa wie folgt:

§ 92a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 7 bis 12 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die Förderung erfolgt in der Regel in einem einstufigen Verfahren. **Zweistufige Verfahren bleiben in begründeten Fällen möglich.** Ein Anspruch auf Förderung besteht nicht.“

Die Bundesärztekammer spricht sich gegen die Absenkung der Fördersumme aus. Hilfsweise sollte dem Vorschlag der Finanzkommission einer Absenkung um lediglich 50 statt 100 Mio. € gefolgt werden.

Einführung von Ausnahmen vom „dynamischen Herstellerabschlag“

Artikel 1 Nr. 48 Buchstabe a, (§ 130a SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1b wird durch die Absätze 1b und einen neuen Absatz 1c ersetzt. Im neuen Absatz 1c wird für Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen, die erstmalig ab dem 1. Januar 2027 in Verkehr gebracht werden, die Möglichkeit einer Befreiung vom Abschlag nach Absatz 1b Satz 1 geschaffen, wenn mindestens 5 % der Studienteilnehmer der Zulassungsstudien in Deutschland rekrutiert wurden und die Produktion des Arzneimittels in Deutschland ausreichend ist, um 50 % der Patientinnen und Patienten in Deutschland, die damit behandelt werden könnten, für den Zeitraum von drei Jahren zu versorgen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Schaffung von Anreizen, um die Rückholung der Produktion von Arzneimitteln nach Deutschland und die Durchführung von klinischen Studien in Deutschland zu stimulieren, ist zu begrüßen. Aus Sicht der Bundesärztekammer ist jedoch die Kopplung an den Arzneimittelpreis der falsche Stimulus, denn darüber werden die Krankenkassen belastet. Vielmehr sollten aus Sicht der Bundesärztekammer Anreize geschaffen werden, wie sie im Critical Medicines Act der EU (CMA) für denselben Zweck vorgesehen sind, z. B. über Fördergelder für die Durchführung von klinischen Studien und die Produktion von Arzneimitteln in Deutschland.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer empfiehlt, anstelle der im neuen Absatz 1c vorgesehenen Regelungen geeignetere Maßnahmen zu ergreifen. Dies sind Maßnahmen zur Bildung von Anreizen für die Durchführung von klinischen Studien und die Produktion von Arzneimitteln in Deutschland in Anlehnung an den CMA, z. B. über die Ausschüttung von entsprechenden Fördergeldern.

Erstattungsbeträge für Arzneimittel (Abschaffung der „Leitplanken“)

Artikel 1 Nr. 49 Buchstabe c, (§ 130b SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) im November 2022 eingeführten „Leitplanken“ für die Verhandlung von Erstattungsbeträgen sollen abgeschafft und die damit einhergehende finanzielle Mehrbelastung der GKV durch andere Instrumente kompensiert werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Abschaffung der „Leitplanken“ findet im Bericht der Finanzkommission Gesundheit vom 30. März 2026 (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/F/FinanzKommission_Gesundheit/FinanzKommissionGesundheit_Erster_Bericht_20260330.pdf) keine Erwähnung. Im Gegenteil betont die Finanzkommission explizit, dass Reformoptionen eine begründbare Nutzen-Preis-Relation berücksichtigen müssen, um die Finanzierbarkeit für die Solidargemeinschaft zu gewährleisten und gleichzeitig Anreize für echte Innovationen zu wahren. Auch aus Sicht der Bundesärztekammer muss zwingend sichergestellt sein, dass das Prinzip der nutzenbasierten Preisfindung im AMNOG-Verfahren weiter gestärkt und nicht aufgeweicht wird. Die Bundesärztekammer kritisiert deshalb ausdrücklich, dass durch den Wegfall der „Leitplanken“ Arzneimittel mit einem lediglich geringen oder nicht quantifizierbaren Zusatznutzen preislich wie hochrelevante therapeutische Innovationen behandelt werden könnten. Dies setzt falsche finanzielle Anreize. Ressourcen im Gesundheitswesen müssen zielgerichtet dort eingesetzt werden, wo ein echter, substanzieller Mehrwert für Patientinnen und Patienten nachgewiesen ist. Dass die Abschaffung der „Leitplanken“ zu relevanten finanziellen Belastungen führt, legt der Gesetzesentwurf in seinen eigenen Wirtschaftlichkeitsberechnungen offen. Es ist mit erheblichen, progressiv steigenden Mehrkosten zu rechnen (prognostizierte jährliche Mehrausgaben von bis zu 600 Millionen Euro im Jahr 2030). Besonders kritisch ist zu bewerten, dass die Streichung der „Leitplanken“ auf Basis einer unzureichenden Datengrundlage beschlossen werden soll. Der Gesetzesentwurf bezieht sich auf die AMNOG-

Evaluation von 2024 (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/amnog-evaluation), die explizit konstatiert, dass für den Evaluationszeitraum Ende 2022 bis 2024 keine abschließende Bewertung der Maßnahmen des GKV-FinStG möglich war. Ein Beobachtungszeitraum von lediglich zwei Jahren zwischen dem Inkrafttreten des Gesetzes und dem Abschluss der Analysen war aus Sicht der Gutachter zu kurz, um die dämpfenden Effekte der „Leitplanken" auf die Ausgabenentwicklung verlässlich zu beurteilen.

Aus Sicht der Bundesärztekammer sollte das AMNOG-Verfahren durch eine funktionale Reform der Kosten-Nutzen-Bewertung (KNB) so weiterentwickelt werden, dass Preise streng an den nachgewiesenen, patientenrelevanten Zusatznutzen gekoppelt bleiben. Wie auch das IQWiG in seiner Stellungnahme zum Referentenentwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes vom 20.04.2026 (https://www.iqwig.de/presse/iqwig-stellungnahmen/20april-2026.html) erläutert, sollten Konstellationen definiert werden, wann eine KNB und/oder eine Ausgaben-Einfluss-Analyse verpflichtend zur Unterstützung der Preisverhandlung durchgeführt werden muss. Die Überarbeitung kann am zweckmäßigsten im Rahmen der gesetzlichen Umsetzung der Ergebnisse aus dem derzeit laufenden Pharma- und Medizintechnikdialog und dem zweiten Gutachten der Finanzkommission Gesundheit erfolgen.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung der Abschaffung der „Leitplanken" und zugleich umfassende Überarbeitung des § 35b SGB V zur verbindlichen Einführung von Kosten-Nutzen-Bewertungen sowie Ausgaben-Einfluss-Analysen zur Unterstützung der Preisverhandlungen.

Beteiligung des Bundes an Aufwendungen, Beiträge für Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherungsgeld

Artikel 1 Nr. 60 (§ 221 SGB V-E) zusammen mit Artikel 1 Nr. 62 (§ 232a SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Zuschuss des Bundes zum Gesundheitsfonds soll ab 2027 jährlich um 2 Mrd. auf 12,5 Mrd. Euro gekürzt werden. Für die Jahre 2027 und 2028 wird das vom Bund getragene Beitragsaufkommen für die Bezieherinnen und Bezieher von Grundsicherung jeweils um rund 250 Millionen gesteigert. In den Jahren 2029, 2030 und 2031 entspricht der jährliche Anstieg jeweils 500 Millionen Euro, so dass ab 2031 jährlich zusätzlich 2 Milliarden Euro gegenüber dem Jahr 2026 durch den Bund gezahlt werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die seit Jahren unzureichende Steuerfinanzierung der Krankenkassenbeiträge für Bürgergeldempfänger stellt aus Sicht der Bundesärztekammer ein gravierendes Problem für den gesellschaftlichen Zusammenhalt dar. Die angemessene Finanzierung versicherungsfremder Leistungen und insbesondere auch die Finanzierung der Versicherungsbeiträge für Empfängerinnen und Empfänger von Bürgergeld wurde von der Finanzkommission Gesundheit ausdrücklich empfohlen. Ausweislich der Berechnungen der Finanzkommission Gesundheit geht es dabei um ein Finanzvolumen von jährlich ca. 12,5 Mrd. Euro.

Die Bundesärztekammer fordert die Bundesregierung nachdrücklich auf, an dieser Stelle umzusteuern. Zumindest sollte mit dem vorliegenden Gesetz ein ernsthafter Einstieg in die vollständige Refinanzierung versicherungsfremder Leistungen aus Bundesmitteln

eingeleitet werden. Ein erster, dringend notwendiger Schritt wäre ein zusätzlicher Steuerzuschuss an den Gesundheitsfonds in Höhe von mindestens drei Milliarden Euro, der in den kommenden Jahren konsequent ausgebaut werden muss.

Verschärfend kommt hinzu, dass der Bund den Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds von 14,5 auf 12,5 Milliarden Euro absenkt, während die Beitragspauschale für Bürgergeldbeziehende im Jahr 2027 lediglich um 250 Millionen Euro erhöht wird. Per Saldo bedeutet dies eine Nettoentnahme von 1,75 Milliarden Euro aus dem System.

Die Bundesärztekammer bewertet dieses Vorgehen als nicht vereinbar mit den Grundsätzen einer soliden und solidarischen Gesundheitsfinanzierung. Es handelt sich um ein finanzpolitisches Manöver, das die Konsolidierung des Bundeshaushalts auf dem Rücken der Versicherten, der Patientinnen und Patienten sowie der im Gesundheitswesen Beschäftigten betreibt, die als Beitragszahlende und als unmittelbar von den Einsparfolgen Betroffene gleich doppelt belastet werden.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung der Regelungen in dieser Form. Die Bundesärztekammer fordert stattdessen, die Höhe des Bundeszuschusses nicht länger nach politischen Opportunitätskriterien festzusetzen, sondern regelgebunden und dynamisch an den tatsächlichen Kosten versicherungsfremder Leistungen auszurichten. Hierfür bedarf es eines verbindlichen Kriterienkatalogs, der eindeutig bestimmt, welche Leistungen beitrags- und welche steuerfinanziert zu tragen sind, sowie einer größeren Transparenz über die Mittelverwendung des Bundeszuschusses, um politische Verschiebungen nachvollziehbar zu machen und Verantwortung einfordern zu können.

Außerordentliche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze im Jahr 2027 um 3.600 Euro

Artikel 1 Nr. 61 (§ 223 Absatz 4 SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Beitragsbemessungsgrenze im Jahr 2027 entspricht der um 3.600 Euro einmalig erhöhten Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Absatz 7 im Jahr 2027. Sie verändert sich in den folgenden Jahren entsprechend der Regelung in § 6 Absatz 6 Satz 2 und 3. Die Bundesregierung setzt die Beitragsbemessungsgrenze in der Rechtsverordnung nach § 160 des Sechsen Buches fest.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer lehnt die Regelung ab. Die Erhöhungen führen bei den betroffenen Mitgliedern der GKV zu deutlich steigenden Mehrausgaben von ca. 1,2 Milliarden Euro pro Jahr.

Die Arbeitgeber würden jährlich in vergleichbarer Höhe betroffen, da die Arbeitgeber die Hälfte der Kosten für die Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung (Lohnnebenkosten) tragen müssen. Die Wettbewerbsfähigkeit der Deutschen Wirtschaft würde durch diese zusätzlichen Kosten deutlich geschwächt.

Die Finanzkommission Gesundheit hatte die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze ausdrücklich nicht empfohlen. Auch Kliniken würden durch die hohe Beitragsbemessungsgrenze durch höhere Lohnnebenkosten belastet.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung der beabsichtigten Neuregelung.

Anpassung der Prüfquoten und Schwellenwerte bei Krankenhausabrechnungen, Erweiterung des MD-Prüfauftrags und Stärkung des Falldialogverfahrens, Prüfquoten des Medizinischen Dienstes

Artikel 1 Nr. 66 (§ 275c SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen beauftragen den Medizinischen Dienst (MD) mit der Prüfung von Rechnungen der Krankenhäuser und beanstanden diese im Fall einer nicht regelkonformen Abrechnung. Als Beitrag zur bürokratischen Entlastung durch Systematisierung und Begrenzung von Prüfungen durch den MD war ein Prüfquotensystem für Krankenhaus-Abrechnungen eingeführt worden. Bei einem hohen Anteil beanstandeter Rechnungen können die Kassen einen Aufschlag auf den Rückzahlungsbetrag geltend machen – dabei gelten bestimmte Schwellenwerte. Prüfquoten und Schwellenwerte sollen nun angehoben werden. Dadurch soll der Anreiz gestärkt werden, regelkonform abzurechnen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer lehnt die vorgesehene Anhebung der Prüfquoten und die Verschärfung der Schwellenwerte nach § 275c SGB V-E entschieden ab.

Die Gesetzesbegründung unterstellt, dass die Abrechnungsqualität der Krankenhäuser trotz Einführung des Prüfquotensystems nicht verbessert worden ist und deshalb stärkere Prüfungsanreize erforderlich seien. Diese Schlussfolgerung ist weder hinreichend belegt noch geeignet, die vorgesehenen Maßnahmen zu rechtfertigen. Insbesondere bleibt unberücksichtigt, dass die Beanstandungsquote wesentlich von der Prüfpraxis der Krankenkassen und der Auslegung komplexer Abrechnungsregelungen abhängt. Aus einer unverändert hohen Beanstandungsquote kann daher nicht ohne Weiteres auf eine mangelnde Regelkonformität der Krankenhäuser geschlossen werden.

Die vorgesehene Neuregelung führt zudem nicht zu einer Entlastung, sondern zu einer erheblichen Ausweitung der Prüf- und Dokumentationsbürokratie. Aktuelle Auswertungen auf Grundlage der Quartalsstatistik des GKV-Spitzenverbandes zeigen, dass sich die Zahl der möglichen Prüfungen durch die vorgesehenen Änderungen mehr als verdoppeln könnte. Gleichzeitig würde sich die durchschnittliche Prüfquote von 12 Prozent auf 25 Prozent erhöhen. Rechnerisch ergäbe sich hierdurch ein zusätzlicher Aufwand von mehreren hunderttausend Arbeitsstunden pro Quartal sowie ein erheblicher zusätzlicher Personalbedarf allein auf Seiten der Krankenhäuser.

In einer Zeit, in der die Notwendigkeit zum entschiedenen Bürokratieabbau, gesamtstaatlich wie in der Gesundheitspolitik, breiter Konsens ist, weitet der Gesetzentwurf die Bürokratie massiv aus. Damit setzt dieses Reformvorhaben die Fehler vorangehender Gesetzesvorhaben, wie zum Beispiel bei der Krankenhausreform, fort. Die Bundesärztekammer fordert die Bundesregierung erneut auf, an dieser Stelle entschieden umzusteuern. Der Deutsche Bundestag sollte klar machen, dass er Gesetzentwürfen, die die Bürokratie insgesamt weiter ausweiten, nicht zustimmen wird.

Die Annahme, eine Ausweitung von Kontrollen führe automatisch zu höherer Effizienz und geringeren Ausgaben, verkennt grundlegende Erkenntnisse der Verwaltungs- und

Organisationsforschung. Zusätzliche Kontrollmechanismen erzeugen ihrerseits erhebliche Bürokratie-, Transaktions- und Opportunitätskosten. Diese Kosten werden in der Gesetzesbegründung nicht berücksichtigt. Die vorgesehenen Maßnahmen binden ärztliche und administrative Ressourcen, die für die Patientenversorgung benötigt werden, und verstärken damit die bereits bestehende Belastung der Krankenhäuser.

Besonders kritisch ist, dass die Neuregelung ein strukturelles Misstrauensregime gegenüber den Krankenhäusern weiter ausbaut, ohne einen belastbaren Nachweis dafür zu erbringen, dass die hierdurch entstehenden zusätzlichen Kontrollkosten durch entsprechende Einsparungen kompensiert werden. Der Gesetzentwurf folgt damit einer Logik der Kontrollausweitung statt einer Strategie zur Entbürokratisierung und Verbesserung der Patientenversorgung.

Die Bundesärztekammer sieht daher weder einen sachlichen noch einen gesundheitsökonomischen Nachweis für die Notwendigkeit der vorgesehenen Verschärfungen.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung der beabsichtigten Neuregelung.

Statt einer weiteren Ausweitung der Prüfquoten sollte eine unabhängige Evaluation des seit 2022 geltenden Prüfquotensystems durchgeführt werden. Dabei sind neben möglichen Rückflüssen an die gesetzliche Krankenversicherung insbesondere die durch die Prüfverfahren verursachten Bürokratie-, Personal- und Transaktionskosten bei Krankenhäusern, Medizinischem Dienst und Krankenkassen zu berücksichtigen. Bis zum Vorliegen einer solchen Evaluation besteht keine sachliche Grundlage für eine Verschärfung der Prüfquoten und Schwellenwerte.

Im Übrigen deckt sich auch an dieser Stelle die Einschätzung der Bundesärztekammer mit der Stellungnahme des Bundesrats zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vom 12.06.26 (Drucksache 256/26). Der Bundesrat sieht durch pauschale Anhebung der Prüfquoten weder eine Entbürokratisierung noch eine Qualitätssteigerung zuverlässig erreichbar und empfiehlt stattdessen, das Vergütungs- und Abrechnungssystem einer deutlichen Vereinfachung zu unterziehen.

Evaluation des Gesetzes

Artikel 1 Nr. 71 (§ 430 SGB V-E Neu)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Bundesministerium für Gesundheit soll spätestens bis zum 31. Dezember 2030 evaluieren, ob die getroffenen Maßnahmen des Gesetzes sich als geeignet und ausreichend erwiesen haben, das Ziel stabiler Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung bei Beibehaltung eines Niveaus der gesundheitlichen Versorgung nach § 12 Absatz 1 Satz 1 zu erreichen. Es soll die Durchführung der Evaluation ganz oder in Teilen auf einen Dritten übertragen können.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Ausdrücklich begrüßt die Bundesärztekammer das Vorhaben, die Auswirkungen der geplanten Maßnahmen zu evaluieren. Allerdings erfolgt die Evaluation deutlich zu spät, da die ersten, kurzfristig wirksamen Maßnahmen bereits im Jahr 2027 greifen und potenziell tiefgreifende Auswirkungen auf die Versorgung haben werden.

Sollten die aktuellen Reformpläne umgesetzt werden, müssen ihre Folgen für die Versorgungsqualität fortlaufend im Blick behalten werden. Dafür ist eine kontinuierliche Analyse durch das Bundesgesundheitsministerium gemeinsam mit der ärztlichen Selbstverwaltung erforderlich, um frühzeitig zu erkennen, in welchem Maße sich negative Veränderungen in der Versorgung ergeben. Nur so kann bei Bedarf rechtzeitig nachgesteuert werden.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

§ 430 SGB V ist wie folgt zu formulieren:

„*Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert spätestens bis zum 31. Dezember* ***~~2030~~ 2027 und von da an fortlaufend*** *die mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vom … [einsetzen: Ausfertigungsdatum und Fundstelle dieses Gesetzes] getroffenen Maßnahmen daraufhin, ob sie sich als geeignet und ausreichend erwiesen haben, das Ziel stabiler Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung bei Beibehaltung eines Niveaus der gesundheitlichen Versorgung nach § 12 Absatz 1 Satz 1 zu erreichen. Es kann die Durchführung der Evaluation ganz oder in Teilen auf einen Dritten übertragen.* ***Die Evaluationskriterien sind im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Bundesärztekammer festzulegen. Das BMG veröffentlicht die Evaluationsergebnisse alle sechs Monate.***“

Reduzierung der Refinanzierung von Tarifsteigerungen in somatischen Krankenhäusern

Artikel 3 Nr. 7 Buchstabe c (§ 10 KHEntgG-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die derzeit vollständige Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen in somatischen Krankenhäusern soll auf eine hälftige Refinanzierung zurückgeführt werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die geplante Absenkung der Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen im stationären somatischen Bereich wird von der Bundesärztekammer abgelehnt. Auch wenn die ursprünglich (im Referentenentwurf) geplante vollständige Streichung abgemildert wird, bleibt auch eine nur hälftige Refinanzierung unzureichend, wodurch der zusätzliche finanzielle Druck auf die Krankenhäuser bestehen bleibt.

Die bisherige Verpflichtung zur Refinanzierung der Tarifsteigerungen für das Krankenhauspersonal stellt ein wesentliches Instrument zur Sicherung einer bedarfsgerechten Personalausstattung und der wirtschaftlichen Stabilität dieser Einrichtungen dar und sollte daher nicht ohne eine tragfähige Alternative aufgegeben werden.

Angesichts der in diesen Einrichtungen bestehenden hohen Arbeitsbelastung, des ausgeprägten Fachkräftemangels sowie der besonderen Qualifikationsanforderungen ist es nicht sachgerecht, die Einkommensentwicklung des medizinischen Personals strukturell nicht in der Finanzierung abzubilden. Eine solche Begrenzung beeinträchtigt die Attraktivität der Gesundheitsberufe, und bestehende Personalengpässe drohen sich weiter zu verschärfen.

Grundsätzlich ist sicherzustellen, dass das für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung erforderliche Personal auch tatsächlich finanziert wird. Basis dafür sollte eine verlässliche Personalbedarfsbemessung sein. Dies gilt für die Pflege, aber auch für den ärztlichen Bereich, in dem die Personalbemessung den patienten- und aufgabengerechten ärztlichen Personalbedarf abbilden muss. Hierfür ist das ärztliche Personalbemessungssystem der Bundesärztekammer ein geeigneter Ansatz.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung der beabsichtigten Neuregelung.

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Artikel 5 § 3b Abs. 4 BPflV

A) Beabsichtigte Neuregelung

In der Bundespflegesatzverordnung war die Tarifrefinanzierung bereits auf 75 Prozent der vereinbarten Erhöhungsrate begrenzt und wird jetzt auf 35 Prozent halbiert.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Zusätzlich zu den ebenfalls zu deckelnden Budget-Obergrenzen und zu den für 2026 bereits gültigen Sanktionsregelungen der PPP-RL in der Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie würde das für die psychiatrischen Häuser und Abteilungen eine zusätzliche und diskriminierende, weil doppelte Belastung darstellen.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung der geplanten Neuregelung.

Streichung der Meistbegünstigungsklausel

Artikel 3 Nr. 6 Buchstabe b (§ 9 Absatz 1b KHEntgG_E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der geplanten Neuregelung sollen die Vorgaben für die Vereinbarung des Veränderungswerts geändert werden. Der Veränderungswert begrenzt die Entwicklung der Landesbasisfallwerte und ist damit maßgeblich für die Erlösentwicklung der Krankenhäuser.

Bislang war grundsätzlich der jeweils höhere Wert von Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V und Orientierungswert nach § 10 Absatz 6 Satz 1 KHEntgG maßgeblich (sog. Meistbegünstigungsklausel). Künftig soll der jeweils niedrigere Wert gelten, das heißt, liegt der Orientierungswert über der Veränderungsrate, entspricht der Veränderungswert der Veränderungsrate; liegt er darunter, entspricht der Veränderungswert dem Orientierungswert.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer lehnt die vorgesehene Umkehrung der Meistbegünstigungsklausel ab. Die Festlegung des jeweils niedrigeren Werts von Veränderungsrate und Orientierungswert gewährleistet keine vollständige Refinanzierung der tatsächlichen

Kostensteigerungen bei bereits heute bestehen erheblichen Finanzierungslücken. Wie bereits der Bundesrat ausgeführt hat, führt dies zu einer strukturellen Unterfinanzierung der Krankenhäuser und beeinträchtigt langfristig die Sicherstellung einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen stationären Versorgung. Die geplante Umkehr der Meistbegünstigungsklausel ist daher zu streichen.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung der beabsichtigten Neuregelung.

Einführung von DRG-Kurzzeitfallpauschalen

Artikel 4 (§ 17b Absatz 3 SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Kurzzeitfallpauschalen sollen für kurze stationäre Behandlungsfälle von bis zu drei Kalendertagen und maximal zwei Übernachtungen die bisherigen die Ambulantisierung fördernden Instrumente AOP und Hybrid-DRG ergänzen. Das InEK wird bis 31.03.2027 ein Konzept für DRG-Kurzzeitfallpauschalen erstellen. Eine Umsetzung ist bis zum Anwendungsjahr 2028 zu ermöglichen. Die nach Kurzzeitfallpauschalen zu vergütenden Fälle sind unabhängig von der tatsächlichen Behandlungsdauer zu vergüten, also auch für Behandlungsfälle ohne Übernachtungen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Der Gesetzgeber erkennt mit der Einführung von Kurzzeitfallpauschalen grundsätzlich an, dass der bisher mit den Hybrid-DRG beschrittene Weg so nicht fortgesetzt werden kann. Aus Sicht der Bundesärztekammer ist noch nicht ausreichend erkennbar, wie sich die neu geplanten Kurzzeitpauschalen in ein stimmiges sektorenübergreifendes Gesamtsystem einfügen sollen. Der 130. Deutsche Ärztetag hat gefordert, die sektorenübergreifende Vergütung ambulanter Behandlungen grundlegend neu zu konzipieren und hierzu die ärztliche Selbstverwaltung, die wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften und Medizincontrolling-Expertise einzubinden. Wesentlich ist, dass bei allen Maßnahmen die Auswirkungen auf die ärztliche Weiterbildung geprüft und negative Effekte verhindert werden.

4. Ergänzender Änderungsbedarf

Abschaffung des Orphan-Privilegs: Bericht der Finanzkommission Gesundheit (Empfehlung Nr. 40)

A) Begründung

Die Finanzkommission Gesundheit (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/F/FinanzKommission_Gesundheit/FinanzKommissionGesundheit_Erster_Bericht_20260330.pdf) weist darauf hin, dass Orphan-Arzneimittel mit einem Verordnungsvolumen mit nur 0,1 % an den Gesamtverordnungen, 13 % der Arzneimittelausgaben der GKV darstellen. Besonders gravierend sei auch die Kostendynamik: Die Ausgaben würden im 5-Jahres-Mittel um 14 % ansteigen, bei patentgeschützten nicht-Orphan-Arzneimitteln würde dies nur 8 % pro Jahr im 5-Jahres-Mittel betragen.

B) Ergänzungsvorschlag

Es wird vorgeschlagen, die von der Finanzkommission Gesundheit vorgeschlagene Maßnahme umzusetzen. Bei Orphan-Arzneimitteln gilt im AMNOG ein Zusatznutzen bis zur Überschreitung der Umsatzgrenze von 30 Mio. € als belegt. Dies führt zu einem Vorteil bei den Preisverhandlungen, der sich in der Ausgabendynamik niederschlägt. Eine Abschaffung dieses sog. „Orphan-Drug-Privilegs" macht es möglich, dass sich die Ausgabenentwicklung an die der anderen patentgeschützten Arzneimittel anpasst.

Realisierung von Einspareffekten auf Seiten der gesetzlichen Krankenkassen durch die Digitalisierung bestehender Prozesse

A) Begründung

Die Etablierung des Versichertenstammdatenmanagements, des elektronischen Rezeptes (E-Rezept) und der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) hat auf Seiten der gesetzlichen Krankenkassen zu hohen Einspareffekten geführt. Daher ist die hohe Präferenz der Krankenkassen, dass zunächst diese Verfahren eingeführt werden, nachvollziehbar. Direkte positive Auswirkungen auf die Versorgungsqualität von Patientinnen und Patienten haben diese drei Anwendungen allerdings nicht in gleichem Maße – sie dienen primär der Erhöhung der Wirtschaftlichkeit administrativer Verfahren. Festzustellen ist allerdings, dass die Hebung dieser Wirtschaftlichkeitsreserven bislang nicht zu einer Reduzierung der Verwaltungsausgaben der Krankenkassen geführt haben.

Durch das Versichertenstammdatenmanagement wurde das physische Austauschen (Produktion und Personalisierung, Versand der eGK an den Versicherten) von Millionen von elektronischen Gesundheitskarten (eGK) unnötig, da bei Datenänderung eine Online-Aktualisierung der eGK erfolgt.

Durch die Etablierung des E-Rezeptes (ca. 500 Millionen/Jahr) und der eAU (ca. 70 Millionen/Jahr) stehen den Kassen medienbruchfrei Daten zur Verfügung, die vorher in Papierform angenommen und aufwändig verarbeitbar gemacht werden mussten.

B) Ergänzungsvorschlag

Der Gesetzgeber wird aufgefordert zu prüfen, in welcher Höhe den Krankenkassen im Rahmen der Digitalisierung Kostenersparnisse erwachsen und die Verwaltungsausgaben der Kassen entsprechend abzusenken.

Als Orientierungsgröße könnten Einspareffekte durch nicht notwendige Austausche von eGK (ca. 10-15 €/Stück) und Einspareffekte durch medienbruchfreie Zulieferung von E-Rezepten und eAU (1 €/Vorgang) dienen.

TOP Ia **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Aussprache zum Leitantrag**

Titel: Zuverlässig und zukunftsfest - stabile Gesundheitsversorgung in Zeiten des Wandels

Beschluss

Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer (Drucksache Ia - 01) unter Berücksichtigung des Antrags von Wieland Dietrich, Christa Bartels, Dr. Klaus J. Doubek, Sebastian Exner, Markus Haist, Prof. Dr. Bernhard Hemming, MPH, Dr. Dirk Altrichter, Prof. Dr. Tim Knoop, Dr. Paula Hezler-Rusch, Dr. Silke Lüder, Dr. Gerd-Hermann Büscher, PD Dr. Kirsten Jung, Dr. Uta Stierstorfer, Dr. Sophia Blankenhorn, Dr. Christof Sturm, Dr. Stefan Streit, Dr. Joachim Wichmann, MBA, Dr. Ariane Kunstein und Dr. Christian Messer (Drucksache Ia - 01b) Wieland Dietrich, Christa Bartels, Dr. Gerd-Hermann Büscher, Dr. Silke Lüder und Dr. Christian Messer (Drucksache Ia - 01c) Dr. Florian Gerheuser, Dr. Dirk Altrichter, Dr. Mirko Barone, Dr. Lydia Berendes, Prof. Dr. Stephan Böse-O'Reilly, Hans-Ulrich Braun, Dr. Karl Breu, Dr. Georg Deichhardt, Alexander Fuchs, Dr. Jürgen Gatter, Dr. Melanie Kretschmar, Dr. Heidemarie Lux, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Dr. Melanie Rubenbauer, Dr. Andreas Schießl, Anne Schluck, Dr. Christian Schwark, Dr. Christine Schwill, Dr. Jan Henrik Sperling, Dr. Katharina Thiede, Prof. Dr. Andreas Umgelter und Julian Veelken (Drucksache Ia - 01e) Dr. Hans-Jörg Bittrich, Dr. Ellen Lundershausen und Dr. Gerald Quitterer (Drucksache Ia - 01f) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Das Gesundheitswesen in Deutschland steht vor einem Wendepunkt. Die demografische Entwicklung, die steigende Krankheitslast und der Fachkräftemangel belasten die Versorgung massiv. Gleichzeitig nehmen Patientinnen und Patienten insbesondere in der ambulanten Versorgung medizinische Leistungen oft unkoordiniert in Anspruch, was die Versorgung zusätzlich strapaziert. Auch im stationären Sektor besteht Handlungsbedarf, um zukunftsgerechte Krankenhausstrukturen zu erreichen, die Ambulantisierung voranzubringen und eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung dauerhaft zu sichern.

Diese Herausforderungen treffen auf ein System, dessen finanzielle Grundlage unter Druck steht. Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 unterstützt deshalb grundsätzlich die Zielsetzung der Bundesregierung, das Gesamtsystem so auszurichten, dass die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ihre Einnahmen nicht dauerhaft übersteigen. Bei der konkreten Umsetzung sieht er aber die dringende Notwendigkeit, die in dem von der Bundesregierung vorgelegten Entwurf für ein GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vorgesehenen Neuregelungen hinsichtlich ihrer Folgewirkungen, ihres Zusammenspiels untereinander und der Lastenverteilung auf alle Beteiligten sauber auszutarieren und zu überarbeiten.

Zudem sind finanzielle Stabilität, Versorgungsqualität und die Belastbarkeit des Systems zusammenzudenken. Die Stabilisierung der GKV-Finanzen darf weder zulasten der Patientenversorgung gehen noch die beruflichen Rahmenbedingungen derjenigen verschlechtern, die sich Tag für Tag um die Patientinnen und Patienten kümmern.

Eine ausschließliche Orientierung der Ausgaben an der Entwicklung der (reduzierten) Grundlohnrate, wie im Entwurf für das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz angelegt, greift zu kurz. Denn ein solidarisches Gesundheitssystem muss seine Leistungen letztlich am medizinisch erforderlichen Versorgungsbedarf der Bevölkerung ausrichten.

Andernfalls drohen massive Verwerfungen in der Versorgung, die langfristig sogar zu steigenden Kosten führen können. Das gilt unter anderem für die geplanten Kürzungen bei offenen Sprechstunden und der Terminvergabe über die Rufnummer 116 117 im ambulanten Bereich sowie für die Streichung der vollständigen Refinanzierung von Tarifsteigerung der Beschäftigten im stationären Bereich.

Statt eines reinen Spargesetzes ist eine echte Reform erforderlich. Diese Reform muss auf einem stimmigen, dreistufigen Gesamtkonzept beruhen:

- erstens notwendige, kurzfristig wirksame Sofortmaßnahmen zur finanziellen und organisatorischen Stabilisierung des Systems,
- zweitens darauf aufbauende, mittelfristig wirksame Strukturreformen für mehr Patientenorientierung und Effizienz und
- drittens eine nachhaltig wirksame Stärkung und Neuausrichtung der Präventionspolitik als Investition in die Gesunderhaltung der Bevölkerung.

In allen drei Bereichen dürfen die notwendigen Schritte nicht länger aufgeschoben werden. Von der Politik erwarten wir eine faire, frühzeitige und substanzielle Einbindung der Ärzteschaft in diese grundlegende Neuausrichtung. Im Gegenzug übernehmen wir Verantwortung sowohl bei der Ausarbeitung von Konzepten als auch bei der Umsetzung der notwendigen Schritte.

Notwendige Sofortmaßnahmen als Basis für Strukturreformen

Versicherungsfremde Leistungen steuerfinanzieren. Ordnungspolitische Fehlentwicklungen müssen konsequent korrigiert werden. Der 130. Deutsche Ärztetag unterstützt die Empfehlung der GKV-FinanzKommission, die Finanzierung von versicherungsfremden Leistungen adäquat aus Steuermitteln zu sichern und appelliert an den Bundesfinanzminister, hier seiner Verantwortung gerecht zu werden. Dies gilt insbesondere für die Gesundheitsversorgung der Bürgergeldbeziehenden. Die Absicherung dieser Personengruppe ist Ausdruck eines gesamtgesellschaftlichen Solidarversprechens und damit eine originäre staatliche Aufgabe. Es ist nicht vertretbar, diese Last allein den beitragszahlenden Mitgliedern der GKV aufzubürden. Im Entwurf des GKV-

Beitragssatzstabilisierungsgesetzes wird der Zuschuss des Bundes an den Gesundheitsfonds sogar noch um Milliardenbeträge gekürzt. De facto bedeutet das, dass die Beschäftigten im Gesundheitswesen, Versicherte sowie Patientinnen und Patienten zur Konsolidierung des Bundeshaushalts herangezogen werden.

Fiskalpolitik gesundheitsorientiert ausrichten. Die Einführung bzw. Erhöhung von Steuern oder zweckgebundenen Abgaben auf krankmachende Genussmittel wie Alkohol, Tabak und Zucker ist ein notwendiger Schritt, der Prävention und Gesundheitsfinanzierung zusammenbringt. Die auf diese Weise generierten Mittel sind unmittelbar der Gesundheitsversorgung zuzuführen. Zu einer fairen Finanzierung zählt zudem die Absenkung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel von 19 auf 7 Prozent. Auch hier ist der Bundesfinanzminister gefordert.

Bürokratie abbauen. Ein konsequenter Bürokratieabbau ist für ein effizientes und patientenorientiertes Gesundheitswesen grundlegend. Der 130. Deutsche Ärztetag appelliert an die Bundesregierung, den im Koalitionsvertrag angekündigten Entbürokratisierungsmaßnahmen jetzt konkrete Taten folgen zu lassen. Zur Vorbereitung ist eine Bürokratie-Taskforce aus Politik und Selbstverwaltung einzurichten. Diese muss bereits vorliegende Einzelvorschläge der Ärzteschaft und anderer Akteure aus dem Gesundheitswesen zügig in umsetzbare Maßnahmen überführen.

Industrie an den Lasten beteiligen. Die Arzneimittelausgaben gehören zu den größten und am stärksten wachsenden Ausgabenblöcken im Gesundheitswesen. Notwendig ist eine angemessene Beteiligung der Industrie, kurzfristig durch eine Erhöhung des Herstellerrabatts für patentgeschützte Arzneimittel und mittelfristig durch weiterentwickelte Mechanismen bei der Preisfindung für Arzneimittel. Dabei sollten die vorliegenden Vorschläge des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege (SVR) berücksichtigt werden.

Gesamtkonzept notwendig. Alle diese Schritte sind ordnungspolitisch sinnvoll. Allerdings reichen die vorgenannten kurzfristigen finanzpolitischen Maßnahmen nicht aus, um das in Schräglage geratene Gesundheitssystem wieder auf die Beine zu stellen. Dringend notwendig ist ein Gesamtkonzept, das auch strukturelle Reformen zum Inhalt haben muss, um das Gesundheitswesen zukunftsfest zu gestalten.

Echte Strukturreformen für mehr Patientenorientierung und Effizienz

Primärversorgung gemeinsam entwickeln. Wir brauchen mehr Kooperation und Koordination in der Versorgung. Der 130. Deutsche Ärztetag begrüßt ausdrücklich die Bemühungen der Bundesregierung, die Primärversorgung gemeinsam mit den Akteuren aus der Versorgung strukturiert und zielgerichtet umzusetzen. Dabei sollten die Patientinnen und Patienten für die primäre Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung eine Arztpraxis verbindlich wählen. Diese ist in der Regel eine hausärztliche oder kinderärztliche Praxis. Dieser "erste Anlaufpunkt" übernimmt grundsätzlich die primärärztliche Versorgung

sowie die Koordination einer notwendigen Weiterbehandlung bei Fachärztinnen und Fachärzten in allen Gebieten und in weiteren Versorgungsbereichen.

Neue Steuerungsinstrumente dürfen keine zusätzliche Bürokratie schaffen. Sie müssen sich am Bedarf der Patientinnen und Patienten und an der Arbeitsrealität der Beschäftigten in der Versorgung ausrichten - nicht umgekehrt.

Die Verantwortung für die Ersteinschätzung und das Terminmanagement müssen in den Händen der ärztlichen Selbstverwaltung liegen.

Über die abschließende Terminvergabe entscheiden die ärztlichen Einrichtungen wie Arztpraxen, medizinische Versorgungszentren (MVZ) und Ambulanzen, denn dies ergibt sich aus der ärztlichen Freiberuflichkeit, aus der Endverantwortung des Behandelnden zur Frage medizinischer Notwendigkeit und letztlich auch auf Grundlage des Selbstständigen- bzw. Inhaberstatus.

Digitale Instrumente können die Prozesse bei der Ersteinschätzung unterstützen, unverzichtbar bleibt jedoch die Möglichkeit für einen persönlichen Kontakt, telefonisch oder vor Ort in der Praxis.

Teamorientierte Patientenversorgung. Ebenso wie die Primärversorgung bedarf die Patientenversorgung insgesamt der Zusammenarbeit aller Gesundheitsberufe bei klar geregelten Verantwortlichkeiten. Dabei sind auch Physician Assistants (PA) zu berücksichtigen, die in den letzten Jahren zu einem integralen Bestandteil der Gesundheitsversorgung in Deutschland geworden sind. Alle Tätigkeiten, für die spezifische ärztliche Fachkenntnisse und Erfahrungen erforderlich sind, müssen einem Arztvorbehalt unterliegen. Die ärztliche Gesamtverantwortung für Diagnose und Therapie darf nicht infrage gestellt werden. Nur auf dieser Basis können Delegation und Teamarbeit sicher zum Wohl der Patientinnen und Patienten gelingen.

Notfallreform bedarfsgerecht gestalten. Der 130. Deutsche Ärztetag erkennt an, dass die Bundesregierung die Reform der Notfallversorgung nach langem Stillstand voranbringen und dabei auch die Neuordnung des Rettungsdienstes einbeziehen will. Ziel muss es sein, die bestehenden Strukturen spürbar zu entlasten und die Akut- und Notfallversorgung sektorenübergreifend und bedarfsgerecht zu organisieren. Regional bereits funktionierende Lösungen in der sektorenübergreifenden Notfallversorgung dürfen nicht zerschlagen werden. Diesen Maßstäben wird der vorliegende Gesetzentwurf noch nicht gerecht.

Vor dem Hintergrund der erwartbaren Einschnitte in allen Leistungsbereichen ist es weder sachgerecht noch leistbar, unabhängig vom tatsächlichen Bedarf rund um die Uhr - und damit auch während der regulären Versorgungszeiten - über die Rufnummer 116 117 telemedizinische und aufsuchende Angebote vorzuhalten. Auch ein Nebeneinander verschiedener Ersteinschätzungssysteme mit jeweils unterschiedlichen Steuerungsfolgen,

wie es der Gesetzentwurf vorsieht, kann nicht der richtige Weg sein.

Eine echte Entlastung der Notfallstrukturen kann schließlich nur dann wirksam werden, wenn die vorgesehenen Zugangs- und Behandlungspfade von den Hilfesuchenden verbindlich und einheitlich genutzt werden. Dies erfordert eine konsequente Steuerung und eine umfassende zielgruppengerechte Informationskampagne über die Vorteile des Systems für Patientinnen und Patienten.

Der 130. Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, den Gesetzentwurf im parlamentarischen Verfahren unter Einbeziehung der Akteure aus der Patientenversorgung in diesen und weiteren Punkten substanziell zu überarbeiten.

Krankenhausreform: **Chancen nutzen und notwendige Korrekturen vornehmen.** Bei allen noch bestehenden Mängeln an der Krankenhausreform unterstützen wir ausdrücklich, dass Bund und Länder den Weg für deren Umsetzung freigemacht haben. Die Reform führt erstmals eine deutschlandweit einheitliche Planungssystematik ein. Zudem bieten die Mittel aus dem Transformationsfonds die Chance, die Standorte stabil und leistungsstark neu aufzustellen. Im Zuge der Strukturreform müssen auch Maßnahmen mitgedacht werden, um die Krisenresilienz der stationären Versorgung zu gewährleisten. Voraussetzung für das Gelingen der Reform ist aber, dass sie an entscheidenden Stellen klug und praxistauglich weiterentwickelt wird. Unter anderem brauchen wir eine grundlegende Überarbeitung der Vorhaltevergütung. Auch bei den Qualitätsvorgaben für die Leistungsgruppen sind Korrekturen und Klarstellungen unabdingbar. Dies gilt nicht nur für die Pflegepersonaluntergrenzen, sondern ebenso für die Anforderungen an das erforderliche fachärztliche Personal. Es ist im Gesetzestext klarzustellen, dass außerhalb des Regeldienstes die fachärztliche Verfügbarkeit durch Rufbereitschaft gewährleistet werden kann. Zudem sind zahlreiche handwerkliche Schwächen in der Leistungsgruppensystematik zu beheben. Besonders dringend erforderlich sind Änderungen, die die Auswirkungen der Krankenhausreform auf die ärztliche Weiterbildung angemessen berücksichtigen. Regionale Zusammenschlüsse von Krankenhäusern, Arztpraxen oder medizinischen Versorgungszentren (MVZ) zu von den (Landes-) Ärztekammern anerkannten Weiterbildungsverbünden sind konsequent zu stärken. Bei der Zuteilung von Leistungsgruppen sollten vorrangig solche Häuser berücksichtigt werden, die sich aktiv an der Weiterbildung und an regionalen Verbünden beteiligen. Rotationen innerhalb dieser Verbünde dürfen nicht durch die Regelungen des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes (AÜG) behindert werden.

Weiterbildung sichern - und finanzieren. Eine ausreichende Zahl gut qualifizierter Fachärztinnen und Fachärzte ist unverzichtbare Voraussetzung für die Sicherung einer guten Patientenversorgung; Politik und (Landes-)Ärztekammern stehen hier in unmittelbarer Verantwortung. Sowohl im stationären als auch im ambulanten Sektor findet die Weiterbildung jedoch unter erheblichem Versorgungs- und Effizienzdruck statt.

Personalmangel, enge Dienstpläne und wirtschaftliche Zielvorgaben erschweren in vielen

Bereichen die vollständige Vermittlung aller erforderlichen Weiterbildungsinhalte.

Politik und Kostenträger müssen anerkennen, dass Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung einen wesentlichen Beitrag zur Versorgung der Bevölkerung leisten, der vollumfänglich finanziell abgebildet werden muss. Zudem ist der mit der Weiterbildung einhergehende strukturelle und personelle Aufwand angemessen zu vergüten, etwa durch die Einführung einer Weiterbildungspauschale.

Dabei ist es Aufgabe der (Landes-)Ärztekammern, den fachlichen und rechtlichen Rahmen für eine qualitativ hochwertige und strukturierte Weiterbildung zu setzen. Dazu gehört auch, die entsprechenden Strukturen und Prozesse kontinuierlich weiterzuentwickeln, um Qualität und Vertrauen in die ärztliche Weiterbildung dauerhaft zu sichern.

Medizinstudium reformieren, Fachkräfte sichern. Wir fordern Bund und Länder auf, die Reform des Medizinstudiums endlich umzusetzen und so einen substanziellen Beitrag zur ärztlichen Nachwuchsförderung und Fachkräftesicherung zu leisten. Darüber hinaus muss Fachkräftesicherung auch diejenigen in den Blick nehmen, die am Ende ihres Berufslebens stehen. Umfragen zeigen, dass viele Ärztinnen und Ärzte im Ruhestandsalter bereit sind, sich weiterhin in die Patientenversorgung einzubringen, sofern die Rahmenbedingungen stimmen. Deshalb muss die zum Jahresbeginn in Kraft getretene Aktivrente auch für Selbstständige, etwa niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, möglich gemacht werden.

Überdies ist unser Gesundheitssystem dringend auch auf Fachkräfte aus dem Ausland angewiesen. Insoweit unterstützen wir die geplante effizientere Gestaltung der Anerkennungsverfahren für Ärztinnen und Ärzte mit Qualifikationen aus Drittstaaten. Dabei müssen sowohl die Patientensicherheit als auch die hohen Qualitätsstandards uneingeschränkt gewahrt werden. Wir fordern die schnelle und konkrete Umsetzung in der ärztlichen Approbationsordnung (ÄApprO). Neben den "formellen" Voraussetzungen ist eine entsprechende Willkommenskultur unabdingbar.

Resilienz und Krisenvorsorge stärken, Klimaschutz weiter vorantreiben. Wir bieten unsere Zusammenarbeit an, um die Resilienz des Gesundheitswesens angesichts wachsender geopolitischer Konflikte, grenzüberschreitender Gesundheitsgefahren und akuter Folgen des Klimawandels zu stärken. Eine robuste Vorsorge erfordert die ausreichende Vorhaltung von Arzneimitteln, inklusive Blutprodukten und Medizinprodukten, die Diversifizierung und verlässliche Absicherung von Lieferketten sowie den Aufbau einer ausfallsicheren digitalen Infrastruktur. Bund und Länder sind gefordert, gemeinsam mit der Ärzteschaft eine umfassende Resilienzstrategie zu entwickeln, die klare Abläufe, Zuständigkeiten und die Finanzierung sicherstellt. Hierzu zählt auch ein Echtzeit-Lagebild der medizinischen Versorgungssituation. An einem entsprechenden Lagezentrum ist die Ärzteschaft zu beteiligen. Angesichts der sicherheitspolitischen Lage spielt die Zivil-Militärische Zusammenarbeit (ZMZ) im Gesundheitswesen eine immer größere Rolle.

Der 130. Deutsche Ärztetag stellt zudem klar, dass der Klimawandel die größte Bedrohung

für die Gesundheit und Zukunft der Menschheit ist. Er fordert die Bundesregierung daher erneut und nachdrücklich dazu auf, dieser Gefahr zum Schutz der Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger entschlossener entgegenzuwirken, indem sie die Verbrennung fossiler Energieträger zeitnah beendet. Dazu gehören der Wegfall von Subventionen für deren Nutzung, die zeitnahe Dekarbonisierung des Verkehrs sowie der Energieversorgung und der Verzicht auf den Ausbau fossiler Infrastrukturen, indem bereits heute verfügbare emissionsfreie Energieträger (v. a. Photovoltaik, Windkraft) mit dazugehörigen Netz- und Speicherkapazitäten massiv ausgebaut werden. Der unvermeidlich mit Belastungen einhergehende Wandel muss sozial verträglich gestaltet werden. Prävention und Aufklärung zu klimainduzierten Gesundheitsrisiken sind auszubauen. Zudem benötigt Deutschland verbindliche Hitzeschutzpläne und ein bundesweites Hitzealarmsystem sowie ein systematisches Monitoring klimabedingter Erkrankungen und Gesundheitsrisiken.

Digitalisierung und KI nutzen. Wir wollen die Digitalisierung vorantreiben und Künstliche Intelligenz (KI) nutzen. Die elektronische Patientenakte (ePA) ist als zentrale Plattform für Daten und Anwendungen praxis- und nutzerorientiert weiterzuentwickeln. Besondere Schwerpunkte müssen dabei die Etablierung versorgungsorientierter Anwendungen, Nutzerfreundlichkeit und die Betriebsstabilität sein. Die Patientenautonomie ist durch bessere Information, niedrigschwellige Nutzungsmöglichkeiten und gezielte Maßnahmen zur Akzeptanzsteigerung zu stärken.

Der Einsatz Künstlicher Intelligenz soll sich an den Bedürfnissen der ärztlichen Praxis orientieren: KI soll dokumentationsentlastend wirken, klinische Entscheidungsunterstützung bieten, Fehlverordnungen reduzieren, von Bürokratie entlasten und so zu einer Stärkung der Versorgungsqualität und Sicherheit für Patientinnen und Patienten beitragen. Der Einsatz von KI ist so zu gestalten, dass die ärztliche Gesamtverantwortung für Diagnose und Therapie gewahrt bleibt und die ärztliche Zuwendung zu den Patientinnen und Patienten gestärkt wird. Dafür brauchen wir klare, praxistaugliche Rahmenbedingungen, leicht zugängliche Test- und Pilotierungsmodelle sowie verbindliche Zeitpläne mit klaren Verantwortlichkeiten. Dann hat sie das Potenzial, die Patientenbehandlung zu verbessern. Der Budget- und Ressourcenbedarf für Implementierung und Schulung ist frühzeitig festzulegen. Risikomanagement, Datenschutz und die Vermeidung von Sicherheitslücken und Fehlanwendungen müssen dabei gewährleistet sein.

Beschäftigte im Gesundheitswesen konsequent vor Gewalt schützen. Gewalt gegen Ärztinnen und Ärzte sowie gegen andere im Gesundheitswesen tätige Personen hat in den vergangenen Jahren weiter zugenommen und stellt ein ernstzunehmendes strukturelles Risiko für die medizinische Versorgung dar. Daher sind eine konsequente und effiziente Strafverfolgung und Ahndung von Übergriffen auf medizinisches Personal notwendig. Der Gesetzgeber wird aufgefordert, den strafrechtlichen Schutz aller im Gesundheitswesen Tätigen zu verbessern und den vorgelegten Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Strafgesetzbuches – Stärkung des strafrechtlichen Schutzes des Gemeinwesens des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) zeitnah

weiterzuverfolgen. Zudem ist zeitnah ein bundesweit einheitliches, niedrigschwelliges Meldesystem für Gewaltvorfälle im Gesundheitswesen einzuführen, wobei auf den bereits entwickelten Prototypen der Bundesärztekammer zurückgegriffen werden und dieses aus der Selbstverwaltung heraus betrieben werden sollte. Ergänzend bedarf es verbindlicher Präventions- und Nachsorgekonzepte sowie einer systematischen Erfassung und Auswertung der Vorfälle. Nur durch ein koordiniertes Vorgehen von Politik, Selbstverwaltung und Einrichtungen kann die Sicherheit des medizinischen Personals nachhaltig gewährleistet werden.

Für eine nachhaltig wirksame Stärkung und Neuausrichtung der Präventionspolitik

Prävention zur ressortübergreifenden Aufgabe machen. Über kurzfristige Einsparungen und mittelfristig wirksame Strukturreformen hinaus muss die Politik Investitionen in Prävention und Gesunderhaltung der Bevölkerung in den Blick nehmen. Gerade bei chronischen Erkrankungen und Volkskrankheiten liegt hier ein erhebliches medizinisches und ökonomisches Potenzial. Wir fordern die Einrichtung eines Public-Health-Fonds zur Finanzierung dieser langfristigen Aufgaben. Dieser Fonds ist aus Haushaltsmitteln zu speisen, insbesondere durch die Einnahmen aus Steuern bzw. Abgaben auf krankmachende Genussmittel wie Alkohol, Tabak und Zucker. Zudem muss Prävention als ressortübergreifende Aufgabe mit klaren Zielen, verbindlichen Zeitplänen und messbaren Wirkungen fest verankert werden. Bildung, Arbeit, Verkehr, Umwelt und Stadtentwicklung prägen maßgeblich die Gesundheitschancen der Bevölkerung. Health in All Policies (HiAP) ist kein bloßes programmatisches Schlagwort, sondern Ausdruck moderner staatlicher Steuerungsfähigkeit. Die Förderung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung muss als bildungspolitisches Ziel von der frühkindlichen und schulischen Bildung an lebenslang konsequent verankert werden. Dazu gehört eine entschiedene Förderung von Sport und Bewegung im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter.

Selbstverantwortung als gesellschaftliche Aufgabe. Schließlich ist jede und jeder gefordert: Selbstverantwortung bedeutet mehr als finanzielle Selbstbeteiligung. Sie zeigt sich in der Bereitschaft, medizinische Leistungen verantwortungsvoll in Anspruch zu nehmen, die eigene Lebensweise gesundheitsfördernd zu gestalten und Präventionsangebote aktiv zu nutzen. Nur so kann eine zukunftsfähige Versorgung gelingen.

Gesellschaftliche Debatte über die Zukunft des Gesundheitswesens notwendig

Die Auseinandersetzung über die aktuellen Defizite in der Gesundheitsversorgung greift zu kurz, wenn sie sich auf Einsparmöglichkeiten und zusätzliche finanzielle Mittel für die nächsten Jahre beschränkt. Denn die finanzielle Basis des beitragsfinanzierten Gesundheitssystems wird mittelfristig im Rahmen der demografischen Entwicklung mit dem Ruhestandseintritt geburtenstarker Jahrgänge erodieren. Zugleich wird nicht nur der Versorgungsbedarf steigen. Auch die Möglichkeiten der modernen Medizin mit hochwirksamen, aber immer teureren Medikamenten und Therapieverfahren werden weiter

anwachsen. Es wäre falsch, sich der Hoffnung hinzugeben, diese Trends allein durch Strukturreformen und Effizienzgewinne ausgleichen zu können. Wir unterstützen ausdrücklich den Gedanken eines solidarischen Gesundheitssystems, in dem allen Menschen unabhängig vom Einkommen die medizinisch erforderliche Versorgung zur Verfügung gestellt wird. Umso mehr fordert der 130. Deutsche Ärztetag eine breite Debatte darüber, ob die Gesellschaft bereit ist, die dafür erforderlichen, perspektivisch wachsenden Mittel auch in Zukunft bereitzustellen und darüber, wie die Balance zwischen notwendiger Versorgung für alle, Eigenverantwortung und Grenzen des Finanzierbaren zu finden ist.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Bürokratieabbau im GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz mitdenken

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Susanne Johna, Dr. Christian Schwark, Anne Kandler, Dr. Christian Piper, PD Dr. Andreas Scholz, Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Sven Christian Dreyer, Sylvia Ottmüller und Dr. Melanie Rubenbauer (Drucksache Ib - 04) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert die Bundesregierung nachdrücklich auf, das aktuelle GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz zwingend mit einem nachhaltigen und systemeffektiven Bürokratieabbau zu verbinden.

Ein langfristig angelegter, systemeffektiver Abbau bürokratischer Hürden ist aus unserer Sicht essenziell, um die Leistungsfähigkeit und Qualität der medizinischen Versorgung in Deutschland zu erhalten. Eine lediglich kurzfristige Kostendämpfung, die nicht mit einer spürbaren Entbürokratisierung einhergeht, verstärkt nur den ökonomischen Druck im Gesundheitssystem und lässt die aktiven Akteure ohne Entlastung zurück.

Dies birgt die Gefahr, dass sich die Qualität der medizinischen Versorgung auf Dauer verschlechtert und dadurch letztendlich volkswirtschaftlich deutlich höhere Kosten entstehen.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Sparen in der ambulanten Versorgung bedeutet faktische Kürzung ambulanter Leistungen

Beschluss

Auf Antrag von Johannes Neimann, Dr. Gisbert Voigt, Dr. Thomas Buck, Manuela Dörnte, Dr. Klaus J. Doubek, Christian Popoviciu, Dr. Tilman Kaethner, Dr. Wolfgang Lensing, Dr. Raffael-Sebastian Boragk und Dr. Dietmar Klass (Drucksache Ib - 06) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 stellt fest, dass die aktuellen Vorschläge zur Stabilisierung der GKV-Finanzen in der ambulanten Versorgung nicht zu belastbar nachgewiesenen, versorgungsneutralen Effizienzgewinnen führen, sondern wesentlich in Zugang, Vorhaltung und Vergütung eingreifen. Unter den heutigen Versorgungsbedingungen bedeutet dies faktisch eine Kürzung ambulanter Leistungen durch längere Wartezeiten, Angebotsverengung und Verlagerung von Priorisierungsentscheidungen in den Versorgungsalltag.

Der 130. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, vor weiteren Einschnitten in die ambulante Versorgung nicht länger offen zu lassen, welche Entscheidungen fachlich und welche politisch zu treffen sind:

1. Die ärztliche Bewertung von medizinischer Notwendigkeit und Dringlichkeit ist ureigene Aufgabe der Ärzteschaft. Notwendige und dringliche Behandlungen bedürfen einer prioritären Versorgung.
2. Die politische Entscheidung, welche - nicht dringlichen und nicht notwendigen - Leistungen weiterhin uneingeschränkt, zeitlich nachrangig, eingeschränkt oder nicht mehr zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbracht werden sollen, ist Aufgabe des Gesetzgebers.
3. Steuerungsmaßnahmen dürfen erst dann eingeführt werden, wenn die daraus folgenden rechtlich verbindlichen Konsequenzen für Patientinnen und Patienten transparent festgelegt sind.

Begründung:

Die FinanzKommission Gesundheit prognostiziert eine Deckungslücke von 15,3 Milliarden Euro für 2027, steigend auf 40,4 Milliarden Euro bis 2030, und empfiehlt zugleich ein weitreichendes Konsolidierungsprogramm. Zwar erkennt die Ärzteschaft einzelne Vorschläge mit tatsächlichem Transformations- oder Qualitätsgewinn ausdrücklich an; diese bleiben wegen ihres geringen Einsparvolumens für sich genommen jedoch ohne relevante Wirkung auf das Strukturproblem.

Gerade die relevanten ambulanten Einsparvolumina beruhen nicht auf klar benannten, versorgungsneutralen Effizienzreserven, sondern auf Eingriffen in Vergütung, Vorhaltung und Zugang. Werden planbare und wirtschaftlich tragende Leistungsanteile zurückgedrängt, entsteht kein neutraler Effizienzgewinn, sondern eine faktische Kürzung des verfügbaren Angebots.

Solange politisch nicht festgelegt wird, welche Leistungen weiterhin uneingeschränkt, zeitlich nachrangig, eingeschränkt oder nicht mehr zulasten der GKV erbracht werden sollen, erfolgt Rationierung verdeckt durch Budget und Warteschlange.

Beitragsstabilität zu versprechen und zugleich Leistungskürzungen zu bestreiten, obwohl wesentliche Einsparhebel in der ambulanten Versorgung gesehen werden, ist logisch nicht vereinbar.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Keine Schwächung der frühen Prävention als Voraussetzung für spätere Gesundheit und als wichtiger Baustein der Kostendämpfung im Gesundheitssystem im GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Tilman Kaethner, Dr. Thomas Buck, Johannes Neimann, Dr. Thomas Carl Stiller und Dr. Gisbert Voigt (Drucksache Ib - 11) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert, dass die Bundesregierung die im GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vorgesehene finanzielle Begrenzung der Vergütung für präventive Leistungen, wenn die Zahlen dieser präventiven Leistungen steigen, überdenkt und zurücknimmt (ehem. EGV-Leistungen).

Begründung:

Im vorliegenden Entwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes ist eine Begrenzung der Vergütungen für Vorsorgeleistungen geplant. Wenn die gesundheitspolitische und medizinisch gewünschte Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen steigt, soll der dadurch ausgelöste Anstieg des Finanzbedarfs begrenzt werden.

Gerade bei Vorsorgeleistungen ist eine steigende Inanspruchnahme weder unerwünscht noch steuerbar, sondern ausdrücklich gewollt. Prävention dient der frühzeitigen Erkennung und Vermeidung von Erkrankungen und trägt langfristig zur Entlastung des Gesundheitssystems bei. Eine finanzielle Begrenzung der Vergütung setzt daher falsche Anreize und gefährdet den Ausbau präventiver Versorgung.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Sicherung der wirtschaftlichen Existenz der Praxen und Wahrung der Versorgungsqualität unter dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz

Beschluss

Auf Antrag von Johannes Neimann, Dr. Wolfgang Lensing, Manuela Dörnte und Dr. Thomas Carl Stiller (Drucksache Ib - 12) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

1. Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 stellt fest, dass die im Entwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes vorgesehene grundsätzliche Koppelung der Vergütung an die Grundlohnrate bei gleichzeitigem Wegfall von Leistungsanreizen (wie den TSS-Zuschlägen) in einer Zeit massiver Kostensteigerungen (Inflation, Personal, Betriebskosten) zu einer systemischen Unvereinbarkeit führt. Ein effizientes Versorgungssystem kann nicht unterhalb des wirtschaftlichen Kostendeckungsgrades betrieben werden, ohne die ärztliche Versorgung und damit auch die Patientensicherheit zu gefährden.
2. Der 130. Deutsche Ärztetag sieht die reale Gefahr, dass die Umsetzung des Gesetzentwurfs in der jetzigen Fassung aufgrund seiner massiven wirtschaftlichen Auswirkungen vermehrt Ärztinnen und Ärzte zu einem früheren Eintritt in den Ruhestand (das Durchschnittsalter bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten lag 2025 bei 53,9 Jahren) oder sogar zu einer Abkehr aus der vertragsärztlichen Versorgung führen wird. Dies würde die Patientenversorgung nachhaltig und massiv verschlechtern.
3. Der 130. Deutsche Ärztetag fordert die politischen Entscheidungsträger auf, klar gegenüber der Bevölkerung zu benennen, dass die geplanten Maßnahmen unter den heutigen Versorgungsbedingungen keine "neutralen" Effizienzsteigerungen darstellen. Sie führen vielmehr zur faktischen Kürzung ambulanter Leistungen durch längere Wartezeiten, Angebotsverengung sowie Verlagerung von Priorisierungsentscheidungen in den Versorgungsalltag. Die Behauptung, es werde keine Leistungskürzungen geben, ist mit einer Politik der Beitragsstabilisierung durch Ausgabenbegrenzung in der ambulanten Versorgung logisch nicht vereinbar.

Begründung:

Der vorliegende Gesetzentwurf bricht mit dem Grundsatz der leistungsgerechten Vergütung. Die geplante "einnahmenorientierte Ausgabenpolitik" ignoriert die realen

Gestehungskosten ärztlicher Leistungen. Damit steuert die ambulante Versorgung auf ein Dumping-Niveau zu, das mit dem ärztlichen Ethos und der wirtschaftlichen Verantwortung eines Praxisinhabers unvereinbar ist. Gemäß § 12 SGB V (Wirtschaftlichkeitsgebot) ist der Arzt gesetzlich verpflichtet, Leistungen nur im notwendigen Maße zu erbringen. Wenn die bereitgestellten Mittel der Solidargemeinschaft für eine umfassende Versorgung nicht ausreichen, sind die Praxen gezwungen, das Leistungsangebot auf das gesetzliche Mindestmaß zu reduzieren, um ihre Wirtschaftlichkeit nicht zu verlieren.

Die praxisindividuelle Prüfung der Option eines Systemausstieges ist kein politisches Geplänkel, sondern eine notwendige unternehmerische Risikovorsorge. Werden ärztliche Leistungen dauerhaft unter Wert eingekauft, entzieht der Gesetzgeber der Freiberuflichkeit die Basis - einschließlich ihrer grundgesetzlich garantierten Finanzierung als Ausfluss des Artikels 12 Abs. 1 Grundgesetz.

Ein einheitliches Signal der gesamten Ärzteschaft ist hierbei unerlässlich, um die politische Spaltung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zu verhindern und die Versorgungssicherheit als Ganzes zu thematisieren.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Ambulante gebietsärztliche Versorgung für GKV-Patientinnen und -Patienten sicherstellen

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Katharina Thiede, Julian Veelken, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H., Dr. Charlotte Hillmann, Dr. Detlef Lorenzen, Prof. Dr. Andreas Umgelter, Dr. Joachim Suder und Prof. Dr. Stephan Böse-O'Reilly (Drucksache Ib - 13) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert Bundesregierung, Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) dazu auf, gleichzeitig mit Verabschiedung des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes gemeinsam mit den Vertretungen der Gebietsärztinnen und -ärzte geeignete Maßnahmen zu ergreifen, die tatsächlich sicherstellen, dass Patientinnen und Patienten in angemessener Zeit Termine in der ambulanten gebietsärztlichen Versorgung erhalten.

Dabei müssen sowohl echte Akutpatientinnen und -patienten berücksichtigt werden, als auch Patientinnen und Patienten, die bislang nicht oder nicht mehr fachärztlich betreut sind und eine zeitlich befristete Abklärung oder auch eine dauerhafte Anbindung benötigen.

Nach Abschaffung der Terminservice- und Versorgungsgesetz-Fälle (TSVG-Fälle) (inkl. Hausarztvermittlungsfälle, Terminservice-Fälle [TSS-Fälle] und der bisher extrabudgetär vergüteten offenen Sprechstunde) muss sichergestellt werden, dass Gebietsärztinnen und -ärzte trotzdem eine extrabudgetäre Vergütung für die kurzfristige Behandlung von Akutpatientinnen und -patienten erhalten.

Außerdem müssen die verantwortlichen Akteurinnen und Akteure ein Konzept entwickeln und umsetzen, mit dem auch Neupatientinnen und -patienten ohne dringlichen oder notfallmäßigen Behandlungsbedarf in die gebietsärztliche Regelversorgung aufgenommen werden. Dies könnte beispielsweise über eine Honorierung für die Annahme einer bestimmten Anzahl solcher Patientinnen und Patienten pro Quartal erfolgen.

Begründung:

Eine zeitnahe Vorstellung von Patientinnen und Patienten beim Gebietsarzt gelingt vielen

Kolleginnen und Kollegen aktuell oftmals nur dann, wenn diese im Rahmen von Dringlichkeits- oder Hausarztvermittlungsfällen vorgestellt werden. Gerade die Anbindung von Patientinnen und Patienten, die zur Vorsorge oder Mitbehandlung einen Gebietsarzt benötigen, ist regelmäßig aussichtslos. Mit der Streichung der TSVG-Fälle wird sich absehbar zusätzlich auch die Anbindung von Akutpatientinnen und -patienten erschweren.

Es ist aber dringend notwendig, alle Patientinnen und Patienten einer zeitlich und fachlich angemessenen Betreuung zuzuführen.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Vollständigen Versicherungsschutz sichern

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Katharina Thiede, Julian Veelken und Dr. Charlotte Hillmann (Drucksache Ib - 14) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert die Bundesregierung und die Krankenkassen dazu auf, sicherzustellen, dass es mit Wegfall der kostenlosen Mitversicherung von Angehörigen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht zu einem Anstieg faktisch unzureichend abgesicherter Personen kommt.

Es ist dafür Sorge zu tragen, dass die Abhängigkeit vom haupt- oder alleinverdienenden Ehepartner nicht dazu führt, dass der nicht- oder geringfügig beschäftigte Ehepartner seinen vollen Krankenversicherungsschutz verliert. Mit dem Entwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes beeinflusst das Einkommen des hauptverdienenden Partners die Beitragshöhe, begründet aber keine Zahlungspflicht des einen Partners gegenüber dem anderen.

Es muss außerdem unbedingt verhindert werden, dass durch möglicherweise entstehende Krankenkassenbeitragsschulden beider Partner ganze Familien nur noch einen eingeschränkten Krankenversicherungsschutz genießen.

Begründung:

Mit Wegfall der kostenlosen Mitversicherung von Angehörigen in der GKV kommt es zu einer höheren finanziellen Belastung des hauptverdienenden Ehepartners. Eine steigende finanzielle Belastung gerade für Familien mit geringem Haushaltseinkommen könnte dazu führen, dass einzelne Personen oder ganze Haushalte ihre Krankenkassenbeiträge nicht mehr zahlen (können) und für diese Menschen nur noch der ruhend gestellte Leistungsanspruch gilt.

Gleichzeitig verschärft sich die finanzielle Abhängigkeit des bisher mitversicherten Ehepartners. Dieser hat eine eigene Beitragspflicht, jedoch ohne eigenes Einkommen, und ist daher umso mehr vom hauptverdienenden Partner abhängig. Besonders gefährdet sind

an dieser Stelle Menschen in Beziehungen, in denen Gewalt oder Machtgefälle eine Rolle spielen.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Anregungen für den zweiten Bericht der FinanzKommission Gesundheit

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Julian Veelken, Dr. Katharina Thiede, Dr. Charlotte Hillmann, Prof. Dr. Andreas Umgelter, Dr. Joachim Suder, Dr. Robin T. Maitra, M.P.H. und Dr. Hans-Otto Bürger (Drucksache Ib - 15) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 stellt mit Bedauern fest, dass das von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken vorgestellte GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz im Wesentlichen sowohl Leistungserbringer als auch Patientinnen und Patienten belastet, während notwendige Strukturreformen (wieder) vermieden werden.

Der 130. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung auf, den Arbeitsauftrag für den zweiten Bericht der FinanzKommission Gesundheit so auszugestalten, dass er eine Diskussion ermöglicht, die über die jetzt erlebte Kürzungs- und Rationierungsdebatte hinausgeht und Grundlage einer umfassenden Reform der solidarischen Krankenversicherung sein kann.

Bei hohen Ausgaben für die Gesundheitsversorgung wird angesichts der demografischen Entwicklung einerseits und der allgemeinen Kostenentwicklung sowie des teuren medizinischen Fortschritts andererseits der Erhalt des GKV-Systems auf Dauer nicht möglich sein, ohne auch die Einnahmeseite des Systems zu stabilisieren.

Der 130. Deutsche Ärztetag bittet die FinanzKommission Gesundheit, Lösungsvorschläge zu erarbeiten,

- die die Einnahmemechanismen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) so gestalten, dass diese mittelfristig auskömmlich sind und sich nicht ausschließlich an der absehbar sinkenden Grundlohnrate orientieren,
- sodass gleichzeitig die Lohnnebenkosten gesenkt werden und mittelfristig nicht wieder steigen und
- außerdem der Beitragssatz wieder sinken kann.
- Darüber hinaus darf die Dualität der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung nicht sakrosankt sein, sondern muss zweckmäßig betrachtet und gestaltet werden.

Mit Blick auf die Ausgabenseite müssen nach der Kürzungsrunde des ersten Berichtes der FinanzKommission nunmehr echte Strukturreformen im Zentrum stehen. Dazu gehören beispielsweise eine Harmonisierung der Sektoren, Reformen bei der Preisfindung neuer Medikamente und Medizinprodukte oder auch die Auswirkungen einer möglichen Senkung oder Aussetzung der Mehrwertsteuer für Medikamente und Medizinprodukte, wie dies in anderen europäischen Ländern längst üblich ist.

Außerdem muss die FinanzKommission Gesundheit eine erste Bewertung der Umsetzung der Vorschläge ihres ersten Berichts vornehmen, die der jüngsten Gesundheitsreform zu Grunde liegen.

Begründung:

Die 66 Vorschläge zur Stabilisierung der GKV, die die FinanzKommission Gesundheit in ihrem ersten Bericht vorgestellt hat, haben ein breites Echo in der gesundheitspolitischen Diskussion gefunden.

Bereits im Vorfeld hat sich die politische Diskussion über die finanzielle Schieflage der GKV zu einer Priorisierungs- und Kürzungsdebatte entwickelt, die im Kern das System des solidarisch finanzierten GKV-Systems strukturell gefährdet.

Die konkrete Umsetzung der "Reform" mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz bestätigt diesen Befund und hat ihn noch verstärkt, da die von der Bundesregierung getroffene Auswahl aus den Vorschlägen der FinanzKommission dazu führt, dass Patientinnen und Patienten sowie Leistungserbringer massiv belastet werden, andere Akteure jedoch geschont und eine echte Strukturreform vermieden wird.

In der nun laufenden Debatte müssen daher unbedingt Vorschläge für den Auftrag eingebracht werden, den die Bundesregierung Ende 2026 der FinanzKommission Gesundheit für den geplanten zweiten Bericht erteilen wird.

Die Kommission muss unter möglichst wenigen restriktiven Vorgaben ermuntert werden, modellhaft neue Finanzierungskonzepte zu durchdenken und der Politik vorzuschlagen.

Hierbei muss neben der Ausgaben- auch die Einnahmeseite der GKV betrachtet werden, ohne nach dem alten Muster zu verfahren, die Lohnnebenkosten zu belasten und den Beitragssatz zu erhöhen.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Nachhaltige Finanzierung der Gesundheitsversorgung

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Han Hendrik Oen, Dr. Tilman Kaethner, Dr. Thomas Carl Stiller, Dr. Thomas Lipp, Sebastian Exner, Dr. Marco Hensel MBA, Bettina Rakowitz, Dr. Stefan Schröter, Dr. Ulrich Tappe, Dr. Ulrich Schwiersch und Johanna Riemer-Laudien (Drucksache Ib - 17) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert Bund und Gesetzgeber auf, die vollständige finanzielle Verantwortung für versicherungsfremde Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu übernehmen. Insbesondere müssen die Beiträge für Bürgergeldempfängerinnen und Bürgergeldempfänger vollständig und realitätsgerecht aus Steuermitteln finanziert werden. Eine dauerhafte Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben aus Beitragsmitteln der GKV ist systemwidrig und führt zu einer strukturellen Überlastung der Solidargemeinschaft. Mit der Übernahme wäre das für 2027 festgestellte Defizit von 15 Milliarden Euro zum großen Teil gedeckt. Dies würde die nötige Zeit dafür geben, die Versorgung im Rahmen von Strukturreformen zu sichern und auszubauen. Daraus könnten sich dann möglicherweise weitere Sparmaßnahmen ergeben.

Der 130. Deutsche Ärztetag erkennt zugleich die erheblichen finanziellen Herausforderungen der GKV ausdrücklich an und unterstützt das Ziel, die Finanzierungsgrundlagen der GKV nachhaltig zu stabilisieren. Dabei muss jedoch sichergestellt werden, dass notwendige Konsolidierungsmaßnahmen nicht zu einer Gefährdung der ambulanten und stationären Patientenversorgung führen.

Die Stabilisierung der GKV darf nicht primär über pauschale Vergütungsbegrenzungen, zusätzliche Bürokratie oder administrative Verdichtung erfolgen, sondern muss sich an Versorgungsqualität, Patientensicherheit, medizinischer Notwendigkeit und Versorgungseffizienz orientieren. Nachhaltige Stabilität entsteht durch verlässliche Rahmenbedingungen und eine starke medizinische Versorgung.

Kurzfristige Konsolidierungsmaßnahmen können jedoch notwendige Strukturreformen des Gesundheitswesens nicht ersetzen. Diese müssen in einem gesonderten, breit abgestimmten Prozess gemeinsam mit der ärztlichen Selbstverwaltung entwickelt werden. Ziel muss eine patientenorientierte, effiziente und zukunftsfeste Versorgungsstruktur sein, die Bürokratie reduziert, Digitalisierung konsequent nutzbar macht und die Versorgung langfristig sichert.

Der 130. Deutsche Ärztetag unterstützt die Weiterentwicklung präventiver und zweckgebundener Abgaben, insbesondere im Bereich stark zuckerhaltiger Getränke sowie perspektivisch auch im Bereich Alkohol und Tabak, um gesundheitspolitische Lenkungseffekte und zusätzliche Finanzierungsbeiträge miteinander zu verbinden. Ebenso sollte die Mehrwertsteuer auf Arzneimittel abgesenkt werden.

Der 130. Deutsche Ärztetag fordert den Bundesgesetzgeber auf, die im Rahmen des geplanten GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes vorgesehenen pauschalen Kürzungsmaßnahmen und Honorarbegrenzungen im ambulanten Bereich kritisch zu überprüfen und so auszugestalten, dass die wirtschaftliche Stabilität der Praxen und Krankenhäuser sowie die wohnortnahe Versorgung der Patientinnen und Patienten nicht beeinträchtigt werden. Ebenso sollte die geplante Kürzung des Bundeszuschusses um zwei Milliarden Euro zurückgenommen werden, um zusätzlichen finanziellen Druck auf die medizinische Versorgung zu vermeiden.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz - Sicherstellung der ambulanten fachärztlichen Versorgung nicht gefährden

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Regine Held, Dr. Petra Bubel, Dr. Gerd-Hermann Büscher, Dr. Michael Deeg, Dr. Bernhard Gallenberger, Dr. Uta Stierstorfer, Dr. Joachim Wichmann, MBA, Dr. Sabine Köhler, Dr. Norbert Smetak und Dr. Christian Messer (Drucksache Ib - 18) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 kritisiert die im GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vorgesehene Streichung der Vergütungselemente des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) und die geplante Begrenzung der Wachstumsdynamik der extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV).

Begründung:

Im Gegensatz zur Einschätzung der Experten der FinanzKommission Gesundheit werden die geplanten Sparmaßnahmen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes keineswegs ohne Auswirkungen auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten bleiben.

Vielmehr wird die geplante Streichung der Regelungen des TSVG weitreichende Folgen für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung haben. Die Verfügbarkeit von Terminen wird sich nicht verbessern. Ein Rückgang der verfügbaren Facharzttermine, längere Wartezeiten und Leistungskürzungen sind absehbar.

Durch die Streichung entfällt zudem die Grundlage für die Ausweitung der Sprechstunden von 20 auf 25 Wochenstunden, ebenso wie für die offene Sprechstunde sowie die Vermittlung über Hausärzte und die Rufnummer 116 117.

Zusätzlich betreffen die Kürzungen insbesondere grundversorgende Fachärzte, die aufgrund der Budgetierung bereits heute einen nicht unerheblichen Sparbeitrag leisten und dadurch über Gebühr belastet werden.

Explizit und offensichtlich gefährden die geplanten Einsparungen das Ziel einer weiteren Ambulantisierung und erschweren den Patientinnen und Patienten den Zugang zu

Früherkennungsuntersuchungen.

Die Sicherstellung einer flächendeckenden, qualitativ hochwertigen ambulanten fachärztlichen Versorgung darf nicht durch kurzfristige Sparmaßnahmen gefährdet werden.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Prioritätenwende im GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz: Bürokratie abbauen - Versorgungsqualität schützen

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Jan Christoph Galuska, Dr. Rosemarie Hanna, Christian Popoviciu, Hans-Martin Wollenberg, Dr. Gisbert Voigt, Johannes Neimann, Dr. Thomas Buck, Daniel Wellershaus, Dr. Clara Kerth, Dr. Nadezda Jesswein, Dr. Karin Bremer, Dr. Christiane Qualmann, Katrin Erdmann, Manuela Dörnte, Dr. Tilman Kaethner, Timo Schumacher , Dr. Dietmar Klass und Dr. Wolfgang Lensing (Drucksache Ib - 19) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert die Bundesregierung und den Gesetzgeber auf, den Entwurf zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz grundlegend zu überarbeiten. Anstatt die Finanzstabilität der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) einseitig durch Mehrbelastungen der Patientinnen und Patienten sowie der Leistungserbringenden zu erkaufen, müssen wirksame Maßnahmen zum Bürokratieabbau stärker ins Zentrum gerückt werden.

Konkret fordert die Ärzteschaft:

1. Ablehnung von bürokratiefördernden Maßnahmen: Instrumente, die zu einem weiteren Aufwuchs an Verwaltungsaufwand führen, wie etwa die Ausweitung verpflichtender Zweitmeinungsverfahren, sind abzulehnen. Diese binden wertvolle ärztliche Arbeitszeit in der Administration, ohne einen nachgewiesenen flächendeckenden Mehrwert für die Versorgungsqualität zu generieren.
2. Stopp der Belastung von Patientinnen und Patienten und Praxen/Kliniken: Die im Entwurf vorgesehenen Leistungskürzungen und erhöhten Zuzahlungen verschieben das Finanzierungsproblem lediglich auf die Schwächsten im System und erhöhen in den Praxen und Kliniken den Inkasso- und Dokumentationsaufwand.
3. Rasche Umsetzung eines wirksamen Bürokratieabbaus: Anstelle neuer Regularien fordert der 130. Deutsche Ärztetag eine kostenwirksame Reduktion von bürokratischen Prozessen, die nicht unmittelbar der Patientensicherheit dienen. Dazu gehören insbesondere:

   a) Die Einschränkung der Prüfquote des Medizinischen Dienstes (MD) auf ein notwendiges Minimum, um die "Dokumentations-Aufrüstung" in den Kliniken und ambulanten Einrichtungen zu beenden.

b) Die Einführung einer Relevanzprüfung für Dokumentationspflichten: Jede statistische Erhebung und jede Qualitätssicherungsmaßnahme muss auf ihren direkten Nutzen für die Patientenversorgung geprüft und bei mangelnder Relevanz gestrichen werden.

c) Eine echte Digitalisierung, die den Alltag entlastet (z. B. durch automatisierte Entlassbriefe und Interoperabilität), statt durch fehleranfällige und schlecht implementierte IT-Infrastrukturen zusätzliche Zeit zu fressen.

Begründung:

Die finanzielle Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung ist eine notwendige Aufgabe, doch der vorliegende Entwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes setzt die falschen Prioritäten.

Anstatt das System durch strukturelle Reformen zukunftsfest zu machen, stützt sich der Entwurf primär auf die Umverteilung von Kostenlasten: Er belastet Patientinnen und Patienten durch höhere Zuzahlungen und Leistungskürzungen und bürdet den Leistungserbringenden eine weitere Deckelung ihrer Ressourcen auf.

Einsparungen im Gesundheitswesen dürfen jedoch nicht länger zulasten derjenigen gehen, die die Versorgung tragen oder auf sie angewiesen sind. Das Ziel muss stattdessen unter anderem ein effizienteres Gesamtsystem sein. Ein gewaltiges Einsparpotenzial liegt in der massiven Überregulierung. Der 130. Deutsche Ärztetag fordert daher eine konsequente Entbürokratisierung, die alle Prozesse streicht, die keinen nachweisbaren Nutzen für die direkte Patientensicherheit haben. Durch das Beenden von redundanten Dokumentationspflichten, einer überbordenden Qualitätssicherungs-Bürokratie und kleinteiligen Abrechnungsprüfungen könnten personelle und finanzielle Ressourcen in Milliardenhöhe freigesetzt werden, ohne die Versorgung zu schwächen.

Besonders kritisch sind daher jene Maßnahmen im Gesetzentwurf zu bewerten, die - im Widerspruch zum Ziel der Kostendämpfung - sogar einen weiteren Bürokratieaufwuchs provozieren. Exemplarisch steht hierfür die Ausweitung verpflichtender Zweitmeinungsverfahren. Solche administrativen Hürden konterkarieren jegliche Bemühungen um Effizienzsteigerung; sie binden ärztliche Kapazitäten in der Verwaltung und erzeugen neue Kostenstellen. Werden Einsparungen lediglich durch Lastenverschiebung statt durch Effizienzgewinne im Bereich der Verwaltung und Regulierung angestrebt, gefährdet dies die Akzeptanz und die Funktionsfähigkeit unseres Gesundheitssystems. Echte Solidarität im System zeigt sich darin, Bürokratie abzubauen, um die Behandlungszeit am Patienten zu sichern.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz: Kürzungen gefährden die Versorgung

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Susanne Johna, Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Sven Christian Dreyer, Dr. Johannes Albert Gehle, Prof. Dr. Henrik Herrmann, Sylvia Ottmüller, Dr. Melanie Rubenbauer, Dr. Florian Gerheuser und Hans-Martin Wollenberg (Drucksache Ib - 20) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert die Bundesregierung auf, die in die Wege geleiteten Strukturreformen im Krankenhausbereich nicht durch schnelle und unausgewogene Sparpakete zu konterkarieren. Das betrifft die Festlegung der Grundlohnrate als feste Obergrenze, die zusätzliche einprozentige Kürzung der Veränderungsrate in 2027 bis 2029 sowie die Rückführung der Ausgleichsmöglichkeiten für Tariflohnsteigerungen auf 50 Prozent.

Die im Regierungsentwurf vorgesehenen Ausgabenkürzungen lassen sich in der geplanten Größenordnung nicht ohne - auch qualitative - Einschnitte in der Versorgung erzielen.

Statt einer strukturierten Krankenhausreform wird die "kalte Strukturbereinigung" beschleunigt. Am Ende fehlen dann genau die Strukturen, die für eine flächendeckende Versorgung dringend gebraucht werden.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Versicherungsfremde Leistungen endlich aus Steuermitteln finanzieren

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Torben Ostendorf, Petra Hummel-Kunhenn, Doris Höpner, Dr. Karin Bremer, Christiane Hoppe, Dr. Hans-Otto Bürger, Dr. Jan Helge Kurschel, Dr. Christine Schroth der Zweite, Dr. Katja Tritzschler, Dr. Christiane Qualmann, Dr. Johannes Albert Gehle, Prof. Dr. Henrik Herrmann, Dr. Sven Christian Dreyer, Dr. Susanne Johna, Dr. Andreas Botzlar, Dr. Melanie Rubenbauer und Dr. Nadezda Jesswein (Drucksache Ib - 22) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert Bundesregierung und Gesetzgeber mit Nachdruck auf, versicherungsfremde Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) endlich vollständig aus Steuermitteln zu finanzieren, wie seit langem von der Ärzteschaft gefordert und zuletzt auch von der FinanzKommission Gesundheit empfohlen.

Dass stattdessen die Beitragssätze zulasten der medizinischen Versorgung stabilisiert werden sollen, wird entschieden abgelehnt.

Begründung:

Viele Leistungen der GKV sind keine Leistungen der medizinischen Versorgung der Versicherten, sondern gehören in den Bereich der staatlichen Daseinsvorsorge. Es entspricht nicht der Funktion einer Krankenversicherung, aus sachfremden Gründen, z. B. um den Bundeshaushalt zu entlasten, diese Leistungen zu finanzieren.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Struktur- und Finanzreform des Gesundheitswesens geordnet voranbringen

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Christian Messer, Dr. Norbert Smetak, Christine Neumann-Grutzeck, Dr. Petra Bubel, Dr. Sabine Köhler, Christa Bartels, Dr. Christiane Wessel, Dr. Martin Eichenlaub, Markus Haist, Dr. Silke Lüder, Dr. Regine Held, Dr. Klaus J. Doubek und Wieland Dietrich (Drucksache Ib - 23) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 lehnt das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz in der jetzigen Form und vor allem zum jetzigen Zeitpunkt ab. Die vorrangig und sofort vorzunehmende Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durch Herausnahme aller versicherungsfremden Leistungen würde eine weitgehende Beitragsstabilisierung für 2027 ermöglichen und Raum und Zeit schaffen, zunächst ein geplantes Strukturreformgesetz und im Nachgang ein daran angepasstes Finanzierungsgesetz zur nachhaltigen Beitragsstabilisierung bei verbesserten Versorgungsprozessen für eine nachhaltige Beitragsstabilisierung ab 2028 auf den Weg zu bringen. Das wäre ein geordnetes Verfahren, das der 130. Deutsche Ärztetag einfordert.

Begründung:

Eine Gesundheitsreform erfordert ein geordnetes Vorgehen.

Eine echte Gesundheitsreform muss verständlich machen, was sie den Menschen nützt. Der hier vorliegende Entwurf birgt lediglich Nachteile für Versicherte und Leistungstragende. Der 130. Deutsche Ärztetag begrüßt die prinzipiellen Bemühungen der Bundesregierung, die Beitragssätze nicht weiter steigen zu lassen und dadurch das Wirtschaftswachstum nicht weiter zu destabilisieren. Nachdem am 30.03.2026 ein erster Bericht der FinanzKommission mit einer Vielzahl von Empfehlungen veröffentlicht wurde, die in ihrer Gesamtheit mehrfach über das notwendig Einzusparende hinausgingen, war es Aufgabe eines Referentenentwurfs, diese nach dem Aspekt der Beitragsstabilisierung in eine Ordnung zu bringen, wohl wissend, dass der Koalitionsvertrag dem gleichen Haus ein Strukturgesetz zur Primärversorgung und Patientensteuerung aufgetragen hat, das derzeit für die zweite Jahreshälfte terminiert ist. Dieser Referentenentwurf wurde bereits am 16.04.2026 veröffentlicht und umfasst drastische gesetzlich vorgenommene Kürzungen, vor allem im ambulanten, und dort wesentlich im fachärztlichen und psychotherapeutischen

Bereich, und zwar bemerkenswerterweise bei denjenigen Leistungen, die der Gesetzgeber noch kürzlich als steuernd und besonders förderungswürdig erachtet hat. Aber auch der hausärztliche und stationäre Bereich sind betroffen. Der Regierungsentwurf hat all dies am 29.04.2026 weitgehend unkritisch übernommen.

Es stellt sich die Frage, wie ein geplantes Strukturreformgesetz darauf noch sinnvoll aufsetzen soll. Außerdem fehlt bei der Zusammenstellung der Kürzungen die strukturelle Auswirkungsabschätzung als Gesamtkonzept. Aus fachärztlicher und psychotherapeutischer Perspektive wird die ambulante Versorgung durch diesen Gesetzentwurf perspektivisch finanziell ausgetrocknet, ganz ungeachtet eines sich ändernden Bedarfs der Bevölkerung an Versorgung. Wenn das so gewollt ist, fehlt das politische Bekenntnis dazu.

Der mit Abstand größte Posten zur sofortigen Umsetzung einer Stabilisierung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung wäre die Herausnahme der versicherungsfremden Leistungen, die die FinanzKommission Gesundheit in ihrer Empfehlung 62, 60, 63 der Bundesregierung ans Herz gelegt hat. Dadurch wäre fast der gesamte im Jahr 2027 einzusparende Betrag zu decken. Von den zwölf Milliarden Euro nur zwei Prozent für 2027 und vier Prozent für 2028 zu decken, erfüllt den Zweck nicht, zumal zudem zwei Milliarden Euro weniger in den Gesundheitsfonds eingezahlt werden sollen. Empfänger von Bürgergeld und andere Empfänger versicherungsfremder Leistungen müssen gleichwertig gut medizinisch versorgt oder sozial abgesichert sein. Das ist die tiefste Überzeugung der deutschen Ärzteschaft. Ärztinnen und Ärzte sind in ihrer täglichen Arbeit viel mit den Nöten dieser Menschen konfrontiert. Es wird aber als grundsätzlich falsch bewertet, diese Mittel nicht aus dem Finanzhaushalt zu decken, sondern die Beiträge damit zu belasten, und dies ausdrücklich weiterhin bei einem Gesetz, das die Beiträge stabilisieren soll. Wenn nun der Bund nicht gewillt ist, die notwendigen Aufwendungen in die allgemeine Verantwortung zu überführen, um trickreich den Bundesfinanzhaushalt zu entlasten, belastet er die GKV-Versicherten doppelt, indem er ihnen die Lasten einseitig aufbürdet und zusätzlich Leistungen bei der ärztlichen Versorgung kürzt, wobei er sich selbst aber aus der Verantwortung zieht.

Daher fordert der 130. Deutsche Ärztetag die Bundesregierung auf, den Gesetzentwurf zurückzuziehen.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Keine Streichung des Konsiliarberichts für psychotherapeutische Leistungen bei bestehenden Voruntersuchungen (Empfehlung Nr. 12 der FinanzKommission Gesundheit)

Vorstandsüberweisung

Der Beschlussantrag von Dr. Christian Messer, Dr. Sabine Köhler, Christa Bartels, Dr. Martin Eichenlaub, Dr. Klaus J. Doubek, Dr. Norbert Smetak, Markus Haist, Stefanie Oberfeld und Dr. Regine Held (Drucksache Ib - 24) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 stellt die Notwendigkeit des Konsiliarberichts für psychotherapeutische Leistungen bei bestehenden Voruntersuchungen fest.

Der Konsiliarbericht hat die Aufgabe, somatische Faktoren, die mitursächlich und maßgeblich für die psychische Symptomatik sind bzw. diese mit aufrechterhalten, durch ärztliche Mitbehandlung bei Psychotherapien durch nichtärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten zu garantieren.

Der Konsiliarbericht dient der Patientensicherheit.

Eine Überweisung erfüllt diese Aufgabe nicht.

Das trifft auch für einen vorangegangenen Krankenhausaufenthalt zu.

Begründung:

Dankenswerterweise hat sich das Präsidium der Bundesärztekammer bereits zweifach mit der Notwendigkeit des Konsiliarberichts befasst, nachdem entsprechende Beschlussanträge aus Zeitgründen an den Vorstand überwiesen wurden.

Immer wieder taucht die Abschaffung des Konsiliarberichts auf, entweder unter dem Vorwand des Bürokratieabbaus oder - wie jetzt wieder in der Reformempfehlung Nr. 12 der FinanzKommission Gesundheit - aus Kosteneinsparungsgründen.

Nicht bei jeder qualifizierten Überweisung werden körperliche Ursachen ausgeschlossen.

Auch wird nicht festgestellt, in welcher Weise ärztliche Mitbehandlung während der laufenden psychologischen Psychotherapie erforderlich ist. Das trifft auch auf Krankenhausaufenthalte zu.

Da wohl die Annahme besteht, bei einer Überweisung seien immer körperliche Faktoren untersucht und ausgeschlossen, würde eine solche Regelung ein unkalkulierbares Haftungsrisiko für überweisende Ärztinnen und Ärzte bergen.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Einnahmenorientierte Ausgabendeckelung erstickt nicht-geförderte ambulante Weiterbildung

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Christian Messer, Christine Neumann-Grutzeck, Dr. Christiane Wessel, Dr. Norbert Smetak, Markus Haist, Dr. Sabine Köhler, Dr. Martin Eichenlaub, Christa Bartels, Dr. Klaus J. Doubek, Wieland Dietrich und Dr. Silke Lüder (Drucksache Ib - 25) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 stellt fest, dass eine Gesamtdeckelung auch über extrabudgetär vergütete Leistungen im ambulanten Bereich mittelfristig alle nicht-geförderten Weiterbildungsstellen in der ambulanten Versorgung nicht mehr finanzierbar machen würde. Damit wäre nicht nur die von der Regierung gewünschte Ambulantisierung konterkariert, sondern auch die angestrebte Beitragsstabilisierung, denn die Versorgung würde zwangsläufig in den stationären Bereich mit der größeren Kostendynamik rückgeführt werden.

Begründung:

Neben den bundesweit geförderten 2.000 Weiterbildungsstellen im fachärztlichen Bereich gibt es annähernd gleichviele nicht geförderte Weiterbildungsstellen. Bei deren Finanzierung ist neben hohem Engagement und Idealismus der anstellenden Fachärztinnen und Fachärzte der extrabudgetäre Vergütungsanteil am zu erzielenden Honorar der entscheidende Faktor der Finanzierbarkeit, auch für die Lohnkalkulation der Gehälter der Weiterzubildenden. Fällt dieser kalkulatorische Faktor weg, fällt auch die nicht-geförderte Weiterbildung weg.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Keine Sanierung des Bundeshaushalts auf Kosten der Versicherten

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Sven Christian Dreyer, Dr. Susanne Johna, Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Johannes Albert Gehle, Prof. Dr. Henrik Herrmann, Sylvia Ottmüller, Dr. Melanie Rubenbauer, Dr. Matthias Fabian und Dr. Lydia Berendes (Drucksache Ib - 26) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert den umgehenden Ausgleich des Zwölf-Milliarden-Defizits in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) infolge einer unzureichenden Kostenübernahme des Bundes für Empfänger der Grundsicherung.

Mit der im Regierungsentwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes vorgesehenen stufenweisen Erhöhung der Beitragspauschale für die Beziehenden von Grundsicherung und der gleichzeitigen Kürzung des Bundeszuschusses zum Gesundheitsfonds um jährlich zwei Milliarden Euro wird das Defizit von aktuell zwölf Milliarden Euro auch langfristig nicht ausgeglichen.

Dieses Vorhaben ist ordnungspolitisch nicht vermittelbar und muss geändert werden. Staatliche Aufgaben wie versicherungsfremde Leistungen, die weit über die Ausgaben für Empfänger von Grundsicherung hinausgehen und mit ca. 60 Milliarden Euro die Krankenkassen belasten, sind aus Steuern zu finanzieren und können nicht den Beitragszahlern eines solidarischen Krankenversicherungssystems aufgebürdet werden.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Bürokratieabbau zur Stabilisierung der GKV-Beitragssätze nutzen

Beschluss

Auf Antrag von Prof. Dr. Henrik Herrmann, Dr. Susanne Johna, Dr. Andreas Botzlar, PD Dr. Peter Bobbert, Dr. Sven Christian Dreyer, Dr. Johannes Albert Gehle, Sylvia Ottmüller, Dr. Melanie Rubenbauer, Hans-Martin Wollenberg und Dr. Feras El-Hamid (Drucksache Ib - 27) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 appelliert an die Bundesregierung, im Gesetzentwurf zur Stabilisierung der GKV-Beitragssätze die Einsparmöglichkeiten durch Bürokratieabbau zu nutzen.

Der vorliegende Regierungsentwurf sieht stattdessen Regelungen vor, die zu einem weiteren Bürokratieaufbau im Gesundheitswesen führen. Das betrifft insbesondere die ausufernden Verfahrensregelungen zu den Prüfungen der Krankenkassen und der Medizinischen Dienste, zum obligatorischen Zweitmeinungsverfahren und zur Teilkrankschreibung. Diese Regelungen binden Personal im Übermaß und kosten unnötig Geld.

Finanzwirksame Maßnahmen müssen durch Abbau von Bürokratie Eingang in das Spargesetz finden.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz gefährdet hausarztzentrierte Versorgung

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Torben Ostendorf, Petra Hummel-Kunhenn, Doris Höpner, Christiane Hoppe, Dr. Hans-Otto Bürger, Dr. Jan Helge Kurschel, Dr. Christine Schroth der Zweite, Dr. Katja Tritzschler, Dr. Jonas Frédéric Fröhlich, Dr. Anja von Buch, Dr. Markus Beck und Dr. Nadezda Jesswein (Drucksache Ib - 28) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetrag 2026 stellt fest, dass die Stabilisierung der Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eine zentrale gesundheitspolitische Aufgabe ist. Die Politik hat sich für einen Kurs der strikten Ausgabenbegrenzung entschieden, der auch die ambulante Versorgung betrifft.

Die im Gesetzentwurf eines GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes enthaltenen Eingriffe - insbesondere in die hausarztzentrierte Versorgung (HzV) - überschreiten diese Grenze. Sie sind in Teilen systemfremd, greifen in die Vertragsautonomie ein und gefährden die Einführung eines funktionierenden, flächendeckenden Primärversorgungssystems. Zugleich besteht die Gefahr, dass erreichte Fortschritte bei der Entbudgetierung der hausärztlichen Versorgung durch gegenläufige Maßnahmen wieder relativiert werden. Insbesondere die vorgesehenen Regelungen im Bereich des § 73b SGB V setzen Fehlanreize und bremsen ausgerechnet ein System, das bereits heute als tragende Säule einer zukünftigen Primärversorgung dient und erprobte Strukturen einer funktionierenden kollegialen Zusammenarbeit von Fachärzten und Hausärzten eingeführt hat.

Der 130. Deutsche Ärztetag stellt fest:

Wer die hausärztliche Versorgung stärkt, stabilisiert das Gesundheitssystem - wer sie schwächt, gefährdet es.

Der 130. Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber daher auf,

- die geplanten Abschläge auf wachsende HzV-Verträge ("Wachstumsabschlag") ersatzlos zu streichen,
- die Bindung der Vergütungsentwicklung an die Grundlohnrate zurückzunehmen sowie
- Maßnahmen zu unterlassen, die die koordinierende und steuernde Rolle der

hausärztlichen Versorgung beeinträchtigen oder zusätzliche bürokratische Belastungen schaffen.

Begründung:

Die hausärztliche Versorgung ist als tragende Säule eines zukünftigen Primärversorgungssystems konsequent zu stärken und darf nicht durch widersprüchliche gesetzgeberische Eingriffe geschwächt werden. Eine nachhaltige Stabilisierung der GKV kann nur gelingen, wenn Einsparmaßnahmen zielgerichtet erfolgen und funktionierende Versorgungsstrukturen erhalten bleiben.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz konterkariert Krankenhausplanung

Beschluss

Auf Antrag von Eleonore Zergiebel, Dr. Lydia Berendes, Dr. Feras El-Hamid, Dr. Wilhelm Rehorn, Dr. Clara Kerth, Dr. Christian Schwark, Prof. Dr. Hansjörg Heep, Dr. Annette Bauer, Constantin Halim, Sonja Benders, Daniel Wellershaus, Stefanie Oberfeld, Dr. Jörg Woll, Dr. Frank Joachim Reuther, Prof. Dr. Dr. Christof Hofele M.Sc., Benjamin Breckwoldt, Dr. Christoph Janke, Dr. Friederike Fabian, Dr. Matthias Fabian, Dr. Svea Rüppell, Katharina Weis, Sylvia Ottmüller, Markus Haist und Dr. Regina Herzog (Drucksache Ib - 29) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 stellt fest, dass angemessene Erreichbarkeit von Krankenhausbehandlung und stationärer Geburtshilfe ein essenzieller Bestandteil der Daseinsvorsorge ist, den sozialen Frieden sichert und politischer Radikalisierung vorbeugt. Er fordert von den politisch Verantwortlichen, die Krankenhausversorgung an den Bedürfnissen und Erfordernissen der Bevölkerung auszurichten und somit bedarfsnotwendige Krankenhäuser und stationäre Geburtshilfe zu sichern.

Begründung:

Die Krankenhausplanung - momentan in Umsetzung - verspricht eine qualitativ hochwertige und bedarfsgerechte medizinische Versorgung. Die Vorschläge im gerade verabschiedeten Entwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes (besser wäre "GKV-Spargesetz") setzen die Krankenhäuser nun finanziell aber derart unter Druck, dass die gerade vor dem Abschluss stehenden Umsetzungen der Krankenhausplanung (KHVVG, KHAG Plan NRW) zunichte gemacht werden. Somit wird sich die kalte, ungesteuerte Bereinigung der Krankenhausversorgung über Insolvenzen fortsetzen. Eine kalte Bereinigung der Krankenhausversorgung missachtet die Versorgungsbedarfe und führt zu Unterversorgung gerade im ländlichen Raum, wo schon in der Vergangenheit etliche Krankenhäuser in die Insolvenz geraten sind oder Abteilungen aus betriebswirtschaftlichen Gründen geschlossen wurden, hier insbesondere Geburtshilfe und Gynäkologie. Ein Ersatz von Kreißsälen durch Geburtshäuser, die diese Lücken schließen sollen, widerspricht dem Ziel einer qualitativ hochwertigen, bedarfsgerechten Krankenhausplanung. Um das Ziel einer qualitativ hochwertigen Krankenhausplanung zu realisieren, muss eine ungesteuerte Bereinigung der

stationären Geburtshilfe dringend verhindert und die stationäre Geburtshilfe im Krankenhaus unbedingt weiter subventioniert werden.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Keine einseitige Kürzung der ambulanten Regelversorgung bei weiterhin unbegrenzten großflächigen Individualregelungen: hier Erstattungspsychotherapie

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Christian Messer, Christa Bartels, Dr. Sabine Köhler, Stefanie Oberfeld, Dr. Martin Eichenlaub, Dr. Klaus J. Doubek, Dr. Norbert Smetak und Dr. Regine Held (Drucksache Ib - 30) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 stellt fest, dass die ambulante Gesamt-Regelversorgung nicht ungeachtet bedarfsbegründeter Dynamik einnahmeorientiert gekürzt werden kann, solange Krankenkassen großflächige individuelle und dabei unbegrenzte Regelungen ihren Versicherten zu Marketingzwecken anbieten können.

Das trifft insbesondere auf die Erstattungspsychotherapie gemäß § 13 Abs. 3 Satz 3 SGB V zu: "Die Kosten für selbstbeschaffte Leistungen, die durch einen Psychotherapeuten erbracht werden, sind erstattungsfähig, …".

Das konterkariert die Gesetzgebung.

Begründung:

Eine Mengenbegrenzung bei der psychotherapeutischen Regelversorgung führt Patientinnen und Patienten zwangsläufig alternativ in die Erstattungspsychotherapie, die weiterhin gesetzlich unbegrenzt zur Verfügung steht und im Übrigen auch durch aktive Kommunikation von Krankenkassenmitarbeitenden aus Marketinggründen an die Versicherten herangetragen wird. Es kann nicht sein, dass einerseits alle fachärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen in der Regelversorgung durch Bedarfsdynamiken zur Ausgabenbeschränkung belastet werden, andernorts jedoch gesetzliche Regelungen den Krankenkassen erlauben, unbegrenzt selbst Kosten durch regelhafte Individualangebote ohne weitere Verträge zur Direktabrechnung zuzulassen, um dann als "gute Kasse" dazustehen.

Das konterkariert die Gesetzgebung.

Die gesetzgeberische Absicht, Beitragsstabilisierung durch globale Kürzung von Mitteln in der ambulanten Versorgung zu erzielen, wird zu sehr schmerzhaften Leistungseinschränkungen für die Bevölkerung führen und Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzte in der Regelversorgung in Bedrängnis bringen.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Keine Streichung der Zuschläge für Kurzzeitpsychotherapien

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Christian Messer, Christa Bartels, Dr. Sabine Köhler, Dr. Martin Eichenlaub, Stefanie Oberfeld, Dr. Norbert Smetak, Dr. Klaus J. Doubek, Markus Haist und Dr. Regine Held (Drucksache Ib - 31) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert die Bundesregierung auf, eine Streichung der Zuschläge für Kurzzeitpsychotherapien, wie sie von der FinanzKommission Gesundheit vorgeschlagen und von den Gesetzentwürfen unkritisch übernommen wurde, nicht umzusetzen.

Begründung:

Positive Versorgungseffekte nach Einführung der Zuschläge würden damit aufgegeben. Diese würden einerseits die Versorgung verschlechtern, andererseits nicht zu den Entlastungen führen, die die FinanzKommission Gesundheit angenommen hat.

Kurzzeittherapien sind Therapiekonzepte, die für die Praxen einen erhöhten administrativen Aufwand bedeuten und durch Freigabe von Kapazitäten Wartezeiten verkürzen. Aus der Betrachtung von Verhältniszahlen von Kurzzeit- zu Langzeittherapien und der Wartezeiten im Bericht der FinanzKommission Gesundheit, der hier zugrunde liegt, kann kein Fehlen einer Lenkungswirkung der Zuschläge abgeleitet werden.

Ein Aufwachsen von Kurzzeittherapien zum Nachteil von Langzeittherapien führte zur Beschäftigung von nichtärztlichem Praxispersonal zur Entlastung bei den organisatorischen und bürokratischen Arbeiten. Die aktuellen bestehenden Kürzungen zwingen bei weiteren Kürzungen zu Entlassungen von Personal.

In Folge ist zu erwarten, dass wieder mehr Langzeittherapien durchgeführt werden, die Zahl der versorgten Patientinnen und Patienten sinken wird, Wartezeiten steigen und ersatzweise auf Klinikschleifen ausgewichen wird. Das ist alles kostenintensiv und trägt nicht zur Beitragsstabilisierung bei.

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) wird von der gemeinsamen Selbstverwaltung

gestaltet. Ein Verbotseingriff bedarf nicht nur einer guten Begründung, sondern auch einer fundierten und vertieften Kenntnis der Regelungsauswirkungen. Die Zuschläge gehen in die allgemeine Bewertung der Psychotherapie ein. Eine isolierte Kürzung hat daher nicht nur einen großen Bürokratieaufwand, sondern hätte auch sehr viel weniger Einsparung zur Folge, als sich dies die FinanzKommission Gesundheit vorgestellt hat, was dann offenbar unkritisch im Eiltempo in die Gesetzentwürfe übernommen wurde.

Zur wirklichen Beitragsstabilisierung eignet sich die Kürzung also nicht. Ziel bleibt die Sicherstellung einer geordneten Finanzierung der gewünschten Versorgung.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Ungerechte Lastenverteilung im GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz verhindern!

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Sabine Köhler, Christa Bartels, Dr. Martin Eichenlaub, PD Dr. Kirsten Jung und Dr. Christian Messer (Drucksache Ib - 32) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 betont, dass die Ärzteschaft das geplante GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz ablehnt, solange die erwünschten Einsparungen weiter einer ungerechten Lastenverteilung unterliegen.

Begründung:

Der Kabinettsentwurf zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz plant Einsparungen im Gesundheitswesen von mehr als 16 Milliarden Euro für 2027. Grundlage hierfür waren die Vorschläge der FinanzKommission Gesundheit. Diese stellte ein Portfolio für Einsparungen in allen Sektoren vor. Auch die Ärzteschaft erkennt den Handlungsbedarf zu Einsparungen angesichts der prognostizierten Finanzierungslücke in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Der vorliegende Kabinettsentwurf ist jedoch aufgrund einer ungerechten Lastenverteilung abzulehnen. Während alle Bereiche der Tätigen in der medizinischen Versorgung mit Einsparungen konfrontiert werden, wird ein wesentlicher Pfeiler des Einsparpotenzials ausgelassen. So wird im Kabinettsentwurf die auch von der Kommission vorgeschlagene Übernahme versicherungsfremder Leistungen durch eine Steuerfinanzierung auf ein maximales Minimum begrenzt.

Während insbesondere die niedergelassene Ärzteschaft auf konkrete Honorarkürzungen zusteuert, wird die größte Belastung der GKV politisch nicht angegangen. Auch im stationären Bereich werden durch die geplanten Einsparungen Defizite durch die Ärzteschaft hingenommen werden müssen. Die Ärzteschaft steht zu Einsparungen im Gesundheitswesen, aber nur unter der Bedingung einer gerechten Lastenverteilung. Diesem Anspruch wird der vorliegende Kabinettsentwurf nicht gerecht.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: "GKV-Spargesetz" befeuert "Satellitenwirtschaft"

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Andreas Botzlar, Eleonore Zergiebel, Dr. Lydia Berendes, Dr. Clara Kerth, Dr. Christian Schwark, Dr. Jana Rönsch, Dr. Annette Bauer, Constantin Halim, Dr. Feras El-Hamid und Sonja Benders (Drucksache Ib - 34) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert die Bundesgesundheitsministerin auf, die im Gesetz vorgesehene Erhöhung ("Schärfung") der Quote der vom Medizinischen Dienst (MD) zu prüfenden Abrechnungsfälle im Krankenhaus zu streichen. Die Erhöhung der Quote zu prüfender Krankenhausfälle konterkariert das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz. Sie führt zur Kostenerhöhung für Bürokratie und verschärft den Fachkräftemangel. Durch diese Expansion der Verwaltungsaufwände wächst die Satellitenwirtschaft (Transaktionskosten), noch mehr Versichertenbeiträge werden zweckentfremdet.

Durch Einführung des DRG-Fallpauschalen-Systems im Jahr 2003 zur Abrechnung stationärer Behandlungen entwickelte sich parallel eine gigantische "Satellitenwirtschaft" und "Misstrauenskultur".

Auf der Seite der Krankenhäuser entstehen für die Erfüllung von Dokumentationspflichten, Codierung und Controlling nicht nur hohe Kosten für IT und Personal, sondern auch für Dienstleistungs- und Beraterfirmen. Sowohl auf Krankenhausseite als auch auf der Seite der Krankenkassen und Medizinischen Dienste entstehen durch immer neue und erweiterte Prüfungs- und Abrechnungsvorgaben Kosten für aufwendige Fallprüfungen und ein wachsender Personalaufwand. Hinzu kommen Kosten für juristische Abrechnungsauseinandersetzungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz stoppen!

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Sabine Köhler, Christa Bartels, Dr. Christian Messer, PD Dr. Kirsten Jung, Dr. Sebastian Roy und Dr. Martin Eichenlaub (Drucksache Ib - 35) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 fordert, das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz wegen seiner Gefahr für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung zu stoppen.

Begründung:

Zweifelsohne sind Sparmaßnahmen bei sehr begrenzten finanziellen Ressourcen in verschiedenen Bereichen und somit auch im Bereich der Gesundheitsversorgung notwendig. Die im aktuell vorliegenden Kabinettsentwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes beschriebene Beschneidung der Mittel für die ambulante vertragsärztliche Versorgung allerdings bedroht die Arbeit in den Praxen und damit die breite Patientenversorgung.

Absurd ist die Tatsache, dass politisch errungene Maßnahmen zur Intensivierung ambulanter fachärztlicher Versorgung nach nur wenigen Jahren nicht nur rückgängig, sondern sogar in die Gegenrichtung eskaliert werden. Ausweitung der verpflichtenden Sprechstunden, Finanzierung der Terminservicestellen zur Terminvermittlung und die Regelungen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) haben zum Erhalt der Versorgung trotz Praxisaufgaben der "Babyboomer-Generation" beigetragen und in weiten Teilen zu einer Verbesserung der fachärztlichen Versorgung geführt.

Ambulante Versorger sind nicht die Kostentreiber im Gesundheitssystem. Mit 16 Prozent der Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versorgen sie 97 Prozent aller Behandlungsfälle.

Kluge Steuerung der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung kann Ressourcen bündeln sowie Behandlung und damit Geld sparen, ohne die Patientenversorgung zu gefährden. In den Steuerungsprozess müssen digital unterstützt, gemeinsam durch Haus- und Fachärzte geleistet, Informationen patientenzentriert zusammengeführt werden. Ein

Wandel der Versorgung in Deutschland mit dem erklärten Ambulantisierungsziel ist keinesfalls durch Sparen in dem Bereich zu erreichen, der zukünftig mehr Versorgung leisten soll.

TOP Ib **Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag - Allgemeine Aussprache zur aktuellen gesundheitspolitischen Gesetzgebung**

Titel: Stärkere Rolle der Ärzteschaft in der Rahmengebung im Gesundheitswesen

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Marion Charlotte Renneberg, Dr. Tilman Kaethner, Dr. Christiane Qualmann, Johannes Neimann, Hans-Martin Wollenberg, Dr. Thomas Carl Stiller, Dr. Thomas Buck, Dr. Gisbert Voigt, Christian Popoviciu und Dr. Wolfgang Lensing (Drucksache Ib - 42) beschließt der 130. Deutsche Ärztetag 2026:

Der 130. Deutsche Ärztetag 2026 beauftragt den Vorstand der Bundesärztekammer, im Rahmen des GKV-Beitragssatzstabilisierunggesetzes noch stärker durch umfassende eigene fachübergreifende Konzepte auf Reformen im Gesundheitswesen hinzuwirken, wenn dies angezeigt ist. Zu beachten ist dabei das Interesse der gesamten Ärzteschaft und der Bevölkerung.

Begründung:

Die vergangenen Monate waren in besonderem Maße von Verbandspolitik gekennzeichnet, die im Kern die Interessen der jeweiligen Arztgruppe vertritt. Der Auftrag der Ärztekammern und damit der Bundesärztekammer als Arbeitsgemeinschaft dieser Kammern geht deutlich darüber hinaus, weil sie das Interesse der gesamten Ärzteschaft und der Allgemeinheit in den Blick nimmt.

Auch inhaltlich kann die Ärzteschaft sich noch stärker gestaltend einbringen, denn funktionale Selbstverwaltung durch Ärzte ist prädestiniert dafür, Versorgungsideen von den Personen, die tagtäglich ärztlich tätig sind, entwickeln zu lassen. Der Selbstverwaltungsgedanke sollte noch stärker - auch proaktiv - nutzbar gemacht werden, damit das Gesundheitswesen vor allem durch Personen gestaltet wird, die tagtäglich ihre Kraft den Menschen widmen und wissen, wo und was besser gemacht werden kann und muss.

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(45)
gel. VB zur öffent. Anh. am 22.06.2
19.06.2026

Vereinte Dienstleistungs-gewerkschaft

Stellungnahme

der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di

zum

Gesetzesentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz) (Drucksache 21/6130)

sowie

Antrag der Abgeordneten Dr. Janosch Dahmen, Simone Fischer, Linda Heitmann, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Johannes Wagner, Misbah Khan, Ayse Asar und **der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE Grünen: Entlastung statt Belastung für Beitragszahlende und Betriebe - Krankenkassenbeiträge jetzt senken, Drucksache 21/5753**

Antrag der Abgeordneten Ates Gürpinar, Nicole Gohlke, Dr. Michael Arndt, Jorrit Bosch, Anne-Mieke Bremer, Maik Büchner, Mandy Eißing und weiterer Abgeordneter und **der Fraktion DIE LINKE: Krankenversicherte entlasten, nicht belasten, Drucksache 21/5487**

anlässlich der Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestags am 22.06.2026

Berlin, 18. Juni 2026

ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft
Bundesverwaltung – Fachbereich Gesundheit,
Soziale Dienste, Bildung und Wissenschaft
Bereich Gesundheitswesen/Gesundheitspolitik
Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Gesamtbewertung

Mit dem vorliegenden Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung wird das Ziel der Beitragssatzstabilität als zentraler Leitgedanke formuliert. Um dieses Ziel zu erreichen, orientiert sich die Bundesregierung an den beiden Leitprinzipien, welche die Finanzkommission Gesundheit (FKG) in ihrer Empfehlung formuliert hat. Einerseits sollen Preise und Vergütungen in allen Leistungsbereichen an die Entwicklung der Einnahmen gekoppelt werden. Kostensteigerungen sollen künftig auf die Grundlohnrate nach § 71 Absatz 3 SGB V begrenzt sein, was ver.di aufgrund der massiven Konsequenzen für die Versorgungssicherheit und -qualität der Bevölkerung und für die Beschäftigten im Gesundheitswesen und der GKV kategorisch ablehnt. Die Ausgaben im Gesundheitssystem entwickeln sich nach anderen Faktoren als die Grundlohnrate. Es war erklärter politischer Wille, die Arbeitsbedingungen von Beschäftigten im Gesundheitswesen und vor allem in der Pflege durch höhere Entgelte und mehr Personal zu verbessern. Die Erfolge, Arbeiten im Gesundheitswesen attraktiver zu machen, drohen mit diesem Gesetz zunichte gemacht zu werden. Zudem wurde bereits durch die GKV-Finanzkommission klar herausgearbeitet, dass im Bereich der Verwaltungskosten der gesetzlichen Krankenkassen keine relevanten Einsparungen zu erzielen sind. Am Versprechen der bedarfsorientierten Behandlung und Versorgung entsprechend dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse darf nicht gerüttelt werden. Dazu bedarf es nicht zuletzt einer gut ausgebildeten, fachkundigen Beratung durch die Beschäftigten der GKV. Auch die geplanten Änderungen bei Krankschreibungen lehnt ver.di entschieden ab. Der vorliegende Entwurf hat eine erhebliche Schieflage, er belastet vor allem Versicherte bzw. Patient*innen und Beschäftigte im Gesundheitswesen – die aufgrund der Tatsache, dass sie selbst GKV-versichert sind, doppelt getroffen werden. Während Krankenhäuser zu einem großen Teil durch die Maßnahmen in ihrer Existenz bedroht würden, bleibt die Pharmaindustrie weitestgehend von Sparmaßnahmen verschont.

Die vorgelegten Maßnahmen bieten keine Lösungen für eine faire und nachhaltige Finanzierung der GKV. In weiten Teilen sind sie sowohl aus gesundheits- als auch aus sozialpolitischer Sicht äußerst kritisch zu bewerten und deshalb ganz überwiegend abzulehnen. ver.di setzt sich klar für Reformen im Gesundheitswesen und dessen faire und nachhaltige Finanzierung ein. Nach dem Prinzip „starke Schultern müssen mehr tragen als schwache“ ist die Einnahmeseite zu stärken, versicherungsfremde Leistungen sind aus Steuermittel zu finanzieren und mittel – und langfristig braucht es Strukturreformen für eine flächendeckende bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Die Verengung der Maßnahmen auf den Bereich der Ausgabenseite lässt die grundlegenden Herausforderungen und Chancen, die sich auf der Einnahmenseite bieten, völlig außer Acht. Hinzu kommt, dass die einseitige Sicht auf Preise die große Gefahr birgt, dass nicht mehr der Bedarf im Fokus steht, eine Verschlechterung der Versorgung wird damit willentlich in Kauf genommen.

War die Kommission noch an den engen Auftrag gebunden, ausschließlich Sparmaßnahmen zu empfehlen, so kann diese Prämisse nicht für die Bundesregierung gelten; der Gesetzgeber ist an Fragen der Verhältnismäßigkeit und Erforderlichkeit gebunden – diesen Anforderungen entspricht der Entwurf in keiner Weise.

Auch die vorgeschlagene Erhöhung der Zuzahlungen um 50 Prozent stellt eine nicht zu unterschätzende finanzielle Belastung der Versicherten dar und das in Zeiten, wo die Bundesregierung parallel Bürger*innen z. B. aufgrund der gestiegenen Energiepreise finanziell entlasten will. Nachgewiesenermaßen haben Zuzahlungen auch keine Steuerungswirkung, stellen jedoch Zugangsbarrieren für finanziell schwächere Personen dar. Ausgerechnet Haushalte mit geringem Einkommen werden überproportional belastet, da sie einen größeren Anteil ihres verfügbaren Einkommens für die Gesundheitsversorgung aufbringen müssen.

Die Einführung von Regelungen zur Teilkrankschreibung samt Teilkrankengeldbezug lehnt ver.di entschieden ab. Krankheit ist bereits heute eines der größten Armutsrisiken. Längere Arbeitsunfähigkeit geht schon jetzt mit erheblichen Einkommenseinbußen einher. Die geplanten Maßnahmen verschärfen dieses Problem, da sie die erforderliche Gesamtgenesungszeit erkrankter Menschen zugunsten einer verfrühten Teilrückkehr an den Arbeitsplatz beschneiden und damit das Risiko chronifizierter Krankheitsbilder und möglicher Folgeerkrankungen verschärfen. Sie stehen damit im Widerspruch zum sozialstaatlichen Anspruch, gesundheitliche Risiken solidarisch abzusichern.

Für völlig verfehlt erachtet ver.di den Ansatz, im Bereich der stationären und ambulanten Krankenversorgung angesichts einer desaströsen gesamtwirtschaftlichen Situation im Krankenhaussektor weitere Einsparungen voranzutreiben, die primär zulasten der Beschäftigten insbesondere im Krankenhausbereich, aber auch im Bereich der psychiatrischen Versorgung, der Rehabilitation, des Rettungsdienstes und der ambulanten Krankenpflege gehen. Die avisierte Streichung der erst durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz 2024 eingeführten vollständigen Tarifrefinanzierung für Krankenhausbeschäftigte ist ein fatales Signal an die Beschäftigten und steht dem erklärten Ziel der Bundesregierung einer Stärkung der Tarifbindung entgegen, indem tariftreue Arbeitgeber benachteiligt würden. Auch die Deckelung der Refinanzierung in den Bereichen der psychiatrischen Versorgung, der Rehabilitationseinrichtungen, der Rettungsdienste und der ambulanten Krankenpflege setzt fatale Anreize. Das Vorhaben steht zudem diametral zur Verpflichtung des Gesetzgebers – auch entsprechend der EU-Mindestlohnrichtlinie und der dort vorgesehenen Maßnahmen - für eine Stärkung der Tarifbindung und -anwendung in Deutschland zu sorgen. Die Neuregelungen übergehen darüber hinaus die ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes, wonach tarifliche Personalkosten in Budget- und Entgeltverhandlungen grundsätzlich vollständig zu refinanzieren sind, sofern sie wirtschaftlich, angemessen und nachvollziehbar dargelegt werden.

Tarifbindung im Gesundheitswesen ist eine wesentliche Voraussetzung, um die erforderlichen Fachkräfte zu halten und zu gewinnen. Sie flankiert damit Versorgungsstabilität. ver.di schließt sich deshalb der Stellungnahme des Bundesrates in diesem Punkt vollumfänglich an: Ein Gesetz, das faire Entlohnung strukturell bestraft, konterkariert dieses Ziel.

Während sich viele Bundesländer der politischen Verantwortung für eine konsequente, bedarfsgerechte Versorgungsplanung sowie eine bedarfsdeckende Investitionsfinanzierung der stationären Versorgung entziehen, wird die ökonomische Krise vieler Krankenhäuser so zusätzlich verschärft. Mit der Änderung der Meistbegünstigungsklausel in eine Meistbenachteiligungsklausel werden die Anpassungsmöglichkeiten der Krankenhauspreise in einer ökonomisch höchst angespannten Situation für Krankenhäuser verschlechtert, was zusätzlichen Einspardruck zulasten des Krankenhauspersonals generiert und das Insolvenzrisiko weiter erhöht. ver.di kritisiert die gesetzgeberische Untätigkeit hinsichtlich der drängenden Notwendigkeit, das dysfunktionale Fallpauschalensystem und die hierdurch begünstigte Logik der Fallzahlenausweitung bei ständigem Kostensenkungsdruck durch eine vollumfängliche, bedarfsdeckende Vorhaltefinanzierung zu ersetzen und so die beschriebene strukturelle Misere in der stationären Versorgung endlich wirksam anzugehen.

Die ebenfalls vorgesehene Deckelung des Pflegebudgets durch Einführung der Obergrenze einer jährlich festzusetzenden Veränderungsrate inklusive zusätzlicher Abschläge in den Jahren 2027 bis 2029 bedeutet faktisch die Abkehr vom Ziel, mit einer kostendeckenden Pflegepersonalkostenfinanzierung den mit Einführung des DRG-Systems etablierten Teufelskreis aus personeller Unterbesetzung, Überlastung der Krankenhausbeschäftigten und fortgesetzten Einsparungen zulasten des Krankenhauspersonals durchbrechen zu wollen. Es droht eine Verschärfung des Fachkräftemangel im Krankenhaus- und Pflegebereich. Ohne das Pflegebudget als refinanzierende Grundlage einer bedarfsgerechten Pflegepersonalbemessung werden die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten im Krankenhausbereich wie auch die Qualität in der stationären Versorgung erneut ökonomischen Sach- und Sparzwängen untergeordnet, während mit dem Fallpauschalensystem die Möglichkeiten zur Renditemaximierung und -abschöpfung in der stationären Versorgung bestehen bleiben. ver.di lehnt dies in aller Deutlichkeit ab.

Insgesamt führen die vorgesehenen Änderungen zu einer weiteren Verschärfung sozialer Ungleichheiten. Höhere Eigenbeteiligungen, Leistungskürzungen und Einschränkungen bei Lohnersatzleistungen treffen insbesondere vulnerable Bevölkerungsgruppen. Die Maßnahmen stehen damit konträr zur Förderung von gesundheitlicher Chancengleichheit und könnten langfristig sogar zu höheren Folgekosten führen, etwa durch verzögerte Inanspruchnahme notwendiger medizinischer Leistungen.

ver.di kritisiert, dass die vorgeschlagenen Maßnahmen zu einer weiteren Erosion der paritätischen Finanzierung der GKV beitragen. Dass Arbeitnehmer*innen und Arbeitgeber*innen zu gleichen Teilen finanzieren, ist ein Grundprinzip der GKV. Die Maßnahmen im Gesetzentwurf verschieben dieses Gleichgewicht zunehmend zu Ungunsten der Versicherten. Die einseitige Belastung der Versicherten erfolgt einerseits direkt durch Zuzahlungen, andererseits durch Leistungskürzungen und die Begrenzung von Ausgabensteigerungen, die letztendlich zu einem Absinken der Versorgungsqualität oder gar zu Versorgungsengpässen führen können. Dem gegenüber stehen mit der leichten Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und der von Arbeitgebern im Rahmen geringfügiger Beschäftigungsverhältnisse zu tragende Beiträge lediglich zwei Maßnahmen, welche die Arbeitgeberseite deutlich weniger belasten.

Auch die Bundesregierung darf sich ihrer finanziellen Verantwortung für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung nicht entziehen. Obwohl die Finanzkommission Gesundheit (FKG) entsprechende Empfehlungen gegenüber dem BMG gemacht hat, beteiligt sich die Bundesregierung laut Gesetzesentwurf nur mit einem minimalen Eigenbeitrag in Höhe von zunächst 250 Mio. Euro, der bis 2031 auf 2 Mrd. Euro anwachsen soll, an der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die im Entwurf vorgesehene Verschiebung der Darlehensrückzahlungen ist keine finanzielle Unterstützung, sondern lediglich eine temporäre aufschiebende Maßnahme. ver.di fordert die Bundesregierung dringend auf, der GKV die versicherungsfremden Leistungen aus Steuermitteln kostendeckend zu erstatten, in erster Linie sind dies die Aufwände für die Gesundheitsversorgung der Grundsicherungsempfänger*innen. Allein mit dieser Maßnahme könnten 12 Milliarden Euro an Mehreinnahmen realisiert werden.

ver.di weist das im Zuge des Gesetzesentwurfs konkretisierte Ansinnen der Bundesregierung, einem minimalen Einstieg in die Refinanzierung der GKV-Kosten für Grundsicherungsempfänger*innen eine deutliche Reduktion des Bundeszuschusses an den Gesundheitsfonds der GKV in Höhe von 2 Mrd. Euro pro Jahr gegenüberzustellen, entschieden zurück. Derart unseriöse haushaltspolitische Tauschgeschäfte, die obendrein noch darauf angelegt sind, das finanzielle Defizit der GKV zusätzlich zu verschärfen, werden der Verantwortung des Bundes zur Gewährleistung einer stabilen Finanzsituation der GKV wie auch zur Übernahme der Aufwendungen für gesamtgesellschaftlich zu tragender Leistungen nicht gerecht.

Ein weiterer wichtiger Baustein in diesem Zusammenhang ist die Dynamisierung des Bundeszuschusses, der seit 2017 unverändert bei 14,5 Mrd. Euro liegt. Vor dem Hintergrund der hohen Preissteigerungen im Gesundheitsbereich geht die ausbleibende Anpassung des Zuschusses mit einem erheblichen Kaufkraftverlust für die GKV einher. Auch hier stiehlt sich der Bund bislang aus der Verantwortung. ver.di fordert deshalb – wie von der FKG empfohlen – die Dynamisierung des Bundeszuschusses sowie darüber hinaus eine systematische Kopplung des Betrags an die Ausgabenentwicklung der GKV. Das würde Planungssicherheit schaffen und sicherstellen, dass gesamtgesellschaftliche Aufgaben dauerhaft aus Steuermitteln finanziert werden.

Zur nachhaltigen Stabilisierung der Einnahmenseite der gesetzlichen Krankenversicherung ist eine Ausweitung der Finanzierungsbasis notwendig. Zentrale Ansatzpunkte hierfür sind insbesondere eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung, eine deutliche Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze sowie der erleichterte Zugang von Beamtinnen und Beamten zur pauschalen Beihilfe und zur Mitgliedschaft in der GKV. Die im Entwurf enthaltene Regelung einer einmaligen Anhebung der Beitragsbemessungsobergrenze um 300 Euro samt zugehöriger Anhebung der Versicherungspflichtgrenze ist grundsätzlich zu begrüßen. Sie birgt jedoch insofern massive Risiken, als dass sie gemeinsam mit den im Entwurf enthaltenen Leistungskürzungen und der Einschränkung der beitragsfreien Mitversicherung dazu führen kann, dass insbesondere für die GKV wichtige Gutverdienende in die private Krankenversicherung (PKV) wechseln. Die Risikostruktur würde sich weiter zu Lasten der GKV verschlechtern.

ver.di weist darauf hin, dass die Bundesregierung unbedingt – wie von der Finanzkommission Gesundheit empfohlen – verstärkt in Betracht ziehen muss, eine stärkere Besteuerung gesundheitsschädlicher Produkte samt flankierender Maßnahmen zur Begrenzung von Konsum und Verfügbarkeit umzusetzen. ver.di begrüßt grundsätzlich das Ansinnen, für zuckerhaltige Lebensmittel eine Abgabe vorzusehen. Gleichzeitig sind für Produkte wie Alkohol und Tabak verstärkte Anstrengungen erforderlich, um die gesundheitlichen Folgeschäden samt der durch sie verursachten, enormen volkswirtschaftlichen Kosten in den Griff zu bekommen. Dazu gehörige steuerliche Mehreinnahmen müssen dann jedoch zweckgebunden als Abgaben zur Stabilisierung der Beiträge der GKV verwendet. Neben einer finanziellen Lenkungswirkung zugunsten der GKV hätte dies gleichzeitig präventive Effekte. Ergänzend dazu wäre eine Senkung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel, Medizinprodukte und Hilfsmittel sinnvoll, um die Versorgungskosten zu reduzieren und die Versicherten zu entlasten.

Langfristig hält ver.di eine Weiterentwicklung der GKV zu einer Bürgerversicherung, in die alle Bürgerinnen und Bürger unabhängig von ihrem Erwerbsstatus einzahlen, für notwendig. Eine solche Reform würde die Finanzierungsbasis verbreitern und die Risikostruktur des Systems verbessern. Einheitliche Vergütungsstrukturen könnten darüber hinaus zu einer gerechteren Verteilung der verfügbaren Ressourcen im Gesundheitswesen beitragen.

Bewertung einzelner Änderungen

Nr. 40 (§ 111 SGB V), Nr. 51 (§ 132 SGB V), Nr. 52 (§ 132a SGB V), Nr. 53 (§ 132l SGB V), Nr. 4 (§ 9 KHAG) - Aufhebung der Tarifrefinanzierung für alle Versorgungsbereiche

Zu den Änderungen wird an dieser Stelle aufgrund ihrer gleichartigen Intention gesammelt Stellung genommen. Die einzelnen Änderungen werden im weiteren Verlauf der Stellungnahme behandelt.

Der Gesetzesentwurf sieht vor, die geltende gesetzliche Grundlage für Tarifrefinanzierungen in allen Versorgungsbereichen aufzuheben.

Bewertung

Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di lehnt die Aufhebung geltender Tarifrefinanzierungsregeln kategorisch ab. Die erforderlichen Verbesserungen der Arbeitsbedingungen und Aufwertung einzelner Berufsgruppen und das Gewinnen und Halten von Fachkräften in allen Gesundheitsberufen werden durch diese Streichung aktiv behindert. Auch den Beschäftigten in psychiatrischer und psychosomatischer Versorgung, somatischer Versorgung, ambulanter medizinischer Behandlungspflege, den Rettungsdiensten und Rehabilitationseinrichtungen wird eine folgenschwere Geringschätzung des Stellenwertes ihrer Arbeit vermittelt. In der Folge wird für alle Versorgungsbereiche der Druck wachsen, höhere Tarifabschlüsse durch andere Einsparmaßnahmen beim Personal zu kompensieren. Es besteht das hohe Risiko, dass der Arbeitskräftemangel durch verschlechterte Arbeitsbedingungen forciert und Personal in den Leistungsbereichen abgebaut wird. Mit dramatischen Folgen für die Versorgungsqualität und -sicherheit der Bevölkerung. Angesichts der äußerst schwierigen ökonomischen Situation im gesamten Sektor der Gesundheitsversorgung und der herausgehobenen Bedeutung, die der täglichen Arbeit der Beschäftigten in allen Versorgungsbereichen zukommt, ist dies weder zu rechtfertigen noch hinzunehmen. Gerade in ländlichen Regionen ist zu befürchten, dass ambulante Pflegedienste und Rehaeinrichtungen aus der Versorgung gehen müssen und damit bereits bestehende Engpässe verschärft werden. In der Konsequenz führt es dazu, dass Pflegebedürftige und Menschen mit Beeinträchtigungen stattdessen in Krankenhäuser eingeliefert oder anderweitig stationär versorgt werden müssen. Dies widerspricht dem Ziel, Menschen so lange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit zu versorgen. Es ist zu befürchten, dass Arbeitgeber versuchen, dieser Streichung durch Tarifflucht zu begegnen. Dieses Vorhaben steht diametral zur Verpflichtung des Gesetzgebers – auch entsprechend der EU-Mindestlohnrichtlinie und der dort vorgesehenen Maßnahmen zur Stärkung der Tarifbindung/Tarifanwendung in Deutschland – zu sorgen; das Vorhaben ist damit auch aus unionsrechtlicher Sicht bedenklich.

Änderungsvorschlag

Streichung der Nr. 40, Nr. 51, Nr. 52, Nr. 53, Nr. 4

Artikel 1 – Änderungen des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V)

Nr. 1 - Verbot der Erstattung homöopathischer Leistungen (§§ 2, 11 SGB V)

Der Änderungsvorschlag sieht vor, dass Leistungen nur noch unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet werden dürfen. Homöopathische und anthroposophische Leistungen und Arzneimittel werden explizit von der Erstattung im Rahmen der Satzungsleistungen ausgeschlossen.

Bewertung

Die Regelungsänderung wird von ver.di begrüßt, da somit dem Grundsatz der evidenzbasierten Medizin Rechnung getragen wird. ver.di vertritt grundsätzlich die Position, dass nur solche Leistungen erstattet werden soll, deren medizinischer Nutzen nachgewiesen ist.

Änderungsbedarf

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 2 – Anpassung der beitragsfreien Mitversicherung (§§ 3, 10, 242 SGB V)

Die Regelung sieht vor, dass Ehegatten und Lebenspartner*innen nicht mehr beitragsfrei mitversichert sind. Ab 2028 soll für Mitglieder mit mitversicherten Ehegatten oder Lebenspartner*innen ein Beitragszuschlag von 2,5 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen anfallen. Ausgenommen hiervon sind: Ehegatten und Lebenspartner*innen mit Kindern bis zum vollendeten siebten Lebensjahr, mit Kindern mit Behinderungen, die im Haushalt wohnen und Personen, die Angehörige pflegen, sowie Rentner*innen beziehungsweise Personen oberhalb der Regelaltersgrenze.

Bewertung

ver.di steht dem Ansinnen, die Finanzierung der Solidargemeinschaft GKV auf möglichst viele Schultern zu verteilen, grundsätzlich nicht ablehnend gegenüber. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass die soziale Angemessenheit und Ausgewogenheit des Vorschlags gewahrt wird. Die Absenkung der ursprünglich vorgesehenen Beitragsvorschlagshöhe von 3,5 Prozent auf nun 2,5 Prozent erscheint sachgerecht. Gleichzeitig spricht sich ver.di dafür aus, insbesondere für Familien Ausnahmeregelungen vorzusehen, die wachsende Mehrbelastung vermeiden.

Änderungsbedarf

ver.di spricht sich dafür aus, für Familien erweiterte Ausnahmeregelungen vorzusehen. Die Beitragsfreiheit sollte mit Kindern bis zum zwölften Lebensjahr verankert werden. Neben Ehegatten und eingetragenen

Lebenspartner*innen sollte ein weiter gefasster Familienbegriff für die Beitragsbefreiung ermöglicht werden, für den ausschlaggebend ist, dass Personen langfristig und nachweislich an Fürsorge und Erziehung von Kindern im Haushalt beteiligt sind.

Nr. 3 – Begrenzung der Verwaltungsausgaben (§ 4 SGB V)
Nr. 4 – Halbierung der Werbemittel (§ 4a SGB V)
Nr. 54 – Digitaler Versand von Informationsschreiben (§ 175 SGB V)
Nr. 71 – Außertarifliche Bezahlung von Führungskräften bei Krankenkassen, deren Landesverbänden, Kassenärztlichen Vereinigungen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem MD sowie dem MD Bund (§ 411 SGB V)

Die Regelungen werden aufgrund ihres Sachzusammenhangs im Folgenden gemeinsam adressiert.

Die Regelung Nr. 3 sieht vor, dass die jährliche Erhöhung der Nettoverwaltungsausgaben die Grundlohnrate nach § 71 Absatz 3 SGB V nicht überschreiten darf. Diese Obergrenze bezieht sich auf die gesamten Nettoverwaltungsausgaben der Krankenkasse im Verhältnis zur Anzahl ihrer Versicherten im Jahresdurchschnitt. Hierzu gehören sowohl personelle als auch sachliche Verwaltungskosten. Verwaltungskosten, die im Bereich Sicherheit der Informationstechnologie anfallen sind von der Begrenzung ausgenommen.

Die Regelung Nr. 4 sieht eine Halbierung der Werbekosten pro Versicherten vor. Der aktuelle Soll-Wert aus den geltenden Wettbewerbsgrundsätzen wird von 0,15 Prozent der Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB V auf 0,075 Prozent je Mitglied abgesenkt. Aktuell würde die Regelung eine Absenkung von sechs auf drei Euro im Jahr bedeuten.

Die Regelung Nr. 54 sieht vor, dass die Informationsschreiben zur Anpassung der Zusatzbeiträge künftig auch digital versendet werden können. Hierdurch können Druck- und Portokosten eingespart werden.

Die Regelung Nr. 71 begrenzt die Vergütung für außertariflich beschäftigte Führungskräfte in den genannten Institutionen. Erhöhungen können maximal um die Höhe der Grundlohnrate und nur alle sechs Jahre oder zu Beginn einer neuen Amtsperiode durchgeführt werden. Für die Jahre 2027 bis 2029 gibt es einen 1-prozentigen Abschlag auf die Grundlohnrate.

Bewertung

ver.di begrüßt das Ziel des Gesetzgebers auch in der Verwaltung der GKV wirtschaftlich mit den Versichertenbeiträgen zu haushalten. Die Regelungen Nr. 4 und Nr. 54 sind hierzu angelegt. Das Recht zur Definition von Vergütungsgrundlagen und –Begrenzungen für außertariflich beschäftigte Führungskräfte liegt jedoch ausschließlich bei der sozialen Selbstverwaltung im SGB V. Insofern lehnt ver.di das Ansinnen ab, dass die Bundesregierung hier in verbriefte Organisationsprinzipien des Sozialstaates einzugreifen beabsichtigt.

Die Kopplung der gesamten Verwaltungskosten an die Grundlohnrate lehnt ver.di kategorisch ab. Diese Regelung führt faktisch zu einem harten Deckel für Vergütungssteigerungen der Verwaltungsangestellten – obwohl die Finanzkommission GKV selbst bestätigt, dass die Verwaltungskosten kein Kostentreiber sind:

Die Nettoverwaltungsausgaben betragen nur 4 % der GKV-Gesamtausgaben (13,3 Mrd. € in 2025). Die persönlichen Verwaltungsausgaben stiegen zwischen 2015 und 2025 nur um durchschnittlich 2,4 % pro Jahr – trotz 5,3 % mehr Versicherten und 3 % weniger Beschäftigten. Die sächlichen Verwaltungskosten (+4,0 % p. a.) sind keine Verschwendung, sondern Folge von Digitalisierungspflichten und höheren Sicherheitsanforderungen. Trotzdem wird nun ausgerechnet hier ein Deckel eingeführt – obwohl die Verwaltung nachweislich effizienter arbeitet. Die Folgen wären kontraproduktiv und belasten Beschäftigte wie Versicherte unnötig: Wenn notwendige Lohnsteigerungen nicht mehr refinanziert werden könnten, hätte dies Personalabbau und Arbeitsverdichtung zur Folge, obwohl die Kassen bereits mit weniger Personal mehr Versicherte bedienen. Dies führt unweigerlich zu einer massiven Verschlechterung der Beratung und Betreuung der Versicherten und Leistungsbeziehenden. Modernisierungsprojekte müssten gestrichen oder verschoben werden. Die Ausnahme für IT-Sicherheit ist unzureichend. Schließlich geht es bei den verpflichtenden Maßnahmen zur Cybersicherheit um den Schutz der Gesundheitsdaten aller gesetzlich Versicherten in Deutschland und damit um notwendige, unvermeidbare und kostenintensive Datenschutzthemen.

Änderungsbedarf

Die Regelung Nr. 4 und Nr. 54 sind zu Streichen. Der Bundesregierung steht die Möglichkeit offen, den Dialog mit den sozialen Selbstverwaltungen der GKV über die genannten Zielsetzungen zu suchen, ohne hierfür in die Rechte der sozialen Selbstverwaltung einzugreifen.

Die Regelung Nr. 3 ist so anzupassen, dass Veränderungen bei den Personalkosten nicht an die Grundlohnrate gekoppelt sind. Es wird weiterhin ausgangsoffene Tarifverhandlungen geben.

Nr. 7 - Beauftragung des G-BA zur Überprüfung der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie (GU-RL) sowie der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (§ 25 SGB V)

Die Regelung sieht vor, dass der G-BA mit der Überprüfung der beiden genannten Richtlinien beauftragt wird. Die beiden Richtlinien betreffen die allgemeinen Gesundheitsuntersuchungen für Erwachsene nach § 25 SGB V (Check-up) sowie die Hautkrebsfrüherkennung.

Bewertung

ver.di begrüßt die wissenschaftliche Überprüfung der beiden Richtlinien. Im Sinne der evidenzbasierten Medizin ist es erforderlich, dass Richtlinien kontinuierlich an den Stand der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse angepasst werden.

Änderungsbedarf

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 8 – Einholen einer Zweitmeinung (§27 b)

Vorgesehen ist, dass Versicherte für planbare Eingriffe Anspruch auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung erhalten, sofern für die zugrunde gelegte Indikation das Risiko besteht, dass sie auch aus wirtschaftlichen Erwägungen heraus festgestellt wurde. Abs. 3 soll regeln, dass der Gemeinsame Bundesausschuss ab dem 01. Januar 2027 jährlich mindestens einen planbaren Eingriff bestimmt, für den die Einholung einer Zweitmeinung Voraussetzung für die Vergütung des Eingriffs ist.

Bewertung

ver.di begrüßt grundsätzlich die in Abs. 1 vorgesehene Klarstellung, dass Versicherte Anspruch auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung vor Durchführung eines planbaren Eingriffs haben. Diese freiwillige Maßnahme stärkt die Patientensouveränität und kann dazu beitragen, unnötige medizinische Eingriffe, die sich aus primär wirtschaftlich motivierten Indikationen ergeben, zu reduzieren. Kritisch sieht ver.di hingegen die in Abs. 3 vorgeschlagene Beauftragung des Gemeinsamen Bundesausschusses mit der Definition von Leistungen, für die die Einholung einer Zweitmeinung die Voraussetzung sein soll. Damit wird Patient*innen das Erfordernis einer Suche nach einem geeigneten Arzt oder einer geeigneten Einrichtung zur Ausstellung einer Zweitmeinung samt verfügbarer zeitlicher Kapazitäten und Terminengpässen bei den Ärzten übertragen. Dies korrespondiert in keiner Weise mit der unzureichenden hausärztlichen und insbesondere fachärztlichen Versorgung in strukturschwachen, dünn besiedelten Regionen oder schlecht versorgten Mittelzentren sowie dem im Zuge der Krankenhausreform forcierten Konzentrationsprozess stationärer Versorgungskapazitäten. Solange der Gesetzgeber keinen Weg aufzeigt, mit dem Patient*innen mit einer entsprechenden Indikation eine ärztliche Zweitmeinung innerhalb einer vertretbar kurzen Frist verbindlich vermittelt werden kann, ohne dass sie hierbei selbst die Last oftmals vergeblicher Terminsuchen und der gesundheitlichen Folgerisiken tragen müssen, ist von einer derartigen Regelung strikt abzusehen.

Änderungsbedarf

Streichung des Abs. 3.

Nr. 15 - Festbeträge für Heil- und Hilfsmitel

Vorgesehen ist, dass durch den GKV geeignete Hilfsmittel bestimmt werden, für die künftig Festbeträge gelten sollen. Die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V gelisteten Hilfsmittel sollen hierzu in Gruppen zusammengefasst und die Einzelheiten ihrer Versorgung festgelegt werden. Maßgabe soll sein, dass die Festbeträge so ausgestaltet sind, dass sie im Allgemeinen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaft-

liche sowie in der Qualität gesicherte Versorgung gewährleisten. Sie haben Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen, sollen einen wirksamen Preiswettbewerb auslösen und sich deshalb an möglichst preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten orientieren.

Bewertung

ver.di lehnt den vorgeschlagenen Mechanismus zur Festsetzung von Festbeträgen ab. In der jetzigen Ausgestaltung des Entwurfs ist klar zu erkennen, dass der Gesetzgeber primär auf Preisdumping zulasten von Qualitätskriterien bei der Definition von Festbeträgen setzt. Dieses Vorgehen geht unmittelbar zulasten von Aspekten der Versorgungsqualität, da es sich negativ auf definierte Versorgungskriterien, die einen unmittelbaren Einfluss auf die Patientenversorgung haben, auswirken wird. Dies ist insbesondere im Bereich des Rettungsdienstes, aber auch in anderen Versorgungszusammenhängen, evident. Im Rettungsdienst wäre etwa das Instrument des Hausnotrufes von der Festbetragsregelung betroffen. Sind Dynamisierungen von Hilfsmittelpreisen künftig nicht mehr in dem Umfang vorgesehen, indem Preissteigerungen aufgrund von Inflation, Lohn- und Materialkosten dies erforderlich machen, so sind Einschränkungen beim Gewinnen und Halten von qualifiziertem Personal, das für den Einsatz von Hilfsmitteln erforderlich ist, bis hin zum Versorgungsrückzug von Leistungserbringern, die im geforderten Preisdumping nicht Schritt halten, die Folge.

Änderungsbedarf

Die vorgesehene Änderung ist in ihrer Gänze zu streichen.

Nr. 17 – Teilarbeits(un)fähigkeit, Teilkrankengeld (§§ 44c, 44d SGB V)

Nr. 28 – Vorrangstellung der Teilarbeitsunfähigkeit (§ 74 SGB V)

Zu beiden Regelungen wird aus Gründen des Sachzusammenhangs gemeinsam Stellung bezogen.

Die Regelung sieht die Einführung einer sogenannten Teilarbeitsunfähigkeit vor. § 44c Absatz 1 SGB V bildet die zentrale rechtliche Grundlage dafür, dass Versicherte während einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit freiwillig eine teilweise Arbeitsleistung erbringen können. Voraussetzung hierfür ist, dass eine ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit infolge einer nicht nur geringfügigen Erkrankung vorliegt, deren Dauer voraussichtlich mehr als vier Wochen beträgt. Wenn nach ärztlicher Einschätzung trotz dieser Arbeitsunfähigkeit eine teilweise Ausübung der bisherigen beruflichen Tätigkeit möglich ist und diese der Genesung nicht entgegensteht, soll die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt gemeinsam mit dem Versicherten eine einvernehmliche Entscheidung über die Umstellung auf eine Teilarbeitsunfähigkeit (Teil-AU) treffen. Vorgesehen ist, dass die Teilarbeitsunfähigkeit in drei Stufen 25, 50 und 75 Prozent festgelegt werden kann. Sie bezieht sich auf die Restleistungsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz. Gleichzeitig wird die Zustimmung des Arbeitgebers benötigt. So soll sichergestellt werden, dass betriebliche Belange sowie arbeitsschutzrechtliche Anforderungen berücksichtigt werden. Der Arbeitgeber wird dazu verpflichtet, inner-

halb von sieben Tagen eine Entscheidung über die Möglichkeit einer teilweisen Arbeitsaufnahme zu schaffen. Sollte keine Entscheidung getroffen werden, greift eine Genehmigungsfiktion. Der G-BA wird beauftragt, die bereits von ihm getroffenen Regelungen zur Feststellung und Ausgestaltung der Arbeitsunfähigkeit um die zur Teil-AU nach § 44c SGB V zu ergänzen. Die Vorschriften des Entgeltfortzahlungsgesetzes zur Lohnfortzahlung bleiben von den Regelungen zur Teil-AU unberührt.

Ergänzt werden soll § 44c SGB V durch § 44d SGB V, der die Ausgestaltung des Teilkrankengeldes regelt. Das Teilkrankengeld wird für den Anteil der Arbeitszeit gezahlt, den eine erkrankte Person aufgrund eingeschränkter Arbeitsfähigkeit nicht leisten kann. Der Arbeitgeber vergütet die tatsächlich erbrachte Arbeitsleistung, während die GKV den krankheitsbedingt ausgefallenen Anteil durch Teilkrankengeld ausgleicht. Die Höhe richtet sich nach den allgemeinen Regeln des Krankengeldes (§ 47 SGB V), wird jedoch anteilig entsprechend dem Umfang der Arbeitsunfähigkeit berechnet. Insgesamt ergibt sich häufig ein höheres Gesamteinkommen als beim vollständigen Krankengeldbezug, da zusätzlich ein anteiliges Arbeitsentgelt gezahlt wird.

§ 74 SGB V regelt, dass gegenüber der stufenweisen Wiedereingliederung (SWE) vorrangig zu prüfen ist, ob Versicherte eine teilweise Ausübung ihrer bisherigen Tätigkeit trotz einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit während des Entgeltfortzahlungszeitraums nach § 44c SGB V oder während des Krankengeldbezugszeitraums nach § 44d SGB V ausüben können.

Bewertung

Die Einführung einer Teil-AU mit korrespondierendem Teilkrankengeld ist kategorisch abzulehnen. Dieses Vorhaben wird ebenfalls auf dem Rücken der Beschäftigten ausgetragen, die sich, während sie AU sind, Diskussionen und Drucksituationen zu Fragen möglicher Teilarbeitsfähigkeit aussetzen müssen. Zudem ist es doch gerade ein Zeichen von Langzeiterkrankungen, dass Personen schwer und nachhaltig erkrankt sind - diese sollen nun aber bei Erkrankungen von mehr als 4 Wochen in den Druck der Teilarbeitsfähigkeit kommen. Das schadet der Genesungsperspektive der Beschäftigten und trägt im Zweifelsfall dazu bei, die Krankheitslast nicht im kürzest möglichen Zeitraum zu beseitigen. Zudem finden bereits in vielen anderen Bereichen des Arbeitsverhältnisses Fragen von „Freiwilligkeit“ vermehrt Eingang in die öffentliche Diskussion, weshalb sie besonders kritisch zu begleiten sind. Es liegt in Arbeitsverhältnissen jedoch in der Natur der Sache begründet, dass Freiwilligkeit nicht gegeben oder durch das asymmetrische Machtverhältnis zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer nicht im Sinne des Arbeitnehmers ausgestaltbar ist – dieses Ungleichgewicht darf nicht auch noch auf die Genesungsperspektiven von Beschäftigten ausgedehnt werden.

Besonders problematisch ist auch, dass die Präventionsverantwortung nicht im Gesetz verankert werden soll. Weder die Arbeitgeber noch die Krankenkassen werden in die Pflicht genommen, um gesundheitsgerechte Arbeitsbedingungen für die Betroffenen herzustellen. In ihrer jetzigen Ausgestaltung ist die Regelung daher primär als Instrument zur Flexibilisierung der Arbeitsfähigkeit zu Lasten der Beschäftigten und zugunsten der Arbeitgeber zu verstehen. Weitere Probleme sieht ver.di bei der praktischen Umsetzung. Die Behandler*innen verfügen in der Regel nicht über detaillierte Kenntnisse der konkreten Arbeitsbedingungen

und haben keinen Zugang zu Gefährdungsbeurteilungen und der Gleichen. Bereits heute ist in vielen Betrieben der betriebliche Gesundheitsschutz unzureichend, Gefährdungsbeurteilungen werden nur unzureichend und nicht flächendeckend vorgenommen, auch das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) nach § 167 SGB IX findet unzureichend statt und ist noch immer keine zwingende Wirksamkeitsvoraussetzung für arbeitgeberseitig veranlasste personenbedingte Kündigungen.

Die Kombination aus Teil-AU, verkürzten Fristen zur Beantragung von Rehabilitationsmaßnahmen (§ 51 SGB V) und der Absenkung des Krankengeldzahlbetrages könnte dazu führen, dass der Druck auf erkrankte Beschäftigte weiter steigt, frühzeitig wieder (teilweise) arbeitsfähig zu sein – im Zweifel auf Kosten ihrer Gesundheit.

Änderungsbedarf

Die Regelung ist deshalb in Gänze abzulehnen.

Nr. 18 – Dauer des Krankengeldbezugs (§ 47 SGB V)

Die Regelung sieht vor, dass Krankengeld im laufenden Bezug ab dem Zeitpunkt der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses auf die Höhe des Arbeitslosengeldes begrenzt wird.

Bewertung

ver.di lehnt strikt ab, dass Krankengeld im laufenden Bezug ab dem Zeitpunkt der Beendigung eines Beschäftigungsverhältnisses auf die Höhe des Arbeitslosengeldes begrenzt wird. Im Entwurf wird dies mit einer „systemgerechten" Angleichung begründet, in der Realität werden an dieser Stelle aber unterschiedliche Schutzkonzepte miteinander vermischt und eine substanzielle Schlechterstellung der Versicherten herbeigeführt. Krankengeld sichert krankheitsbedingte Einkommensausfälle ab, während Arbeitslosengeld an die Arbeitsfähigkeit anknüpft. Zudem führt dieser Vorschlag zu erheblichen Kostensteigerungen bei der Gesetzlichen Rentenversicherung, da die Anträge auf Erwerbsminderungsrenten dadurch zwangsläufig steigen werden – in diesem Kontext weist ver.di zudem gleich an dieser Stelle darauf hin, dass die Verkürzung der Fristen von 10 auf 4 Wochen für mögliche diesbezügliche Rentenanträge ebenfalls abgelehnt werden, weil auch dies dazu führt, dass Personen vorzeitig in niedrige Erwerbsminderungsrenten zulasten der GRV abgeschoben werden.

Änderungsbedarf

Vollständige Streichung der vorgeschlagenen Maßnahmen.

Nr. 20 – Zusammenspiel Flexi-Rente und Krankengeld (§ 50 SGB V)

Die Regelung des § 50 SGB V ordnet das zeitliche Nebeneinander von Krankengeld und anderen Leistungsansprüchen mit dem Ziel, den Doppelbezug von Entgeltersatzleistungen öffentlicher Träger zu vermeiden.

Für Versicherte der gesetzlichen Rentenversicherung, die eine Altersrente in voller Höhe erhalten, ist der Anspruch auf Krankengeld ausgeschlossen. Mit dem Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexirentengesetz) wurden neue Regelungen eingeführt, die dafür sorgen, dass neben dem Bezug einer Altersrente das Arbeitsverhältnis bis zu dessen vereinbartem Ende fortgesetzt werden kann. Für eine solche Fortsetzung des Arbeitsverhältnisses werden durch die Beschäftigten regulär Rentenversicherungsbeiträge abgeführt, woraus sich ihr Anspruch auf Krankengeld konstituiert. Die Neuregelung sieht nun vor, dass höchstens zwei Drittel der Vollrente bezogen werden dürfen, damit ein Krankengeldanspruch besteht.

Bewertung

ver.di kritisiert, dass durch die beabsichtigte Neuregelung eine anteilige Obergrenze für den Bezug der Vollrente im Rahmen des Flexirentengesetzes eingeführt werden soll. Dies greift in unzulässiger Weise in das Recht der Beschäftigten, durch Arbeitsleistung und Beitragsleistung erworbene Rentenansprüche im von ihnen gewünschten Umfang zu realisieren und in ein für Sie und ihren Arbeitgeber vertretbares Verhältnis zwischen Rentenbezug und fortgesetzter Arbeitsleistung zu konkretisieren, ein. Unabhängig von den Gründen für einen Teilrentenbezug in einem Umfang oberhalb von zwei Dritteln der Vollrente muss es Beschäftigten weiterhin ermöglicht bleiben, durch eine dauerhafte und nicht gedeckelte Entgeltersatzleistung auf Grundlage beitragsbasierter Krankengeldansprüche im Falle krankheitsbedingter Lohneinbußen abgesichert zu sein.

Änderungsbedarf

Die vorgesehene Änderung ist in Gänze zu streichen.

Nr. 21 – Frist zur Beantragung der Rehabilitation (§ 51 SGB V)

Die Regelung sieht vor, dass die Mitwirkungspflichten beim Bezug von Krankengeld verschärft werden. Versicherte haben künftig nicht mehr zehn Wochen, sondern nur noch vier Wochen Zeit, ihren Mitwirkungspflichten nachzukommen.

Bewertung

Aus sozialpolitischer Sicht ist dieser Vorschlag kritisch zu bewerten. Diese Regelung erzeugt zusätzlichen Druck auf ohnehin bereits erkrankte Versicherte, ohne dass der finanzielle Nutzen erkennbar ist. Bereits heute gelten beim Krankengeld Mitwirkungspflichten. Eine weitere Fristverkürzung verschiebt die Last stärker auf Versicherte, die sich ohnehin in einer gesundheitlich belastenden Situation befinden und ggf. aus Gründen, die in ihrer Erkrankung liegen, nicht in der Lage dazu sind – dieses Vorhaben steht diametral dem Genesungsprozess entgegen.

Änderungsbedarf

Vollständige Streichung der vorgeschlagenen Maßnahmen.

Nr. 22 – Kürzung der befundbezogenen Festzuschüsse für zahnärztliche Leistungen um 50 Prozent (§ 55 SGB V)

Die Regelung sieht vor, dass der feste Anteil Kostenübernahme für Zahnersatz in der Regelversorgung ab 2027 wieder um 50 Prozent auf das Niveau von 2021 abgesenkt wird. Ferner verschlechtert sich die Bonus-Regelung, sodass künftig bei guter Vorsorge nur noch ein Zuschuss von 60 Prozent (fünf Jahre) und 65 Prozent (10 Jahre) erreicht werden kann. In Härtefällen werden die Kosten weiterhin voll übernommen. Wenn ein Zahnersatz noch vor Ende 2026 genehmigt wurde, gelten weiterhin die alten Regelungen.

Bewertung

Die Regelung wird von ver.di abgelehnt. Der Vorschlag beinhaltet eine klassische Leistungskürzung und bedeutet für die Versicherten künftig erhöhte Eigenanteile. Die gleichzeitige Absenkung der Bonusregelungen schwächt zudem Anreize zur regelmäßigen Vorsorge und damit die Prävention.

Änderungsbedarf

Die vorgeschlagenen Maßnahmen sind ersatzlos zu streichen.

Nr. 23 – Erhöhung der unteren und oberen Zuzahlungsgrenzen um 50 Prozent (§ 61 SGB V)

Die Regelung sieht vor, dass die untere und obere Zuzahlungsgrenze zu Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung wie z. B. Medikamente um jeweils 50 Prozent auf mindestens 7,50 Euro und maximal 15 Euro angehoben wird. Zusätzlich sollen die Zuzahlungsgrenzen dynamisiert und an die Grundlohnrate angepasst werden. Die aktuell bestehenden Belastungsgrenzen von zwei bzw. einem Prozent für Chroniker*innen bleiben bestehen.

Bewertung

Die Erhöhung und Dynamisierung der Zuzahlungsgrenzen werden von ver.di strikt abgelehnt, weil sie aus sozialpolitischer aber auch aus wirtschaftlicher Sicht kritisch zu bewerten sind, auch wenn formal Belastungsgrenzen bestehen. Zuzahlungen wirken grundsätzlich regressiv, weil sie unabhängig vom Einkommen erhoben werden und damit Haushalte mit geringem Einkommen überproportional belasten. Die Erhöhung bedeutet für die Versicherten eine spürbare Mehrbelastung im Alltag. Es ist davon auszugehen, dass die Erhöhung der Zuzahlung bei finanzschwachen Personen eine erhebliche Steuerungswirkung entfalten kann und schlussendlich dazu führen kann, dass notwendige Leistungen aus Kostengründen verzögert oder gar nicht in Anspruch genommen werden. Diese zusätzliche Dynamisierung verschärft diesen Effekt langfristig, weil die Eigenbeteiligung kontinuierlich steigt, ohne dass ein Bezug zur individuellen finanziellen Leistungsfähigkeit besteht. Auf diese Weise wird die strukturelle Verschiebung der Finanzierungslast immer weiter in

Richtung der Versicherten verstetigt. Grundsätzlich ist der Vorschlag auch aus Systemsicht abzulehnen, denn im Endergebnis bedeutet er eine schleichende Erosion der paritätischen Finanzierung der GKV und damit auch eine Verabschiedung aus dem Solidarprinzip. Zuzahlungen sind verdeckte Beitragserhöhungen für Versicherte, ohne dass dies in der paritätischen Beitragslogik sichtbar wird. Zudem leiden die Kaufkraft in Deutschland, Armutsrisiken steigen, hinzu kommt der in dem Reformvorhaben enthaltene Vorschlag verringerter Krankengeldzahlung, die einer Erhöhung der Kosten für Erkrankte diametral entgegensteht.

Änderungsbedarf

Die vorgeschlagenen Maßnahmen sind ersatzlos zu streichen.

Nr. 25 – Grundsätzliche Anbindung an die Grundlohnrate; Nicht-Berücksichtigung Anhebung der Beitragsbemessungsobergrenze, Abschlag 2027-2029 (§ 71 SGB V)

Die Regelung sieht vor, dass die Grundlohnrate in allen Leistungsbereichen verbindlich als feste Obergrenze gilt. Die Verrechnung von Einsparungen und Mehrausgaben in unterschiedlichen Bereichen ist künftig nicht mehr zulässig. Es wird zudem klargestellt, dass die in § 223 Absatz 4 Satz 1 SGB V geregelte außerordentliche Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze um monatlich 300 Euro im Jahr 2027 keine Wirkung auf die Grundlohnrate in den Jahren 2028 und 2029 hat. Die Bundesregierung geht davon aus, dass die Grundlohnrate in den Jahren 2027 bis 2029 mit schätzungsweise durchschnittlich rund 4 Prozent voraussichtlich noch deutlich höher liegen wird als im langfristigen Schnitt und damit wesentlich oberhalb der geschätzten Entwicklung der Einnahmen der Krankenkassen von 2,5 Prozent. Aus diesem Grund wird an dieser Stelle ein Abschlag in Höhe von einem Prozent festgelegt, sodass die Grundlohnrate auf rund 3 Prozent prognostiziert wird.

Bewertung

Die Regelung bildet das Herzstück der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik, die den Entwurf in seiner Gänze prägt. Sie ermöglicht eine rigorose Kontrolle der Ausgaben mit der Brechstange und trägt kurzfristig zur Stabilisierung der GKV-Finanzen bei. Das ist fiskalisch nachvollziehbar, aber mit fatalen gesundheitspolitischen und wirtschaftlichen Auswirkungen. Problematisch ist insbesondere, dass die Regelung völlig undifferenziert wirkt. Die starre Kopplung ignoriert, dass die Kostenentwicklung in den unterschiedlichen Leistungsbereichen des Gesundheitswesens ganz eigenen Dynamiken folgen. Dadurch besteht die Gefahr, dass notwendige Vergütungsanpassungen – etwa zur Sicherung von Personal oder zur Finanzierung neuer Leistungen – nicht mehr möglich sind (zur Notwendigkeit der Bindung an Tariflöhne etc wurde vorangehend bereits einiges geschrieben, auch zur Notwendigkeit der Berücksichtigung der Vorgaben der EU-Mindestlohn-RL im Kontext Tarifbindung/Tarifanwendung). Ebenfalls kritisch zu sehen ist, dass keine Priorisierung innerhalb des Systems mehr stattfinden kann. Wenn einzelne Bereiche höhere finanzielle Bedarfe haben, können diese nicht mehr durch Einsparungen in anderen Bereichen ausgeglichen werden. Durch den Re-

formvorschlag drohen erhebliche Qualitätsverluste in der Versorgung, die unmittelbar aus schlechteren Arbeitsbedingungen, höherer Arbeitsverdichtung und Personalabbau resultieren. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn Personal nicht mehr wettbewerbsfähig vergütet werden kann. Bereits heute verzeichnen die GKV einen zunehmenden Personalverlust in Richtung der freien Wirtschaft. Die Regelung bedeutet das Aus für die vollständige Tarifrefinanzierung. In Bereichen, wo bereits heute Arbeitskräftemangel besteht, wird dies die Situation weiter verschärfen. Schlussendlich besteht die Gefahr, dass Kosten nicht minimiert werden, sondern lediglich im Rahmen von Leistungsbegrenzungen, längeren Wartezeiten, schlechterer Beratung und damit Zunahme von Sozialgerichtsverfahren oder höheren privaten Zuzahlungen an die Versicherten durchgereicht werden.

Änderungsbedarf

Die Regelung ist in ihrer Gänze abzulehnen.

Nr. 41 – Begrenzung der Refinanzierung von Vergütungssteigerungen für Rehabilitationseinrichtungen (§ 111c SGB V)

Auch für Rehabilitationseinrichtungen soll die Begrenzung von Ausgabensteigerungen durch Bindung an die Veränderungsrate erfolgen.

Bewertung

ver.di lehnt die Deckelung der Ausgabenentwicklung durch Begrenzung anhand der Veränderungsrate ab. Nach der Deutschen Rentenversicherung (DRV) ist die gesetzliche Krankenversicherung der zweitgrößte Finanzierer medizinischer Rehabilitationsleistungen. In der DRV ist zum 01.01.2026 eine neue Vergütungsordnung für die Rehabilitation in Kraft getreten, die bereits zu Verunsicherungen in der Branche führt. Eine zusätzliche Begrenzung der Vergütungsentwicklung in der GKV würde diese Unsicherheiten weiter verstärken.

Vor dem Hintergrund des bestehenden Arbeitskräftemangels in Rehabilitationseinrichtungen ist zudem von besonderer Relevanz, dass eine Begrenzung von Ausgaben- und Vergütungssteigerungen die Gewinnung und Bindung von Fachkräften erschweren. Insofern sind neben negativen Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten aufgrund einer fehlenden Tarifrefinanzierung und Refinanzierungsgrundlage für den erforderlichen Personalaufbau auch Folgen für die Versorgungsqualität zu erwarten.

Änderungsbedarf

Nr. 41 ist zu streichen.

Nr. 48 - Einführung eines dynamischen Herstellabschlags (§ 130a)

Die Regelung sieht vor, dass ergänzend zum allgemeinen Herstellerabschlag ein dynamischer Herstellerabschlag eingeführt wird. Befreit sein sollen hiervon Arzneimittel, die für die ein relevanter Anteil an klinischer Forschung in Deutschland stattgefunden hat und deren Wirkstoffproduktion in Deutschland einen relevanten Beitrag zur bedarfsgerechten Versorgung erwarten lässt.

Bewertung

Grundsätzlich begrüßt ver.di die Möglichkeit, über gezielte standortpolitische Maßnahmen für die Sicherstellung der medizinischen und pharmazeutischen Versorgung in Deutschland zu fördern. Hierzu müssen neben Forschungs- und Produktionsaspekten jedoch auch Maßnahmen für Arbeitsplatzerhalt- und Aufbau sowie Investitionen in gute Arbeitsbedingungen gehören.

Änderungsbedarf

Die Regelung ist dahingehend zu ergänzen, dass unter Absatz 1c zu den Kriterien für die Befreiung vom dynamischen Herstellerabschlag der nachgewiesene Erhalt von Arbeitsplätzen in Deutschland bzw. der Aufbau von Arbeits- und Ausbildungsplätzen innerhalb eines festzulegenden Zeitraums sowie der Abschluss und die Anwendung von Tarifverträgen für die Beschäftigten in den in Frage kommenden Unternehmen zählen.

Nr 54. - Versorgung mit Krankentransportleistungen

Die Regelung sieht vor, dass auch für die Versorgung mit Krankentransportleistungen künftig die Grundlohnrate die Obergrenze für Preis- und Vergütungssteigerungen bildet. Zudem werden Krankenkassen nur dann in die Pflicht zur Kostentragung versetzt, wenn ihnen oder ihren Verbänden ausreichend Gelegenheit zur Erörterung unter vollständiger Vorlage der Entgeltkalkulation gegeben wurde; wenn keine Investitionskosten und Reservevorhaltungskosten bei der Entgeltbemessung berücksichtigt wurden, die durch eine über die Sicherstellung der Leistungen des Rettungsdienstes hinausgehende öffentliche Aufgabe der Einrichtungen bedingt wurden oder wenn die Leistungserbringung als unwirtschaftlich gilt.

Bewertung

ver.di kritisiert scharf, dass durch die vorgesehene Koppelung an die Grundlohnrate mit klaren Einschränkungen der Versorgungsqualität und der Arbeitsbedingungen zu rechnen ist. Dieser Zusammenhang ist im Bereich der Rettungsdienste und der durch diese erbrachten Krankentransportleistungen evident. Rettungsdienste, die bereits heute häufig als Lückenbüßer für Unterversorgungssituationen in der ambulanten und stationären Versorgung dienen, sollen durch den vorgesehenen Entwurf auf einen Minimalvolumen an erforderlichen Investitionen in die für die Erbringung von Rettungsdienstleistungen benötigten Strukturen und

Sachmittel sowie eine strikte Ausrichtung am Kriterium der Wirtschaftlichkeit verpflichtet werden. Dies führt zu einem hohen Risiko, dass aufgrund hoher Vorhaltekosten und Investitionsbedarfe, die für einen flächendeckend einsatzfähigen und qualitativ leistungsfähigen Rettungsdienst unvermeidbar sind, mit einer sich weiter verschärfenden Unterfinanzierung des Rettungsdienstwesens zu rechnen ist. In der Folge sind zunehmende Finanzierungslücken, Insolvenzen von Leistungserbringern und eine nicht gesicherte Refinanzierung von Personalkosten zu erwarten. Die Tarifrefinanzierung ist damit auch für den Rettungsdienst nicht gegeben und konterkariert damit das erklärte Ziel der Bundesregierung, die Tarifbindung zu stärken. Gerade im Rettungswesen braucht es aufgrund jahrelanger Einsparmaßnahmen und struktureller Personalengpässe stattdessen jedoch eine langfristig gesicherte Finanzierungsgrundlage für die erforderliche personelle Aufstockung zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten Personalausstattung samt Spielräumen zur Dynamisierung steigender Personalkosten.

Änderungsbedarf

Die Regelung ist in ihrer Gänze abzulehnen.

Nr. 52 –54 Deckelung Vergütungssteigerungen Häusliche Krankenpflege und außerklinische Intensivpflege

Die von Nr. 52 (§ 132a SGB V) und Nr. 53 (§ 132l SGB V) erfassten Betriebe erbringen über das SGB V refinanzierte Leistungen (häusliche Krankenpflege bzw. außerklinische Intensivpflege) und unterliegen zugleich dem Pflegemindestlohn nach § 11 AEntG. Indem der Gesetzesentwurf die Vergütungssteigerungen auf die für 2027 bis 2029 zusätzlich um einen Prozentpunkt abgesenkte Grundlohnrate deckelt und die bisherige Refinanzierung tarifvertraglicher Lohnsteigerungen streicht, entsteht eine strukturelle Refinanzierungslücke: Die Betriebe sind arbeitsrechtlich zur Zahlung steigender Mindest- und Tariflöhne verpflichtet, erhalten diese Steigerungen aber sozialrechtlich nicht mehr refinanziert. Daraus ergibt sich ein klarer Wertungswiderspruch.

Die Einführung einer Höchstgrenze für Vergütungssteigerungen tarifgebundener sowie tarifanwendender Einrichtungen in Höhe der um einen Prozentpunkt verminderten Grundlohnrate (Neuregelung § 132l SGB V und § 132a SGB V, BStabG) ist abzulehnen. Damit würden erneut auch die Einrichtungen bestraft, die durch Tarifverträge und AVRs überhaupt erst die Voraussetzung für eine grundlegende Verbesserung der Entlohnung in der Langzeitpflege geschaffen haben, zum politischen Ziel einer höheren Tarifbindung beitragen, und die darüber hinaus durch die Meldepflichten zur Ermittlung des regional üblichen Entgeltniveaus (RÜE) in den vergangenen Jahren mit einem erheblichen bürokratischen Aufwand belastet waren.

Die Ablehnung der Höchstgrenze gilt insbesondere vor dem Hintergrund der gefestigten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur Wirtschaftlichkeit von Tarifverträgen, die bereits vor dem Pflegestärkungsgesetz I Bestand und dieses als Klarstellung des Gesetzgebers zur Folge hatte. Nach der Rechtsprechung des

BSG sind Kostensteigerungen, die auf Einhaltung von Tariflöhnen beruhen, stets als wirtschaftlich anzusehen (BSG 23.06.2016 - B 3 KR 25/15 R, 07.10.2015 - B 8 SO 21/14, 29.01.2009 - B 3 P 6/08R.

Änderungsbedarf:

Die in Nr. 52. und Nr. 53 BStabG (§§ 132a u. 132l SGB V) vorgesehenen Änderungen sind ersatzlos zu streichen.

Nr. 61 – Anhebung der Beitragsbemessungsobergrenze (§ 223 SGB V)

Die Regelung sieht eine einmalige Anpassung der Beitragsbemessungsobergrenze samt korrespondierender Anhebung der Versicherungspflichtgrenze um 3600 Euro im Jahr bzw. 300 Euro pro Monat vor.

Bewertung

Zur nachhaltigen Stabilisierung der Einnahmeseite der gesetzlichen Krankenversicherung ist aus der Sicht von ver.di eine weitere Ausweitung der Finanzierungsbasis notwendig. Die Anhebung der Beitragsbemessungsobergrenze in Verbindung mit Anhebung der Versicherungspflichtgrenze wird grundsätzlich positiv bewertet, geht jedoch nicht weit genug, damit eine Entlastungswirkung für Versicherte in unteren Einkommensgruppen erreicht wird. Höhere Einkommen werden so stärker für die Finanzierung der GKV herangezogen, was grundsätzlich dem Solidarprinzip entspricht. Die vorgesehene Regelung birgt jedoch Risiken für die GKV. Gemeinsam mit den im Entwurf enthaltenen Leistungskürzungen und der Abschaffung der beitragsfreien Mitversicherung könnten insbesondere für die GKV wichtige Gutverdiener*innen Anreize erhalten, in die private Krankenversicherung (PKV) zu wechseln.

Änderungsbedarf

Die Beitragsbemessungsgrenze sollte auf das Niveau im Bereich der Rentenversicherung angehoben. Leistungskürzungen, etwa im Bereich Festzuschuss für Zahnersatz, sowie die Anhebung der Zuzahlungsgrenze sollten nicht verwirklicht werden, um keine Anreize zu schaffen, damit Gutverdienende einen Wechsel in die PKV anstreben. Darüber hinaus sollte die Beitragsgrundlage auf andere Einkommen wie beispielsweise Kapitalerträge oder Mieteinkünfte erweitert werden.

Nr. 62 – Steigerung des vom Bund getragenen Beitragsaufkommens für die Bezieher*innen von Grundsicherung (§ 232a)

Vorgesehen ist, in den Jahren 2027 und 2028 das vom Bund getragene Beitragsaufkommen für die Bezieher*innen von Grundsicherung jeweils um 250 Millionen Euro zu steigern. In den Jahren 2029, 2030 und 2031 soll der jährliche Anstieg jeweils 500 Millionen Euro entsprechen.

Bewertung

ver.di begrüßt grundsätzlich, dass der Bund beabsichtigt, seiner Verantwortung zur Kostenübernahme gesamtgesellschaftlicher Leistungen stärker gerecht zu werden. Die Anhebung des vom Bund getragenen Beitragsaufkommens um 250 Millionen Euro in 2027 und 2028 sowie um 500 Millionen Euro ab 2029 entspricht jedoch keinesfalls dem erforderlichen Finanzierungsbedarf. Eine relevante Entlastungswirkung für die GKV ist aufgrund der beabsichtigten geringen Entlastungsvolumen nicht zu erwarten. Zugleich beabsichtigt der Bund, mit dem Ziel der Haushaltskonsolidierung den Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds der GKV um jährlich 2 Mrd. Euro zu reduzieren. Dies entwertet die hier angeführte Steigerung des vom Bund getragenen Beitragsaufkommens gänzlich und stellt darüber hinaus eine akute Mehrbelastung für die GKV dar, die das finanzielle Defizit der Krankenkassen noch verschärfen würde. Diese Kürzung wird daher von ver.di entschieden abgelehnt.

Änderungsbedarf

Die Erhöhung der monatlichen Beitragspauschalen für die Beziehenden von Grundsicherung ist so auszugestalten, dass innerhalb eines zu bemessenden, kurzfristigen Zeitraumes eine vollständige Tragung der jährlichen Gesamtkosten für die Beitragsfinanzierung von Grundsicherungsempfänger*innen aus Bundesmitteln hergestellt wird. Die Kostentragung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und darf nicht allein von den Beitragszahlenden der GKV und ihren Arbeitgebenden zu tragen sein. Sie ist aus Steuermitteln zu finanzieren.

Die Kürzung des Bundeszuschusses um 2 Mrd. Euro pro Jahr ist nicht zu verfolgen.

Artikel 3 - Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 2 – Streichen der Tarifrefinanzierung für Krankenhausbeschäftigte

Laut vorliegenden Gesetzentwurfs soll Satz 5 des § 6 Abs. 3 KHEntgG geändert werden. Dieser bildet gegenwärtig die Grundlage für die vollständige und unterjährige Refinanzierung von Tariferhöhungen für Krankenhausbeschäftigte. Künftig soll für das Personal im Krankenhaus eine hälftige Tarifsteigerungsrefinanzierung oberhalb des Veränderungswertes gelten.

Bewertung

Die vorgesehenen Änderungen gehen unmittelbar zulasten der Beschäftigten in Krankenhäusern und mit den entsprechenden Änderungen in der Bundespflegesatzverordnung auch für die Beschäftigten in der

psychiatrischen Versorgung. Sie werden von ver.di aus diesem Grund deutlich kritisiert und abgelehnt. Durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) wurde erstmals 2024 festgelegt, dass eine vollständige Refinanzierung der Tarifsteigerungen für alle Krankenhausbeschäftigten gilt. Zuvor galt, dass eine vollständige Tarifrefinanzierung nur für das Pflegepersonal im Krankenhaus zustande kommt, während Tariferhöhungen für das nichtpflegerische Krankenhauspersonal nur zu 50 Prozent der Tariferhöhungsrate refinanziert wurden. In Verbindung mit der in Nr. 25 - § 71 SGB V vorgesehenen Ausgabenbegrenzung durch Orientierung am Veränderungswert, für den die Grundlohnrate zudem in den Jahren 2027 bis 2029 noch um einen Prozentpunkt reduziert werden soll, wird eine Obergrenze in der Refinanzierung für nicht in Krankenhäusern Beschäftigte festgeschrieben, die es zuvor so nicht gab.

Für Krankenhausbeschäftigte bedeutet dies, dass Tarifsteigerungen von ihren jeweiligen Krankenhäusern künftig an anderer Stelle refinanziert werden müssten. Angesichts einer schwierigen wirtschaftlichen Situation vieler Krankenhäuser und der gegenwärtig durch die Krankenhausreform angestoßenen Transformationsprozesse würde eine Situation erzeugt, in der erforderliche tariflich geregelte Erhöhungen der Personalkosten krankenhausseitig durch Maßnahmen wie Querfinanzierungen oder Einsparungen in anderen Bereichen aufgefangen werden müssen. Dabei steht außer Frage, dass Steigerungen der tariflichen Löhne aller Krankenhausbeschäftigten durch gute Tarifabschlüsse zwingend erforderlich sind, um die Attraktivität der Berufsbilder zu steigern, Fachkräfte zu gewinnen und im Beruf zu halten und ein hohes Qualitätsniveau in der stationären Versorgung sicherzustellen. In Verbindung mit den berufsgruppenübergreifend hohen Arbeitsbelastungen im Krankenhaus ist die vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen hierzu eine entscheidende Voraussetzung**.** Tarifauseinandersetzungen werden sich aufgrund schwieriger Refinanzierung verschärfen. Zudem verstärkt dieses Regelungsvorhaben Inflationsrisiken und Preisbelastungen; darüber hinaus gilt auch an dieser Stelle, dass Deutschland die Verpflichtungen aus der EU-Mindestlohn-Richtlinie einzuhalten und für mehr Tarifbindung/Tarifanwendung zu sorgen – der hiesige Regelungsvorschlag bewirkt das Gegenteil und ist deshalb auch rechtlich problematisch.

Änderungsbedarf

ver.di fordert die Streichung von Nr. 2 nachdrücklich, die geltenden Regelungen des § 6 Abs. 3 S. 5 KHEntgG dürfen nicht angetastet werden; die vollständige Tarifrefinanzierung muss beibehalten werden und ausgangsoffene Tarifverhandlungen weiterhin möglich bleiben. Die Streichung des Vorschlages für den Bereich der Bundespflegesatzverordnung ist ebenfalls umzusetzen.

Nr. 3 - Änderungen der geltenden Regelungen des Pflegebudgets, § 6a KHEntgG

Vorgesehen ist, die im § 6a festgeschriebene Ausgestaltung des krankenhausindividuellen Pflegebudgets dahingehend zu ändern, dass künftig keine Refinanzierung aller Pflegepersonalkosten im Krankenhaus mehr ermöglicht wird. Der Anstieg des Pflegebudgets soll stattdessen künftig begrenzt werden, indem ab 2027 das jährlich am jeweiligen Vorjahr als Ausgangsgrundlage zu orientierende Pflegebudget höchstens um den Veränderungswert nach § 9 Abs. 1b S. 2, 3 erhöht werden darf. Eine Überschreitung des Veränderungswertes soll zulässig sein, sofern es die Einhaltung gesetzlicher Vorgaben oder Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) erforderlich macht. Differenzen zwischen tatsächlichen und vereinbarten Pflegepersonalkosten sind durch Ausgleich von Minderkosten für das jeweilige Folgejahr sowie durch Nichtausgleich von Mehrkosten zu verrechnen. Für Pflegepersonal, das nicht in einem direkten Arbeitsverhältnis mit einem Krankenhaus steht, soll der Teil der Vergütung, der über das tarifvertraglich vereinbarte Arbeitsentgelt für das Pflegepersonal mit direktem Arbeitsverhältnis hinausgeht, nicht im Pflegebudget berücksichtigt werden. Nicht durch das Pflegebudget abgedeckt werden sollen Pflegepersonalkosten für Tätigkeiten, die nicht in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen und in Kreißsälen dienen. Eine Möglichkeit, in der pflegeentlastende Maßnahmen pauschal mit 2,5% des Budgets berücksichtigt werden können, ist nicht weiter vorgesehen.

In Verbindung mit der in Nr. 25 - § 71 SGB V vorgesehenen Ausgabenbegrenzung durch Geltung der zu ermittelnden Veränderungsrate, auf die in den Jahren 2027 bis 2029 eine Reduzierung um einen Prozentpunkt erfolgt, ergibt sich für das Pflegebudget ein zusätzlicher Absenkungseffekt unterhalb der Grundlohnrate.

Bewertung

Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di lehnt auch die vorgesehene Begrenzung des Pflegebudgets strikt ab. Es gelten zum einen die vorangehend beschriebenen Kritikpunkte. Zudem kritisiert ver.di, dass durch den Ansatz einer Begrenzung des Pflegebudgets die Beschäftigten in der Krankenhauspflege wieder regelhaft mit flächendeckender personeller Unterbesetzung und daraus resultierender Überlastung konfrontiert würden, da die Refinanzierung in der Krankenhauspflege erneut an finanziellen Zwängen statt an den Erfordernissen einer bedarfsgerechten Versorgung ausgerichtet wäre. Die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen im Jahr 2020 war ein dringend erforderlicher Schritt, um die Pflegebeschäftigten in Krankenhäusern vor den Auswirkungen kontinuierlicher Zwänge zur Kostenminimierung durch Personalabbau im Rahmen des dysfunktionalen DRG-Systems zu schützen.

Anders als in den Ausführungen des vorliegenden Gesetzesentwurfs (dort S. 55) suggeriert, kann von einer erfolgreichen und damit abgeschlossenen Stärkung der Pflege anhand des Ist-Zustandes nicht gesprochen werden. Durch die Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV) wurde zwar ein Rechtsrahmen geschaffen, der eine bedarfsgerechte Mindest-Personalbemessung anhand der Pflegepersonalbemessungsregelung

(PPR 2.0) in der Krankenhauspflege zum Ziel hat. Allerdings ist der Gesetzgeber bisher eine verbindliche und sanktionsbewehrte Umsetzung der PPR 2.0 schuldig geblieben. Damit fehlt allerdings auch die Grundlage, um von einer am Bedarf orientierten Stärkung der Krankenhauspflege zu sprechen. Personalaufwüchse in der Krankenhauspflege, die durch das Pflegebudget refinanziert wurden, spiegeln vielmehr einen dringend benötigten Personal-Wiederaufbau in der Krankenhauspflege nach Jahren des fortgesetzten Personalabbaus wider. Allein mit Abschaffung der Pflegepersonalregelung (PPR) und der Einführung des Fallpauschalensystems wurden 100.000 Vollzeitstellen in der Krankenhauspflege abgebaut[1]. Für den dringend notwendigen Personalaufbau spricht, dass in Deutschland im Vergleich mit anderen Industrienationen laut OECD noch 2019 deutlich weniger Pflegepersonal in Krankenhäusern als Vollzeitäquivalente pro 1000 Einwohner vorhanden waren.[2] Diesen Fortschritten nun durch geplante Einführung einer Begrenzung des Pflegebudgets wieder den Boden zu entziehen würde bedeuten, dass neben einer Abwertung der Krankenhauspflege auch all jenen Berufsbildern in Krankenhäusern, die bisher nicht durch das Pflegebudget refinanziert werden und somit weiter dem Druck des DRG-Systems zu Kostenminimierung und Personalabbau ausgesetzt sind, die dringend erforderliche Perspektive einer Ausgliederung aus dem Fallpauschalensystem genommen wird.

Mit der im Gesetzesentwurf in Nr. 25 - § 71 SGB V vorgesehenen Koppelung der Ausgaben an die Einnahmen der GKV würde das Pflegebudget zunächst nicht auf dem Niveau der GKV-Einnahmen gedeckelt. Durch die für die Jahre 2027 bis 2029 vorgesehene zusätzliche Reduzierung der Veränderungsrate um einen Prozentpunkt würde effektiv eine engere Begrenzung des Pflegebudgets vorgenommen, als es die reine Einnahmesituation der GKV vorgibt. Die Auswirkung dieser künstlich verstärkten Pflegebudgetbegrenzung würden mit besonderem Gewicht zulasten des Pflegepersonals gehen. Die Tarifauseinandersetzungen werden sich aufgrund der schwierigen Refinanzierungsgrundlage verschärfen. Die Regelung wird insofern entschieden abgelehnt.

ver.di begrüßt im Grundsatz zwar das Ansinnen sicherzustellen, dass für eine Stellenbesetzung vereinbarte Mittel nicht zweckentfremdet werden und dementsprechend eine Stellenbesetzung stattfindet. Die im Gesetzesentwurf vorgesehenen Rückzahlungen von Minderausgaben und Nichtfinanzierung von Mehrausgaben setzt jedoch einen unverantwortlichen Teufelskreis in Gang, der bei temporär nicht besetzten Stellen, z. B. aufgrund des Fachkräftemangels, die Wiederbesetzung offener Stellen unmöglich macht. Die Personalunterdeckung wird damit gesetzlich angereizt.

---

[1] Vgl. Simon, Michael: Von der Unterbesetzung in der Krankenhauspflege zur bedarfsgerechten Personalausstattung. Eine kritische Analyse der aktuellen Reformpläne für die Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser und Vorstellung zweier Alternativmodelle, HBS Düsseldorf, Oktober 2018

[2] Vgl.: Simon, Michael: Krankenhausreform und internationaler Vergleich, in: Das Krankenhaus 10/2023.

ver.di fordert die Weiterentwicklung des Pflegebudgets. Mit der Umsetzung der Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV) zielt der Gesetzgeber auf die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Pflege von Patientinnen und Patienten, indem Vorgaben zur Ermittlung der Anzahl der eingesetzten und der auf der Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegekräfte erlassen wurden. Die Verordnung soll außerdem zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte im Krankenhaus und damit zur Fachkräftesicherung in diesem Bereich beitragen. Eine Obergrenze ist somit ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich, wenn der Erfüllungsgrad von 100 Prozent der PPR 2.0 und damit die bedarfsgerechte Pflegepersonalausstattung vollständig erreicht wird. Damit kann auch die missbräuchliche Mittelverwendung und Fehlallokationen verhindert werden, indem das Pflegebudget durch die PPR 2.0 als Mengenkomponente begrenzt wird.

Die Streichung pflegeentlastender Maßnahmen in ihrer jetzigen Form lehnt ver.di ab. Mit der Pauschalierung und Reduzierung dieses Instrumentes von 4,5 Prozent auf 2,5 Prozent durch das Krankenhauspflegeentlastungsgesetz wurden bereits Einsparmaßnahmen realisiert; zudem sind auch diese Tätigkeiten/Maßnahmen für einen funktionieren Krankenhausbetrieb unentbehrlich und müssen daher entsprechend ausgestattet sein.

Änderungsbedarf

Nr. 3 ist in der vorliegenden Fassung zu streichen.

Artikel 5 - Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 1 - Rückzahlungsverpflichtung für nicht verwendete Mittel zur Stellenbesetzung (§ 3 Abs. 3)

Geregelt werden soll, dass nicht verwendete Mittel, die für eine vereinbarte Stellenbesetzung vorgesehen waren, im nächstmöglichen Budgetvereinbarungszeitraum auszugleichen sind, in dem der Gesamtbetrag in der nächsten Vereinbarung entsprechend abzusenken ist. Das gleiche gilt, falls entsprechend vorgesehene Mittel zweckentfremdet verwendet wurden. Liegt nur eine vorübergehende und keine dauerhafte Unterschreitung der Stellenbesetzung vor und wird diese durch die Einrichtung nachgewiesen, findet keine Absenkung statt.

Bewertung

ver.di begrüßt im Grundsatz zwar das Ansinnen sicherzustellen, dass für eine Stellenbesetzung vereinbarte Mittel nicht zweckentfremdet werden und dementsprechend eine Stellenbesetzung stattfindet. Der im Gesetzesentwurf gewählte Weg geht das bestehende Problem einer häufigen personellen Unterschreitung der Mindestvorgaben gemäß PPP-RL jedoch durch Streichung der zur Verfügung gestellten Mittel an. Einrichtungen, die Mittel nicht entsprechend verwendet haben oder zweckentfremdet haben, wird damit kein verbindlicher,sanktionsbewehrter Weg aufgezeigt, um neue Stellenbesetzungen vorzunehmen und so die

Personalvorgaben der PPP-RL einzuhalten, da zuvor vereinbarte Mittel für Stellenbesetzungen nun fehlen. Einrichtungen können dieses Fehlen zunächst nur durch Verwendung von Eigenmitteln ausgleichen, was angesichts der bereits schwierigen ökonomischen Situation vieler Einrichtungen kein probates Instrument für Personalaufbau darstellt. ver.di fordert demgegenüber, gemäß den Vorgaben der PPP-RL eine verbindliche, sanktionsbewehrte Regelung zur Einhaltung der Mindestpersonalbemessungsrichtlinie zu treffen. Sanktionen bei Nichtvornahme von Stellenbesetzungen sind primär über Sanktionsbeträge, die von den Einrichtungen zu zahlen sind, zu regeln. Diese können bei jährlich fortbestehender Stellennichtbesetzung progressiv ausgestaltet sein. Zum Schutz der betroffenen Beschäftigten vor dauerhafter Überlastung durch Unterbesetzung sind vorübergehende Leistungseinschränkungen bis hin zu befristeten Schließungen von Abteilungen oder Bereichen geeignete Maßnahmen. Voraussetzung hierfür ist, dass in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen wieder eine stationsgenaue Erfassung und Dokumentation der Stellenbesetzung stattfindet. Von einer Streichung der Mittel für vorzunehmende Stellenbesetzungen ist abzusehen, um Einrichtungen die Gelegenheit zu geben, die Maßnahmen unterjährig zu tätigen.

Änderungsbedarf

Die Sätze 8 bis 10 sind zu streichen.

Der G-BA ist zu beauftragen, im Rahmen der jährlichen Weiterentwicklung der PPP-RL eine Weiterentwicklung der enthaltenen Sanktionsmechanismen vorzunehmen, durch die Einrichtungen der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung verbindliche Schritte zur Einhaltung der Mindestvorgaben unternehmen müssen. Hierzu sind auch vorübergehende Leistungseinschränkungen auf unterbesetzten Stationen und Bereichen zulässig.

Der G-BA ist zu beauftragen, die PPP-RL zu einem verbindlichen Instrument zur bedarfsgerechten Pflegepersonalausstattung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung weiterzuentwickeln.

Nr. 2 - Berücksichtigung von Kostendaten im leistungsbezogenen Vergleich von Einrichtungen

Kostendaten von Einrichtungen der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung sollen künftig in die Regelungen zum leistungsbezogenen Vergleich von Einrichtungen nach § 4 BPflV aufgenommen werden.

Bewertung

ver.di kritisiert ausdrücklich das Ansinnen, den leistungsbezogenen Vergleich um Kostendaten zu erweitern. Gerade vor dem Hintergrund der im Gesetzesentwurf vorgesehenen Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung würden Einrichtungen, deren Personalkosten im Vergleich höher liegen, vermehrt Anreizen zur Orientierung an Kennziffern und Wirtschaftlichkeit ausgesetzt. Für die Beschäftigten in den genannten Einrichtungen bedeutet dies ein zusätzliches Risiko, dass daraus entstehender Kostensenkungsdruck durch Personalabbau

oder nicht vorgenommenen Personalaufbau realisiert wird. Die für eine qualitativ hochwertige psychiatrische und psychosomatische Versorgung erforderliche multiprofessionelle Zusammensetzung von Teams in Verbindung mit langfristig erforderlicher Beziehungsarbeit würden erschwert, was effektiv eine Gefährdung der Versorgungsqualität bedeutet.

Änderungsvorschlag

Nr. 2 ist zu streichen.

Nr. 4 – Änderung der Finanzierung psychiatrischer und psychosomatischer Krankenhäuser (§9)

Vorgesehen ist die Streichung des gegenwärtig bestehenden Erfordernisses, einen gesonderten Veränderungswert für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser auszuweisen. Für diese Einrichtungen soll künftig derselbe Veränderungswert gelten wie für somatische Einrichtungen nach § 9 Abs. 1b S. 2 KHEntgG.

Bewertung

Die mit dieser Änderung vorgesehene Vereinheitlichung des Veränderungswertes löst nicht die bestehenden Probleme der Finanzierung der psychiatrischen und psychosomatischen stationären Versorgung. Die sich von der Somatik unterscheidenden Vergütungssystematik einer Gesamtbudgetverhandlung hat nicht flächendeckend sicherstellen können, dass psychiatrische und psychosomatische Versorgungseinrichtungen die Vorgaben der Personalbemessungsrichtlinie in der psychiatrischen Versorgung (PPP-RL) erfüllen. Da die PPP-RL als Personalmindestrichtlinie fungiert, wäre eine kostendeckende Refinanzierung des Pflegepersonals oberhalb des Mindestniveaus nicht gegeben.

ver.di fordert, eine Änderung der geltenden Regelungen der Bundespflegesatzverordnung zur Finanzierung psychiatrischer und psychosomatischer Krankenhäuser zu unterlassen. Erforderlich ist stattdessen die Beauftragung des gemeinsamen Bundesausschusses mit der Entwicklung von Vorgaben für verbindliche, bedarfsgerechte Pflegepersonalbemessung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung, die die PPP-RL perspektivisch ersetzt.

Änderungsbedarf

Nr. 4 ist zu streichen.

Artikel 4 - Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 2 – Einführung von Kurzzeitfallpauschalen

Vorgesehen ist, dass bis zum 30. April 2027 für geeignete Fallgruppen eine gesonderte Kalkulation von Bewertungsrelationen für stationäre Behandlungsfälle mit einer Behandlungsdauer von bis zu drei Kalendertagen und maximal zwei Übernachtungen (Kurzzeitfallpauschalen) geschaffen wird.

Bewertung

ver.di lehnt die Einführung eines neuen Finanzierungsinstrumentes auf Grundlage des Fallpauschalensystems für Eingriffe mit besonders kurzen Verweildauern strikt ab. Der Hinweis, dass sich aus dem bestehenden, ebenfalls Fehlanreize setzenden Hybrid-DRG-System eine Vergütungsunterdeckung stationärer erbrachter Leistungen und eine Vergütungsüberdeckung ambulant erbrachter Leistungen stattfindet, ist letztlich nur Ausweis der grundsätzlichen und systemischen Fehlentscheidung, im Fallpauschalensystem möglichst geringe Kosten und möglichst hohe Leistungszahlen zu forcieren. Die Kurzzeitfallpauschalen treiben dieses Prinzip auf die Spitze, da sie eine einheitliche Vergütungshöhe für eine Leistungserbringung unabhängig von der tatsächlichen Verweildauer eines Patienten im Krankenhaus im Rahmen von maximal drei Kalendertagen vorsehen. Damit wird ein weiterer ökonomischer Anreiz geschaffen, möglichst viele Patient*innen schnellstmöglich zu entlassen und Verweildauern auf das absolute Minimum zu reduzieren. Im Sinne der demgegenüber notwendigen Hinwendung zu einer bedarfsgerechten stationären Versorgung, die das Patientenwohl in den Mittelpunkt stellt und nicht primär an Sparvorgaben orientiert ist, sind derartige Ansätze strikt abzulehnen.

Änderungsvorschlag

Nr. 2 ist zu streichen.

Änderungsanträge

1.) Antrag "Krankenversicherte entlasten, nicht belasten" der Fraktion DIE LINKE, Drucksache 21/5487

Der Antrag zielt darauf, einen Ausschluss von Leistungskürzungen und Mehrbelastungen im Rahmen des Gesetzesentwurfs sicherzustellen. Insbesondere sollen keine Kürzungen bei Krankengeld, bei der beitragsfreien Mitversicherung, bei Zuzahlungen und beim Zahnersatz vorgenommen werden. Ebenfalls sollen keine Kürzungen bei Leistungserbringenden vorgenommen werden, wenn sich die Versorgung der Patient*innen dadurch verschlechtert. Für mehr Gleichstellung und eine gerechtere Verteilungswirkung unter den Versicherten sollen Versicherte mit hohem Einkommen die Solidargemeinschaft GKV nicht in die PKV wechseln können. Eine deutliche Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze und Versicherungspflichtgrenze auf 15.000 Euro wird gefordert.

Bewertung

ver.di begrüßt das mit dem Antrag verbundene Ansinnen, die deutliche soziale Schieflage des Gesetzesentwurfs zu korrigieren, indem Belastungen, die vor allem auf Versicherte durch Leistungskürzungen und finanzielle Mehrbelastungen zukommen würden, aus dem Gesetzgebungsverfahren entfernt werden. Ergänzend ist hier auch explizit das Erfordernis aufzunehmen, dass ebenso keine zusätzlichen Belastungen für Beschäftigte im Gesundheitswesen entstehen dürfen, die etwa durch die geplante Abschaffung der vollständigen Tarifrefinanzierung, die Bindung der Obergrenze für Tariflohnsteigerungen an die Grundlohnrate und durch die beabsichtigte Deckelung des Pflegebudgets sowie der hierdurch hervorgerufenen zusätzlichen personellen Unterdeckungen und Überlastungen im Gesetzesentwurf konkretisiert sind.

Antrag "Entlastung statt Belastung für Beitragszahlende und Betriebe - Krankenkassenbeiträge jetzt senken" der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Drucksache 21/5753

Der Antrag sieht vor, die kurzfristigen Empfehlungen der Finanzkommission Gesundheit im Umfang von 42 Milliarden Euro umzusetzen und so für Entlastungen bei den GKV-Beiträgen um bis zu zwei Prozentpunkte zu sorgen. Hierzu gehören vorrangig eine stärkere Beteiligung des Bundes an der Finanzierung versicherungsfremder Leistungen. Die Reformmaßnahmen sollen darüber hinaus so ausgestaltet werden, dass sie eine größtmögliche Wirkung im System entfalten, die soziale Ausgewogenheit wahren und die Gesundheitsversorgung stärken.

Hierzu soll eine konsequente Finanzierung versicherungsfremder Leistungen aus Bundesmitteln, eine Nichtumsetzung der beabsichtigten Senkung des Bundeszuschusses an den Gesundheitsfonds um 2 Mrd. Euro pro Jahr, eine stärkere Besteuerung von hochprozentigem Alkohol, eine Herstellerabgabe für stark zuckerhaltige Getränke, eine Anhebung und Angleichung der Steuern auf Tabak- und Nikotinprodukte, das Anheben des Herstellerrabattes für erstattungsfähige Arzneimittel auf 17 Prozent, eine Reform des AMNOG mit dem Ziel einer früheren Preisbegrenzung und konsequenter Berücksichtigung der Ergebnisse der Nutzenbewertung, eine Reform des Krankenhausreformanpassungsgesetzes (KHAG) mit dem Ziel einer zeitnahen Einführung der zentralen Steuerungsinstrumente Vorhaltevergütung, bundeseinheitliche Leistungsgruppen und verbindliche Qualitätsvorgaben sowie eine konsequente Umsetzung der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes mit dem Ziel der Verzahnung ambulanter, rettungsdienstlicher und stationärer Angebote gesetzlich realisiert werden.

Einordnung

ver.di begrüßt die durch den Antrag konkretisierten Änderungsbedarfe hinsichtlich einer stärkeren politischen und finanziellen Verantwortungsübernahme seitens der Bundesregierung zur Stabilisierung der GKV-Finanzsituation. Diese ist bisher nur auf einem geringen Niveau vorhanden und ignoriert zentrale Empfehlungen der Finanzkommission Gesundheit. Ebenso zu begrüßen sind zahlreiche einzelne Konkretisierungen des Antrags hinsichtlich weiterer Änderungsbedarfe, etwa zur Reform des AMNOG und zu Herstellerrabatten auf Arzneimittel.

Hinsichtlich der im Antrag formulierten Betonung einer zeitnahen Umsetzung der zentralen Steuerungsinstrumente der Krankenhausreform fordert ver.di, dass inhaltliche Korrekturen einer Beschleunigung des Umsetzungsverfahrens vorgeschaltet sein müssen. Ohne vollständige, bedarfsgerechte Vorhaltefinanzierung für Krankenhäuser samt Abschaffung des dysfunktionalen Fallpauschalensystems ist keine materielle Grundlage für den fallzahlunabhängigen, langfristig gesicherten Erhalt versorgungsrelevanter Krankenhäuser als Bestandteil integrierter Versorgungsplanungen zur Umsetzung der Krankenhausreform gegeben.

Deutscher Bundestag

Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(46)

gel. VB zur öffent. Anh. am 22.06.2(

19.06.2026

Deutsche Rentenversicherung Bund

Stellungnahme

der Deutschen Rentenversicherung Bund

vom 18.06.2026

zum

Gesetzentwurf

der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz)

Bearbeitungsstand: 26.05.2026

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

A. Einleitung

Der vorliegende Gesetzentwurf adressiert die aktuellen und weiter steigenden finanziellen Herausforderungen der gesetzlichen Krankenkassen. Der Gesetzentwurf beabsichtigt, die Finanzierungsgrundlagen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zukunftssicher aufzustellen und die Beitragssätze dauerhaft zu stabilisieren. Die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) unterstützt als Beitragszahler für die Rentner und Rentnerinnen diese Zielsetzung ausdrücklich. Allerdings enthält der Gesetzentwurf auch Regelungen, die Auswirkungen auf die Träger der Deutschen Rentenversicherung bzw. die Leistungen und Aufgaben der Deutschen Rentenversicherung haben, worauf in der Stellungnahme nachfolgend eingegangen wird. Von der DRV Bund abgelehnt wird die in § 242b SGB V-E vorgesehene Ausnahme vom Beitragszuschlag für Ehegatten und Lebenspartner, die im Sinne des § 43 Absatz 2 Satz 2 des Sechsten Buches (SGB VI) voll erwerbsgemindert sind.

Dies vorweggestellt, nimmt die DRV Bund in der Kürze der zur Verfügung stehenden Zeit zu dem Gesetzentwurf vorläufig wie folgt Stellung:

I. Zu Art. 1 Nr. 15 (§ 36 SGB V-E) - Festbeträge für Hilfsmittel

Die geplante Neuregelung soll unter anderem eine eigenständige Rechtsgrundlage für die Festlegung von Festbeträgen für Hilfsmittel durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen schaffen.

Die DRV möchte darauf hinweisen, dass bei der Festlegung von Festbeträgen sicherzustellen ist, dass entsprechende Festbeträge die tatsächlich notwendigen Kosten für eine bedarfsgerechte und angemessene Versorgung der GKV-Versicherten abdecken. Festbeträge, die diese Anforderungen nicht erfüllen, führen erfahrungsgemäß dazu, dass Versicherte bei den Rentenversicherungsträgern Mehrkosten als beruflich erforderliche Bedarfslagen im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben geltend machen. Dies führt bei den Rentenversicherungsträgern zu einem zusätzlichen Verwaltungs- und Prüfaufwand.

II. Zu Art. 1 Nr. 17 (§§ 44c, 44d SGB V-E) - Teilarbeitsunfähigkeit und Krankengeld

Die geplante Einführung der Teilarbeitsunfähigkeit bzw. des Teilkrankengeldes macht eine Folgeänderung in § 67 Absatz 1 SGB IX notwendig. Bei der Berechnung des Übergangsgeldes sollte auf den letzten vollen Entgeltabrechnungszeitraum vor der Teilarbeitsunfähigkeit abgestellt werden. Das aus der (Teil-)Beschäftigung bezogene Entgelt muss ermittelt und auf das Übergangsgeld angerechnet werden.

Es wird daher vorgeschlagen, § 67 Absatz 1 Satz 1 SGB IX wie folgt zu ergänzen:

> „Für die Berechnung des Regelentgelts wird das von den Leistungsempfängern im letzten vor Beginn der Leistung oder einer vorangegangenen (Teil-)Arbeitsunfähigkeit im Sinne der §§ 44, 44c des Fünften Buches abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum, mindestens das während der letzten abgerechneten vier Wochen (Bemessungszeitraum) erzielte und um einmalig gezahltes Arbeitsentgelt verminderte Arbeitsentgelt durch die Zahl der Stunden geteilt, für die es gezahlt wurde."

III. Zu Artikel 1 Nr. 61 (§ 223 Absatz 3 und 4 SGB V–E) - Beitragsbemessungsgrenze

§ 223 Absatz 4 SGB V-E sieht ab dem Jahr 2027 für die gesetzliche Krankenversicherung eine eigenständige, von der sozialen Pflegeversicherung abweichende Beitragsbemessungsgrenze vor.

Die Berücksichtigung unterschiedlicher Beitragsbemessungsgrenzen in der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung erhöht bei allen beitragsabführenden Stellen die Komplexität des Einzugs und führt zu höheren Verwaltungsaufwänden, statt die damit verbundenen Verwaltungsprozesse im Sinne des Bürokratieabbaus zu vereinfachen. Die DRV Bund spricht sich deshalb für eine Beibehaltung einheitlicher Beitragsbemessungsgrenzen in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der sozialen Pflegeversicherung aus.

Sollte die geplante Regelung weiterverfolgt werden, wäre aus Sicht der DRV Bund ein Inkrafttreten zum 1. Juli 2028 zielführend, um die Umsetzung im Rahmen der jährlichen Rentenanpassung realisieren zu können.

IV. Zu Artikel 1 Nr. 63 (§ 242b SGB V–E) - Einführung eines Beitragszuschlags für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner

§ 242b Absatz 1 SGB V-E sieht für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, die einen nach § 10 SGB V familienversicherten Ehegatten oder Lebenspartner haben, die Erhebung eines Beitragszuschlags in Höhe 2,5 % der beitragspflichtigen Einnahmen vor, sofern nicht ein Ausnahmetatbestand nach Satz 2 der Vorschrift gegeben ist.

§ 242b Absatz 1 Satz 2 Nr. 2c SGB V-E legt fest, dass ein Beitragszuschlag nicht zu erheben ist, wenn der familienversicherte Ehegatte oder Lebenspartner voll erwerbsgemindert im Sinne des § 43 Absatz 2 Satz 2 SGB VI ist. Die DRV Bund lehnt diese Regelung ausdrücklich

ab und begründet dies wie folgt.

Die Feststellung der Erwerbsminderung im Sinne des § 43 Absatz 2 Satz 2 SGB VI liegt ausschließlich im Aufgabenbereich der gesetzlichen Rentenversicherung. Bei einem Inkrafttreten dieser Regelung in unveränderter Form ist damit zu rechnen, dass bei den Rentenversicherungsträgern in vielen Fällen eine Prüfung der Erwerbsminderung für familienversicherte Ehegatten oder Lebenspartner allein mit dem Ziel angestrebt wird, den Beitragszuschlag nicht zahlen zu müssen.

Die erforderliche Feststellung des Vorliegens einer Erwerbsminderung würde bei den Rentenversicherungsträgern nicht nur hohe Kosten und Verwaltungsaufwände verursachen, sondern auch erhebliche Kapazitäten bei den ärztlichen Gutachtern binden, die dringend für die Bearbeitung von Anträgen auf Erwerbsminderungsrenten benötigt werden. Der mit der Regelung des § 242b Absatz 1 Satz 2 Nr. 2c SGB V-E verfolgte Zweck steht in keinem Verhältnis zu den steigenden Bearbeitungslaufzeiten bei Erwerbsminderungsrenten, zu denen eine Umsetzung führen würde. Sollte auch nur in der Hälfte der etwa 340.000 Fälle, in denen ein Ausnahmetatbestand vorliegen könnte, eine Prüfung der Erwerbsminderung angestrebt werden, würde dies zu einer erheblichen Mehrbelastung der gesetzlichen Rentenversicherung und der für die Prüfung der Erwerbsminderung in Anspruch genommenen Ärzte führen. Für die Prüfung von weiteren 170.000 Fällen sind weder bei den Rentenversicherungsträgern noch bei den hierfür in Anspruch genommenen Gutachtern Ressourcen vorhanden. Zusätzliche Gutachter stehen angesichts des Ärztemangels nicht zur Verfügung.

Die Deutsche Rentenversicherung Bund schlägt deshalb vor, diesen Befreiungstatbestand entweder ersatzlos wegfallen zu lassen oder auf ein anderes Kriterium abzustellen, für das bei den Betroffenen auf bereits vorhandene Nachweise zurückgegriffen werden kann. Beispielsweise könnte auf einen bestimmten Grad einer Behinderung im Sinne des SGB IX oder auf den Bezug einer Rente wegen Erwerbsminderung abgestellt werden.

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(47.1)
gel. VB zur öffent. Anh. am 22.06.2
19.06.2026

MÖHRLE
HAPP
LUTHER

RECHTSANWALTS-
GESELLSCHAFT MBH

HENNING ANDERS
PARTNER
RECHTSANWALT

TEL 040 85 301 - 546
h.anders@mhl.de

BRANDSTWIETE 3
20457 HAMBURG
TEL 040 85 301 - 0
FAX 040 85 301 - 511

www.mhl.de

SITZ HAMBURG
AG HAMBURG HRB 111183

Pharma Deutschland e.V.
Geschäftsstelle Bonn
Ubierstrasse 71-73
53173 Bonn

nur per E-Mail: strecker@pharmadeutschland.de;
schmitz@pharmadeutschland.de

29. Mai 2026

Verfassungsrechtliche Einordnung der pharmarelevanten Maßnahmen im Beitragssatzstabilisierungsgesetz (BStabG) im Lichte der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 7. Mai 2025 zum GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinstG)

A. Management Summary

I. Hintergrund

Das BStabG sieht ein umfassendes Maßnahmenpaket zur Begrenzung der GKV-Ausgaben vor. Der Pharmasektor ist davon besonders betroffen. Die Maßnahmen sollen im Lichte der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 7. Mai 2025 bewertet werden. Das Bundesverfassungsgericht hat am 7. Mai 2025 die Maßnahmen des GKV-FinStG – insbesondere die temporäre Erhöhung des Herstellerabschlags auf 12 % und die Verlängerung des Preismoratoriums bis Ende 2026 – verfassungsrechtlich als noch verhältnismäßig eingestuft. Die neuen Maßnahmen des BStabG werfen ungeachtet dieser Entscheidung verfassungsrechtliche Bedenken auf.

II. Die vier zentralen Maßnahmen des BStabG

1. Dynamisierter Herstellerabschlag: Neben dem bestehenden Herstellerabschlag von 7 % wird ein neuer, dynamisierter Abschlag

GESCHÄFTSFÜHRER:
RÜDIGER LUDWIG, DR. TOBIAS MÖHRLE, DR. SVEN OSWALD, DR. PATRICK ZEISING

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

eingeführt. Dessen Höhe richtet sich nach der Differenz zwischen der tatsächlichen Ausgabenentwicklung und der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen. Nach vorliegenden Schätzungen kann der Gesamtabschlag bis 2030 auf über 20 % ansteigen. Betroffen sind vor allem patentgeschützte Arzneimittel.

2. Verlängerung des Preismoratoriums bis 31.12.2030: Das bestehende Preismoratorium wird um vier weitere Jahre verlängert. Zusätzlich wird das erweiterte Preismoratorium von einer unternehmens- auf eine wirkstoffbezogene Regelung umgestellt.

3. Clusterausschreibungen (§ 130e SGB V): Krankenkassen können künftig Rabattverträge für patentgeschützte Arzneimittel mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung ausschreiben – exklusiv oder wirkstoffübergreifend. Vertragsärzte müssen rabattierte Arzneimittel bevorzugt verordnen. Bis Ende 2030 ist dies auf fünf Wirkstoffgruppen begrenzt (u.a. PD-1/PD-L1-Inhibitoren, JAK-Inhibitoren).

4. Verpflichtendes Preis-Mengen-Modell: Für Erstattungsbetragsvereinbarungen wird ein gesetzliches Regelmodell eingeführt. Ab einem Umsatz von 100 Mio. Euro gilt ein Rabattsatz von 1 % (statt bisher 0,1 % nach Schiedsstellenpraxis) – eine Verzehnfachung der Belastung. Gleichzeitig wird ein verpflichtendes Referenzjahr für die Umsatzentwicklung eingeführt.

III. Verfassungsrechtliche Bewertung

Dynamisierter Herstellerabschlag: Der Eingriff geht über das vom Bundesverfassungsgericht als noch verhältnismäßig bewertete Maß deutlich hinaus. Anders als die temporäre Erhöhung auf 12 % im Jahr 2023 ist der dynamisierte Abschlag zeitlich unbegrenzt und kann auf über 20 % ansteigen. Besonders problematisch ist, dass die Höhe des Abschlags dauerhaft der Kontrolle des Gesetzgebers entzogen wird. Der Gesetzgeber kann bei jedem Dynamisierungsschritt nicht mehr prüfen, ob der Eingriff noch verhältnismäßig ist. Zudem steht die dauerhafte Beibehaltung des Basisabschlags von 7 % im Widerspruch zum erklärten Ziel einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik.

Preismoratorium: In Kombination mit dem dynamisierten Herstellerabschlag entsteht eine Doppelregulierung auf der Preisebene. Der dynamisierte Abschlag deckelt bereits Preiserhöhungen, sodass das Preismoratorium keinen eigenständigen Regelungszweck mehr erfüllt. Die Verhältnismäßigkeit der Verlängerung ist daher zweifelhaft.

Clusterausschreibungen: Die Regelung stellt einen grundlegenden Systembruch dar. Patentgeschützte Arzneimittel durchlaufen zunächst das AMNOG-Verfahren mit Nutzenbewertung und nutzenbasierter Preisverhandlung – und werden anschließend zusätzlich in Rabattausschreibungen

gezwungen. Die Nutzenbewertung wird damit faktisch entwertet. Darüber hinaus fehlt es an hinreichend bestimmten gesetzlichen Kriterien für die Bildung von Ausschreibungsgruppen. Die Beschränkung auf fünf Wirkstoffgruppen für die Evaluationsphase ist zudem gleichheitsrechtlich bedenklich (Art. 3 Abs. 1 GG), da kein sachlicher Grund erkennbar ist, warum gerade diese und nicht andere Wirkstoffgruppen betroffen sein sollen.

Preis-Mengen-Modell: Die Möglichkeit, bestehende Vereinbarungen zu kündigen und das neue Regelmodell mit einem weit zurückliegenden Referenzjahr anzuwenden, wirft Fragen einer verfassungswidrigen echten Rückwirkung auf (Art. 20 Abs. 3 GG). Unternehmen, die in der Vergangenheit bereits Preis-Mengen-Modelle vereinbart und umgesetzt haben, würden rückwirkend belastet.

IV. Additiver Grundrechtseingriff

Das Zusammenwirken aller Maßnahmen – dynamisierter Herstellerabschlag, Preismoratorium, Clusterausschreibungen und Preis-Mengen-Modell – kann in der Gesamtbelastung einen unverhältnismäßigen Eingriff in die Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG) darstellen. Das Bundesverfassungsgericht hat die Möglichkeit eines solchen additiven Grundrechtseingriffs grundsätzlich anerkannt. Anders als beim GKV-FinStG fehlt es bei den Maßnahmen des BStabG an einer zeitlichen Begrenzung – ein Umstand, den das Bundesverfassungsgericht in seiner Entscheidung vom 7. Mai 2025 als wesentlich für die Verhältnismäßigkeit hervorgehoben hat.

V. Fazit

Die pharmarelevanten Maßnahmen des BStabG gehen in ihrer Eingriffstiefe deutlich über die vom Bundesverfassungsgericht am 7. Mai 2025 gebilligten Maßnahmen des GKV-FinStG hinaus. Insbesondere der dynamisierte Herstellerabschlag, die Doppelregulierung durch Clusterausschreibungen neben dem AMNOG-System und die kumulative Wirkung aller Maßnahmen begegnen gewichtigen verfassungsrechtlichen Bedenken. Es sprechen gute Gründe dafür, dass die Maßnahmen in ihrer Gesamtheit einen unverhältnismäßigen Eingriff in die Berufsfreiheit pharmazeutischer Unternehmen darstellen können.

B. Verfassungsrechtliche Bewertung

I. Wesentliche pharmarelevante Regelungen des BStabG

Der Gesetzesentwurf der Bundesregierung zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz sieht ein umfassendes Maßnahmenpakete vor, um die finanzielle Belastung der gesetzlichen Krankenversicherung zu begrenzen. Die Finanzwirkung des Maßnahmenpakets soll – ausweislich

der Begründung zum Gesetzesentwurf – überwiegend auf das Jahr 2026 begrenzt sein. Die Bundesregierung verfolgt dabei den Grundsatz einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik. Der Fokus des Maßnahmenpakets liegt daher auf der Ausgabendynamik der GKV.

Neben anderen Leistungsbereichen ist der Pharmasektor durch das BStabG besonders betroffen. Folgende Regelungsentwürfe sind hervorzuheben:

1. Verlängerung des Preismoratoriums bis 31.12.2030

Das Preismoratorium nach § 130a Abs. 3a SGB V soll bis zum 31. Dezember 2030 fortgeführt werden. Darüber hinaus wird das erweiterte Preismoratorium von einer unternehmensbezogenen zu einer wirkstoffbezogenen Regelung fortentwickelt. Während das erweiterte Preismoratorium in der Vergangenheit nur für neue Arzneimittel galt, für welches derselbe pharmazeutische Unternehmer bereits ein wirkstoffgleiches Arzneimittel in den Verkehr gebracht hatte, soll zukünftig maßgeblich sein, ob überhaupt bereits ein Arzneimittel mit gleichem Wirkstoff und vergleichbarer Darreichungsform in Verkehr ist. Auf einen Unternehmensbezug kommt es danach nicht mehr an.

2. Einführung eines dynamisierten Herstellerabschlags

Der Herstellerabschlag in Höhe von 7 % nach § 130 Abs. 1 SGB V soll um einen zusätzlichen, dynamisierten Abschlag ergänzt werden. Die geplante Neuregelung in § 130a Abs. 1b SGB V setzt den Grundsatz einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik im Bereich der Arzneimittel um, in dem sich die Höhe des dynamisierten Herstellerabschlags nach der Entwicklung der Arzneimittelausgaben und der beitragspflichtigen Einnahmen (BPE) richtet. Für jedes Jahr wird ein Ausgaben-„Soll“ anhand der BPE-Entwicklung definiert und ein etwaiger Differenzbetrag zu den tatsächlichen („Ist“)-Ausgaben wird ab dem zweiten Halbjahr des Folgejahres durch entsprechende Festlegung der Abschlagshöhe ausgeglichen. § 130b Abs. 1b SGB V nimmt spezifische Arzneimittelgruppen vom dynamisierten Herstellerabschlag aus, so dass im Ergebnis vor allem patentgeschützte Arzneimittel sowie ergänzend patentfreie Arzneimittel ohne generische Konkurrenz abschlagspflichtig sind. Für einen Übergangszeitraum vom 1. Januar bis zum 30. Juni 2027 wird die Höhe des Abschlages gesetzlich auf 3,5 % festgesetzt.

Pharmazeutische Unternehmen können eine Befreiung von dem dynamisierten Herstellerabschlag beantragen, sofern klinische Prüfungen mit dem Arzneimittel zu einem relevanten Anteil in Deutschland durchgeführt wurden und die Produktion des Wirkstoffes in Deutschland einen relevanten Beitrag zur bedarfsgerechten Versorgung erwarten lässt (sog. „Deutschlandklausel“).

3. Clusterausschreibungen

Der neue § 130e SGB V soll es Krankenkassen ermöglichen, Rabattverträge für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung auszuschreiben. Die Vereinbarungen können exklusiv und wirkstoffübergreifend ausgeschrieben werden. Vertragsärzte haben rabattierte Arzneimittel der Gruppe zu verordnen, es sei denn im Einzelfall sprechen medizinische Gründe dagegen (*§ 130e Abs. 1 S. 2 SGB V neu*).

Die Regelung sieht weiter vor, dass Verordnungen rabattierter Arzneimittel von den Prüfstellen bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen als Praxisbesonderheit anzuerkennen sind. Die Vertragspartner auf Landesebene sollen darüber hinaus in den Arzneimittelvereinbarungen Verordnungsquoten für die ausgeschriebenen Arzneimittelgruppen vereinbaren. Bei Einhaltung der vereinbarten Verordnungsquoten sollen auch nicht rabattierte Arzneimittel von der Wirtschaftlichkeitsprüfung ausgenommen werden.

Gem. § 130e Abs. 3 SGB V sind bis zum 31. Dezember 2030 die Festlegungen und der Abschluss von Rabattverträgen nur innerhalb festgelegter Wirtschaftsgruppen zulässig (JAK-Inhibitoren, CGRP-Antagonisten, PARP-Inhibitoren, PCSK9-Inhibitoren, PD-1/PD-L1-Inhibitoren). Der GKV-Spitzenverband hat dem BMG bis zum 31. Juli 2030 einen Evaluationsbericht über die Versorgung sowie die Auswirkungen der Rabattverträge auf die Arzneimittelausgaben vorzulegen.

4. Preis-Mengen-Modell in Erstattungsbetragsvereinbarungen

Bereits mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz wurde die in § 130b Abs. 1a vorgesehene Vereinbarung eines Preis-Mengen-Modells in Erstattungsbetragsvereinbarungen für verpflichtend erklärt, ohne konkrete Vorgaben an dieses Modell zu stellen. Das BStabG sieht nunmehr die Einführung eines verpflichtenden, spezifischen Preis-Mengen-Modells für den Fall vor, dass sich die Parteien in einer Erstattungsbetragsvereinbarung auf ein solches Modell nicht verständigen können. Dabei orientiert sich der Gesetzgeber an die geltende Spruchpraxis der Schiedsstelle zu Preis-Mengen-Modellen (*Schiedssprüche Cemiplimab und Dapagliflozin*). Dieses Schiedsstellen-Modell wird jedoch in zwei Punkten wesentlich modifiziert: Zum einen soll ab einer Umsatzschwelle von je EUR 100.000.000,00 ein Rabattsatz in Höhe von 1 % (statt 0,1 %) gelten. Weiterhin wird als festes Referenzjahr für die Berechnung der Rabatthöhen das erste Kalenderjahr nach dem erstmaligen Inverkehrbringen eines Arzneimittels mit dem Wirkstoff festgesetzt. Dieses Referenzjahr soll nach dem Willen des Gesetzgebers – abweichend von der bisherigen Schiedsstellensystematik – auch bei späteren Indikationserweiterungen greifen.

5. Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 7. Mai 2025

Mit Beschluss vom 7. Mai 2025 hat das Bundesverfassungsgericht die Verfassungsbeschwerden pharmazeutischer Unternehmer gegen Regelungen des GKV-FinStG vom 7. November 2022 zurückgewiesen. Inhaltlich hat sich das Bundesverfassungsgericht mit der temporären Erhöhung des Herstellerabschlages auf 12 % für das Kalenderjahr 2023 sowie die Verlängerung des Preismoratoriums bis zum 31. Dezember 2026 befasst. Weitere, mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz eingeführte, Maßnahmen (wie Kombinationsabschläge und „Leitplanken") wurden vom Bundesverfassungsgericht wegen des Grundsatzes der Subsidiarität als unzulässig verworfen. Materiell-rechtlich hat sich das Bundesverfassungsgericht mit diesen Maßnahmen damit nicht befasst. In seinem Beschluss vom 7. Mai 2025 hat das Gericht herausgearbeitet, dass bei Kostendämpfungsmaßnahmen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung wegen der Komplexität des Systems in der Regel eine zurückgenommene Kontrolle in Form der Evidenz- oder Plausibilitätskontrolle erfolge. Bei Eingriffen in die Berufsausübungsfreiheit der pharmazeutischen Unternehmen sei im Rahmen der Angemessenheitsprüfung insbesondere zu berücksichtigen, dass das System der gesetzlichen Krankenversicherung ein überragend wichtiges Gemeinschaftsgut sei. Das System werde in weiten Teilen nicht durch Marktkräfte gesteuert; den Gesetzgeber treffe eine besondere Verantwortung für die Kostenstabilität der gesetzlichen Krankenversicherung. Gegenüber Eingriffen, die der Stabilität des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung dienen, bestehe daher nur ein verminderter Vertrauensschutz. Dies gelte insbesondere dann, wenn der Gesetzgeber diejenigen belaste, die aus seiner Sicht für die Kostensteigerung besonders verantwortlich sind. Die temporäre Erhöhung des Herstellerabschlages auf 12 % für das Jahr 2023 qualifiziert das Bundesverfassungsgericht als einen nicht mehr geringfügigen, sondern mäßigen Eingriff in das Recht der freien Preisbildung der pharmazeutischen Unternehmen. Die Eingriffsintensität beruht auf dem geltend gemachten Einsparvolumen von über 1 Milliarde Euro, der Höhe des Abschlags von 12 %, des Geltungszeitraums der Herstellerabschläge in unterschiedlichen Formen zumindest seit dem Jahr 2002 und der zusätzlichen Absicherung durch das Preismoratorium. Auch sei es den pharmazeutischen Unternehmen nicht möglich, auf den Markt außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung zu wechseln, da die Herstellerabschläge auch im Bereich der privaten Krankenversicherung und im Beihilferecht gelten. Diesen Argumentationsansatz eines mäßigen Grundrechtseingriffs übernimmt das Bundesverfassungsgericht auch für die angeordnete Verlängerung des Preismoratoriums bis zum 31. Dezember 2026. Mäßige Grundrechtseingriffe seien aus den genannten Gründen daher gerechtfertigt.

Das Bundesverfassungsgericht hat sich mit einer additiven Betrachtung der gesetzgeberischen Maßnahmen („additiver Grundrechtseingriff") nur am Rande befasst. Es hat seine

Prüfung auf den additiven Eingriff durch den erhöhten Herstellerabschlag von 12 % im Jahr 2023 und die Verlängerung des Preismoratoriums begrenzt. Inhaltlich hat sich das Bundesverfassungsgericht nicht abschließend mit der Frage befasst, wie der additive Eingriff zahlreicher pharmarelevanter Regelungen auf die Preis- und Mengenebenen verfassungsrechtlich zu bewerten sind (*Rn. 129 ff. des Urteilsumdrucks*).

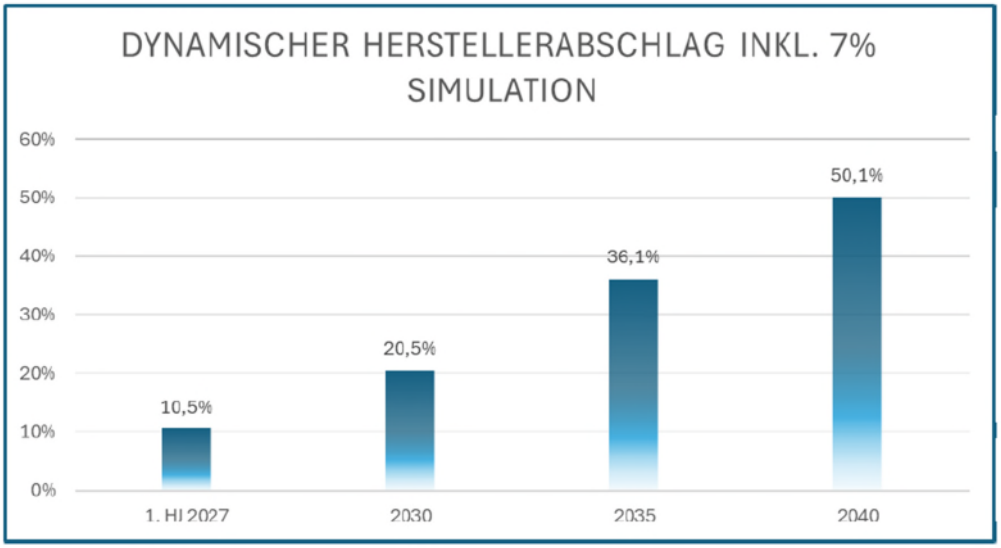
II. Bewertung der Maßnahmen des BStabG

1. Dynamischer Herstellerabschlag nach § 130a Abs. 1, 1b SGB V

Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts greift der Herstellerabschlag in das Recht der pharmazeutischen Unternehme auf freie Preisbildung nach Art. 12 Abs. 1 GG ein. Den erhöhten Herstellerabschlag von 12 % für das Jahr 2023 hat das Bundesverfassungsgericht als einen mäßigen Grundrechtseingriff bewertet. Abweichend hiervon würde der nunmehr geplante dynamisierte Herstellerabschlag zu einem schwerwiegenden, erheblichen Grundrechtseingriff bei den pharmazeutischen Unternehmen führen.

a) Strukturell leitet sich der schwerwiegende Grundrechtseingriff daraus ab, dass es sich bei der Fortführung des Herstellerabschlages von 7 % und der ergänzenden Einführung des dynamisierten Herstellerabschlages nicht um ein zeitlich begrenztes Maßnahmenpaket handelt. Insoweit geht der Gesetzgeber insbesondere mit der Einführung des dynamisierten Herstellerabschlages deutlich über die mit dem BStabG intendierte Finanzwirkung, die auf 2026 begrenzt sein sollte, hinaus. Hinzu kommt, dass der bereits heute existierende Herstellerabschlag in Höhe von 7 % nach § 130a Abs. 1 SGB V dauerhaft als Basisrabatt festgeschrieben wird, und zwar unabhängig von der zukünftigen Ausgabenentwicklung im Arzneimittelbereich. Dies ist im Sinne einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik strukturell fragwürdig, weil die Ausgabenentwicklung im patentgeschützten Bereich nicht vorhersehbar ist. Insbesondere geopolitische Umbrüche – wie das Most Favoured Nation Programm der USA – können dazu führen, dass zukünftig deutlich weniger patentgeschützte Arzneimittel in Deutschland auf den Markt gebracht werden als in der Vergangenheit. Die intendierte einnahmenorientierte Ausgabenpolitik würde im Bereich der Herstellerabschläge vom Gesetzgeber also nur dann konsequent umgesetzt werden, wenn der Herstellerabschlag vollständig dynamisiert würde. Die strukturelle Beibehaltung eines Basisabschlags spricht schon im Ausgangspunkt dafür, dass die zeitlich unbegrenzte Geltung und Entwicklung des Herstellerabschlages über einen mäßigen Grundrechtseingriff hinausgeht.

b) Die geplante Dynamisierung des Herstellerabschlages ist darüber hinaus geeignet, den Herstellerabschlag bis 2040auf bis zu 50 % steigen zu lassen. Dies veranschaulicht folgende von Pharma Deutschland durchgeführteSimulation der Entwicklung der Herstellerabschläge:



Die darin ausgewiesene Entwicklung des Herstellerabschlages in einer Spanne beruht dabei auf den erwarteten Steigerungen im Arzneimittelmarkt und der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen des Kabinettsentwurf zum BStabG. Diese Annahmen entsprechen damit im Wesentlichen den gesetzgeberischen Erwartungen. Auch wenn diese Abschätzungen naturgemäß mit Unsicherheiten verbunden sind, verdeutlichen sie eins: der dynamisierte Herstellerabschlag wird mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erheblichen, schwerwiegenden Eingriffen in die Preisbildungsfreiheit der pharmazeutischen Unternehmen führen. Herstellerabschläge in einer Größenordnung von 20% bis zu 50% dürften per se eine unverhältnismäßige Belastung darstellen, da sie zu erheblichen und auch untragbaren Belastungen der pharmazeutischen Industrie führen.

c) Im Rahmen der Verhältnismäßigkeitsprüfung sind auch sozialstaatsrechtliche Prinzipien zu berücksichtigen. Hierfür sprechen folgende Überlegungen:

Der Gesetzgeber hat sich für ein verpflichtendes Krankenversicherungssystem entschieden, das dem Bürger im Wege des Sachleistungssystems Zugang zu medizinischer Behandlung verschafft. Das Sozialstaatsprinzip des Art. 20 Abs. 3 GG verpflichtet den

Gesetzgeber, sich immer wieder neu mit der Frage zu befassen und zu prüfen, ob Maßnahmen zur Herstellung sozialer Sicherheit und sozialen Ausgleicheingriffen oder Anpassungen vorgenommen werden müssen (*vgl. hierzu Huber/Voßkuhle, GG, Art. 20, Rn. 120*). Für den Bereich der Krankenversicherung hat der Gesetzgeber bestimmt, dass die Krankenkassen bei der Leistungserbringung den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen haben *(§ 2 Abs. 1 S. 2 SGB V*). Seinen sozialstaatsrechtlichen Gestaltungsauftrag für den Bereich der Krankenversicherung hat der Gesetzgeber damit ausgeübt und den medizinischen Fortschritt im Kern verankert. Hieraus ist abzuleiten, dass der Gesetzgeber im Rahmen seines Gestaltungsauftrages dafür Sorge tragen muss, dass patentgeschützte Arzneimittel als Bestandteil des medizinischen Fortschritts im ausreichenden Umfang zur Verfügung gestellt werden. Dieser Gestaltungsauftrag ist im Rahmen der Verhältnismäßigkeitsprüfung des Art. 12 GG zu berücksichtigen.

Da der dynamisierte Herstellerabschlag die Höhe des Abschlags mit der Einnahmenseite der gesetzlichen Krankenversicherung dauerhaft verknüpft, unterliegt die weitere Entwicklung des Herstellerabschlags nicht mehr der Beschlussfassung oder der Kontrolle des Gesetzgebers. Der Eingriff in das Grundrecht der Preisbildungsfreiheit wird damit zum einen dauerhaft perpetuiert und in einer – sowohl für die pharmazeutische Industrie als auch für den Gesetzgeber – nicht sicher vorhersehbaren Höhe flexibilisiert. Diese Flexibilisierung erfolgt unter dem Eindruck, dass eine Erhöhung des Herstellerabschlags binnen weniger Jahre auf über 20 % und danach auf bis zu 50% erwartbar ist. Der Gesetzgeber kann seinen sozialstaatlichen Gestaltungsauftrag nicht mehr ausüben, dass ein derart erheblicher, schwerwiegender Eingriff dauerhaft der gesetzgeberischen Kontrolle entzogen ist. Bei dynamisierten Eingriffen in Grundrechte stellt sich die Frage der Verhältnismäßigkeit des Eingriffs bei jedem Dynamisierungsschritt erneut, so dass einzelne Dynamisierungsschritte auf ihre Verhältnismäßigkeit unter Berücksichtigung sozialstattlicher Prinzipien durch den Gesetzgeber zu überprüfen sind. Unter diesem Gesichtspunkt erweist sich die Neuregelung des dynamisierten Herstellerabschlages als ein unverhältnismäßiger Eingriff in die Berufsfreiheit der pharmazeutischen Unternehmen.

d) Im Rahmen der Verhältnismäßigkeitsprüfung ist weiterhin das berufsrechtliche Interesse der pharmazeutischen Unternehmen an verlässlichen Rahmenbedingungen für ihre Tätigkeit zu berücksichtigen. Die Ausübung einer durch Art. 12 GG geschützten beruflichen Tätigkeit ist auf verlässliche Rahmenbedingungen angewiesen, weil Unternehmen langfristig planen und investieren müssen. Insbesondere für Investitionen in Forschung oder Personal müssen die Unternehmen verlässlich wissen, wie sich ihre

Belastungen entwickeln. Eine solche Verlässlichkeit ist beim dynamisierten Herstellerabschlag nicht gegeben, da die Anpassung der Abschlagshöhe jährlich und kurzfristig erfolgt. Dabei haben die Unternehmen insbesondere auf die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen, welche die Höhe des Abschlags bestimmen, keinen Einfluss.

e) In diesem Zusammenhang möchten wir auf folgendes ergänzend hinweisen: das Bundesministeriums für Gesundheit ist nach § 130a Abs. 4 SGB V aufgrund der Transparenzrichtlinie 89/105/EWG verpflichtet, die Herstellerabschläge regelmäßig zu überprüfen. Diese Überprüfungspflicht ist nicht geeignet, die Frage einer verhältnismäßigen Dynamisierung der Herstellerabschläge zu lösen. Denn das Überprüfungsrecht bezieht sich allein auf die gesamtwirtschaftliche Lage einschließlich der Auswirkungen auf die gesetzliche Krankenversicherung. Mit dieser Überprüfung wird den spezifischen Anforderungen der pharmazeutischen Industrie und der Grundrechtsrelevanz des Eingriffs durch den dynamisierten Herstellerabschlag nicht Rechnung getragen.

f) Zusammenfassend sprechen aus unserer Sicht damit überwiegende Gründe dafür, dass der dynamisierte Herstellerabschlag mit Blick auf die Berufsausübungsfreiheit der pharmazeutischen Unternehmen nach Art. 12 Abs. 1 GG unverhältnismäßig ausgestaltet und damit verfassungswidrig ist.

2. Verlängerung des Preismoratoriums bis zum 31.12.2030

Die Verlängerung des Preismoratoriums bis zum 31.12.2030 greift ebenfalls in die Berufsausübungsfreiheit der pharmazeutischen Unternehmen gemäß Art. 12 Abs. 1 GG ein. Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Beschluss vom 7. Mai 2025 die Verlängerung des Preismoratoriums bis zum 31. Dezember 2026 als verhältnismäßig eingestuft, da das Preismoratorium dem Erhalt der gesetzlichen Krankenversicherung und damit einem überragend wichtigen Gemeinschaftsgut diene Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Beschluss zum GKV-FinStG weiter ausgeführt, dass das Preismoratorium zur Erreichung der angestrebten finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung geeignet sei, weil Preiserhöhungen zu einer Abschlagspflicht in entsprechender Höhe führen würden. Ein anderes, gleich wirksames Mittel, um Ausgabensteigerungen durch Preiserhöhungen zu begegnen, sei nicht ersichtlich.

Bei einer Überprüfung des nunmehr bis zum 31.12.2030 verlängerten Preismoratoriums ist im Rahmen der Verhältnismäßigkeitsprüfung nunmehr eine Wechselwirkung mit dem dynamisierten Herstellerabschlag zu berücksichtigen. Das Bundesverfassungsgericht konnte einen dynamisierten Herstellerabschlag in seinem Beschluss vom 7. Mai 2025 naturgemäß

nicht berücksichtigen. Eine Einführung des dynamisierten Herstellerabschlags hätte Auswirkungen auf die verhältnismäßige Ausgestaltung anderer Kostensenkungsmaßnahmen im Arzneimittelmarkt. Der dynamisierte Herstellerabschlag führt im Ergebnis dazu, dass ein Kostenanstieg im Arzneimittelmarkt auf die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen begrenzt wird. Dementsprechend würden auch Preiserhöhungen der pharmazeutischen Unternehmen durch den dynamisierten Herstellerabschlag aufgefangen. Aufgrund der Kongruenz der Einsparungsinstrumente wäre eine Verlängerung des Preismoratoriums bei gelichzeitiger Einführung eines dynamisierten Herstellerabschlags nicht mehr verhältnismäßig , da es sich um eine Doppelregulierung der pharmazeutischen Industrie auf Preisebene handelt. Eine solche Doppelregulierung ist nicht erforderlich, um die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung zu gewährleisten.

3. Clusterausschreibung nach § 130e SGB V

Mit den Clusterausschreibungen nach § 130e SGB V wird eine neue Steuerungsmaßnahme für den patentgeschützten Arzneimittelmarkt eingeführt, die gleichzeitig auf die Preis- und Mengenkomponenten wirkt. Die Preissteuerung erfolgt über die Ausschreibung von Rabattverträgen durch die Krankenkasse. Diese Rabattverträge werden mit einer Mengenkomponente gekoppelt, da die unter Vertrag genommenen, rabattierten Arzneimittel von Vertragsärzten nach § 130e Abs. 1 SGB V bevorzugt zu verordnen sind. Sofern Arzneimittelhersteller bei einer Ausschreibung nicht erfolgreich waren, dürfen ihre Arzneimittel nur noch im medizinisch begründeten Einzelfall verordnet werden. Diese Verordnungssteuerung durch Rabattverträge wirkt verstärkt, da die rabattierten Arzneimittel in Wirtschaftlichkeitsprüfungen als Praxisbesonderheiten nach § 130e Abs. 2 S. 1 SGB V anzuerkennen sind. Nicht rabattierte Arzneimittel können hingegen nur dann von Wirtschaftlichkeitsprüfungen ausgenommen werden, sofern die Vertragsparteien auf Landesebene Verordnungsquoten vereinbaren und diese vom Vertragsarzt auch eingehalten werden. Die Cluster-Ausschreibungen führen zu Doppelregulierungen, die einen unverhältnismäßigen Grundrechtseingriff darstellen:

a) Die geplante Einführung der Clusterausschreibungen ist ein massiver Systembruch in der Versorgung mit Arzneimitteln. Bisher galt für patentgeschützte Arzneimittel, dass sie im AMNOG-Verfahren einer Nutzenbewertung unterzogen werden und anschließend ein (zusatz-)nutzenbasierter Preis verhandelt wird. Der Generikamarkt wurde hingegen im Wesentlichen durch Festbeträge und Rabattverträge reguliert.

   Dieses bisherige System will der Gesetzgeber durch die Clusterausschreibungen bewusst durchbrechen, um im patentgeschützten Markt einen Wettbewerb über Rabatte zu generieren. Diese Herangehensweise führt zu einer Doppelregulierung im

patentgeschützten Markt, die erheblich im die Berufsausübungsfreiheit der betroffenen Unternehmen eingreift. Patentgeschützte Arzneimittel müssen sich zunächst dem AMNOG-Prozess unterziehen und eine Nutzenbewertung mit anschließender Preisverhandlung durchführen. Sofern patentgeschützte Arzneimittel dann in den Anwendungsbereich des § 130e SGB V, können die pharmazeutischen Unternehmen dieser Arzneimittel mit Ausschreibungen der Krankenkassen konfrontiert werden. Dabei werden die pharmazeutischen Unternehmen durch die Verknüpfung mit der Verordnungssteuerung faktisch gezwungen, an den Ausschreibungen der Krankenkassen teilzunehmen, sofern sie nicht erhebliche Absatz- und daraus resultierenden Umsatzminderungen in Kauf nehmen wollen. Dabei werden die Nutzenbewertung und die nutzenbasierten Erstattungsbeträge durch die Ausschreibung ad absurdum geführt und haben für den Vertrieb des Arzneimittels in Deutschland keine praktische Relevanz mehr. Maßgebend für den erfolgreichen Vertrieb in Deutschland und die Zurverfügungstellung des Arzneimittels für die Patienten wären damit nur noch die von Krankenkassen durchgeführten Ausschreibungen. Eine solche Doppelregulierung durch den Gesetzgeber hat eine erhebliche Eingriffsintensität in das Recht der Berufsfreiheit nach Art. 12 Abs. 1 GG und ist nicht mehr verhältnismäßig.

b) Aus unserer Sicht bestehen weiterhin erhebliche Bedenken, dass die Neufassung des § 130e SGB V noch dem Gesetzesvorbehalt entspricht. Ein Eingriff in die Grundrechte der pharmazeutischen Unternehmen aus Art. 2 Abs. 1, 12 Abs. 1 GG ist nur aufgrund eines hinreichend bestimmten Gesetzes möglich oder zulässig. Der Gesetzgeber muss für den Eingriff in die Grundrechte eine hinreichend dichte gesetzliche Programmierung vorsehen (*BVerfGE 115, 25*).

§ 130e Abs. 1 SGB V bestimmt, dass die Rabattverträge für Arzneimittel mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung in einem Therapiegebiet vereinbart werden können. Diese gesetzliche Vorgabe ist weitgehend unbestimmt, da sie nicht weiter definiert, wann von einer therapeutisch vergleichbaren Wirkung in einem Therapiegebiet ausgegangen werden kann. Eine nähere Bestimmung kann auch nicht unter Rückgriff auf die Wirkstoffgruppen erfolgen, die in § 130e Abs. 3 SGB V zunächst für den Abschluss von Rabattverträgen zugelassen worden sind. § 130e Abs. 3 SGB V geht zunächst davon aus, dass der Abschluss von Rabattverträgen „innerhalb“ der näher bezeichneten Wirkstoffgruppen zulässig sein soll. Daraus ist wohl abzuleiten, dass nicht die Wirkstoffgruppen insgesamt ausschreibungsfähig sind, sondern insoweit noch Untergruppen gebildet werden sollen. Der Gesetzgeber lässt jedoch völlig offen und gibt keinerlei Hinweise darauf, anhand welcher Kriterien entsprechende „Ausschreibungsgruppen“ gebildet werden sollen. So bestehen zum Beispiel bei den PD-1/PD-L1-

Inhibitoren erhebliche Unterschiede in den zugelassenen Anwendungsgebieten: Bei 8 verfügbaren Wirkstoffen sind über 20 Anwendungsgebiete mit nur vereinzelten Überschneidungen bei den einzelnen Wirkstoffen zugelassen. Aber auch bei den gleichen Anwendungsgebieten unterscheiden sich die Wirkstoffe in den Tumorentitäten nach Therapielinien, Biomarkern, Kombinationspartnern, Vorbehandlungen und Histologie. Mit Blick auf den erheblichen Eingriffscharakter des § 130e SGB V fehlt es erkennbar an einem hinreichend sicheren Programm, auf dessen Grundlage Krankenkassen rechtssicher „Ausschreibungsgruppen" bilden können.

Dabei sind die Anforderungen an eine dichte gesetzliche Ausgestaltung der gesetzlichen Anforderungen umso höher, je mehr in grundrechtlich geschützte Positionen eingegriffen wird. Neben dem Grundrecht der pharmazeutischen Unternehmen auf die Bildung freier Preise aus Art. 12 Abs. 1 GG ist zu berücksichtigen, dass die Nutzenbewertungsbeschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses geeignet sind, einen eigentumsähnlichen Schutz nach Art. 14 Abs. 1 GG für die pharmazeutischen Unternehmer zu vermitteln. Öffentlich-rechtliche Zulassungen können einen Eigentumsschutz nach Art. 14 Abs. 1 GG vermitteln, sofern ein Anspruch auf die Zulassung besteht und der Hersteller im erheblichen Umfang Eigenleistungen erbracht hat, um die Zulassung zu erreichen (*vgl. zu Arzneimittelzulassungen BeckOK GG/AXA, Art. 14, Rn. 68*). Ein durch den G-BA festgestellter Zusatznutzen für ein Arzneimittel beruht im Wesentlichen auf den vom pharmazeutischen Unternehmer durchgeführten klinischen Studien, die als Grundlage für die Feststellung eines Zusatznutzens dienen. Der Beschluss des G-BA wird Bestandteil der Arzneimittelrichtlinie und entfaltet damit eine rechtlich bindende Wirkung in der Versorgung der Versicherten. Es spricht aus unserer Sicht daher vieles dafür, den Nutzenbewertungsbeschlüssen des G-BA über einen Zusatznutzen eine den Arzneimittelzulassungen vergleichbare verfassungsrechtliche Position im Rahmen des Art. 14 Abs. 1 GG einzuräumen.

c) § 130e Abs. 3, 4 SGB V sehen vor, dass Rabattverträge im patentgeschützten Markt zunächst anhand der genannten fünf Wirkstoffgruppen zu evaluieren sind. Die Evaluation soll bis zum 31. Juli 2030 durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen durchgeführt werden. Aus unserer Sicht bestehen erhebliche Bedenken, dass die Auswahl der fünf Wirkstoffgruppen mit Art. 3 Abs. 1 GG vereinbar ist. Es besteht erkennbar eine Ungleichbehandlung zu anderen Wirkstoffgruppen, für die Rabattverträge nach § 130e SGB V zunächst nicht durchgeführt werden dürfen. Zu denken ist hierbei z.B. an CDK4/6-Inhibitoren oder IL-17/IL-23-Inhibitoren. Letztlich sind die vom Gesetzgeber ausgewählten fünf Wirkstoffgruppen als „Evaluationsobjekte" zu qualifizieren, die eine empirische Grundlage für die vorgesehene Evaluation beschaffen sollen.

Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsrechts ist der Gesetzgeber grundsätzlich berechtigt, Erfahrungen mit Neuregelungen unter dem Gesichtspunkt der Praktikabilität zu sammeln (*BVerfGE 70, 1*). Insofern dürfte es von Verfassung wegen dem Gesetzgeber möglich sein, die Neuregelung des § 130e SGB V – bezogen auf den gesamten Markt – innerhalb angemessener Frist zu evaluieren. Es ist jedoch kein sachlicher Grund erkennbar, der es gebieten würde, die Evaluation zunächst auf die fünf genannten Wirkstoffgruppen zu begrenzen. In der Begründung zum Gesetzesentwurf führt der Gesetzgeber lediglich aus, aus welchen Gründen er die genannten fünf Wirkstoffgruppen für besonders geeignet hält, um eine Evaluation durchzuführen. Es finden sich allerdings keine Ausführungen zu der Frage, weshalb die Evaluation von vornherein auf diese fünf Wirkstoffgruppen begrenzt werden soll. Insoweit verkennt der Gesetzgeber offensichtlich, dass die Evaluation und die Einbeziehung von Wirkstoffen als „Evaluationsobjekte“ eines sachlichen Grundes bedürfen, um die Ungleichbehandlung gegenüber Wirkstoffgruppen, die nicht in die Evaluation einbezogen werden, zu rechtfertigen. Solche Gründe sind von vornherein nicht erkennbar, da eine Evaluation auf einer möglichst breiten Basis grundsätzlich vorzugswürdig ist, da sie geeignet ist, weitergehende Erkenntnisse zu liefern.

Im Ergebnis ist daher davon auszugehen, dass die Auswahl der fünf Wirkstoffgruppen für die Evaluation der Clusterausschreibungen ein Verstoß gegen Art. 3 Abs. 1 GG darstellt, weil eine sachlich nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung gegenüber solchen Wirkstoffgruppen erfolgt, die nicht in die Evaluation einbezogen werden.

4. Preis-Mengen-Modell

Die Neuregelung in § 130b Abs. 1 SGB V zielt darauf ab, ein Preis-Mengen-Modell verbindlich vorzugeben, sofern die Parteien sich nicht auf ein – abweichendes – Preis-Mengen-Modell verständigen können. In der Praxis wird dies dazu führen, dass der GKV-Spitzenverband sich mit pharmazeutischen Unternehmern nur noch auf Preis-Mengen-Modelle verständigen wird, die zu höheren finanziellen Einsparungen als das Regelmodell führen. Da die Festsetzung des Preis-Mengen-Modells auch im Falle der Nichteinigung der Festsetzung durch die Schiedsstelle entzogen ist, ist davon auszugehen, dass sich das gesetzliche Regelmodell weitgehend durchsetzen wird.

Auffällig ist zunächst, dass der Gesetzgeber – abweichend von der Schiedsstelle – den Rabattsatz für Umsätze ab EUR 100.000.000,00 von 0,1 % auf 1 % angehoben hat. Verglichen mit dem Schiedsstellenmodell führt dies zu einer Verzehnfachung der monetären Belastung

der pharmazeutischen Unternehmen im Preis-Mengen-Modell und damit zu einer erheblich erhöhten Eingriffsintensität.

Dieser Gesichtspunkt kommt insbesondere zum Tragen, sofern der GKV-Spitzenverband seit dem 12. November 2022 bestehende Vereinbarungen nach § 130b Abs. 7a S. 1 SGB V (neu) kündigen sollte, um ein neues Preis-Mengen-Modell zu vereinbaren. Hier stellt sich – neben der Frage der Eingriffsintensität – eine spezifische weitere Thematik: abweichend von der bisherigen Schiedsstellensystematik hat der Gesetzgeber als Referenzjahr für die Berechnung der Ausgabenvolumina das erste Kalenderjahr nach dem erstmaligen Inverkehrbringen eines Arzneimittels bestimmt. Dieses Referenzjahr gilt unabhängig davon, ob das Arzneimittel erstmalig in Deutschland auf den Markt gebracht wurde oder ein Preis-Mengen-Modell im Rahmen von Indikationserweiterungen zu vereinbaren ist. Bei einer Kündigung bestehender Vereinbarungen führt dies dazu, dass das gesetzliche Regelmodell auch weit zurückliegende Zeiträume erfassen würde und Ausgabenzuwächse seit dem zweiten Kalenderjahr vollumfänglich in das Preis-Mengen-Modell einfließen. Von dem gesetzlichen Regelmodell wären damit auch Zeiträume erfasst, für welche die pharmazeutischen Unternehmen gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband in der Vergangenheit bereits Preis-Mengen-Modelle vereinbart haben, die auch zur Umsetzung gekommen sind. Dabei ist davon auszugehen, dass der GKV-Spitzenverband nur solche Vereinbarungen kündigen würde, bei denen er sich von der Vereinbarung des gesetzlichen Regelmodells zusätzliche Einsparungen erwartet. In diesem Fall würde die gesetzliche Regelung nachträglich in die abgeschlossenen, in der Vergangenheit liegende Zeiträume eingreifen. Die Regelung ist damit als eine grundsätzlich verfassungswidrige echte Rückwirkung im Sinne des Art. 20 Abs. 3 GG einzustufen sein. Daran dürfte nach unserer Auffassung auch der Umstand nichts ändern, dass die Anpassung des Erstattungsbetrages aufgrund des gesetzlichen Regelmodells erst mit Wirkung für die Zukunft erfolgt. Maßgebend ist hier, dass die Hersteller und der GKV-Spitzenverband sich in der Vergangenheit abschließend auf ein Preis-Mengen-Modell bereits verständigt haben, welches auch in der Vergangenheit bereits umgesetzt wurde.

5. Additiver Grundrechtseingriff

Eine Vielzahl von Maßnahmen des Gesetzgebers kann, selbst wenn jede für sich betrachtet für den Adressaten der Regelung noch verhältnismäßig sein sollte, in ihrer Gesamtheit eine unverhältnismäßige Grundrechtsbelastung darstellen. Insbesondere im Bereich des Sozialrechts kann es so zu erheblichen Belastungskumulationen kommen: In diesem Fall kann dem Grundrechtsschutz nicht ausreichend Rechnung getragen werden, wenn aus dem einheitlichen Gesamtgeschehen lediglich Einzelakte isoliert „herausgefiltert“ und bewertet werden.

Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Beschluss vom 7. Mai 2025 die Möglichkeit eines additiven Grundrechtseingriffs grundsätzlich anerkannt. Die pharmarelevanten Regelungen des GKV-FinStG betrafen pharmazeutische Unternehmen als einen einheitlichen Adressatenkreis, entfalteten zeitgleich Wirkung und griffen jeweils in die Berufsausübungsfreiheit der Normadressaten ein.

Das Bundesverfassungsgericht hat die Prüfung eines additiven Grundrechtseingriffs in seinem Beschluss vom 7. Mai 2025 allerdings auf die temporäre Erhöhung des Herstellerabschlages auf 12 % für das Jahr 2023 und die Verlängerung des Preismoratoriums bis zum 31. Dezember 2026 begrenzt. Soweit die weiteren Kostendämpfungsmaßnahmen (u.a. Leitplanken, Kombiabschlag) Gegenstand der Verfassungsbeschwerde waren, hat das Bundesverfassungsgericht die Verfassungsbeschwerden aus Gründen der Subsidiarität nicht zur Entscheidung angenommen. Hieraus hat das Bundesverfassungsgericht gefolgert, dass diese Maßnahmen auch nicht Gegenstand der Prüfung eines additiven Grundrechtseingriffs sein könnten. Insoweit dürfte der Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 7. Mai 2025 im Widerspruch zum Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 29. Mai 1990 (BVerfGE 82, 60) stehen. In dem Beschluss vom 29. Mai 1990 zur Einkommensbesteuerung und einem Verlustausgleich bei der Kindergeldbemessung hat das Bundesverfassungsgericht entschieden, dass eine für verfassungswidrig erachtete Rechtslage, die sich aus dem Zusammenwirken mehrerer Einzelregelungen ergibt, grundsätzlich anhand jeder der betroffenen Normen zur verfassungsrechtlichen Prüfung gestellt werden kann. In die verfassungsrechtliche Prüfung sind nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichts in seinem Beschluss vom 29. Mai 1990 auch im Gesamtkontext relevante – in diesem Fall steuerliche – Regelungen einzubeziehen, die selbst nicht Gegenstand der verfassungsrechtlichen Auseinandersetzung sind; diese Regelungen waren aber im Rahmen einer Verhältnismäßigkeitsprüfung mit Blick auf die steuerliche Gesamtbelastung relevant. Vor dem Hintergrund dieser Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 29. Mai 1990 ist die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zum GKV-FinStG vom 7. Mai 2025 jedenfalls kritisch einzuordnen.

Unabhängig von prozessualen Fragen stellt sich materiell-rechtlich die Frage, ob die mit dem BStabG eingeführten Regelungen additiv zu einer unverhältnismäßigen Belastung pharmazeutischer Unternehmer führen. Diese Frage lässt sich im Ergebnis nur im Einzelfall beurteilen. Das Bundessozialgericht hat im Urteil zur Kürzung von Krankenhausvergütungen (*Urt. v. 29.04.2010, B 3 KR 10/09 R*) sich mit den Anforderungen an die Darlegungen eines additiven Grundrechtseingriffs befasst und führt aus:

> *„Die Rechtsänderungen durch das GKV-WSG begründen keinen mit der Berufsfreiheit der Klägerin unvereinbaren „additiven" Grundrechtseingriff. Grundsätzlich ist es zwar möglich, dass verschiedene einzelne, für sich betrachtet geringfügige Eingriffe in grundrechtlich geschützte Bereiche in ihrer Gesamtwirkung zu einer schwerwiegenden Beeinträchtigung führen, die das Maß der rechtsstaatlich hinnehmbaren Eingriffsintensität überschreitet (vgl. BVerfGE 112, 304, 319 f; 114, 196, 247 = SozR 4-2500 § 266 Nr. 9 RdNr. 136 f; BVerfGE 123, 186, 265 f). Jedoch lässt sich eine derartige Wirkung der die Krankenhäuser betreffenden gesetzlichen Regelungen durch das GKV-WSG nicht feststellen. Weder die Feststellungen des LSG, an die der Senat gebunden ist (§ 163 SGG), noch die Ausführungen der Klägerin ergeben hinreichende Anhaltspunkte dafür, dass der befristete Rechnungsabschlag zusammen mit der Absenkung der Mindesterlösquote der Krankenhäuser von bisher 40 % auf 20 % (§ 4 Abs. 9 KHEntgG a.F.) sowie die Streichung der Rückzahlungspflicht der Krankenkassen für nicht verwendete Mittel der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung (§ 140d Abs. 1 S. 5 SGB i.d.F des GKV-WSG) in ihrem kumulativen Zusammenwirken den Krankenhausbetrieb der Klägerin in ihrer Funktionsfähigkeit ernsthaft bedroht hätten. Die Klägerin macht lediglich pauschal geltend, in materieller Hinsicht erreiche die (einseitige) Gesamtbelastung der Krankenhäuser mit den o. a. drei belastenden Maßnahmen des GKV-WSG ein Ausmaß, das auch durch den Gemeinwohlbelang der finanziellen Stabilität der GKV nicht hinreichend gerechtfertigt werden könne. Aus diesen nur allgemein gehaltenen Ausführungen kann nicht auf das Vorliegen eines verfassungswidrigen „additiven" Grundrechtseingriffs geschlossen werden. Die Klägerin macht schon nicht hinreichend deutlich, inwieweit weitere gesetzliche Regelungen sie unmittelbar im Grundrecht aus Art. 12 Abs. 1 GG betroffen haben. Insoweit hätte sie zumindest ihre eigene wirtschaftliche Situation konkret schildern müssen."*

Aus diesen Ausführungen geht im Umkehrschluss hervor, dass ein „additiver" Grundrechtseingriff aufgrund der gesamtgesetzgeberischen Maßnahmen anzunehmen ist, soweit das pharmazeutische Unternehmen seine unmittelbare Betroffenheit durch die kumulative Wirkung der angegriffenen Maßnahmen konkret, individuell und belastbar darstellt.

Die Einführung des dynamisierten Herstellerabschlages, verbunden mit der Verlängerung des Preismoratoriums und die Betroffenheit durch die Clusterausschreibungen können daher in ihrer additiven Wirkung einen unverhältnismäßigen Eingriff in die Berufsfreiheit eines pharmazeutischen Unternehmens darstellen. Die Frage der Verhältnismäßigkeitsprüfung stellt sich auch im Lichte der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 7. Mai 2025 erneut

und die Begründung des Bundesverfassungsgerichts, einen additiven Grundrechtseingriff durch die Maßnahmen des GKV-FinStG abzulehnen, kann nicht ohne Weiteres auf die nunmehr mit dem BStabG eingeführten Maßnahmen übertragen werden. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass das Bundesverfassungsgericht in seiner Entscheidung vom 7. Mai 2025 insbesondere darauf hingewiesen hat, dass die Belastungen des erhöhten Herstellerabschlages von 12 % zeitlich auf das Jahr 2023 begrenzt waren. An einer solchen zeitlichen Begrenzung fehlt es aber bei der Einführung des dynamisierten Herstellerabschlages, der entsprechend den vorliegenden Annahmen bis 2030 eine Höhe von bis zu 50 % erwarten lässt. Nach unserer Auffassung sprechen daher weit überweigende Gründe dafür, in der Gesamtbelastung von einem unverhältnismäßigen Eingriff in die Berufsfreiheit der pharmazeutischen Unternehmer auszugehen.

*****

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(47)
gel. VB zur öffent. Anh. am 22.06.2
19.06.2026

STELLUNGNAHME

des Pharma Deutschland e.V.

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz) BT-Drucksache: 21/6130

Stand der Stellungnahme 18. Juni 2026

Vorbemerkung

Pharma Deutschland e.V. vertritt die Interessen der Arzneimittel- und Medizinprodukteindustrie sowohl auf Bundes- als auch Landesebene gegenüber der Politik, Behörden und Institutionen im Gesundheitswesen. Mit rund 400 Mitgliedsunternehmen ist er der mitgliederstärkste Verband im Arzneimittel- und Medizinproduktebereich. Die politische Interessenvertretung und die Betreuung der Mitglieder erstrecken sich auf das Gebiet der verschreibungspflichtigen und nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel sowie auf Medizinprodukte, wie z.B. Medical Apps und digitale Gesundheitsanwendungen.

Hinweis: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei Personen- oder Berufsbezeichnungen die maskuline Form verwendet. Jedoch gelten sämtliche Bezeichnungen gleichermaßen für alle Geschlechter.

BERLIN
Friedrichstraße 134
10117 Berlin
T. 030 | 308 75 96 - 0
F. 030 | 308 75 96 - 111

BONN
Ubierstraße 71–73
53173 Bonn
T. 0228 | 957 45 - 0
F. 0228 | 957 45 - 90

BRÜSSEL
Rue Marie de Bourgogne 58
1000 Brüssel
T. +49-170-6133687

Pharma Deutschland e. V.

info@pharmadeutschland.de
www.pharmadeutschland.de

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Allgemeine Anmerkungen:

Die Bundesregierung hat sich zum Ziel gesetzt, die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung langfristig zu sichern und zusätzliche Belastungen für Beitragszahlende zu vermeiden. Das ist ein nachvollziehbares und dringendes Anliegen. Wichtig dafür sind strukturelle Reformen, die langfristig das System stärken und es besser machen. Die vorliegenden Vorschläge konzentrieren sich allerdings ausschließlich auf vermeintlich kurzfristige Sparmaßnahmen, die direkte, aber auch mittel- und langfristige erhebliche Auswirkungen auf die Versorgung haben werden.

Es ist unbestritten, dass das Gesundheitssystem unter starkem finanziellem Druck steht. Bereits heute ist die Industrie jedoch durch weltpolitische Problemlagen, konfliktbedingte Auswirkungen und anhaltende Lieferkettenprobleme sehr beansprucht. Eine unzureichende Berücksichtigung dieser Faktoren birgt das Risiko von Fehleinschätzungen mit langfristig negativen Auswirkungen auf die Patientenversorgung mit Arzneimitteln.

Maßnahmen wie die Pharmastrategie und die Absenkung des Herstellerabschlags im Jahr 2024 sollten ursprünglich das Investitionsklima verbessern und die Arzneimittelversorgung sichern, indem sie Unternehmen entlasten und Planungssicherheit schaffen. Die nun vorgelegten Regelungen wirken aus Sicht von Pharma Deutschland jedoch gegenteilig.

Pharma Deutschland begrüßt zunächst die Abschaffung der Leitplanken und Kombinationsabschläge im AMNOG-System. Damit werden Fehlregulierungen des Gesetzes zur Stabilisierung der Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) rückgängig gemacht. Leider werden diese sinnvollen Änderungen durch die vorgeschlagenen zusätzlichen Preisregulierungsmechanismen wie den dynamischen (bzw. teilweise auch dynamisiert genannten) Herstellerabschlag, Selektivverträge bei Patentarzneimitteln und Preis-Mengen-Regelungen konterkariert.

Der Herstellerabschlag stellt nicht nur einen direkten Preiseingriff dar, sondern erhält durch seine dynamische Ausgestaltung Budgetcharakter mit einem direkten Eingriff in die Preise und Mengen der Hersteller. Dies erfolgt zusätzlich zu den bereits im Rahmen des AMNOG-Verfahrens intensiv verhandelten Preis- und Mengenregelungen, die durch den Entwurf noch weiter verschärft werden.

Rabattverträge für patentgeschützte Arzneimittel, die ebenfalls in Mengen- und Preisvereinbarungen eingreifen, potenzieren den Effekt. Ein dreifacher Eingriff in die Grundpfeiler der Versorgung mit Arzneimitteln durch direkte und additive hintereinander gelagerte Preis- und Volumeneinschnitte wird zwangsläufig dazu führen, dass neue Präparate gar nicht erst eingeführt werden. Auf diese Gefahr hatte auch die Finanzkommission Gesundheit hingewiesen. Zudem wird der Wert des AMNOG-Verfahrens ausgehöhlt, wenn von Krankenkassen einseitig die therapeutische Bedeutung von Innovationen und therapeutische Vergleichbarkeit der Substanzen ohne Berücksichtigung des Zusatznutzens in Selektivverträgen festgelegt werden soll. Die Frage der Sinnhaftigkeit einer Bewertung im Rahmen der Nutzenbewertung nach § 35a Sozialgesetzbuch (SGB) V schließt sich hier an. Innovationen stehen in Frage, ebenso Investitionen in Deutschland.

Hinzu kommt die Amplifizierung durch die Preisreferenzierung aus den USA auf Deutschland, die den negativen Effekt vervielfacht. Richtiger wäre in diesem Zusammenhang, die Regeln zur Vertraulichkeit bei Erstattungsbeträgen zu vereinfachen und den 9%igen Abschlag zu streichen.

Insgesamt gehen einige gewichtige Maßnahmen - der dynamische Herstellerabschlag, die Doppelregulierung durch Clusterausschreibungen neben dem AMNOG-System, das Preismoratorium, das Preis-Mengen-Modell - und die kumulative Wirkung dieser Maßnahmen im Regierungsentwurf in ihrer Eingriffstiefe deutlich über die vom Bundesverfassungsgericht am 7. Mai 2025 (Az.: 1 BvR 1507/23, 1 BvR 2197/23) gebilligten Maßnahmen des GKV-FinStG hinaus. Sie begegnen gewichtigen verfassungsrechtlichen Bedenken, wie das als **Anlage** beigefügte Kurzgutachten der Rechtsanwaltskanzlei Möhrle Happ Luther vom 29. Mai 2026 festgestellt hat.

Nicht nachzuvollziehen sind auch die Belastungen im Bereich der Impfstoffe. Gerade in postpandemischen Zeiten, in denen die schnelle, verlässliche und resiliente Bereitstellung von Impfstoffen unbestritten von zentraler Bedeutung ist, ist es nicht nachvollziehbar, diesen Sektor mit Abschlägen und regulatorischen Eingriffen zu belasten. Dies steht im Widerspruch zu dem Ziel der Bundesregierung, sowohl die Wettbewerbsfähigkeit Deutschlands als auch der Europäischen Union im internationalen Umfeld zu stärken und die strategischen Abhängigkeiten zu reduzieren und die Arzneimittel- und Impfstoffverfügbarkeit sicherzustellen. Aus Sicht von Pharma Deutschland verkennt der Vorschlag zudem, dass mit dem bestehenden Impfstoffabschlag bereits ein effektives, zielgenaues Steuerungsinstrument vorhanden ist, das durch die Orientierung am gewichteten

Durchschnitt relevanter EU- und EWR-Staaten unter Berücksichtigung realer Umsätze und Kaufkraftparitäten eine präzise Preissteuerung und wirksame Ausgabenbegrenzung ermöglicht, ohne starre und marktferne Preisobergrenzen einzuführen.

Auch für die homöopathischen und anthroposophischen Arzneimittel besteht kein Handlungsbedarf, denn bereits heute gibt es keine einheitliche, flächendeckende Erstattung, sondern bewusste, ökonomisch abgewogene Entscheidungen der einzelnen Kassen, ob und in welchem Umfang und unter welchen Bedingungen die Leistungen als Satzungsleistungen angeboten werden. Insgesamt stehen die vorgeschlagenen Maßnahmen im Widerspruch zu dem Ziel, den Pharmastandort zu stärken sowie Resilienz und Versorgungssicherheit in Deutschland zu erhöhen. Zugleich wirken sie europäischen Initiativen wie dem European Biotech Act entgegen.

Pharma Deutschland bedankt sich für die Möglichkeit Stellung zu nehmen und nimmt nachfolgend zu ausgewählten Regelungsinhalten Stellung und unterbreitet ergänzende Vorschläge. Diese Vorschläge umfassen konkrete Maßnahmen - die Novellierung des OTC-Switchverfahrens und Pay-for-Performance Modelle -, die einen Beitrag zur Stabilisierung der GKV beitragen können. Diese Risikopartnerschaften zwischen pharmazeutischen Unternehmen und Krankenkassen können ergänzend den frühzeitigen Zugang zu therapeutischen Innovationen fördern, die nutzenbasierte Preisbildung stärken und eine nachhaltige Finanzierung im Sinne des Reformwillens der Bundesregierung unterstützen.

Stellungnahme zu den Vorschlägen:

Die nachfolgenden Ausführungen stellen den derzeitigen Stand der Diskussion (26. Mai 2026) im Verband dar und beziehen sich auf die Vorschriften in Artikel 1 des Regierungsentwurfs und erfolgen in chronologischer Reihenfolge des Entwurfs.

Zu Art. 1 Nr. 1, 8, 12a), 13a) und b) - Abschaffung Homöopathie als Satzungsleistung (§ 2 Abs. 1, § 11 Abs. 6, § 31 Abs. 1 Satz 1 und § 34 Abs. 1 und 3 SGB V)

Geplante Regelung im Regierungsentwurf

Homöopathische und anthroposophische Arzneimittel und Leistungen sollen als Satzungsleistung der GKV ausgeschlossen werden. Entsprechende Regelungen im SGB V (u. a. § 11 Abs. 6, § 34 Abs. 3, Verträge nach § 140) sollen gestrichen werden.

Bewertung

Pharma Deutschland e. V. lehnt die im Regierungsentwurf vorgesehene Streichung der Erstattungsfähigkeit homöopathischer und anthroposophischer Arzneimittel und ärztlicher Leistungen im Rahmen der freiwilligen Satzungsleistungen der gesetzlichen Krankenkassen entschieden ab. Die vorgeschlagenen Änderungen in §§ 2, 11, 31 und 34 SGB V sowie die zugrundeliegende Begründung werden der wissenschaftlichen, rechtlichen und versorgungspraktischen Realität dieser Arzneimittelgruppen nicht gerecht. Sie setzen ein politisches Signal, das sich langfristig weit über die Einsparungen dieses Gesetzes hinaus auswirken wird. Dieses Signal entzieht der Ausübung der betroffenen Therapierichtungen auf lange Sicht die Grundlagen und zerstört damit die Existenz der Hersteller. Dabei ist die inhaltliche Begründung falsch. Diese Vorgehensweise konterkariert das Prinzip einer evidenzbasierten Politik. Das langfristige Zerstörungspotential der aktuellen Maßnahme steht in keinem Verhältnis zum gemutmaßten Einsparpotential der Maßnahme.

1. Homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sind wissenschaftsbasiert und arzneimittelrechtlich verankert

Homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sind arzneimittelrechtlich in Deutschland fest verankert. Der pauschale Hinweis im Regierungsentwurf, für homöopathische und anthroposophische Arzneimittel liege „keine hinreichende wissenschaftliche Evidenz der Wirksamkeit“ vor, ist schlichtweg falsch und bleibt in seiner Begründung methodisch nicht nachvollziehbar. Die Evidenzbasis der Homöopathie und die der anthroposophischen Medizin umfassen die wissenschaftliche Systematik der Therapiesysteme und neben der - anders als in der Gesetzesbegründung argumentiert - vorhandenen externen Evidenz aus Studien systematisch auch die Erfahrungen von Patienten sowie von Ärzten und ist damit mit dem Konzept der evidenzbasierten Medizin vereinbar [Sackett 1996; Hamre et al 2023]. Vor diesem Hintergrund ist die argumentative Basis einer fehlenden wissenschaftlichen Evidenz in der Begründung zu dieser Gesetzesänderung diffamierend und sachlich nicht haltbar. Bei gesetzlichen Änderungen mit Auswirkungen dieser Tragweite ist es essenziell, dass der Gesetzgeber selbst evidenzbasiert vorgeht.

2. Ausschluss der Erstattung nach § 31 Abs. 1, § 11 Abs. 6 bzw. § 34 SGB V

Der Gesetzesentwurf schließt die Erstattung homöopathischer und anthroposophischer Arzneimittel und ihrer Therapierichtungen im § 11 Abs. 6, § 31 Abs. 1 Satz 1 sowie im § 34 SGB V aus. Das einseitige Herauslösen homöopathischer und anthroposophischer Arzneimittel sowie von Leistungen der Therapien ist diskriminierend. Eine fachliche Diskussion der Kriterien auch im Vergleich zu anderen, weiterhin erstattungsfähigen Arzneimitteln und Maßnahmen hat nicht stattgefunden. Die Logik des Erstattungssystems wird an dieser Stelle einseitig zu Lasten von Homöopathie und anthroposophischer Medizin gesprengt.

3. Die Erstattung homöopathischer und anthroposophischer Arzneimittel ist gesellschaftlich gewünscht und entlastet die GKV

Allensbach-Daten belegen eine breite Nutzung und Wertschätzung homöopathischer und anthroposophischer Arzneimittel sowie eine relative Mehrheit für deren Erstattungsfähigkeit. 43 % der Befragten und 63 % der Homöopathie-Anwender befürworten ausdrücklich, dass homöopathische Arzneimittel und Therapien als Leistung der GKV erhalten bleiben. Dieser Wunsch

wurde durch eine Bundestagspetition mit einer das Quorum zur Anhörung im Petitionsausschuss weit überschreitenden Anzahl an Unterschriften aus dem Jahr 2024 unterstrichen.

Die im Entwurf vorgesehene Streichung würde den Versorgungspluralismus und die Wahlfreiheit der Versicherten deutlich einschränken, ohne einen nennenswerten Beitrag zur Lösung der Finanzierungsprobleme der GKV zu leisten.

Die Ausgaben der GKV für Homöopathie und anthroposophische Medizin liegen zudem bei lediglich rund 0,03 % der Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Selbst wenn man die im Entwurf genannten Einsparungen von rund 50 Mio. € unterstellt, handelt es sich im Kontext der GKV-Gesamtausgaben um einen marginalen Beitrag, der für die Stabilität der Beitragssätze faktisch ohne Relevanz ist.

Zudem hat ein systematischer Review zur Kosteneffektivität der Homöopathie gezeigt, dass fast alle eingeschlossenen Studien eine vergleichbare oder bessere klinische Wirksamkeit bei ähnlichen oder geringeren Kosten gegenüber den Kontrollgruppen berichten [Ostermann et al 2024]. So können homöopathische und anthroposophische Arzneimittel die GKV durchaus entlasten.

Zuletzt ist abzusehen, dass, sollte die Erstattung homöopathischer und anthroposophischer Arzneimittel gestrichen werden, andere Arzneimittel verordnet werden und das Einsparpotenzial real deutlich kleiner sein wird.

4. Satzungsleistungen sind heute bereits eine eigenverantwortliche Ermessensentscheidung der Krankenkassen – es braucht kein gesetzliches Verbot

Seit 2012 können die Krankenkassen nach § 11 Abs. 6 SGB V in ihrer Satzung zusätzliche Leistungen, insbesondere auch die Erstattung nicht verschreibungspflichtiger, apothekenpflichtiger Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen, vorsehen. Über die konkrete Ausgestaltung entscheiden die einzelnen Krankenkassen in eigener Verantwortung; die Satzungsleistungen dienen ausdrücklich dem Wettbewerb und der Profilbildung im Interesse der Versicherten. Mehr als die Hälfte der gesetzlichen Krankenkassen nutzt diese Möglichkeit und erstattet ärztlich verordnete Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen – darunter homöopathische und anthroposophische Arzneimittel – bis zu definierten Budgets.

Damit gilt bereits heute: es gibt keinen Anspruch auf eine einheitliche, flächendeckende Erstattung, sondern bewusste, ökonomisch abgewogene Entscheidungen der einzelnen Kassen, ob, in welchem Umfang und unter welchen Bedingungen homöopathische und anthroposophische Leistungen als Satzungsleistungen angeboten werden. Die Entscheidung, ob eine Krankenkasse ihren Versicherten entsprechende Angebote macht, obliegt ausschließlich der Selbstverwaltung der Kasse. Ein gesetzliches Verbot dieser Leistungen stellt deshalb einen tiefen Eingriff in die Gestaltungsfreiheit der Krankenkassen und den vom Gesetzgeber bislang ausdrücklich gewollten Kassenwettbewerb dar – ohne dass hierfür eine Notwendigkeit ersichtlich wäre.

5. Die Versorgung von Kindern mit homöopathischen und anthroposophischen Arzneimitteln muss erhalten bleiben

Kinder sind eine besonders vulnerable Gruppe. Ihnen stehen generell weniger Arzneimittel zur Verfügung, da Studien an Kindern an besonders hohe ethische Standards geknüpft sind. Homöopathische und anthroposophische Arzneimittel werden vor allem bei dieser Patientengruppe gerne angewendet, weil sie besonders verträglich und nebenwirkungsarm sind. Insbesondere im Hinblick auf das Konzept von „Delayed Prescription“ im Zusammenhang mit der Verringerung des fehlinduzierten Einsatzes von Antibiotika spielen sie eine berechtigte Rolle und sind versorgungsrelevant. In Versorgungsstudien konnte gezeigt werden, dass der Antibiotika-Einsatz verringert werden konnte, wenn Kinder bei homöopathisch arbeitenden Ärzten in Behandlung waren. Dies wurde für Kinder gezeigt [Securvita 2020] bzw. für Erwachsene und Kinder [Grimaldi-Bensouda et al. 2014]. Gerade im Fall von Kindern sollte das Prinzip der sozialen Gerechtigkeit Anwendung finden, damit die medizinische Versorgung von Kindern bzw. ggf. die Möglichkeit der Vorbeugung einer weiterführenden Behandlung mit einem Antibiotikum nicht von den finanziellen Möglichkeiten ihrer Eltern abhängt.

Forderung von Pharma Deutschland

Vor dem Hintergrund dieser Argumente fordert Pharma Deutschland:

1. Die Begründungslage im Regierungsentwurf grundlegend zu überarbeiten und die arzneimittelrechtliche Systematik, die vorhandene Evidenz, die hohe Akzeptanz in der Bevölkerung sowie die gesundheitsökonomischen Effekte sachgerecht zu berücksichtigen.

2. Die Möglichkeit, dass Krankenkassen homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sowie entsprechende ärztliche Leistungen als zusätzliche Satzungsleistungen vorsehen mit der entsprechenden Erstattungsfähigkeit, sollte nach § 11 Abs. 6 und § 31 Abs. 1 SGB V beibehalten werden. Daher plädiert der Verband dafür, den letzten Satz im neuen § 11 Absatz 6 und den entsprechenden neuen Satz 1 in § 31 Abs. 1 SGB V zu streichen.

3. An der bisherigen Formulierung in § 2 SGB V festzuhalten, wonach Behandlungsmethoden und Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen nicht ausgeschlossen sind, um den gesetzlichen Auftrag zur methodenneutralen, pluralen Versorgung nicht zu konterkarieren.

   Pharma Deutschland plädiert daher dafür, den im Entwurf gestrichenen Satz 2 in § 2 Abs. 1 SGB V beizubehalten.

4. Die Versorgung von Kindern mit homöopathischen und anthroposophischen Arzneimitteln zu sichern. Daher schlägt Pharma Deutschland nach Satz 5 folgende Ergänzung in § 34 Abs. 1 Satz 6 neu vor:

   *„**§ 34 Abs. 1 Satz 5 Ziffer 1 und 2 gilt auch für homöopathische und anthroposophische Arzneimittel**.“*

Insgesamt basieren die geplanten Änderungen im Regierungsentwurf auf falschen Annahmen und ignorieren das reale Bedürfnis der Patienten. Sie würden den Versorgungspluralismus einschränken, die Therapievielfalt und Versorgungsgerechtigkeit beeinträchtigen, die Selbstverwaltung der Krankenkassen schwächen und das Vertrauen in bewährte integrierte Versorgungsansätze unterminieren – bei im Verhältnis minimaler Budgetwirkung. Pharma Deutschland spricht sich daher klar gegen ein gesetzliches Verbot der Erstattung homöopathischer und anthroposophischer Arzneimittel und ärztlicher Leistungen aus und plädiert für die Sicherung des Status quo.

Referenzen:

Grimaldi-Bensouda L, et al. Management of upper respiratory tract infections by different medical practices, including homeopathy, and consumption of antibiotics in primary care: the EPI3 cohort study in France 2007–2008. PLoS One. 2014;9(3):e89990.

Hamre HJ, et al. Efficacy of homoeopathic treatment: systematic review of meta-analyses of randomised placebo-controlled homoeopathy trials for any indication. Syst Rev. 2023;12(1):191.

Herman PM, Poindexter BL, Witt CM, Eisenberg DM. Are complementary therapies and integrative care cost-effective? A systematic review of economic evaluations. 2012.

Ostermann T, Burkart J, de Jaegere S, Raak C, Simoens S. Overview and quality assessment of health economic evaluations for homeopathic therapy: an updated systematic review. Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res. 2024;24:117–142.

Sackett DL. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ. 1996;312:71–72.

Securvita 2020 https://www.securvita.de/fileadmin/inhalt/dokumente/auszuege_SECURVITAL/202004/securvital_0420_6-11.pdf

Art. 1 Nr. 14a) und c), Nr. 49c) – Abschaffung der „Leitplanken" (§ 35a Abs. 1 S. 3 Nr. 7, Abs. 3 S. 5, 6 und § 130b Abs. 3 SGB V - alt)

Geplante Regelung

Es ist vorgesehen, den § 130b Abs. 3 SGB V auf den Stand vor dem GKV-FinStG zurückzuführen. Damit entfallen die Leitplanken und auch die mit dem Medizinforschungsgesetz installierten Regelungen zur Befreiung von den Leitplanken für Arzneimittel mit klinischen Prüfungen mit relevantem Anteil an Prüfungsteilnehmern in Deutschland. Eine Analogie zu der bisherigen Anreizsetzung zur Förderung von klinischen Studien in Deutschland soll zukünftig an den dynamischen Herstellerabschlag gekoppelt werden (Vgl. dazu Ausführungen zu dynamischem Herstellerabschlag).

Bewertung

Pharma Deutschland begrüßt die Abschaffung der mit dem GKV-FinStG eingeführten Leitplanken. Eine nutzenbasierte Preisfindung im Rahmen der Verhandlung des

Erstattungsbetrages nach §130b SGB V, wie sie das AMNOG grundsätzlich vorsieht, wird somit wieder gestärkt. Gleichzeitig wird diese Regelung allerdings durch die Anpassungen in § 130e SGB V zu Rabattverträgen für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung konterkariert (s.u.).

In der Begründung zur Streichung der Leitplanken auf Seite 131 des Gesetzesentwurfes wird ausgeführt, dass nicht zweifelsfrei festzustellen sei, inwieweit die Leitplanken einen Beitrag zur Erreichung der Einsparziele, die mit Einführung des GKV-FinStG verbunden waren, leisten konnten. Gleichzeitig ist nur wenige Sätze später zu lesen, dass die mit Streichung der Leitplanken einhergehenden finanziellen Mehrbelastungen der GKV durch andere Instrumente wie die Stärkung des Preiswettbewerbs patentgeschützter Arzneimittel im gleichen Therapiegebiet, Preis-Mengen-Regelungen und dem dynamischen Herstellerabschlag zu kompensieren seien. Die finanziellen Mehrbelastungen sind aus Sicht von Pharma Deutschland nicht zu erkennen. Die Begründung zur Rechtfertigung der Einführung o.g. Sparinstrumente ist daher nicht nachvollziehbar.

Zu Art. 1 Nr. 14b) und c), Nr. 50, Nr. 71 - Wegfall Kombinationsabschlag (§ 35a Abs. 1d, Abs. 3 S. 4; § 130e – alt), § 429

Geplante Regelung

Der Entwurf sieht vor, den Kombinationsabschlag (§ 130e SGB V) und alle damit verbundenen notwendigen gesetzlichen Regelungen zur Ausgestaltung des Verfahrens (Feststellungsverfahren, Kombinationsbenennung) zu streichen. Darüber hinaus soll mit Ergänzung des § 429 SGB V eine Übergangsregelung geschaffen werden.

Bewertung

Pharma Deutschland begrüßt die Streichung des mit dem GKV-FinStG eingeführten Kombinationsabschlags und alle damit verbundenen gesetzlichen Regelungen. Dies leistet einen Beitrag, unnötige bürokratische Prozesse abzubauen und Abrechnungsstreitigkeiten zu vermeiden. Mit dem Verzicht auf diese Regelung wird zudem der Tatsache Rechnung getragen, dass die sog.

freien Kombinationen bereits in den Erstattungsbetragsverhandlungen Berücksichtigung finden können. Somit wird auf eine doppelte Rabattierung verzichtet.

Zu Art. 1 Nr. 39, 50 - Wirtschaftlichkeitsprüfung (§ 106b SGB V i.V.m. § 130e SGB V)

Geplante Regelung im Regierungsentwurf

Künftig sollen in den Arzneimittelvereinbarungen auf Ebene der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) rabattarzneimittelbezogene Verordnungsquoten für die nach § 130e Abs. 1 S. 1 SGB festgelegten Gruppen im Therapiegebiet enthalten sein. Das bedeutet, dass Vertragsärzte verpflichtet werden sollen, innerhalb der Gruppen bestimmte Rabattvertragsarzneimittel bevorzugt zu verordnen.

Bewertung

Analog zur Ablehnung von Selektivverträgen (§130e SGB V – s. Anmerkungen unten) lehnt Pharma Deutschland auch die hier vorgeschlagenen Verordnungsquoten für diesen Bereich ab.

Die Verlagerung der Quoten selbst auf die regionale KV-Ebene führt zu unübersichtlichen, heterogenen Vorgaben in den einzelnen Kassenärztliche Vereinigungen (KV), was entgegen der Aussage in der Gesetzesbegründung zu erhöhtem Bürokratieaufwand für Ärzte und Krankenkassen führt. Neben zahlreichen bereits bestehenden Vorgaben für die wirtschaftliche Verordnungsweise müssen dann Quoten für den Einsatz innovativer Therapien erfüllt werden. Außerdem wird damit eine de facto Austauschbarkeit unterschiedlicher Substanzen als gegeben gesehen und der Patentschutz ausgehöhlt.

Die Quoten per se dürfen zu keiner Beeinträchtigung des Patientenversorgung führen. So sieht es auch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) (z.B. zu Zielquoten in Schleswig-Holstein v. 15. Juli 2020, Az.: B 6 KA 12/19 R), weil Ärzte immer eine gewisse „Beinfreiheit“ haben müssen, um die therapeutischen Bedürfnisse ihrer Patienten erfüllen zu können. Das erkennt wohl der Entwurf, wenn in der Begründung zur Höhe der Quoten ausgeführt wird, dass Quoten abhängig

sind von der tatsächlichen therapeutischen Vergleichbarkeit der geclusterten Arzneimittel. All das tangiert jedoch den Leistungsanspruch der Versicherten, der bundesgesetzlich normiert ist und nicht durch regionale Regelungen eingeschränkt werden darf.

Die Verordnungen dieser Rabattarzneimittel sollen auch als Praxisbesonderheit zu seinen Gunsten anerkannt werden (§ 130e Abs. 2 SGB). Rabattvertragsarzneimitteln wohnt per se der Anschein der Wirtschaftlichkeit inne: dies ergibt sich bislang schon aus §§ 106b Abs. 4 Nr. 2, 129 Abs. 1 Satz 3 SGB V, denn der gesetzliche Ausschluss der Wirtschaftlichkeitsprüfung für Arzneimittel, für die Ärzte, die einem Rabattvertrag beigetreten sind, ist nur vor dem Hintergrund verständlich, dass durch die Rabattverträge das Wirtschaftlichkeitsgebot umgesetzt wird. Es ist irreführend, wenn man nun die Verordnung von Rabattvertragsarzneimitteln als Praxisbesonderheit kennzeichnet.

Schließlich bewirkt die Regelung eine sachlich nicht gerechtfertigte doppelte Privilegierung von Rabattvertragsarzneimitteln, nämlich sowohl durch die verpflichtende Wirkstoffverordnung als auch durch deren Berücksichtigung als Praxisbesonderheit.

Zu Art. 1 Nr. 48a) - Dynamischer Herstellerabschlag (§ 130a Abs. 1b, 1c)

Geplante Regelung im Regierungsentwurf

Es wird die Einführung eines dynamischen Herstellerabschlags für patentgeschützte Arzneimittel sowie die Möglichkeit zur Befreiung vom dynamischen Abschlag über einen „Deutschlandbonus“ vorgeschlagen.

Dynamischer Herstellerabschlag

Beim dynamischen Herstellerabschlag soll der geltende Abschlag von derzeit 7 Prozent ab Juli 2027 um eine dynamische Komponente ergänzt werden. Für den Zeitraum vom 1. Januar 2027 bis 30. Juni 2027 ist zunächst eine einmalige statische Anhebung um 3,5 Prozent vorgesehen.

Mit der Einführung des dynamischen Herstellerabschlags soll das Prinzip der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik im Arzneimittelsektor verankert werden. Die Einnahmenseite wird dabei über die

Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen abgebildet. Leitgedanke ist eine Gegenüberstellung von “Ist”- und (hypothetischen) “Soll”-Ausgaben. Die Soll-Ausgaben berücksichtigen die Entwicklung von Ausgaben und beitragspflichtigen Einnahmen und bilden eine Ausgabengrenze. Bei Überschreiten dieser Grenze ist eine herstellerseitige Kompensation über einen Abschlag vorgesehen. Der Abschlag ist für jedes Kalenderjahr neu zu ermitteln. Begründet wird der Vorschlag mit der Entwicklung der Ausgaben im Patentmarkt.

Ausgenommen vom dynamischen Abschlag sind Generika; Festbetragsarzneimittel; Biosimilars; patentfreie versorgungskritische Arzneimittel nach § 52b Absatz 3c Satz 1 AMG; patentfreie Kinderarzneimittel nach § 35 Absatz 5a Satz 1 SGB V, vom Preismoratorium befreite Arzneimittel und Reserveantibiotika. Ausgenommen sind zudem Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen, für die der neu vorgeschlagene „Deutschlandbonus“ greift. Hiernach sollen neu eingeführte Arzneimittel mit klinischen Prüfungen in Deutschland und bei denen der Wirkstoff auch in Deutschland produziert wird vom dynamischen Abschlag ausgenommen werden. Die Befreiung kann beim BfArM für die Arzneimittel beantragt werden, die ab dem 1. Januar 2027 erstmalig in Deutschland in Verkehr gebracht werden. Die für die Befreiung notwendigen Anforderungen müssen kumulativ erfüllt sein:

Bewertung

Pharma Deutschland lehnt den dynamischen Herstellerabschlag entschieden ab. Der Vorschlag ist weder sachgerecht noch verhältnismäßig ausgestaltet. Innovationen sind das Ergebnis hoher Forschungs- und Entwicklungsinvestitionen und bilden die Grundlage für medizinischen Fortschritt und eine hochwertige Arzneimittelversorgung. Zusätzliche finanzielle Belastungen durch einen Herstellerabschlag untergraben die Ziele des frühen Zugangs zu Innovationen, langfristig die Versorgung, Innovationskraft sowie den Forschungsstandort Deutschland.

Der Neuvorschlag für einen dynamischen Abschlag unterläuft jegliche Planbarkeit für Hersteller. Die Höhe des Abschlags ist abhängig von nicht sicher vorhersagbaren Variablen. Das gilt sowohl einnahme- als auch ausgabenseitig. Die fehlende Planbarkeit der tatsächlichen Abschlagshöhe führt zu erheblicher wirtschaftlicher Unsicherheit für die betroffenen Unternehmen. Es ist fraglich, ob ein derart intensiver Eingriff noch von der bisherigen Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts gedeckt ist. So bestehen bereits erhebliche Zweifel an der Angemessenheit des dynamischen Abschlags trotz des angestrebten Gemeinwohlziels der

Kostenstabilität der gesetzlichen Krankenversicherung. Zumindest dürften nunmehr die Grenzen der Zumutbarkeit überschritten sein. Diese Maßnahme, die für den jeweils betroffenen pharmazeutischen Unternehmer kaum kalkulierbar ist, kann zu einer Instabilität der pharmazeutischen Industrie führen und so in der Folge die Versorgungssicherheit im Arzneimittelbereich gefährden.

Pharma Deutschland weist auch darauf hin, dass es sich bei dem dynamischen Herstellerabschlag nicht um eine kurzfristige Maßnahme handelt. Im Gegenteil, es wird ein **dauerhafter Mechanismus** eingeführt, der nicht nur kurzfristig wirkt, und der Unternehmen damit der beschriebenen Unsicherheit dauerhaft aussetzt**. Er stellt einen tiefgreifenden, strukturellen und unbegrenzten Eingriff in die Preisbildung patentgeschützter Arzneimittel dar**.

Für die **Auswirkungen des dynamischen Herstellerabschlags auf die Versorgung gibt es zudem keinerlei Erfahrungen**. Die Evaluationen einer Erhöhung des Herstellerabschlags im Zuge einer kurzfristigen Erhöhung über das GKV-FinStG können nicht direkt auf den dynamischen Herstellerabschlag übertragen werden. Die Finanzkommission selbst hat die Auswirkungen des dynamischen Herstellerabschlags in ihrem Bericht als nicht klar vorhersagbar benannt. Der dynamischen Herstellerabschlag nimmt die Ausgabenbegrenzung in den Fokus, blendet aber jegliche Auswirkung auf Versorgung, Zugang und auf den Innovationsstandort gänzlich aus.

Aus dem vorgeschlagenen Berechnungsmodell ergibt sich eine nicht sicher vorhersagbare Abschlagshöhe. Abhängig von den Variablen der Berechnungsformel sind jedoch potenziell dramatische und unverhältnismäßige **Abschlagshöhen von bis zu 50% im Jahr 2040 möglich**. Im Kern sieht das Modell einen Abgleich von tatsächlichen Ausgaben und einem hypothetischen Soll-Wert vor. Für die Berechnung des Soll-Wertes wird in zwei Stufen vorgegangen. Die erstmalige Berechnung erfolgt auf Basis der tatsächlichen Ausgaben des Vorjahres, fortgeschrieben mit dem Zuwachs der beitragspflichtigen Einnahmen. In den Jahren danach wird der Soll-Wert des Vorjahres jeweils fortgeschrieben um den Zuwachs der beitragspflichtigen Einnahmen. Wird das im Gesetzesvorschlag eingebrachte Rechenmodell so umgesetzt, bedeutet das für Hersteller, dass sich der Abschlag in bislang ungekannte Höhen entwickeln kann. Bei der Betrachtung der Entwicklung der Abschlagshöhe über die Zeit mit einem Herstellerabschlag von 50% im Jahr 2040 ist klar zu sehen, dass es sich hier nicht um ein tragfähiges Vorhaben handelt, sondern der Gesetzentwurf gravierend auf die Industrie und die Arzneimittelversorgung der deutschen Patienten wirkt. Zur

Verdeutlichung: selbst wenn die gesamte pharmazeutische Industrie heute aufhören würde, neue Arzneimittel auf den deutschen Markt zu bringen, würde der Herstellerabschlag durch Demographie und den damit steigenden Arzneimittelverbrauch noch steigen. Dieses Vorgehen ist insbesondere im internationalen Kontext zu Entwicklungen in den USA in Hinblick auf Most Favored Nation (MFN) nicht nachvollziehbar.

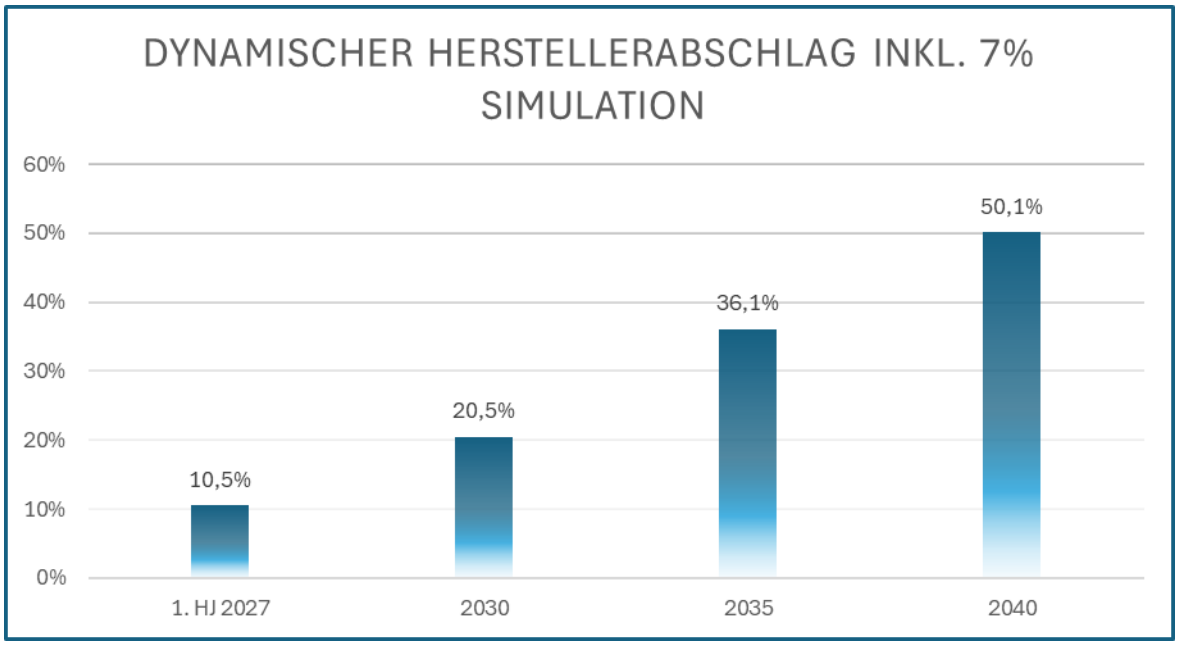


Abb. Simulation Dynamischer Herstellerabschlag bis 2040, eigene Berechnung nach Gesetzestext

Der vorgeschlagene dynamische Herstellerabschlag ist eine **Budgetierungsmaßnahme**. Das Budget wird bestimmt durch einen rechnerisch ermittelten „Soll"-Wert. Die maßgeblichen Einflussfaktoren auf die rechnerischen Größen liegen jedoch völlig außerhalb des Einflussbereichs der einzelnen Hersteller (Beitragseinnahmen, Lohnentwicklung, gesamtwirtschaftliche und gesellschaftliche Rahmenbedingungen, aber auch die Gesamtausgabenentwicklung von Arzneimittel). Dennoch gilt, dass wenn die festgelegte Budgetgrenze überschritten wird, eine Kompensation durch alle betroffenen Hersteller erfolgt. Dabei ist es unerheblich, ob und in welchem Umfang ein einzelnes Unternehmen tatsächlich zur Überschreitung beigetragen hat. Auch die Kompensation für Morbiditätsrisiken und strukturelle Probleme wird gänzlich auf die Industrieseite verlagert. Damit werden Hersteller in Haftung genommen für Entwicklungen, die sie nicht beeinflussen können.

Das im Regierungsentwurf vorgesehene Verfahren zur Festlegung des Herstellerabschlags weist zudem erhebliche Umsetzungs-, Transparenz- und Beteiligungsdefizite auf. Im Vorschlag ist vorgesehen, dass der GKV-Spitzenverband dem BMG bis zum jeweils 15. Mai die Daten zur Berechnung liefert. Das BMG berechnet die Abschlagshöhe und gibt diese zum jeweils 1. Juni im Bundesanzeiger bekannt. Zeitgleich gibt das BMG die ihm übermittelten Berechnungsgrundlagen aus „Transparenzzwecken“ bekannt. Eine inhaltliche Prüfpflicht seitens des BMG ist nicht vorgesehen. Für Hersteller heißt das, dass Bekanntgabe und Geltung des Abschlags für den kommenden Gültigkeitszeitraum (Gültigkeit jeweils ab 1. Juli) extrem kurz sind. Bis zu diesem Zeitraum sind dem Hersteller die konkreten Berechnungsgrundlagen unbekannt und damit auch nicht überprüfbar. Hersteller werden als maßgeblich Betroffene des Abschlags bis zu diesem Zeitpunkt nicht in den Prozess eingebunden. Das ist für einen derart weitreichenden Eingriff in die Preisbildung inakzeptabel. Ein einseitig administrativ festgelegtes Verfahren wird den Anforderungen an ein rechtsstaatliches, transparentes und sachgerechtes Vorgehen nicht gerecht. Auch stellen sich grundsätzliche Fragen zur Haftung bei möglichen Fehlern in der Datenerhebung, -auswertung oder -berechnung. Zudem gilt, dass die geringen Vorlauffristen zwischen Bekanntgabe und Geltung entgegen jeglicher Planbarkeit stehen. Und all dies im Gesamtkontext eines aktuell stark volatilen globalen Marktumfeldes.

Die Freistellung vom Abschlag über einen „Deutschlandbonus“ für Arzneimittel, die in Deutschland klinisch erprobt und produziert werden, ist für Unternehmen nicht erfüllbar. Das bedeutet nicht nur, dass Unternehmen keine Freistellung vom dynamischen Abschlag erreichen können, sondern es bedeutet auch, dass ein wichtiges kollektives Ziel, die Stärkung von Resilienz in der Versorgung, nicht erreicht werden kann. Unbenommen davon stehen die Anforderungen nicht im Einklang mit derzeitigen europäischen Bestrebungen zur Stärkung der Arzneimittelversorgung, insbesondere im Kontext des Critical Medicines Act. Vor diesem Hintergrund ist auch der Verweis in der Gesetzesbegründung des Kabinettentwurfs auf die Regelung nach ALBVVG im § 130a Absatz 8a SGB V kritisch zu bewerten, da dort ausdrücklich die EU- und EWR-Ebene als maßgeblicher Referenzrahmen benannt wurde und nicht der nationale Produktionsstandort Deutschland.

Zu Art. 1 Nr. 48b) - Herstellerabschlag für Schutzimpfungen (§ 130a Absatz 2 SGB V)

Geplante Regelung im Referentenwurf

Mit der vorgesehenen Regelung soll der Herstellerabschlag nach § 130a Absatz 2 SGB V für Schutzimpfungen nach § 20i SGB V um einen zusätzlichen Rabatt in Höhe von 7 % für Impfstoffe mit Patent- oder Unterlagenschutz eingeführt werden.

Bewertung

Mit dem Entwurf soll für Schutzimpfungen nach § 20i SGB V für Impfstoffe mit Patent- oder Unterlagenschutz ein zusätzlicher Abschlag in Höhe von 7 Prozent eingeführt werden. Aus Sicht des Verbands ist diese Regelung abzulehnen. Sie verschärft den Preisdruck auf innovative Impfstoffe in einem Bereich, der für die gesundheitliche Prävention und die Versorgungssicherheit von besonderer Bedeutung ist, ohne die eigentlichen Ursachen unzureichender Impfquoten in Deutschland zu adressieren.

Mit dem Vorschlag zu § 130a Absatz 2 SGB V wird der bisherige EU-/EWR-Referenzabschlag in seiner bisherigen Lenkungswirkung faktisch weitgehend entwertet. Der zusätzliche Abschlag i.H.v. 7% greift, wenn ein Impfstoff nicht in mindestens vier Mitgliedstaaten der Europäischen Union oder anderen Vertragsstaaten des Europäischen Wirtschaftsraums in Verkehr gebracht wird und ein Referenzabschlag deshalb nicht ermittelt, werden kann. Zugleich werden jedoch Impfstoffe, für die ein Referenzabschlag ermittelt werden kann, zusätzlich mit einem Abschlag i.H.v. 7% belastet und damit gegenüber der bisherigen Systematik schlechter gestellt. Diese Ausgestaltung kann Fehlanreize für Markteinführungen innerhalb der Europäischen Union setzen und damit auch Auswirkungen auf die Versorgung in anderen Mitgliedstaaten haben.

Der gesundheitspolitische Handlungsbedarf liegt nicht in einer Überinanspruchnahme von Impfstoffen, sondern in einer weiterhin unzureichenden Impfquote, insbesondere bei Erwachsenen und älteren Menschen. Vor diesem Hintergrund sollte der Gesetzgeber die Stärkung der

Impfprävention in den Mittelpunkt stellen und verlässliche Rahmenbedingungen schaffen, um die Inanspruchnahme von Schutzimpfungen nachhaltig zu erhöhen.

Erforderlich sind insbesondere Maßnahmen, die den Zugang zu Schutzimpfungen erleichtern und die Umsetzung von Impfempfehlungen beschleunigen. Dazu zählen niedrigschwellige Impfangebote in unterschiedlichen Versorgungsettings, die stärkere Einbindung von Apotheken als Zugangspunkt für Impfprävention, digitale Erinnerungs- und Recall-Systeme über die elektronische Patientenakte sowie schnellere und planbarere Prozesse von Zulassung und Empfehlung bis zur regionalen Erstattung. Ebenso sollten innovative Versorgungskonzepte unterstützt werden, die Co-Administration erleichtern, Präventionspfade vereinfachen und perspektivisch den Einsatz von Kombinationsimpfstoffen ermöglichen.

Zusätzliche Abschläge setzen demgegenüber das falsche Signal. Sie schwächen Investitions- und Planungssicherheit in einem Bereich, in dem Deutschland mehr Innovation, mehr Versorgungssicherheit und mehr Anreize für Prävention braucht. Statt zusätzlicher Preisbelastungen sollte die Politik auf ein präventionsorientiertes Umfeld hinwirken, das Impfquoten erhöht, Versorgung vereinfacht und den Public-Health-Nutzen von Schutzimpfungen besser realisiert. Die vorgesehene Ergänzung des § 130a Absatz 2 SGB V sollte daher gestrichen werden.

Pharma Deutschland schlägt alternativ eine Änderung der Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung (Risikostruktur-Ausgleichsverordnung – RSAV) vor. Damit sollen die für Krankenkassen entstandenen Kosten über entsprechende Zuweisungen abgebildet werden. Gleichzeitig fördert der Vorschlag gezielt nachhaltige Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen. Konkret wird hierfür in § 15 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung – RSAV – in einem neuen Absatz vorgesehen, dass die Leistungen für Schutzimpfungen nach § 20i Absatz 1 SGB V je Impfindikation zu einer Pauschale zusammengefasst werden, die auch die Impfstoffkosten enthält.

Zudem bedarf es aus Sicht von Pharma Deutschland generell einer expliziten Einbindung der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer auf Bundesebene bei der Regelung des Näheren. Analog zum

sogenannten „Leitfaden für Herstellerabschläge“ sind bei Festlegungen des GKV-Spitzenverbandes die Verbände ins Benehmen zu setzen.

Dazu schlägt Pharma Deutschland vor, § 130a Absatz 2 Satz 6 SGB V wie folgt zu ändern:

> „*Das Nähere regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen* ***im Einvernehmen mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer auf Bundesebene.***“

Zu Art. 1 Nr. 48c) - Verlängerung des Preismoratoriums und erweitertes Preismoratorium (§ 130a Abs. 3a SGB V)

Geplante Regelung

Der Entwurf sieht eine Verlängerung des Preismoratoriums bis zum 31. Dezember 2030 vor.

Bewertung

Herstellerabschläge stellen einen massiven Eingriff in das grundrechtlich geschützte Recht pharmazeutischer Unternehmen auf Berufsfreiheit aus Art. 12 Abs. 1 GG dar. Eine regelmäßige Prüfung der Verhältnismäßigkeit ist allein vor dem Hintergrund der Konformität mit dem Grundgesetz erforderlich. Sie sind daher gleichzeitig neben den parallel geltenden Preisinstrumenten, Rabattverträgen, Festbeträgen sowie Erstattungsbeträgen ein direkt wirkendes Mittel, die pharmazeutische Industrie zum Lastenausgleich strukturell bedingter Ineffizienzen im GKV-System heranzuziehen. Vor dem Hintergrund der bereits jährlich erbrachten Rabatte im Zuge des Preismoratorium spricht sich Pharma Deutschland gegen die beabsichtigte Verlängerung aus.

Die zahlreichen Rückfragen aus den Mitgliedsunternehmen zeigen die Komplexität und damit Unsicherheiten und in der Preiskalkulation. Korrekte Preis- und Produktmeldungen bilden die Grundlage einer friktionsfreien Abrechnung von mehr als 600 Mio. Rezepten im Jahr. Daher sind die der Meldung bzw. Berechnung zugrunde liegenden Voraussetzungen kontinuierlich mit der Praxis abzugleichen. Bereits im Rahmen des Gesetzgebungsverfahren zum Gesetz für mehr Sicherheit in

der Arzneimittelversorgung (GSAV) hat der Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller BAH (heute Pharma Deutschland) darauf hingewiesen, dass die Regelung des Inflationsausgleiches im Zusammenspiel mit dem Generikaabschlag nicht praxisgerecht ist. So sollten auch Arzneimittel den Inflationsausgleich nutzen können, die nach dem 1. August 2009 in Verkehr gebracht wurden und nicht über das sogenannte erweiterte Preismoratorium referenzierbar sind. Die damit verbundene Gleichbehandlung von Produkten im Wirkungsbereich des Preismoratoriums stärkt dieses grundrechtlich und baut Sondermechanismen und damit Bürokratie ab.

Daher schlägt Pharma Deutschland vor, § 130a Absatz 3a Satz 2 wie folgt zu ändern:

> *"**Zur Berechnung des Abschlags nach Satz 1 ist der Preisstand vom 1. August 2009 oder der Preisstand der Markteinführung gemäß Satz 3 erstmalig am 1. Juli 2018 und jeweils am 1. Juli der Folgejahre um den Betrag anzuheben, der sich aus der Veränderung des vom Statistischen Bundesamt festgelegten Verbraucherpreisindex für Deutschland im Vergleich zum Vorjahr ergibt**."*

Darüber hinaus ist weiterhin eine Ablösung des Generikaabschlages wegen vorangegangener Inanspruchnahme der Inflationsausgleichsregelung nicht möglich. Dies entspricht nicht der Gesetzesintention und insbesondere der GKV-Spitzenverband nimmt einseitig eine Auslegung der Regelung über den Leitfaden Herstellerabschläge vor. Die damit verbundenen Unstimmigkeiten in den Planungen zum Inverkehrbringen von Arzneimitteln führen zu unnötigen Korrekturen und Rückabwicklungen seitens Krankenkassen und pharmazeutischer Unternehmen. Pharma Deutschland setzt sich daher für eine entsprechende Klarstellung im Gesetz ein. Auch mit Blick auf die Konsistenz der Abschlagsregelungen innerhalb des § 130a SGB V ist nicht nachvollziehbar, warum festbetragsgebundene Arzneimittel grundsätzlich dem Generikaabschlag unterliegen.

Entsprechend schlägt Pharma Deutschland folgende Änderung des § 130a Absatz 3b Sätze 4 bis 6 SGB V vor:

> *"Satz 2 zweiter Halbsatz gilt nicht für Preiserhöhungen, die sich aus der Anhebung des Preisstands **~~vom 1. August 2009~~ nach Absatz 3a Satz 2 ergeben.** Absatz 3a Satz 8 bis 11 gilt entsprechend. Satz 2 gilt nicht für ein Arzneimittel, dessen Abgabepreis nach Satz 1 im Zeitraum von 36 Monaten vor der Preissenkung erhöht worden ist; Preiserhöhungen vor dem*

1. Dezember 2006 ***und Preiserhöhungen nach § 130a Abs. 3a Satz 2 und Satz 4 SGB V*** *sind nicht zu berücksichtigen.“*

Geplante Regelung

Mit der Regelung des Entwurfes wird die Preisreferenzierung des sog. erweiterten Preismoratoriums über den pharmazeutischen Unternehmer hinaus auf einen pharmazeutischen Unternehmer im Gesamtmarkt erweitert.

Bewertung

Die geplante Änderung des erweiterten Preismoratoriums nach § 130a Absatz 3a Satz 4 SGB V führt die grundsätzliche und richterlich bestätigte Regelung der Preisreferenzierung innerhalb desselben pharmazeutischen Unternehmens ad absurdum und wird von Pharma Deutschland abgelehnt. In der Konsequenz wäre eine Preisreferenzierung eines Arzneimittels, das “*dem neuen Arzneimittel in Bezug auf die Packungsgröße unter Berücksichtigung der Wirkstärke am nächsten kommt*”, im gesamten Markt möglich. Damit werden alle aktuell berechneten Rabatte aufgrund des erweiterten Preismoratorium hinfällig und die gesamte Abrechnungssystematik nach § 300 SGB V wird chaotisiert. Die pU-eigene Preissouveränität innerhalb von Deutschland wird entschieden geschwächt. Zudem negiert die vorgeschlagene Regelung den Gesetzeszweck des § 130a Absatz 3a Satz 5 SGB V. Demnach gilt Satz 4 “e*ntsprechend bei Änderungen zu den Angaben des pharmazeutischen Unternehmers oder zum Mitvertrieb durch einen anderen pharmazeutischen Unternehmer*.” Die in der Begründung angeführten Umgehungsmöglichkeiten soll der Satz 5 auffangen. Die mit dem aktuellen Vorschlag intendierte Wirkung ist damit redundant.

Die geplante Neuregelung unterstellt zudem, dass der Preis eines Arzneimittels linear zur Wirkstoffmenge skalierbar ist. Das ist pharmakologisch falsch. Ein konkretes Beispiel verdeutlicht dies eindrücklich: Ein “Arzneimittel 2400 I.E./ml” wurde speziell für Kleinkinder entwickelt, um das Risiko einer Vitamin-D-Überdosierung bei Säuglingen durch sichere Dosierbarkeit nahezu auszuschließen. Würde man den Preis linear am wirkstoffreicheren Standardprodukt XYZ festmachen, dürfte das “Arzneimittel 2400 I.E./ml” rechnerisch nur noch ca. 0,36 € kosten. Die tatsächlichen Produktionskosten – für GMP-gerechte Herstellung, kindgerechte Verpackung, Dosierhilfe und besondere Hilfsstoffe – liegen weit darüber. Das Produkt wäre nicht mehr

vermarktbar. Der pharmazeutische Unternehmer wäre damit gezwungen, es ersatzlos vom Markt zu nehmen. Dasselbe gilt für kindgerechte Säfte im Vergleich zu Tabletten sowie für jedes sinnvolle Repurposing von Wirkstoffen.

Darüber hinaus stellt diese Regelung einen massiven Eingriff in die durch Art. 12 und Art. 14 GG geschützten Rechte der Unternehmen dar: die Kopplung des eigenen Produktpreises an ein fremdes Konkurrenzprodukt ist willkürlich und entwertet geleistete Innovationsinvestitionen in verfassungsrechtlich nicht hinnehmbarer Weise.

Zu Art. 1 Nr. 49a) - Preis-Mengen-Regelung (§ 130b Abs. 1a SGB V)

Geplante Regelung

Der Entwurf sieht vor, Preis-Mengen-Regelungen als feste Abschlagsmechanismen im Sinne einer Auffanglösung zu installieren. Gemäß aktueller Rechtslage ist die Berücksichtigung von Mengenaspekten bei der Preisbildung bereits verpflichtend, jedoch wird kein konkretes Rabattmodell vorgeschlagen. Im Gesetzesentwurf ist eine Auffanglösung vorgesehen, die dann greift, wenn zwischen Hersteller und GKV keine Einigung erzielt wird. Mit der geplanten Neuregelung wird eine Schiedsstellenbefassung ausgeschlossen.

Darüber hinaus sollen bestehende Vereinbarungen, die im Zuge des GKV-FinStG getroffen wurden, über ein Sonderkündigungsrecht (§ 130b Abs. 7a SGB V) zum 1. Februar 2027 neu verhandelt werden können.

Bewertung:

Pharma Deutschland lehnt ein im Gesetz festgeschriebenes Abschlagsmodell ab. Im Rahmen des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes wurde mit den sog. Leitplanken bereits ein Algorithmus ins Gesetz eingeführt, der nun richtigerweise wieder abgeschafft wird, da alle Algorithmen der individuellen Situation einer Substanz im AMNOG nicht gerecht werden können. Jeder durch den Gesetzgeber festgelegte Algorithmus konterkariert das Grundprinzip der nutzenbasierten

Preisfindung und nimmt beiden Verhandlungspartnern, GKV-SV und Industrie, Spielraum, eine Lösung im Rahmen der Verhandlung nach § 130b SGB V zu finden.

Zurecht wird in der Begründung des Entwurfes ausgeführt, dass es sachgerecht ist, Verhandlungsspielräume auch zukünftig bei den beteiligten Parteien zu belassen**. Eindeutig ist aber, dass mit der hier vorgeschlagenen Auffanglösung ein Zwangsmodell etabliert wird, welches jedwedes andere mögliche Modell in der Praxis zukünftig unmöglich macht.** Der Grund hierfür liegt in der Verhandlungslogik. Das vorgegebene Model etabliert aus Sicht des GKV-SV einen Mindeststandard in Bezug auf eine Preis-Mengen-Vereinbarung. Für die Industrie stellt diese Formulierung aber eine Maximallösung dar. Insofern wird es keine individuellen Lösungen in der Verhandlung geben und der Gesetzestext zementiert die zukünftigen Preis-Mengen-Vereinbarungen.

Auch zu beachten ist in diesem Zusammenhang die Doppelbelastung der pharmazeutischen Industrie aufgrund von Wechselwirkungen mit § 130e SGB V. Arzneimittel, welche unter Rabattvertrag sind, werden auf Grund der dahinter liegenden Steuerungsmechanismen ein Mengenwachstum erfahren. Dieses Mengenwachstum wird in bilateralen Verhandlungen zwischen Krankenkasse und Hersteller rabattbestimmend sein. Gleichzeitig muss aber bei Mengenwachstum ein zusätzlicher Mengenrabatt nach § 130b Abs. 1a bezahlt werden, was eine doppelte Belastung für die Unternehmen darstellt.

Des Weiteren soll ein Sonderkündigungsrecht nach § 130b Abs. 7a Satz 1 SGB V für bestehende Verträge ermöglicht werden. Aus Sicht von Pharma Deutschland sollte dieses unter dem Gesichtspunkt der Planungssicherheit und des (unzulässigen) Eingriffs in die Vertragsfreiheit keinen Eingang in das Gesetz finden. Auf Grund üblicher kurzer Vertragslaufzeiten von Verträgen nach § 130b SGB V von ca. 1 bis 3 Jahren verbunden mit Sonderkündigungsrechten durch u.a. neue Nutzenbewertungen nach § 35a SGB V ist dieses auch aus bürokratischen Gründen nicht angezeigt.

Pharma Deutschland plädiert dafür, zwar Preis-Mengen-Vereinbarungen grundsätzlich zu ermöglichen, diese aber als Soll-Vorschrift in der individuellen Verantwortung der Verhandlungspartner zu belassen, um die nutzenorientierte Preisfindung zu unterstützen.

Zu Art. 1 Nr. 49b) - Streichung der Praxisbesonderheiten (§ 130b Abs. 2 SGB V)

Geplante Regelung im Referentenwurf

Die Soll-Vorschrift zu einer Vereinbarung einer Praxisbesonderheit für Arzneimittel mit Zusatznutzen im AMNOG soll ersatzlos gestrichen werden.

Bewertung

Pharma Deutschland lehnt die Streichung der Praxisbesonderheit ab. Die aktuelle Regelung besagt, dass Arzneimittel mit einem Zusatznutzen als Praxisbesonderheit im Rahmen der Verhandlungen nach § 130b SGB V anerkannt werden sollen. In diesem Zusammenhang wird unter anderem vereinbart, dass die Praxisbesonderheit z.B. nur bei bestimmten Patientengruppen oder bei der Anwendung von Fachärzten oder in bestimmten Indikationen mit Zusatznutzen gilt. Dieses hilft gezielt, AMNOG-geregelte Arzneimittel da einzusetzen, wo der medizinische, durch den G-BA bestätigte, größte Patientenzusatznutzen besteht. Die Einführung der Regelung in § 130b Absatz 2 SGB V verfolgte das Ziel, die Verordnungssicherheit für Ärzte bei innovativen Arzneimitteln zu erhöhen, den therapeutischen Zusatznutzen in die Wirtschaftlichkeitsprüfung einzubeziehen und die Qualität der Versorgung zu verbessern sowie die GKV vor Fehlallokationen zu schützen, indem Arzneimittel zielgerichtet von qualifizierten Fachgruppen eingesetzt werden. Gründe, warum diese etablierte und unproblematische Regelung zum Nachteil der Versorgungsqualität nun gestrichen werden soll, sind nicht nachvollziehbar, denn die Gründe, die zur Einführung geführt haben, sind nach wie vor gegeben. Die Beibehaltung dieser Regelung wäre in Anbetracht einer qualitativ hochwertigen Versorgung wichtig. Wird die Regelung aufgehoben, erhöht sich die Rechtsunsicherheit und das Regressrisiko für verordnende Ärztinnen und Ärzte steigt.

Änderungsvorschlag

Erhalt der aktuellen Regelung zur Praxisbesonderheit nach §130b Abs. 2 SGB V.

Zu Art. 1 Nr. 50 - Rabattverträge für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung (§ 130e Abs. 1 SGB V (neu))

Der Gesetzesentwurf sieht vor, dass Krankenkassen in Therapiegebieten, in denen es „therapeutisch vergleichbare“ Arzneimittel gibt, Rabattverträge abschließen können. Die rabattierten Arzneimittel sollen von Leistungserbringern bevorzugt verordnet werden. Durch eine Quotenbildung in Verbindung mit Praxisbesonderheiten hätten Ärzte die Möglichkeit von potenziellen Regressen befreit zu werden, wenn sie Rabattvertragsarzneimittel verordnen. Grundsätzlich sollen Krankenkassen über die Gleichwertigkeit von patentgeschützten Arzneimitteln entscheiden.

Das Vorhaben soll bis zum 31. Dezember 2030 pilotiert werden. Zunächst ist der Abschluss von Verträgen nur innerhalb fünf gesetzlich vorgegebener Wirkstoffgruppen zulässig:

- Janus-assoziierte Kinase (JAK)-Inhibitoren
- Calcitonin-Gene-Related-Peptide (CGRP)-Antagonisten
- Poly-ADP-Ribose-Polymerase (PARP)-Inhibitoren
- Proproteinkonvertase Subtilisin/Kexin Typ 9 (PCSK9)-Inhibitoren
- Programmed Cell Death-1-Rezeptor/Programmed Cell Death-ligand-1 (PD-1/PDL1)-Inhibitoren

Zur Evaluation der Pilotphase bis Ende 2030 soll der GKV-Spitzenverband dem Bundesministerium für Gesundheit einen Bericht über die Auswirkungen auf Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung sowie die Auswirkungen auf Arzneimittelausgaben vorlegen. Nach der Pilotphase sind die Krankenkassen mit der Gruppenbildung beauftragt.

Bewertung

Pharma Deutschland lehnt diese Regelung entschieden ab. Sie bedeutet einen Systembruch mit erheblichen und langfristigen Folgen für die Patientenversorgung in Deutschland. Die vorgeschlagenen Rabattverträge für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen sind nichts weniger als eine Fokusliste, bzw. eine Positivliste. Frühere Versuche, ein solches Instrument in Deutschland zu etablieren sind aus gutem Grund gescheitert. Mit dem AMNOG hat sich Deutschland

bewusst für eine nutzenbasierte Preisfindung entschieden. Dieses etablierte System würde durch die Neuregelung unterlaufen. Zum Nachteil für die Patientenversorgung mit innovativen Arzneimitteln. Innerhalb der betroffenen Gruppen würde der Preis zum dominierenden Auswahlkriterium. Medizinisch relevante Unterschiede zwischen Therapien, die für den Behandlungserfolg entscheidend sein können, würden systematisch ausgeblendet und die Therapievielfalt eingeschränkt. Bekannte Probleme der Generikaversorgung würden wiederholt, ausufernde Bürokratie weiter vorangetrieben.

Die Annahme therapeutischer Vergleichbarkeit innerhalb der Wirkstoffgruppen greift zu kurz. Beispielsweise ist es in der Onkologie für den langfristigen Therapieerfolg oft entscheidend, verschiedene Wirkstoffe bereits ab der Erstlinientherapie strategisch und in der richtigen Sequenz einzusetzen. Ein System, das primär auf Rabatte schaut, ignoriert medizinische und pharmakologische Realitäten. Die innerhalb der Gruppen benannten Arzneimittel zeichnen sich durch Unterschiede in der Zulassung, Wirksamkeit, in den Nebenwirkungen und der Verträglichkeit aus. Betrachtet man beispielsweise verschiedene Tumortherapien, so stellt man fest, dass sich die Zulassung u.a. in Tumormutationen unterscheiden. Während für bestimmte Patientengruppen eine wirksame Therapie zur Verfügung steht, ist die jeweils vorgesehene Alternativtherapie bei bestimmten Mutationen nicht wirksam, da sie diese nicht adressiert. Wählt eine Krankenkasse nun die erste Therapie, können Patienten mit bestimmter Mutation durch den Arzt nur noch mit hohem Dokumentationsaufwand und großen wirtschaftlichen Risiken in Bezug auf Regresse therapiert werden. Im schlimmsten Fall werden sie falsch therapiert.

Mit dem Vorschlag würde den Krankenkassen eine weitreichende Steuerungsmacht sowie langfristig die Kompetenz zur Bildung therapeutisch vergleichbarer Arzneimittelgruppen übertragen. Damit würden den Krankenkassen allein eine zentrale, für die Arzneimittelversorgung hochrelevante Aufgabe, zugewiesen. Die geplante Regelung stellt de facto eine Rationierungsmaßnahme dar. Es stellt sich die Frage nach der institutionenpolitischen Legitimation der Krankenkasse für eine solche Maßnahme. Kassenspezifische Rabattverträge bergen zudem das Risiko einer Fragmentierung der Versorgung, sodass nicht mehr alle Patientinnen und Patienten in Deutschland einen gleichberechtigten Zugang zu den für sie medizinisch notwendigen Therapien hätten.

Die hier vorgeschlagenen Regelungen unterlaufen die Nutzenbewertung des AMNOG. Deutschland hat sich mit dem AMNOG bewusst gegen eine Positivliste entschieden. Stattdessen wurde ein System eingeführt, das auf wissenschaftlicher Nutzenbewertung und anschließender Preisverhandlung basiert. Ziel war es, Innovationen schnell verfügbar zu machen, gleichzeitig Kosten zu kontrollieren und die Versorgungsqualität zu verbessern. Durch die neuen Rabattmechanismen entsteht faktisch eine dem AMNOG-Verfahren nachgelagerte Positivliste und führt dieses ad absurdum. Denn es setzen sich nicht mehr Arzneimittel mit dem größten Zusatznutzen in der Versorgung durch, sondern die Produkte derjenigen pharmazeutischen Unternehmen, die den höchsten Rabatt gewähren. Für die Patientenversorgung bedeutet das: nicht mehr die beste Therapie bestimmt die Verordnung, sondern die günstigste. Dieses widerspricht klar der Ausrichtung des AMNOG-Verfahrens, welches das Ziel hat, Arzneimittelkosten zu reduzieren und die Versorgungsqualität zu steigern. Wenn der Preis der alleinige Faktor hinsichtlich der Verordnung sein soll, wie es der Entwurf vorsieht, muss die Frage gestellt werden, ob man sich ein für alle Beteiligten aufwendiges und mit hohen Kosten und Ressourcen verbundenes Verfahren der Nutzenbewertung künftig noch leisten möchte. Auch die Anstrengungen des Gesetzes zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der GKV (GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz (AMVSG), welche zur Steigerung der Qualität in der Versorgung Nutzenbewertungsbeschlüsse in die Arzneimittelinformationssysteme der Ärzte integriert haben, scheinen demnach obsolet.

Die langfristigen Folgen dieser Regelung für die Versorgung wären verheerend, auch vor dem Hintergrund zusätzlicher Folgekosten für das Solidarsystem, u.a. weil eine nicht individuell abgestimmte Arzneimittel-Therapie eine erfolgreiche Behandlung gefährdet und zusätzlich zu weiteren Leistungsansprüchen wie Krankenhausbehandlungen und weiterer Diagnostik führt. Vermeintliche Einsparungen werden folglich durch weitere Kosten konterkariert.

Produkte, die nicht in Rabattverträgen berücksichtigt werden, verschwinden langfristig vom Markt oder es fehlt schlichtweg der Anreiz, sie überhaupt auf den Markt zu bringen. Welche nicht kurzfristig revidierbaren Folgen dies auf die Versorgungssicherheit hat, zeigt der Generikamarkt eindrücklich.

Die vorrangige Verordnung rabattierter Arzneimittel verschiebt den Fokus von der medizinischen Therapieentscheidung hin zu wirtschaftlichen Vorgaben. Ärzte würden zunehmend auf die Rolle von Diagnostikern reduziert, während die eigentliche Arzneimitteltherapieentscheidung de facto von den Krankenkassen und damit nach rein finanziellen

Kriterien getroffen würde. Grundsätzlich ist fraglich, ob eine Krankenkasse selbst auf kollektiver, nicht patientenindividueller Ebene, in hoch komplexen Erkrankungen über die medizinische Erfahrung verfügt, diese Entscheidungen zu treffen, welche Arzneimittel in einem Cluster berücksichtigt werden und welche nicht. Selbst die Finanzkommission sah dies nicht und hat den G-BA als maßgebliche Institution angeführt.

Internationale Erfahrungen zeigen zudem: wenn der Zugang zu innovativen Therapien stark eingeschränkt wird, entstehen Ausweichbewegungen. Menschen mit ausreichenden finanziellen Mitteln werden sich nicht mit dem eingeschränkten Standardangebot zufriedengeben. Das stärkt private Versorgungssysteme und verschärft die **Zwei-Klassen-Medizin**. Schon heute werden in der privaten Krankenversicherung mehr Innovationen verordnet als in der gesetzlichen. Neue Therapien erreichen diese Patienten häufig deutlich früher.

Neben den medizinischen Problemen würde dieses Modell auch den **Bürokratieaufwand exponentiell erhöhen**. Viele Arzneimittel durchlaufen bereits heute auf europäischer Ebene ein komplexes HTA-Verfahren. Anschließend folgt in Deutschland die Nutzenbewertung nach § 35a SGB V sowie eine intensive Preisverhandlung mit dem GKV-Spitzenverband. Erst danach wird ein Erstattungsbetrag festgelegt. Mit dem vorgeschlagenen Modell würde dieser Prozess jedoch nicht enden. Stattdessen müssten Hersteller anschließend erneut mit einzelnen Krankenkassen verhandeln, um überhaupt auf deren Positivlisten zu gelangen.

Eine einfache Rechnung verdeutlicht die Dimension, sollte nach Ende der Pilotphase dieses Modell Einzug in die breite Versorgung halten:

Wenn beispielsweise 50 Unternehmen jeweils 50 patentgeschützte Arzneimittel mit derzeit rund 50 Krankenkassen verhandeln müssten, ergäbe das theoretisch **125.000 Einzelverträge**, die zudem aus vergaberechtlichen Gründen regelmäßig – etwa alle zwei Jahre – erneuert werden müssten.

Für Hersteller und Krankenkassen bedeutet das nicht nur einen enormen administrativen Aufwand, sondern es käme auch zu einer faktischen Marktabschottung – einer vierten Hürde durch Krankenkassen ohne Kontrahierungszwang – ein Szenario, das erhebliche wettbewerbs- und vergaberechtliche Fragen aufwerfen würde, insbesondere im Bereich innovativer Therapien.

Änderungsvorschlag

Streichung der geplanten Neuregelung des §130e SGB.

Art. 1 Nr. 55 a) und b) - Einführung mengenabhängiger Vergütungsbestandteile für Vergütungsbeträge digitaler Gesundheitsanwendungen (Art. 134 Abs. 1, S. 4 und 5 SGB V)

Geplante Regelung im Referentenwurf

Der Entwurf sieht mengenbezogene Abschläge für Vergütungsbeträge digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA) vor.

Bewertung

Mit der Digitalisierungsstrategie „Gemeinsam Digital 2026“ hat das BMG ein klares gesundheitspolitisches Leitbild formuliert: die digitale Transformation soll konsequent vorangetrieben und DiGA als integraler Bestandteil digital unterstützter Versorgungsprozesse etabliert werden. Dieses Ziel findet sich ausdrücklich auch im Entwurf des Gesetzes für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen wieder, der darauf abzielt, die gesetzlichen Rahmenbedingungen für DiGA gezielt weiterzuentwickeln und zugleich Bürokratie abzubauen. Vor diesem Hintergrund werden die Vorschläge, die auf mengenabhängige Abschläge der Vergütungsbeträge für DiGA abzielen, von Pharma Deutschland kritisch bewertet. Sie stehen in einem grundlegenden Spannungsverhältnis zu den erklärten Zielen der Digitalstrategie des BMG und gefährden den jungen und innovativen Versorgungszweig der DiGA in seiner Entwicklung und Existenz.

DiGA sind systemrelevant für die zukünftige Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung. Bereits heute ist absehbar, dass die analoge Versorgungsstruktur in den kommenden Jahren an ihre Grenzen geraten wird. Rund 43 Prozent der niedergelassenen Ärzte sind über 60 Jahre alt und

werden in den nächsten fünf bis sieben Jahren größtenteils aus der Versorgung ausscheiden. Digitale Therapieangebote sind daher unverzichtbar, um Versorgungsengpässe abzufedern, den Zugang zu medizinischen Leistungen zu sichern und die wachsenden Bedarfe einer alternden Gesellschaft zu adressieren. DiGA erfüllen hierfür besondere Voraussetzungen: Sie werden nur dann in die Versorgung aufgenommen, wenn ein positiver Versorgungseffekt – entweder in Form eines medizinischen Nutzens oder patientenrelevanter Struktur- und Verfahrensverbesserungen – nachgewiesen ist. Darüber hinaus ermöglichen sie einen flächendeckenden, niedrigschwelligen und zeitnahen Zugang zu Therapien, insbesondere in strukturschwachen und unterversorgten Regionen. Eine Regulierung, die erfolgreiche Anwendungen durch mengenabhängige Abschläge finanziell entwertet, konterkariert diesen versorgungspolitischen Mehrwert. Eine Mengenausweitung ist immer ein Indikator dafür, dass sich eine DiGA in der Versorgung etabliert hat und bestehende Versorgungslücken füllt. Der Stellenwert in der Versorgung wird durch mengenabhängige Abschläge nicht berücksichtigt.

Mengenabhängige Abschläge basieren auf der Grundannahme, dass mit steigender Nachfrage sinkende Grenzkosten entstehen, die abgeschöpft werden könnten. Diese Logik greift bei DiGA jedoch nicht. Entgegen der Gesetzesbegründung des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes, fallen bei DiGA gleichwohl auch nach initialer Entwicklung weiterhin hohe Kosten an. Insbesondere für regulatorische Aufwände (diverse Zertifikate und Verwaltungsakte), regelmäßig neue technische Vorgaben, die Weiterentwicklung der DiGA sowie auch für den Vertrieb, ist insbesondere der finanzielle Aufwand erheblich. Erschwerend haben zusätzliche Vorgaben – beispielsweise durch die Einführung der anwendungsbegleitenden Erfolgsmessung (AbEM) oder durch einschränkende Sicherheitsanforderungen seitens des Bundesamts für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) – die Kostenbasis zuletzt weiter erhöht. Mengenabhängige Abschläge würden daher keine tatsächlichen Effizienzgewinne abschöpfen, sondern pauschal Erlöse kürzen, ohne in einem sachgerechten Verhältnis zur Kosten- und Innovationslogik von DiGA zu stehen.

Erschwerend kommt hinzu, dass durch verhandelte Preise und die AbEM bereits preisregulierende Mechanismen im DiGA-System implementiert sind und durch die bestehende BSI-Regulatorik zusätzlich regelhaft Versicherte von der Versorgung ausgeschlossen werden. Mit der Einführung der AbEM wurden erfolgsabhängige Preisbestandteile von mindestens 20 Prozent etabliert, die ihre erhebliche finanzielle Steuerungswirkung noch nicht entfalten konnten. Ein mengenabhängiger

Abschlag höhlt darüber hinaus die nutzenbasierte Preisbildung, die durch die AbEM eingeführt wurde, dadurch aus, dass sich gute Nutzenergebnisse positiv, gleichzeitig aber durch die vermehrte Nutzung durch Abschläge negativ auf den Preis auswirken. Zuletzt wird das Versorgungspotenzial durch versorgungsferne Sicherheitsvorgaben des BSI eingeschränkt. Versicherte, die ein Android Betriebssystem in der Version Android 13 oder älter verwenden, sollen keinen Zugang mehr zu DiGA erhalten, sodass bis zu 45% der Versicherten von der DiGA-Versorgung ausgeschlossen werden. Die eRezept-App ist hingegen ab Android 8 verwendbar.

Besonders problematisch ist auch, dass mengenbezogene Abschläge erfolgreiche Versorgung faktisch sanktionieren. Hohe Verordnungszahlen sind regelmäßig Ausdruck von Wirksamkeit, Akzeptanz bei Ärztinnen und Ärzten sowie Patientinnen und Patienten und einer gelungenen Integration in bestehende Versorgungsprozesse. Wenn steigende Nachfrage automatisch zu sinkender Vergütung führt, entsteht ein systemisch falscher Anreiz: Je besser eine DiGA wirkt und angenommen wird, desto geringer wird ihre Refinanzierbarkeit. Dies unterminiert nicht nur die Versorgungsqualität, sondern auch die Bereitschaft der Hersteller, in Skalierung, Weiterentwicklung und indikationsübergreifende Versorgungslösungen zu investieren.

Weiterhin darf das Wachstum von Einzelfällen nicht als Blaupause für eine ansonsten auf das Schließen von Versorgungslücken ausgerichtete Branche dienen. Der DiGA-Bericht des GKV-Spitzenverbandes 2025 (März 2026) ist eindeutig: die maßgebliche Kritik fokussiert sich auf eine DiGA, sodass die jetzt aufgezeigten doppelten Preisregulierungsmechanismen, die noch zu den nicht sichtbaren AbEM-Kostenkontrollen hinzukommen, nur darauf ausgelegt sind, das exponentielle Wachstum dieser einen DiGA zu beherrschen. Es muss vielmehr darum gehen, nachhaltige Anreizsysteme für eine gezielte Entwicklung von DiGA zu etablieren, solange man wahrhaftig daran festhalten möchte, das neue Versorgungsfeld den Patienten zukunftsfähig bereitzustellen.

Zusätzliche bürokratieträchtige Instrumente werden von Pharma Deutschland daher abgelehnt.

Vorschläge für weitere gesetzliche Änderungen

Aus Sicht von Pharma Deutschland bleiben wichtige weitere Maßnahmen, die zu weiteren Effizienzgewinnen und einer nachhaltigen Systementwicklung beitragen könnten, im Gesetzesentwurf bislang unberücksichtigt. Insbesondere die Verbesserung des OTC-Switch-Verfahrens sowie die Nutzung von Pay-for-Performance Modellen bieten Ansatzpunkte zur gezielten Entlastung der GKV-Finanzen. Eine Berücksichtigung dieser Ansätze würde den Gesetzentwurf sinnvoll ergänzen.

Vorschlag für eine Verbesserung und Vereinfachung des sog. OTC-Switch-Verfahrens

Nach Auffassung von Pharma Deutschland könnten weitere Maßnahmen zur Effizienzsteigerung in der Arzneimittelversorgung bei gleichzeitiger Einsparung von Ressourcen im Gesundheitswesen und von Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen führen. Dazu wäre das heutige Verfahren zur Entlassung von Wirkstoffen aus der Verschreibungspflicht (das sog. OTC-Switch-Verfahren) zu reformieren. Pharma Deutschland schlägt konkret vor, das bisherige wirkstoffbezogene Verfahren um ein produktbezogenes Verfahren zu ergänzen. Es sollte zukünftig einem pharmazeutischen Unternehmer auch möglich sein, eine Änderung des Verschreibungsstatus eines Arzneimittels beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im Rahmen eines Antrags auf Neuzulassung oder eines Änderungsantrags einer bestehenden Zulassung zu stellen. Folglich hätte das BfArM im Rahmen des Antragsverfahrens für eine individuelle Zulassung über den Verschreibungsstatus zu entscheiden. Vergleichbare Verfahren sind bereits in einigen EU-Mitgliedstaaten etabliert. Mit diesem produktbezogenen Switch-Verfahren käme es zu einer Verfahrensbeschleunigung und zu größerer Transparenz sowie zu einem rechtsmittelfähigen Zulassungsbescheid. Damit würde die Planbarkeit für die pharmazeutischen Unternehmer verbessert, ebenso ihre Teilhabe. Würde zusätzlich eine Marktexklusivität von drei Jahren gewährt (beginnend mit dem Datum der Erteilung der Zulassung/ Genehmigung der Änderung), könnte das

die Bereitschaft der Unternehmen, in die Entwicklung innovativer rezeptfreier Arzneimittel und OTC-Switches zu investieren, deutlich erhöhen. Der jeweilige Verwertungsschutz sollte jedem Unternehmen gewährt werden, das unabhängig von einem weiteren Unternehmen mit seinen individuell gewonnenen Daten einen Antrag gestellt hat.

Vor diesem Hintergrund wird angeregt, entsprechende Änderungen bzw. Ergänzungen im Arzneimittelgesetz (AMG) und der Verordnung über die Verschreibungspflicht von Arzneimitteln (Arzneimittelverschreibungsverordnung – AMVV) vorzunehmen. Die konkreten Anpassungen und Formulierungen sind ausgearbeitet, wurden im Zuge des Stellungnahmeverfahrens zum Apothekenversorgung-Weiterentwicklungsgesetz (ApoVWG) vorgelegt und können jederzeit nochmals nachgereicht werden. Die gilt auch für Erläuterungen zum Einsparpotenzial, das durch mehr Selbstmedikation gehoben werden könnte. OTC-Switches bilden hierfür einen wichtigen Hebel.

Insgesamt sollte Selbstmedikation als tragende Säule der Gesundheitsversorgung anerkannt und ausgebaut werden, nicht zuletzt dazu, dass die Gesundheitsversorgung und die GKV finanzierbar bleiben. Ein besseres Verfahren für die OTC-Switches wäre dabei ein wichtiges Signal an die pharmazeutischen Unternehmen, in dieser Hinsicht zu investieren.

Pay-for-Performance Modelle als Risikopartnerschaft nutzen

Im Gesetzesentwurf nicht adressiert werden risikobasierte Vergütungsmodelle. Sie können für geeignete Fälle den frühen Zugang zu innovativen Therapien sicherstellen und tragen gleichzeitig zu einer langfristig tragfähigen Finanzierbarkeit im GKV-System bei. Solche Modelle teilen das finanzielle Risiko zwischen Hersteller und GKV. Sie können einen sinnvollen Baustein zur Weiterentwicklung des AMNOG-Systems leisten und stärken das Prinzip einer nutzenbasierten Preisfindung.

Für nachhaltige und zukunftsfähige Lösungsansätze braucht es Maßnahmen, die die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems im Blick halten, aber andererseits bestehende Rahmenbedingungen für den Standort Deutschland und auch die Patientenversorgung nicht

nachhaltig verschlechtern. Pay-for-Performance als Risikopartnerschaft bietet eine Chance, diese Ziele in Einklang zu bringen. Unternehmen übernehmen bei diesen Risikopartnerschaften bewusst zusätzliche finanzielle Verantwortung.

Risikopartnerschaften in besonderen Therapiesituationen sind für den Erhalt eines frühzeitigen Zugangs zu Innovationen besonders relevant. Sie können dann sinnvoll sein, wenn Erfahrungswerte für neue Therapien fehlen. Gerade innovative Arzneimittel für kleine Patientengruppen, etwa bei seltenen Erkrankungen oder hochspezialisierten Therapien, sind häufig mit hohen Entwicklungsrisiken und Arzneimittelkosten verbunden. Hier bietet die Industrie an, preislich stärker ins Risiko zu gehen durch Vergütungsmodelle, bei denen die Höhe der Erstattung direkt an den tatsächlichen Therapieerfolg gekoppelt ist. Outcome-basierte Modelle schaffen Transparenz, fördern evidenzbasierte Entscheidungen und stellen sicher, dass Innovation dort honoriert wird, wo sie messbaren Nutzen für Patientinnen und Patienten bringt. Wichtige Voraussetzung: die Modelle sind einfach und rasch umsetzbar, z.B. durch einfaches Monitoring von Folgeverordnungen. Sie sind über die Nutzung vorhandener Datenquellen außerhalb von klinischen Studien, wie z.B. mit Verordnungsdaten umsetzbar.

Zur besseren Umsetzung einer Erstattung in Form von messbaren Therapieerfolgen sind nur wenige Änderungen im SGB V und anhängenden Gesetzen nötig. Eine Grundvoraussetzung ist ein verbindliches und klares Aufgreifkriterium für die Anwendung von Outcome-basierten Modellen im Gesetz zu schaffen. Besonders geeignet sind Outcome-basierte Modelle bei Arzneimitteln bei denen auf Grund von z.B. beschleunigtem Zulassungsverfahren verbunden mit einem hohen Wert für den Patienten auf Seiten der Europäischen Zulassungsbehörde (EMA) und Unsicherheit über den Patientenzusatznutzen im Rahmen der Nutzenbewertung herrscht. Eine Voraussetzung für Risikopartnerschaften im Arzneimittelbereich ist also die Bewertung dieser Arzneimittel in einer Art und Weise, die diese Unsicherheit berücksichtigt. Konkret sollte folgende Änderungen im § 35a SGB V zur Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen durchgeführt werden:

- Integration von Arzneimitteln in besonderen Therapiesituationen und Anerkennung der „bestverfügbaren Evidenz“.
- Unabhängiges Aufgreifkriterium für besondere Therapiesituationen ist die EMA-Zulassung z.B. als Conditional Approval oder beschleunigtes Zulassungsverfahren

Nach einer Verankerung „besonderer Therapiesituationen“ im § 35a SGB V sollte eine Verknüpfung konsequent im § 130b SGB V fortgeführt werden, um die Nutzenbewertung und die Preisverhandlung zu verzahnen.

Bonn/Berlin/ 18. Juni 2026

Deutscher Bundestag

Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(48)

gel. VB zur öffent. Anh. am 22.06.2(

19.06.2026

- Stellungnahme -

Gesetzentwurf der Bundesregierung eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungs-gesetz)

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) bedankt sich für die Möglichkeit zur Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz) vom 26.05.2026 Stellung zu nehmen.

Der vorliegende Entwurf verfolgt das finanzpolitische Ziel einer Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung. Aus Sicht des DBfK und der Profession Pflege ist jedoch der gewählte Ansatz in seiner Systematik nicht zielführend und kritisch zu bewerten. Statt pauschaler Ausgabenbremsen fordert der DBfK konsequente Strukturreformen: Eine stärkere Präventionsorientierung, ein tragfähiges Primärversorgungssystem unter maßgeblicher Beteiligung der Profession Pflege und sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen, in denen Pflegefachpersonen ihre Kompetenzen wirksam einbringen können. Nachhaltige Entlastung der GKV entsteht nicht durch Kürzungen in der Pflege, sondern durch ein besser organisiertes Gesundheitssystem sowie die Vermeidung von teuren Krankenhauseinweisungen und Fehlanreizen, die zu einer Über-, Unter- und Fehlversorgung führen.

Der Entwurf verschiebt die Finanzierungslogik pflegerelevanter Leistungen deutlich in Richtung einer einnahmenorientierten Deckelung an der Grundlohnrate und erhebt damit eine fiskalische Zielgröße zum zentralen Maßstab der Versorgungssteuerung. Damit wird ein grundlegender Zielkonflikt erzeugt: Finanzstabilisierung wird gegen Versorgungssicherung gestellt. Pflege wird implizit wieder als variabler Kostenfaktor behandelt, obwohl sie tatsächlich ein eigenständiger, qualitätsbestimmender Leistungsbereich ist. Diese Verkürzung wird der Versorgungsrealität nicht gerecht. Die im Entwurf angelegte Logik unterstellt, dass eine Begrenzung der Ausgabendynamik entlang der Einnahmenentwicklung ohne Abstriche an Leistungsniveau und Versorgungsqualität möglich ist. Diese Sichtweise steht im klaren Widerspruch zur pflegewissenschaftlichen Evidenz und zu Erfahrungen aus der Versorgungspraxis, wonach Unterbesetzung nachweislich zu erhöhten Komplikationsraten, längerer Verweildauer und erhöhter Mortalität führt.

Vor diesem Hintergrund stellt sich für den DBfK die Frage nach den Auswirkungen des Gesetzesentwurfs: Der Entwurf lässt in seiner aktuellen Form erhebliche Zweifel daran aufkommen, dass eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgung unter diesen Rahmenbedingungen dauerhaft sichergestellt werden kann. Im Krankenhausbereich bleibt das Pflegebudget formal bestehen, wird jedoch ab dem Jahr 2027 deutlich verändert und gedeckelt. Zusätzlicher Personalaufbau wird grundsätzlich nicht mehr refinanziert, sofern er nicht auf extern vorgegebene Mindestvorgaben zurückzuführen ist. Damit wird das Pflegebudget von einem Instrument zur bedarfsorientierten Stärkung der Pflege zu einem fortgeschriebenen Budget mit begrenzter Entwicklungsfähigkeit umgebaut. Zudem wird mit den Gesetzesänderungen die Ungleichverteilung der finanziellen Ressourcen für Pflegepersonal zwischen den einzelnen Krankenhäusern und Bundesländern zementiert, anstatt das Pflegebudget als Finanzierungsbasis bedarfsgerecht weiterzuentwickeln.

Dies ist vor dem Hintergrund der tatsächlichen Versorgungssituation besonders kritisch zu bewerten. Der Personalaufbau im Pflegedienst ist in vielen Bereichen noch nicht abgeschlossen, Unterbesetzungen sind weiterhin Realität und die Anforderungen an pflegerische Versorgung steigen kontinuierlich. Selbst die FinanzKommission Gesundheit benennt, „dass sich die

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) trotz Personalaufwuchses nicht verbessert hat: 2024 wurden in 14,3 % der Schichten die Vorgaben nicht eingehalten, nachdem der Anteil 2023 und 2022 jeweils über 15 % und 2021 bei 13,4 % gelegen hatte“ (FachKommission Gesundheit, S. 223). Eine Deckelung des Pflegebudgets in dieser Phase bedeutet nicht die Stabilisierung eines erreichten Gleichgewichts, sondern das Einfrieren eines noch unvollständigen Aufholprozesses. Zugleich verschiebt sich die Anreizstruktur im System: Wenn Budgetsteigerungen nur noch im Kontext gesetzlicher Mindestvorgaben möglich sind, entsteht faktisch eine Orientierung an Mindeststandards statt an bedarfsgerechter Versorgung, das bedeutet aktuell an den Pflegepersonaluntergrenzen, die zu der neuen Norm der Personalausstattung werden. Diese markieren jedoch keine Zielgröße guter Versorgung, sondern die Schwelle, unterhalb derer Versorgung kritisch wird.

Im ambulanten Bereich entfaltet der Entwurf besonders weitreichende negative Auswirkungen, obwohl genau dieser Bereich dringend eine Stärkung braucht, um die politisch gewollte Ambulantisierung zu unterstützen. Die Begrenzung der Vergütungsentwicklung in der häuslichen Krankenpflege und in der außerklinischen Intensivpflege bei gleichzeitigem Wegfall der vollständigen Tarifrefinanzierung führt zu einem strukturellen Zielkonflikt. Einerseits wird Tariftreue politisch eingefordert und als Instrument zur Fachkräftesicherung gestärkt, andererseits wird die Refinanzierung der daraus resultierenden Kostensteigerungen begrenzt. Dieser Widerspruch wird in der Versorgungspraxis nicht auflösbar sein. Arbeitgeber wurden durch die gesetzlichen Vorgaben zur tarifgebundenen bzw. tariforientierten Vergütung zu einer entsprechenden Bezahlung verpflichtet, was der DBfK begrüßt. Wenn diese Tarifbindung jetzt in den Vergütungsverhandlungen nicht mehr verpflichtend ist und eine Refinanzierung nicht mehr gewährleistet ist, dann ist das ein Rückschritt und das wirtschaftliche Risiko für Tariftreue wird vollständig auf die Leistungserbringer verlagert – mit absehbaren Folgen für Angebotsstruktur, Personalbindung, -gewinnung und Versorgungssicherheit.

Hinzu kommt, dass der Entwurf die Versorgungsrealität der ambulanten Pflege nur unzureichend abbildet. Häusliche Krankenpflege nach SGB V und Leistungen der Pflegeversicherung nach SGB XI werden in der Praxis häufig durch dieselben Dienste, mit denselben Pflegefachpersonen und in integrierten Versorgungssettings erbracht. Eine isolierte Deckelung im SGB V wirkt daher unmittelbar auf das gesamte Versorgungssystem. Es entstehen systemische Verschiebungseffekte: Leistungen werden in andere Rechtskreise verlagert, Versorgungsprozesse verzögert oder eingeschränkt, und finanzielle Belastungen werden perspektivisch in Richtung Pflegeversicherung und Sozialhilfe verschoben. Damit droht ein Verschiebebahnhof zwischen SGB V, SGB XI und SGB XII – ohne Effizienzgewinn, aber mit realen Risiken für Versorgungssicherheit und öffentliche Haushalte. Diese Risiken wiegen umso schwerer, als auch parallel diskutierte Reformvorhaben in der Pflegeversicherung (PNOG) keine hinreichende Entlastung solcher Verschiebungseffekte erwarten lassen. Die vorgesehenen Regelungen treffen ausgerechnet den Versorgungsbereich, der für die politisch gewollte Ambulantisierung gestärkt werden müsste. Zusätzlicher wirtschaftlicher Druck erhöht das Risiko von Insolvenzen, Angebotsrückzügen und Aufnahmestopps und gefährdet damit die Versorgungssicherheit pflegebedürftiger Menschen.

Darüber hinaus setzt der Entwurf auch innovationspolitisch ein restriktives Signal. Die Verschärfung der Beitragssatzstabilität als absolute Grenze für Modellvorhaben kann insbesondere pflegegetriebene Innovationen im ambulanten und sektorenübergreifenden Bereich erschweren. Gerade in einem System, das zunehmend auf neue Versorgungsformen, erweiterte Pflegekompetenzen und mehr Verantwortungsübernahme durch nicht-ärztliche Berufsgruppen angewiesen ist, ist dies ein problematischer Impuls.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Der Entwurf stabilisiert Beitragssätze wesentlich dadurch, dass pflegerische Leistungsbereiche gedeckelt werden. Er verlagert damit fiskalischen Druck in die Versorgung. Im Krankenhaus wird das Pflegebudget in seiner Wachstums- und Schutzfunktion deutlich beschnitten, im ambulanten Bereich droht eine strukturelle Unterfinanzierung zentraler pflegerischer Leistungen. Zugleich entstehen widersprüchliche Signale im Bereich der Tariffinanzierung. Die Bewertung des DBfK ist daher eindeutig: Reformen müssen vor allem strukturell angelegt sein. Es darf keine Rückkehr zu einer Finanzierung geben, die Pflege nur bis zum Mindestniveau und nicht nach realem Versorgungsbedarf sowie Attraktivität des Pflegeberufs absichert.

Der DBfK als Mitglied des Deutschen Pflegerats e.V. (DPR) trägt dessen Stellungnahme in allen Teilen mit und nimmt hier ergänzend Stellung.

Stellungnahme zu den einzelnen Regelungen:

Artikel 1
Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 23 - § 61 Änderungen
Die Erhöhung auf 7,50 bis 15 Euro sowie die Anhebung der Zuzahlung je Verordnung auf 15 Euro bei Heilmitteln, häuslicher Krankenpflege und außerklinischer Intensivpflege sieht der DBfK als schwierig, weil wiederkehrende pflegeintensive Verordnungsfälle dadurch besonders belastet werden.

Änderungsbedarf:
Streichung der Erhöhung der Zuzahlungen bei Heilmitteln, häuslicher Krankenpflege und außerklinischer Intensivpflege. Hilfsweise ist eine Ausnahme- bzw. Härtefallregelung für wiederkehrende pflegeintensive Verordnungsfälle vorzusehen.

Nr. 24 – § 63 SGB V
Die Streichung der bisherigen Konkretisierung in § 63 SGB V führt nach der Begründung dazu, dass der Grundsatz der Beitragssatzstabilität für Modellvorhaben nunmehr als absolute Grenze gilt. Das ist nicht nur eine technisch-juristische Änderung. Sie kann den Spielraum für neue pflegerische Versorgungsformen verkleinern, etwa für nurse-led Modelle, APN-orientierte Steuerung, regionale Übergangsversorgung oder andere sektorenübergreifende Pilotierungen. Gerade in der ambulanten Pflege, die auf Innovation und Flexibilisierung angewiesen ist, setzt der Entwurf damit ein restriktives Signal.

Änderungsbedarf:
Einführung eines Innovationsvorbehalts für pflegebezogene Modellvorhaben.

Nr. 25 – § 71 SGB V
Mit der Neufassung des § 71 SGB V wird die Grundlohnrate zur festen Obergrenze für Vergütungssteigerungen erhoben. Diese Regelung verengt die Finanzierungssystematik sektorenübergreifend auf eine Einnahmenlogik und bildet die tatsächliche Kosten- und Bedarfsentwicklung in der Pflege nicht ab. Die Gehälter in der Pflege liegen immer noch deutlich unter dem vom DBfK geforderten Niveau von 4.000 Euro Einstiegsgehalt. Die Grundlohnrate ist als Steuerungsmaßstab für pflegerelevante Vergütungsentwicklungen ungeeignet.

Änderungsbedarf:
Erforderlich ist eine Öffnungsklausel für tarifbedingte und qualitätsbedingte Mehrkosten sowie auf Mehrkosten durch Pflegepersonalbemessungsinstrumente, die auf dem Pflegebedarf ausgelegt sind.

Nr. 52 und 53 – § 132a und 132l SGB V

Mit den neuen Sätzen in §§ 132a und 132l SGB V werden die Vergütungssteigerungen in der häuslichen Krankenpflege und der außerklinischen Intensivpflege auf die Grundlohnrate begrenzt. Gleichzeitig entfällt die Verpflichtung zur vollständigen Tarifrefinanzierung in den Vergütungsverhandlungen.

Aus pflegefachlicher Sicht sind diese Regelungen hoch problematisch. Medizinische Behandlungspflege, Versorgung in komplexen häuslichen Situationen, Brückenversorgung nach Krankenhausaufenthalten sowie Dienste zu Randzeiten sind personalintensiv und in vielen Regionen ohnehin unter Druck. Eine Koppelung an die Grundlohnrate bildet weder Tariftreue noch Fachkräftemangel ab. Die außerklinische Intensivpflege ist hochspezialisiert, personalintensiv, oft 24 Stunden an 7 Tagen sicherzustellen und in besonderem Maße von Fachkräfteengpässen

betroffen. Eine unterdeckte Refinanzierung führt hier nicht zuerst zu Effizienzgewinnen, sondern sehr schnell zu Angebotsverknappung und Selektionsdruck zulasten komplexer Versorgungsfälle. Pflegepolitisch entsteht ein grundlegender Widerspruch: Einerseits wird bessere Vergütung und Tariftreue als Mittel der Fachkräftesicherung gewollt; andererseits soll die Refinanzierung und Verpflichtungen dieser Kostensteigerungen begrenzt werden. Das ist kein nur theoretisches Problem, sondern ein reales Insolvenz- und Rückzugsrisiko für Anbieter.

Änderungsbedarf:
Streichung von Nr. 52 und 53. Die vollständige Tarifrefinanzierung muss erhalten bleiben. Hilfsweise ist eine Schutzklausel für tarifgebundene Anbieter vorzusehen.

Artikel 3
Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 3 – § 6a KHEntgG
Die in Artikel 3 vorgesehenen Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes greifen in einen zentralen Bereich der pflegerischen Versorgung ein und sind vor dem Hintergrund der Entwicklung des Pflegebudgets und seiner gesundheitspolitischen Funktion einzuordnen.

Das Pflegebudget wurde eingeführt, um einen systemischen Fehlanreiz der DRG-Finanzierung zu korrigieren. Über viele Jahre bestand im Krankenhausbereich ein struktureller ökonomischer Druck, Pflegepersonalkosten zu reduzieren, da diese nicht unmittelbar erlösrelevant waren. Die Folgen dieser Fehlsteuerung sind gut dokumentiert: Zwischen 1996 und 2007 wurden über 50.000 Vollkräfte im Pflegedienst abgebaut, und erst im Jahr 2020 wurde das Personalniveau von 1995 wieder erreicht (Simon 2021, Statistisches Bundesamt 2000-2024a). Im gleichen Zeitraum wuchs der ärztliche Dienst erheblich stärker. Diese Entwicklung verdeutlicht, dass es sich nicht um ein isoliertes Problem einzelner Einrichtungen, sondern um eine systemische Fehlentwicklung handelte. Das Pflegebudget stellte insofern eine gezielte Korrektur dar, indem es die Pflegepersonalkosten aus der Logik der Fallpauschalen herauslöste und damit einen Schutzmechanismus gegenüber ökonomisch induzierten Personalreduktionen etablierte. Es ermöglichte erstmals seit vielen Jahren wieder einen gezielten und notwendigen Personalaufbau und schuf die Grundlage für qualitative Weiterentwicklungen der Pflege, etwa durch neue Rollenprofile wie Advanced Practice Nurses.

Vor diesem Hintergrund ist die im Referentenentwurf angelegte Neuausrichtung des Pflegebudgets kritisch zu bewerten. Auch wenn eine formale Rückführung in das DRG-System nicht erfolgt, wird durch die vorgesehene Fortschreibung des Budgets ab 2027 unter Begrenzung durch den Veränderungswert ein Mechanismus etabliert, der in seiner Wirkung einer erneuten Einbindung in eine gedeckelte Finanzierungslogik gleichkommt. Die Refinanzierung zusätzlicher Personalaufwüchse wird faktisch auf externe Mindestvorgaben beschränkt, die aktuell vor allem durch die Pflegepersonaluntergrenzen und G-BA Richtlinien bestimmt werden. Diese Entwicklung steht in einem deutlichen Spannungsverhältnis zu den tatsächlichen Versorgungsanforderungen und zur pflegewissenschaftlichen Evidenz. Die im Kontext der FinanzKommission Gesundheit geäußerte Einschätzung, wonach Einsparungen im Bereich des Pflegebudgets ohne Auswirkungen auf die Versorgungsqualität möglich seien, ist aus fachlicher Sicht nicht haltbar. Zahlreiche internationale und nationale Studien belegen, dass eine unzureichende Pflegepersonalausstattung mit erhöhten Komplikationsraten, längeren Verweildauern und einer erhöhten Mortalität einhergeht (u.a. WHO 2026, Schlenker 2024, Winter et al. 2021, DallÓra et al. 2022, Driscoll et al. 2018, Aiken et al. 2014). Pflegepersonalausstattung ist somit kein nachrangiger Kostenfaktor, sondern eine zentrale Determinante von Patient:innensicherheit und Versorgungsqualität.

Hinzu kommt, dass die Annahme eines über den Bedarf hinausgehenden Personalaufbaus durch die Versorgungslage nicht gestützt wird. Selbst unter den Bedingungen eines Personalzuwachses gelingt es weiterhin in einem erheblichen Anteil der Schichten nicht, bestehende Personalvorgaben einzuhalten. Dies verdeutlicht, dass die derzeitige Personalausstattung vielerorts weiterhin angespannt ist und kein überproportionaler Aufbau vorliegt. Auch die Diskussion um angeblich überproportionale Kostensteigerungen im Bereich der Pflege greift zu kurz. Eine differenzierte Betrachtung zeigt, dass der Anteil des Pflegedienstes an den Gesamtpersonalkosten der

Krankenhäuser langfristig nicht überproportional gestiegen ist. Vielmehr lag dieser Anteil vor Einführung der DRG deutlich höher und ist im Zeitverlauf zunächst erheblich gesunken. Während der Anteil der Pflege an den Personalkosten im Jahr 2000 noch bei über 39 Prozent lag und bis 2020 auf unter 32 Prozent zurückging, entwickelte sich der Anteil des ärztlichen Dienstes im gleichen Zeitraum deutlich dynamischer. Erst in den letzten Jahren ist ein moderater Anstieg des Pflegeanteils auf 34 Prozent zu verzeichnen, der jedoch als Aufholprozess und nicht als Überfinanzierung zu interpretieren ist (Statistisches Bundesamt 2000-2024b, siehe auch DBfK 2026a und DBfK 2026b).

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass Kostensteigerungen im Pflegedienst nicht monokausal auf Personalaufbau zurückzuführen sind. Sie resultieren aus einer Vielzahl struktureller und politisch gewollter Faktoren. Hierzu zählen insbesondere tarifliche Lohnsteigerungen, die Verbesserung der Arbeitsbedingungen zur Fachkräftesicherung, eine zunehmende Versorgungs- und Pflegekomplexität, höhere Qualifikationsanforderungen sowie der gezielte Aufbau neuer Versorgungsstrukturen. Auch Maßnahmen zur Stabilisierung der Versorgung, etwa der Aufbau von Springerstrukturen oder der Umgang mit erhöhten Krankenständen, tragen zur Kostenentwicklung bei. Der Anstieg der Pflegepersonalkosten ist damit Ausdruck notwendiger Anpassungen und Qualitätsentwicklungen – nicht einer Fehlsteuerung.

Vor diesem Hintergrund ist die im Referentenentwurf vorgesehene Deckelung des Pflegebudgets nicht geeignet, eine sachgerechte Steuerung zu gewährleisten. Vielmehr besteht die Gefahr, dass ein zentraler Korrekturmechanismus der Krankenhausfinanzierung geschwächt und ein bereits überwundener Fehlanreiz reaktiviert wird. Wenn zusätzlicher Personalaufbau nicht mehr refinanziert wird, geraten nicht nur bestehende Versorgungsstrukturen unter Druck, sondern auch die Weiterentwicklung der professionellen Pflege. Insbesondere innovative und qualifikationsorientierte Versorgungsansätze – etwa der Einsatz von Advanced Practice Nurses – verlieren ihre Finanzierungsgrundlage. In der Konsequenz droht eine Rückkehr zu einer Finanzierungssystematik, die Pflege primär unter Kostendruck stellt und damit mittelbar die Versorgungsqualität beeinflusst. Dies steht im Widerspruch zu den gesundheitspolitischen Zielen der vergangenen Jahre, die auf eine Stärkung, Professionalisierung und Qualitätsentwicklung der Pflege ausgerichtet waren.

Ein weiterer zentraler Aspekt im Kontext des Pflegebudgets betrifft die Finanzierung und Ausgestaltung pflegeentlastender Maßnahmen. Diese sind ein unverzichtbarer Bestandteil einer bedarfsgerechten und qualitätsgesicherten Versorgung und müssen im Rahmen eines differenzierten Skill-Grade-Mix strukturell abgesichert werden. Pflegefachpersonen müssen entsprechend ihrer Qualifikation eingesetzt werden. Die Übernahme pflegefremder Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen widerspricht nicht nur professionellen Standards, sondern beeinträchtigt auch unmittelbar die Versorgungsqualität und Patient:innensicherheit, wenn für pflegerische Kernaufgaben nicht ausreichend Zeit und Personal zur Verfügung stehen. Darüber hinaus ist die Fehlallokation von hochqualifiziertem Pflegepersonal auch aus ökonomischer Perspektive kritisch zu bewerten. Pflegefachpersonen sind hochqualifizierte und entsprechend kostenintensive Fachkräfte. Wenn sie Tätigkeiten übernehmen, für die keine entsprechende Qualifikation erforderlich ist, werden Ressourcen ineffizient eingesetzt. Eine solche Praxis steht im Widerspruch zu einer nachhaltigen und zielgerichteten Steuerung der GKV-Finanzen. Insofern ist es nicht nachvollziehbar die pflegeentlastenden Maßnahmen zukünftig bei der Kalkulation der Fallpauschalen zu berücksichtigen, wo sie keiner Zweckbindung unterliegen, aber kalkulatorisch ebenso eingepreist werden müssen und dadurch keine Einsparungen beitragen werden.

Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz wurde der Anteil für pflegeentlastende Maßnahmen zudem von ursprünglich vier Prozent auf 2,5 Prozent des Pflegebudgets reduziert. Diese Reduktion hat die bestehende Problematik weiter verschärft und den Druck auf Pflegefachpersonen erhöht, pflegefremde Tätigkeiten zu übernehmen. Besonders kritisch ist in diesem Zusammenhang die fehlende Zweckbindung der Mittel. Derzeit können erhebliche Finanzmittel ohne verbindliche Vorgaben für pflegeentlastende Maßnahmen eingesetzt werden. Dies schafft Fehlanreize und unterläuft das Ziel, Pflegepersonal wirksam zu entlasten. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass nicht eine weitere Einschränkung, sondern vielmehr eine gezielte Stärkung und verbindliche Zweckbindung pflegeentlastender Maßnahmen erforderlich ist. Nur wenn sichergestellt ist, dass entsprechende Mittel tatsächlich für die Entlastung der Pflege

eingesetzt werden, können Arbeitsbedingungen verbessert, Pflegefachpersonen entsprechend ihrer Qualifikation eingesetzt und die Versorgungsqualität nachhaltig gesichert werden.

Aus Sicht des DBfK ist daher festzuhalten: Die geplanten Regelungen in Artikel 3 führen nicht zu einer sachgerechten Konsolidierung, sondern bergen das Risiko, strukturelle Fehlentwicklungen der Vergangenheit zu reaktivieren und notwendige Weiterentwicklungen der Pflege zu behindern. Das Pflegebudget muss daher in seiner Schutz- und Entwicklungsfunktion erhalten und bedarfsgerecht weiterentwickelt werden. Insbesondere ist eine Verknüpfung mit bedarfsgerechter Personalbemessung notwendig, die PPR 2.0 bildet dafür die Grundlage. Eine Verknüpfung mit der PPR 2.0 ist auch aus dem Grund notwendig, weil die Erfüllungsgrade sehr unterschiedlich sind zwischen den Bundesländern und auch zwischen den einzelnen Stationskategorien. Das lässt darauf schließen, dass Personal nicht auf Basis des Versorgungsbedarfs eingesetzt wird, sondern eher auf Basis lokaler Verfügbarkeit und Arbeitsbedingungen. Die Erfüllungsgrade sind aktuell veröffentlicht und ersichtlich in den ersten Quartalsmeldungen zur PPR 2.0, die im Rahmen der kleinen Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN betreffend „Umsetzung und Weiterentwicklung der Pflegepersonal-Regelung PPR 2.0“, BT-Drucksache 21/5981 beantwortet wurde. Schlussfolgernd wird eine Verknüpfung der (weiterentwickelten) PPR 2.0 als lernendes Instrument mit dem Pflegebudget als Finanzierungsgrundlage ein zielführender Ansatz sein, um bestehende Fehlanreize zu korrigieren, ohne die Schutzfunktion des Pflegebudgets zu gefährden.

Änderungsbedarf:

- Streichung des Artikels 3 Nr. 3
- Einsetzung einer Expert:innenkommission mit echter Mitgestaltung durch Pflegefachpersonen und dem Pflegemanagement und unter aktiver Beteiligung des DBfK, die eine Systematik der Verknüpfung von PPR 2.0 und Pflegebudget erarbeitet.
- Zweckbindung und Erhöhung der pflegeentlastenden Maßnahmen auf 4%. Wiederherstellung des § 6a KHEntgG wie vor erlassenen Änderungen im KHVVG und KHAG.

Nr. 4 – § 6c KHEntgG

Durch die Änderungen im § 6c KHEntgG wird eine Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip für Pflegepersonal in sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (süV) vollzogen. Dabei schließen sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (süV) wichtige Versorgungslücken, indem sie den Übergang zwischen stationärer und ambulanter Versorgung absichern und insbesondere für Menschen mit chronischen Erkrankungen sowie komplexen Pflegebedarfen eine wohnortnahe Basisversorgung stärken. Entsprechend sollten süV als integrierte, sektorenübergreifende Einrichtungen verstanden werden, in denen multiprofessionelle Teams auf Augenhöhe zusammenarbeiten und die Versorgung konsequent an den tatsächlichen Bedarfen der Patient:innen ausrichten. Gerade angesichts des hohen pflegerischen Versorgungsanteils in diesen Einrichtungen muss eine gute Finanzierung von qualifizierten Pflegefachpersonen ausdrücklich ermöglicht werden. Das gilt insbesondere auch für Community Health Nurses (CHN) und Advanced Practice Nurses (APN), die auch die fachliche Leitung der süV übernehmen können sollten. Eine starre Fortschreibungslogik wird solche Modelle und innovativen Versorgungsstrukturen eher bremsen als fördern.

Änderungsbedarf:
Streichung von Art. 3 Nr. 4.

Artikel 4

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 1 – § 3 BPflV

Mit Artikel 5 Nr. 1 wird die Deckelungslogik auf psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser übertragen. Auch dort wird der Gesamtbetrag künftig an den Veränderungswert gebunden. Für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser drohen vergleichbare Fehlsteuerungen wie im somatischen Bereich. Auch hier ist eine Verknüpfung einer

bedarfsgerechten Personalausstattung mit der Finanzierung anzustreben; Grundlage dafür kann die PPP-RL als weiterzuentwickelndes lernendes Instrument sein.

Änderungsbedarf:
Streichung von Art. 4 Nr. 1.

Quellen und Literatur

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh, M. D., Moreno-Casbas, M. T., Rafferty, A. M., Schwendimann, R., Scott, P. A., Tishelman, C., Van Achterberg, T., Sermeus W., RN4CAST consortium (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. The Lancet. Volume 383, Issue 9931, P1824-1830.

BT-Drucksache 21/5981 (2026): Kleine Anfrage der Abgeordneten Simone Fischer, Dr. Janosch Dahmen, Linda Heitmann, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Johannes Wagner, Dr. Armin Grau und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vom 18.05.2026 - Umsetzung und Weiterentwicklung der Pflegepersonal-Regelung 2.0. [online] https://dserver.bundestag.de/btd/21/059/2105981.pdf

Dall'Ora C, Saville C, Rubbo B, Turner L, Jones J, Griffiths P. Nurse staffing levels and patient outcomes: A systematic review of longitudinal studies. Int J Nurs Stud. 2022 Oct;134:104311, [online] https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748922001407?via%3Dihub [12.01.2026].

DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2026a): Positionspapier - Pflegequalität gibt es nicht zum Nulltarif: Pflegebudget sichert die Versorgung im Krankenhaus [online] https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/dbfk-positionen/DBfK-Positionspapier_Pflegebudget_PPR_Leistungsgruppen.pdf [08.04.2026].

DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2026b): Pflegebudget sichern - Versorgungsqualität erhalten. Policy Brief zu den Reformempfehlungen 27, 28 und 57 der FinanzKommission Gesundheit vom Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe – DBfK e. V. [online] https://www.dbfk.de/media/docs/Berufspolitik/stellungnahmen/2026-04-17_DBfK_Policy_Brief_FinanzKommission-Gesundheit.pdf [20.04.2026].

DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2023a): Gesundheitsversorgung sichern und weiterentwickeln: die Community Health Nurses als zentraler Akteur [online] https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/dbfk-positionen/Positionspapier_vdaeae_vdpp_DBfK.pdf [08.04.2026].

DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2023b): Policy Brief Krankenhausstrukturreform - Pflegefachliches Potenzial entfalten [online] https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/dbfk-positionen/Policy_Brief_KHStrukturreform.pdf [08.04.2026].

DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2021): Positionspapier - Weiterentwicklung der Primärversorgung und Aufgabenverteilung unter den Gesundheitsprofessionen [online] https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/dbfk-positionen/Weiterentwicklung-Primaerversorgung-2021-11.pdf [08.04.2026].

DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2020): Positionspapier- Pflegepersonalquotient (§ 137j SGB V). [online] https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/dbfk-positionen/Positionspapier_Pflegepersonalquotient_Final.pdf [08.04.2026].

Driscoll A, Grant MJ, Carroll D, Dalton S, Deaton C, Jones I, Lehwaldt D, McKee G, Munyombwe T, Astin F. The effect of nurse-topatient ratios on nurse-sensitive patient outcomes in acute specialist units: a systematic review and meta-analysis. Eur J Cardiovasc Nurs. 2018 Jan;17(1):6-22.

FinanzKommission Gesundheit (2026): Erster Bericht der FinanzKommission Gesundheit – Empfehlungen zur Stabilisierung des Beitragssatzes zur Gesetzlichen Krankenversicherung ab 2027. [online] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/F/FinanzKommission_Gesundheit/FinanzKommissionGesundheit_Erster_Bericht_20260330.pdf [08.04.2026].

Schlenker, Oliver (2024) : The deadly consequences of labor scarcity: Evidence from hospitals, Working Paper Series, No. 42, University of Konstanz, Cluster of Excellence "The Politics of Inequality", [online] https://doi.org/10.48787/kops/352-2-1ii51x0tstwlz2 [23.02.2026].

Simon, M. (2021). Pflegepersonal in Krankenhäusern: Eine Analyse neuerer Entwicklungen auf Grundlage der Daten der Krankenhausstatistik und der Arbeitsmarktstatistik, [online] https://f5.hshannover.de/fileadmin/HsH/Fakultaet_V/Bilder_Datein/UEber_uns/Personen/Simon__2021__Pflegepersonal_in_Krankenha__usern_-_neuere_Entwicklungen.pdf [12.01.2026].

Statistisches Bundesamt (2000-2024a): Grunddaten der Krankenhäuser, EVAS-Nummer 23111. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2000-2024b): Kostennachweis der Krankenhäuser, EVAS-Nummer 23121. Wiesbaden.

WHO Regional Office for Europe (2026): Policies and approaches to promote safe nurse staffing: technical brief. [online] https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/f94aa53a-1925-4432-9631-9a35d280ebd7/content [24.02.2026]

Winter V, Dietermann K, Schneider U, Schreyögg J. Nurse staffing and patient-perceived quality of nursing care: a cross-sectional analysis of survey and administrative data in German hospitals, [online] https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/11/11/e051133.full.pdf?with-ds=yes PMID: 34753760 [12.01.2026]

Berlin, 19.06.2026

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) - Bundesverband e. V.
Alt-Moabit 91 | 10559 Berlin | Telefon: +49 (0)30-2191570 | E-Mail: dbfk@dbfk.de | www.dbfk.de

DBfK Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(49)
gel. VB zur öffent. Anh. am 22.06.2(
19.06.2026

DER PARITÄTISCHE
Gesamtverband

Stellungnahme

zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungs-gesetz – GKV-BStabG)

Stand: 18. Juni 2026

Der Paritätische Gesamtverband nimmt anlässlich der öffentlichen Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 22.06.2026 zum Entwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-BStabG) vom 29. April 2026 ergänzend zur Paritätischen Stellungnahme vom 19. April 2026 wie folgt Stellung.

Zusammenfassung und Gesamtbewertung

Das GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz stellt das umfangreichste Stabilisierungspaket für die gesetzliche Krankenversicherung seit Jahrzehnten dar.

Der Paritätische Gesamtverband erkennt an, dass angesichts einer strukturellen Deckungslücke von bis zu 40 Milliarden Euro im Jahr 2030 gesetzgeberisches Handeln dringend erforderlich ist und verweist eingangs auf seine Vorschläge für eine Reform des Sozialstaats zur Entbürokratisierung und für nachhaltige Kostensenkungen[1]. Die Finanzierungslücke in der GKV erfordert auch aus Paritätischer Sicht eine Kombination aus Ausgabenbegrenzung, Effizienzsteigerung und einnahmeseitigen Maßnahmen. Allerdings ist bei der Auswahl der Kommissionsvorschläge eine bedenkliche soziale Schieflage entstanden. Das Ansinnen der Bundesregierung, die Belastungen gleichmäßig zu verteilen, ist aus Sicht des Paritätischen Gesamtverbandes nicht umgesetzt worden. Die Maßnahmen sind ausdrücklich an der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit der Betroffenen Akteure auszurichten. Einkommensschwache Haushalte und Grundsicherungsempfänger*innen haben angesichts der Preisentwicklung der letzten Jahre keinerlei finanziellen Spielraum selbst für scheinbar überschaubare Zusatzbelastungen wie etwa die Erhöhung der Zuzahlungen um 50%. Gleichzeitig bedarf es eines ehrlichen Diskurses über die Belastungsfähigkeiten im Bereich der Leistungserbringer und vor allen Dingen der

[1] Reform des Sozialstaats: Vorschläge zur Entbürokratisierung und für nachhaltige Kostensenkungen, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e. V., Berlin 2026

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

pharmazeutischen Industrie. Die in den letzten Wochen auf Druck der Industrie erfolgte schrittweise Aushöhlung des Herstellerabschlags führt zu einem weiter steigenden Druck im Gesetzgebungsverfahren, Versicherte noch stärker zu belasten. Dies ist den Versicherten nicht mehr zu vermitteln und entschieden abzulehnen.

Das Gesetz setzt immer noch zu einseitig auf fiskalische Wirkungen und belastet systematisch diejenigen am stärksten, die auf die GKV-Leistungen am dringendsten angewiesen sind: chronisch Kranke, Menschen mit Behinderungen, Einkommensschwache, pflegebedürftige Menschen sowie Menschen in Care-Verantwortung. Letzteres sind häufig Frauen, so dass der Gesetzentwurf auch eine klare geschlechterspezifische Unwucht aufweist. Trotz der mehrfachen Ankündigungen der Bundesministerin, die Reform sozialverträglich gestalten zu wollen, liegt ein deutlicher Schwerpunkt der Maßnahmen auf primär ökonomisch ansetzenden Hebeln, die keine ausreichende Schutzwirkung für einkommensschwache Menschen aufweisen. Zudem fehlt ein klarer Fokus auf Prävention und Gesundheitsförderung als maßgebliche Leitlinien für eine Reform des Gesundheitswesens. Ungeachtet vieler Beispiele in anderen Ländern fehlt der Mut zu echten Systemveränderungen, die Prävention und Gesundheitsförderung, sprechende Medizin und Gesundheitskompetenz stärken sowie der voranschreitenden Ökonomisierung des Gesundheitswesens Einhalt gebieten. Die Phantasie- und Mutlosigkeit führt sogar dazu, dass etwa mit der Aufweichung der Tarifrefinanzierung qualitativ stabilisierende Errungenschaften der letzten Jahre wieder zunichte gemacht werden. Es bleibt mithin bei einer rein kurativen Symptombehandlung mit sozialer Schieflage.

Zentrale Kritikpunkte und Paritätische Forderungen

Kritisch bewertet der Paritätische insbesondere:

1. Einseitige Lastverteilung zum Nachteil Erkrankter und Einkommensschwacher

Die Kombination aus Zuzahlungserhöhung und künftiger Dynamisierung der Zuzahlungen, Rücknahme der Festzuschüsse beim Zahnersatz und Beitragszuschlag für familienversicherte Ehegatt*innen führt zu einer kumulativen Mehrbelastung von Menschen, die ohnehin in finanziell prekären Situationen sind. Diese Mehrfachbelastung ist sozialethisch auch mit Blick auf den hinlänglich bekannten wissenschaftlichen Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit[2] nicht vertretbar. Der Paritätische sieht die nun zusätzlich auf die Beitragszahler*innen zukommenden Belastungen nicht vereinbar mit dem in den letzten Jahren deutlich gestiegenen durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz – bzw. dem individuell zu zahlenden Zusatzbeitrag. Demnach wurden Versicherte bereits in der Vergangenheit stärker in der Minimierung der Deckungslücke in die Verantwortung gezogen als andere Beteiligte des Gesundheitssystem.

[2] vgl. BMAS (2025), Siebter Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, S. 481ff

Der Paritätische lehnt die geplanten Zuzahlungserhöhungen in der vorliegenden Form ab. Die Erhöhung um 50 Prozent in einem Schritt stellt für Geringverdienende, Menschen mit Behinderungen, chronisch Kranke und Bezieher*innen von Sozialtransferleistungen eine erhebliche Mehrbelastung dar. Die dauerhafte Dynamisierung schreibt eine strukturell höhere Belastung der Patient*innen fest. Die Belastungsgrenze von 2 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen ist für Menschen am Existenzminimum de facto nicht erreichbar. Mit Zuzahlungen werden Versicherte belastet, die Leistungen der Krankenversicherung in Anspruch nehmen. Zudem haben sie nachweislich (vgl. Studien bzgl. Praxisgebühr) keine leistungssteuernden Effekte. Menschen mit höheren Einkommen werden die Erhöhung in Kauf nehmen, ohne dass sich eine Steuerungswirkung entfaltet, Menschen mit niedrigen Einkommen werden hingegen auf notwendige Versorgung verzichten, wenn das Geld nicht reicht; mit fatalen gesundheitlichen Folgen. Damit ist wesentliche Funktion der Erhöhung die finanzielle Beteiligung der einzelnen Versicherten an den von ihnen „verursachten“ Gesundheitskosten. Dies muss aus Paritätischer Sicht durch andere Instrumente und gerechter verteilt erfolgen. Der Paritätische hält die Erhöhung zudem für kostentreibend und bürokratisch aufwändig, weil jährliche Anpassungen in den Abrechnungssystemen aller Leistungserbringer, die die Zuzahlungsbeträge berücksichtigen müssen, erforderlich sind, bei in der Folge nur geringen zusätzlichen Mehreinnahmen. Zu kritisieren sind zudem Erhöhungen der Zuzahlungen im Bereich der außerklinischen Intensivpflege, auch hier werden ohnehin hochbelasteten Gruppen zusätzliche Kosten auferlegt.
Der Paritätische fordert einen Verzicht auf die Anpassung der Zuzahlungen, eine Absenkung der Belastungsgrenze und die vollständige Befreiung für Empfänger*innen von Grundsicherungsleistungen.

2. Vernachlässigung der Einnahmeseite und fehlender Fokus auf Prävention und Gesundheitsförderung

Der Entwurf schöpft das einnahmeseitige Potenzial der FKG-Empfehlungen nur unzureichend aus. Die bedeutendsten Empfehlungen – Vollfinanzierung der Beiträge für Bürgergeldbeziehende aus Steuermitteln (FKG-Empfehlung 62: 12 Mrd. €), Dynamisierung des Bundeszuschusses (FKG-Empfehlung 63) und präventionsorientierter Konsumsteuern auf Tabak, Alkohol und Zucker (FKG-Empfehlungen 64–66) – fehlen vollständig. Der Bund entzieht sich damit seiner gesamtstaatlichen Mitverantwortung für die gesundheitliche Daseinsvorsorge und Beitragssatzstabilität. Mehr noch: Die geplante Kürzung des Bundeszuschusses um 2 Milliarden Euro ist ein dreister Versuch, den Bundeshaushalt auf Kosten der gesetzlich Versicherten zu sanieren. Das Gegenteil wäre richtig: Eine vollständige Bundesfinanzierung der Krankenversicherungsbeiträge für Grundsicherungsempfänger*innen entsprechend der FKG-Empfehlung Nr. 62 ist sowohl ordnungspolitisch geboten als auch sachgerecht. In diesem Kontext fordern wir zudem auch die Einführung einer gesetzlichen Dynamisierung des Bundeszuschusses.

Die Aufweichung der geplanten Dynamisierung des Herstellerabschlags kritisiert der Paritätische mit Nachdruck. Hier werden zulasten der Versicherten Hersteller mit

Milliardenumsätzen und Renditen im deutlich zweistelligen Bereich mit Ausnahmen bedacht, die die Finanzwirkung des Gesamtpaketes schmälern und die Lasten noch weiter verschieben hin zu den Beitragszahlenden. Die Förderung des Wirtschaftsstandorts Deutschland ist keine originäre Aufgabe der GKV und ist nicht aus Versicherungsbeiträgen zu finanzieren.

Der Paritätische begrüßt die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und der Arbeitgeberbeiträge für geringfügig Beschäftigte grundsätzlich als Beitrag zur Beitragsgerechtigkeit. Die Anhebung des Arbeitgeberbeitrags für Minijobs korrigiert eine langjährige Subventionierung prekärer Beschäftigung zulasten der Sozialversicherung. Der Paritätische regt dringend an, die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze dauerhaft und nicht nur einmalig zu gestalten, eine schrittweise Annäherung an die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung zu prüfen und die Beitragsbemessungsgrundlage auf alle Einkommensarten auszudehnen, um nicht nur Lohneinkommen zusätzlich zu verbeitragen. Miet- und Kapitalerträge sowie andere Einkommen müssen zur Finanzierung der Daseinsvorsorge auch im Gesundheitsbereich herangezogen werden. Bei freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten ist das schon heute der Fall, Langfristig ist eine Bürgerversicherung anzustreben, die die Einnahmeseite breit und solidarisch aufstellt.

3. Risiken für die Versorgungsqualität

Die globale Vergütungsbegrenzung nach dem Grundlohnraten-Prinzip (§ 71 SGB V) ist das finanzwirksamste Element des Pakets. Der zusätzliche Abschlag von einem Prozentpunkt bis 2029 bedeutet faktisch Reallohnverluste für Beschäftigte im Pflege- und Gesundheitswesen und gefährdet mittelfristig Personalgewinnung und -bindung. In der Pflege, der ambulanten Versorgung und der Rehabilitation drohen Versorgungsengpässe. Das gesamte Maßnahmenpaket im Hilfsmittelbereich (pauschaler 3-Prozent-Abschlag, Grundlohnratendeckelung, pauschale Festbetragserweiterung) gefährdet die Versorgungsqualität für Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen. Der Paritätische sieht die pauschale Ausweitung des Festbetragssystems kritisch. Festbeträge haben historisch dazu geführt, dass eine ausreichende und qualitätsgesicherte Versorgung für komplexere Bedarfe nur noch mit erheblichen Zuzahlungen möglich ist – ein massives Problem für Menschen mit Behinderungen und einkommensschwache Versicherte. Die gesetzliche Formulierung, dass sich Festbeträge an möglichst preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten orientieren sollen, widerspricht dem Anspruch auf eine bedarfsgerechte und qualitätsgesicherte Versorgung. Der Paritätische fordert, dass das Sachleistungsprinzip nicht in Frage gestellt wird und besonderen Belangen bestimmter Patient*innengruppen bei der Festbetragsbildung ggf. durch Zuschläge Rechnung zu tragen ist.

In § 36 Abs. 1 Satz 1 ist „angemessene Versorgung“ zu ändern in „angemessene und bedarfsdeckende Versorgung“. In Absatz 4 ist Satz 4 zu ändern von „Soweit wie möglich ist dabei eine für die Versorgung hinreichende Hilfsmittelauswahl sicherzustellen“ in „Dabei ist eine für die Versorgung hinreichende Hilfsmittelauswahl sicherzustellen.“

Auch die Rücknahme der Festzuschüsse ist entschieden abzulehnen. Zahnersatz ist für Millionen Menschen bereits heute mit erheblichen Eigenkosten verbunden. Die Absenkung führt direkt zu einer Verschlechterung der Zahngesundheit einkommensschwacher Patientinnen und Patienten, die sich auf weniger kostspielige, aber qualitativ schlechtere Versorgungsoptionen beschränken müssen. Auch aus Präventionsperspektive ist die Absenkung der Festzuschüsse nicht nachvollziehbar. Der Zusammenhang zwischen Armut und schlechter Zahngesundheit ist gut belegt. Diese Regelung verschärft bestehende gesundheitliche Ungleichheit. Der Paritätische fordert mit Verweis auf das Bekenntnis zur Evidenz die vollständige Rücknahme dieser Maßnahme.

Darüber hinaus fordern wir eine gesetzliche Verpflichtung für Ärzt*innen und Krankenkassen, Versicherte im Rahmen notwendiger Eingriffe und Maßnahmen individuell und umfassend über geltende Härtefallregelungen sowie bestehende Möglichkeiten zur finanziellen Entlastung (z. B. die 1-%-Regelung) aufzuklären.

4. Tarifbruch in der Pflege: Gefährdung von Versorgung und Personalbindung

Die Streichung der vollständigen Tarifrefinanzierung in §§ 132a und 132l SGB V bricht mit einer erst vor wenigen Jahren eingeführten Garantie, die Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen ausdrücklich zur Tarifbindung ermutigt hatte. Nun drohen denjenigen Einrichtungen, die schon jahrelang nach Tarif vergüten, in gutem Glauben Tarifverträge abgeschlossen haben oder alternativ das regional übliche Entgeltniveau umsetzen (SGB XI), ein strukturelles Defizit und erhebliche Unrechtmäßigkeiten. Neben dem unglaublichen moralischen Tiefschlag sind die naheliegenden Folgen Insolvenzen, Personalabbau und Versorgungslücken in der häuslichen Krankenpflege, der außerklinischen Intensivpflege und folglich in der Langzeitpflege, da die Löhne keine Grenze zwischen dem SGB V und SGB XI kennen. Gleiches gilt für Rehabilitation und Vorsorge (insbesondere auch für Mütter, Väter und Kinder) sowie für die Rettungsdienste und freigemeinnützige Krankenhäuser. Eine Folgeabschätzung für das SGB XI und die Eingliederungshilfe fehlt vollständig.

Der Paritätische Gesamtverband lehnt die geplante Streichung der vollständigen Tarifrefinanzierung in §§ 132a und 132l SGB V auf das Schärfste ab. Diese Regelung ist in ihrer Wirkung verheerend und muss vollständig aus dem Gesetzentwurf gestrichen werden. Die Einführung des Grundsatzes, dass die Bezahlung von Tarifgehältern in der Pflege nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden darf, war eine der bedeutendsten sozialpolitischen Errungenschaften der letzten Jahre. Sie hat den wichtigen Berufen der häuslichen Krankenpflege und außerklinischen Intensivpflege endlich einen Anspruch auf angemessene Vergütung verschafft und war politisch ausdrücklich gewollt. Zahlreiche Pflegedienste und Einrichtungen haben sich im Vertrauen auf diese Finanzierungsgarantie erstmals oder wieder Tarifverträgen angeschlossen oder als Tarifanlehner ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern arbeitsvertraglich tarifäquivalente Vergütungen zugesichert. Dieses Vertrauen wird nun gebrochen. Die Folgen sind konkret und schwerwiegend: Pflegedienste, die Tariflöhne zahlen, werden bei Vergütungsverhandlungen künftig auf die Grundlohnrate als harte Obergrenze verwiesen, obwohl Tarifabschlüsse

diese regelmäßig übersteigen. Einrichtungen, die ihre Beschäftigten tarifgerecht entlohnen, werden in ein strukturelles Defizit gedrängt.

Ungeachtet dessen gilt grundsätzlich im SGB XI die Einhaltung eines regional üblichen Entgeltniveaus, welches i.d.R. ebenfalls höher als die Grundlohnrate sein dürfte. Insolvenzen und Schließungen sind die unweigerliche Konsequenz. Der Paritätische warnt eindringlich: Wenn die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege und außerklinischer Intensivpflege nicht mehr kostendeckend erbracht werden kann, werden Pflegedienste die GKV-Versorgung aufgeben. Die Folge wäre ein dramatischer Versorgungseinbruch für die Bevölkerung, insbesondere für schwer erkrankte und beatmungspflichtige Menschen. Besonders gravierend ist der Vertrauensbruch gegenüber den Einrichtungen: Dieselbe Politik, die unter dem damaligen Gesundheitsminister die Tarifrefinanzierung eingeführt und Pflegedienste ausdrücklich zur Tarifbindung ermuntert hat, entzieht diesen nun kurze Zeit später die zugesagte Finanzierungsgrundlage. Pflegedienste brauchen Planungssicherheit. Diese Kehrtwende macht verlässliches Handeln für Einrichtungsträger unmöglich und untergräbt das Vertrauen in die Verlässlichkeit staatlicher Rahmensetzung. Hinzu kommt: mit dem BEEP sollen Pflegefachpersonen zunehmend ärztliche Aufgaben übertragen bekommen, sollen aber nicht mehr nach Tarif bezahlt werden.

Zudem ist zu beachten, dass Pflegeeinrichtungen regelmäßig Verträge sowohl nach SGB V als auch nach SGB XI haben. Im SGB XI ist die Regelung zur Tariftreue in § 72 SGB XI enthalten, auf die die bisherigen §§ 132a und 132l SGB V Bezug nehmen. Pflegedienste haben daher keine Möglichkeit, der Pflicht tariforientierter Entlohnung bzw. auch der Entlohnung nach dem regional üblichen Entgeltniveau zu entgehen – bekommen aber durch diese Reform die Refinanzierung entzogen. Wenn die Tarifrefinanzierungsgarantie im SGB V aufgeweicht wird, droht diese Entwicklung mit dem nächsten Reformgesetz auch im SGB XI. Dies würde die gesamte Tarifarchitektur in der Pflege gefährden.

Der Paritätische fordert: Die bisherigen Sätze 7 und 8 des § 132a Absatz 4 SGB V und die entsprechende Regelung in § 132l SGB V sind vollständig wiederherzustellen. Eine Bindung der Vergütungssteigerungen in der häuslichen Krankenpflege und außerklinischen Intensivpflege an die Grundlohnrate ist abzulehnen. Zudem fordern wir eine gesetzliche Absicherung, dass die Tarifrefinanzierungsgarantie auch im SGB XI erhalten bleibt.

5. Strukturelle Benachteiligung von Care-Arbeit und gleichstellungspolitisches Versagen

Der Beitragszuschlag für familienversicherte Ehegatt*innen ohne Kinder unter sieben Jahren trifft überproportional Frauen, die unbezahlte Pflege- und Sorgearbeit leisten. Die Altersgrenze ist willkürlich und berücksichtigt nicht, dass intensive Betreuungsbedarfe weit darüber hinaus bestehen können. Für geringverdienende Haushalte können die 2,5 % eine deutliche Belastung darstellen. Zudem schafft die Umsetzung neue Bürokratie für die Krankenkassen. Der gleichstellungspolitisch zu begrüßende Ansatz, mehr Frauen eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung zu ermöglichen und prekäre geringfügige Beschäftigungen abzubauen, wird mit der Maßnahme nicht erreicht werden.

Der Paritätische bewertet diese Regelung sehr kritisch. Grundsätzlich kann die stärkere Verbeitragung im Rahmen der Familienversicherung ein vertretbares gleichstellungspolitisches Instrument darstellen. Die konkrete Ausgestaltung weist jedoch schwerwiegende Mängel auf. Die Altersgrenze von sieben Jahren für Kinder ist willkürlich und berücksichtigt nicht, dass intensive Betreuungsbedarfe weit darüber hinaus bestehen – insbesondere bei Kindern mit Behinderungen oder bei Angehörigenpflege unterhalb der Pflegegrad-Schwelle. Zudem ist mit der geplanten Regelung mit erheblichem bürokratischem Aufwand für die Krankenkassen zu rechnen. Der Paritätische fordert eine Erhöhung der Altersgrenze auf mindestens zehn Jahre, ausdrückliche Ausnahme für Betreuende von Kindern mit Behinderungen ohne Altersgrenze, einkommensabhängige Staffelung des Zuschlags sowie die Einbeziehung aller Formen informeller Pflege als Ausnahmetatbestand. Auf jeden Fall muss zudem eine Ausnahme für Erwerbsminderungsrentner*innen vorgesehen werden. Bisher sind zwar Rentner*innen oberhalb der Regelarbeitszeit ausgenommen, für erwerbsgeminderte Personen ist jedoch keine Ausnahme definiert. Auch für Menschen, die unter die Chroniker-Regelung nach § 62 SGB V fallen oder einen Schwerbehindertenstatus haben bzw. gleichgestellt sind, sollten Ausnahmen definiert werden.

Fazit:

Der Paritätische fordert substanzielle Nachbesserungen im weiteren Gesetzgebungsverfahren. Die Last der Konsolidierung darf nicht einseitig auf Versicherte und insbesondere auf vulnerable Gruppen abgewälzt werden. Ohne eine angemessene Beteiligung der Einnahmeseite, ohne einen klaren Fokus auf Prävention, ohne Steuermittelfinanzierung staatlich verantworteter Leistungen und ohne den Schutz der Ärmsten bleibt das Gesetz sozial ungerecht, verursacht Folgekosten und erhöht den Druck auf andere Systeme, etwa die Gesetzliche Rentenversicherung.

Berlin, den 18.06.2026

gez. Dr. Joachim Rock

Hauptgeschäftsführer

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V.

Kontakt: gesundheit@paritaet.org

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(50)
gel. VB zur öffent. Anh. am 22.06.2
19.06.2026

Stellungnahme zum Entwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)

Diakonie Deutschland
Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.

Berlin, 18. Juni 2026

Die Diakonie bedankt sich für die Gelegenheit zur Stellungnahme zum Entwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz) vom 26. Mai 2026.

1 Zusammenfassende Bewertung des Gesetzentwurfs

Die Diakonie begrüßt das Vorhaben des Gesetzgebers, weitere Beitragssteigerungen für gesetzlich Versicherte zu verhindern und zu einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik in der Gesetzlichen Krankenversicherung zurückzukommen. Auch das Anliegen, die evidenzbasierte Medizin zu stärken und zukünftig nur Gesundheitsleistungen zu finanzieren, die für die Versicherten einen nachweisbaren Nutzen haben, unterstützt die Diakonie. Die Diakonie begrüßt, dass einige der Härten, die im Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums vorgesehen waren, in dem von der Bundesregierung vorgelegten Gesetzentwurf nicht mehr enthalten sind, wie beispielsweise die geplante Reduzierung des Krankengeldes um fünf Prozentpunkte und die ehemals vorgesehene Beschränkung der Krankengeldhöchstbezugsdauer auf 78 Wochen innerhalb von drei Jahren. Nach wie vor jedoch werden gesetzlich Versicherte und Patient:innen durch das Maßnahmenpaket überproportional belastet. Mit der vorgesehenen Kürzung des Bundeszuschusses für die Gesetzliche Krankenversicherung um jährlich zwei Milliarden Euro sieht der Gesetzentwurf der Bundesregierung zudem eine deutliche Verschlechterung der vormals vorgesehenen Regelungen vor. Dass der Bund sich an dieser Stelle seiner Verantwortung bei der Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben weitestgehend entzieht, ist aus Sicht der Diakonie nicht akzeptabel. Kritisch anzumerken ist zudem, dass der Gesetzentwurf eine Schwächung der Tarifbindung im Gesundheitswesen und eine Benachteiligung von Einrichtungen, die an Tarifverträge oder kirchliche Arbeitsvertragsregelungen gebunden sind, vorsieht. Ein deutliches Bekenntnis zur Tarifbindung im Gesundheitswesen ist nach Ansicht der Diakonie jedoch unerlässlich für die zukünftige Fachkräftesicherung und für die Aufrechterhaltung einer guten Gesundheitsversorgung. Es ist zudem eine zentrale Grundvoraussetzung für das Gelingen wichtiger noch ausstehender Strukturreformen wie der Einführung eines multiprofessionellen Primärversorgungssystems.

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

2 Bewertung wesentlicher Inhalte des Gesetzentwurfs

Artikel 1, Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nr. 15, § 36 Festbeträge für Hilfsmittel

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass der GKV-Spitzenverband geeignete Hilfsmittel bestimmen soll, für die Festbeträge festgesetzt werden können. Hierfür sollen in ihrer Funktion gleichartige und gleichwertige Produkte in Gruppen zusammengefasst werden. Die Diakonie sieht die vorgesehene Ausweitung der Festbeträge und die stärkere Orientierung an pauschalen Preisgrenzen kritisch, da Hilfsmittel wie Rollstühle, Hörgeräte oder Sprachcomputer für Menschen mit Behinderungen unverzichtbar sind und eine zentrale Voraussetzung für gesellschaftliche Teilhabe darstellen. Oft ist eine Anpassung der Hilfsmittel an den individuellen Bedarf der betroffenen Person notwendig. Nach Ansicht der Diakonie sollten Festbeträge daher nur für Produktgruppen bestimmt werden, die eine ausreichende Standardisierbarkeit und Vergleichbarkeit aufweisen. Die Entscheidung, für welche Produktgruppen Festpreise in Betracht kommen können, sollte dem Gemeinsamen Bundesausschuss übertragen werden. Andernfalls besteht das Risiko, dass komplexe Versorgungsbedarfe unberücksichtigt bleiben oder Betroffene die entstehenden Kosten selbst tragen müssen.

Zu Nr. 22, § 55 Zahnersatz

Der Gesetzentwurf sieht vor, die bestehenden Festzuschüsse für Zahnersatz um zehn Prozentpunkte auf das vor dem Jahr 2021 geltende Niveau abzusenken und Boni, auf die gesetzlich Versicherte einen Anspruch haben, wenn sie regelmäßige Zahnpflege betrieben und zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen haben, entsprechend zu verringern. Diese Regelungen lehnt die Diakonie ab, da aus eigener Tasche zu tragende Kosten für die zahnärztliche Versorgung bereits heute für viele gesetzlich Versicherte eine große finanzielle Belastung darstellen.

Zu Nr. 23, § 61 Zuzahlungen

Der Gesetzentwurf sieht vor, Zuzahlungen, die Versicherte für Arzneimittel, stationären Maßnahmen, Heilmitteln, häuslicher Krankenpflege und außerklinischer Intensivpflege leisten müssen, um 50 Prozent zu erhöhen und die Höhe der Zuzahlungen zukünftig mit der Entwicklung der Grundlohnrate dynamisch fortzuschreiben und jährlich anzupassen. Eine finanzielle Überforderung soll auch weiterhin durch eine Begrenzung der zu leistenden Zuzahlungen auf zwei Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt (bei chronisch kranken Versicherten ein Prozent) ausgeschlossen werden. Sobald diese Grenzen erreicht sind, können sich gesetzlich Versicherte von weiteren Zuzahlungen befreien lassen. Die Diakonie lehnt die geplante Erhöhung der Zuzahlungen ab, da sie insbesondere Menschen mit geringen Einkommen treffen würde. Das Kostenbewusstsein von Versicherten zu steigern und ihre Eigenverantwortung zu stärken sind keine geeigneten Maßnahmen, um die gesundheitliche Versorgung nachhaltig zu verbessern. Vielmehr schaffen höhere Zuzahlungen zusätzliche Hürden, gesundheitliche Versorgung in Anspruch zu nehmen und tragen nicht zu einer bedarfsgerechten Verteilung von Gesundheitsleistungen bei. Die Finanzkommission Gesundheit merkt in ihrem Bericht an, die Zuzahlungsbefreiung setze voraus, dass Versicherte aktiv einen Antrag auf Befreiung stellen. Die Kommissionsmitglieder vermuten, dass die Möglichkeit der Zuzahlungsbefreiung nicht durchgängig bekannt ist und viele Versicherte aufgrund von Unkenntnis oder aufgrund komplexer administrativer Vorgänge nicht von ihrem Anspruch Gebrauch machen. Sie empfehlen daher, dass Krankenkassen dazu verpflichtet und in die Lage versetzt werden sollen, Versicherte automatisch zu informieren, wenn sie die Belastungsgrenze erreichen, um sicherzugehen, dass diese um ihren Anspruch wissen und dementsprechend auch

Gebrauch davon machen können. Die Diakonie unterstützt diese Empfehlung der Finanzkommission Gesundheit ausdrücklich.

Zu Nr. 52, § 132a Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, zu Nr. 40, § 111 Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen und zu Nr. 41, § 111c Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen

Die Diakonie Deutschland lehnt die im Gesetzesentwurf vorgesehenen Entkoppelungen der Refinanzierung der Einrichtungen und ambulanten Pflegedienste von der Tarifentwicklung entschieden ab. Der Gesetzesentwurf sieht diese für die Bereiche medizinische Behandlungspflege/häusliche Krankenpflege nach § 132a SGB V (in Verbindung mit § 71 SGB V) sowie für die medizinische Rehabilitation und Vorsorge nach §§ 111, 111c SGB V (in Verbindung mit § 71 SGB V) vor. Die Neuregelungen werden in der Praxis bedeuten, dass die Tarife nur noch teilweise refinanziert werden. Die wirtschaftliche Existenz vieler ambulanter Pflegedienste und Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation und Vorsorge wird aufs Spiel gesetzt. Ein Verzicht auf die volle Erstattung von Tariflöhnen würde die bisherigen Bemühungen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen konterkarieren. Die geplanten Gesetzesänderungen entwerten nicht nur die Beschäftigten in Pflege- und Gesundheitsberufen, sondern gefährden zudem den staatlichen Versorgungsauftrag und die Versorgungssicherheit, insbesondere in der häuslichen Krankenpflege. Schon jetzt ist es trotz angemessener (nicht: überzogener) Tarifsteigerungen in den letzten Jahren schwierig, genug Fachkräfte zu finden. Allein aufgrund des demographischen Wandels brauchen wir in Zukunft sehr viel mehr Fachkräfte als heute, gerade auch in der häuslichen Krankenpflege, die nicht notwendige Krankenhausaufenthalte ersetzen bzw. Krankenhausaufenthalte verkürzen kann sowie in der medizinischen Rehabilitation und Vorsorge, die Teilhabe sichert. Der Gesetzentwurf gefährdet die Qualität von Reha, Vorsorge und häuslicher Krankenpflege. Qualifizierte Fachkräfte lassen sich mit dem dann zu erwartenden Lohnniveau und noch zunehmender Arbeitsverdichtung weder halten noch gewinnen. Dies wird zudem zu einem Verdrängungs- und Unterbietungswettbewerb kommerzieller, nicht tarifgebundener Unternehmen zu Lasten der gemeinnützigen Anbieter führen, die an Tarifverträge oder kirchliche Arbeitsvertragsregelungen gebunden sind und nicht gewinnorientiert arbeiten. Tarifgebundene, vor allem gemeinnützige Anbieter, hätten damit erhebliche Finanzierungsprobleme. Die Diakonie merkt an, dass in der medizinischen Rehabilitation und Vorsorge die Einrichtungen zudem an die Rahmenempfehlungen Vorsorge und Rehabilitation gebunden sind, die ausgabenrelevante Personalkorridore vorschreiben. Auch konzeptionelle Weiterentwicklungen der rehabilitativen Versorgung, vor allem für Menschen mit erheblichen Teilhabeeinschränkungen, werden verunmöglicht. Dies geht auch zu Lasten anderer Sozialleistungssysteme. Die Diakonie weist auf den Widerspruch hin, dass einerseits durch das Bundestariftreuegesetz die Tarifbindung bei der Vergabe von öffentlichen Aufträgen des Bundes gestärkt werden soll, was die Diakonie begrüßt, zugleich aber mit dem geplanten Gesetz die Tarifbindung in systemrelevanten Versorgungsbereichen mit großem Fachkräftemangel, insbesondere bei Pflegefachpersonen, ausgehebelt wird.

Zu Nr. 60, § 221 Zuschuss des Bundes an den Gesundheitsfonds

Die Bundesregierung plant, den jährlichen Zuschuss des Bundes an den Gesundheitsfonds, welcher der pauschalen Abgeltung der durch die Gesetzliche Krankenversicherung erbrachter gesamtgesellschaftlicher Aufgaben (sogenannte versicherungsfremde Leistungen) dient, aufgrund der notwendigen Haushaltskonsolidierung des Bundes für die Jahre 2027 bis 2030 um je zwei Milliarden Euro zu kürzen: Von derzeit 14,5 Milliarden Euro jährlich auf zukünftig 12,5 Milliarden Euro jährlich. Diesbezüglich stellt der Kabinettsentwurf nach Ansicht der Diakonie eine deutliche Verschlechterung gegenüber den noch im Referentenentwurf des BMG enthaltenen Regelungsvorschlägen dar. Obgleich das tatsächliche Ausgabenvolumen für versicherungsfremde Leistungen mangels einer

rechtlichen Definition nach Einschätzung des Sachverständigenrats Wirtschaft im jüngsten Frühjahrsgutachten nicht genau bestimmbar ist, liegt es nach den meisten Schätzungen deutlich über dem aktuellen Bundeszuschuss. Der Zuschuss reicht somit schon jetzt bei weitem nicht aus, um die entstehenden Kosten, die nicht allein durch gesetzlich Versicherte zu tragen sind, auszugleichen. Dass der Bund sich seiner Verantwortung bei der Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben an dieser Stelle so deutlich entzieht, ist nicht akzeptabel. Die Diakonie spricht sich daher klar dafür aus, die geplante Kürzung des Bundeszuschusses zurückzunehmen.

Zu Nr. 61, § 223 Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze und zu Nr. 5, § 6 Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze

Der Gesetzentwurf sieht vor, die Beitragsbemessungsgrenze und die Versicherungspflichtgrenze in der GKV für das Jahr 2027 um monatlich zusätzlich 300 Euro zu erhöhen. Die Diakonie begrüßt diese Maßnahme als richtigen Schritt, um die finanzielle Situation der Kassen zu stärken und besserverdienende Menschen in das Solidarsystem der Gesetzlichen Krankenversicherung einzubinden. Aufgrund der kürzlich bekannt gewordenen erneut gestiegenen Defizitprognose für die Gesetzliche Krankenversicherung sollte aus Sicht der Diakonie eine darüber noch hinausgehende Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze sowie der Versicherungspflichtgrenze erwogen werden. Langfristig ist das duale Krankenversicherungssystem aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung nach Einschätzung der Diakonie zu einem einheitlichen Krankenversicherungssystem weiterzuentwickeln, das auch Besserverdienende, Beamte und Selbständige umfasst und allen hier lebenden Menschen einen gleichwertigen Krankenversicherungsschutz bietet.

Zu Nr. 62, § 232a Beitragspauschale für Grundsicherungsbeziehende

Im Gesetzentwurf ist vorgesehen, dass der Bund die monatliche Beitragspauschale für Grundsicherungsbeziehende aufwachsend ab dem Jahr 2027 erhöht. Für die Jahre 2027 und 2028 sollen zusätzlich 250 Millionen Euro als Ausgleich für die Gesundheitsleistungen von Grundsicherungsbeziehenden gezahlt werden, in den Jahren zusätzlich 2029, 2030, 2031 jeweils 500 Millionen Euro mehr. Auch mit diesen schrittweisen Erhöhungen würde der Bund die Gesundheitsausgaben für Grundsicherungsbeziehende weiter nur anteilig finanzieren, während ein Großteil der Kosten weiter durch die Solidargemeinschaft der gesetzlich Versicherten zu tragen wäre. Nach Berechnungen der Finanzkommission Gesundheit würde ein kostendeckender Beitrag des Bundes monatliche Pauschalen von über 400 Euro (statt derzeit 144 Euro) für Grundsicherungsbeziehende erfordern. Dies könnte die Gesetzliche Krankenversicherung um jährlich 12 Milliarden Euro entlasten. Nach Ansicht der Diakonie ist eine kostendeckende Ausgestaltung der Beitragspauschale für Grundsicherungsbeziehende dringend geboten.

Zu Nr. 63, § 242b Beitragszuschlag für familienversicherte Ehe- und Lebenspartner:innen

Der Gesetzentwurf sieht vor, für bislang beitragsfrei mitversicherte Ehe- und Lebenspartner:innen einen Beitragszuschlag in Höhe von 2,5 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen einzuführen. Kein Beitragszuschlag soll fällig werden, wenn mitversicherte Ehe- und Lebenspartner:innen Kinder unter sieben Jahren haben, wenn sie Kinder mit Behinderungen haben, die im selben Haushalt leben und einen dauerhaften Betreuungsbedarf haben, auch wenn diese älter als sieben Jahre sind, oder wenn sie Angehörige pflegen. Mitversicherte Ehe- und Lebenspartner:innen oberhalb der Regelaltersgrenze sollen ebenso wie voll erwerbsgeminderte Ehe- und Lebenspartner:innen weiter beitragsfrei mitversichert werden. Die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern soll vollumfänglich erhalten bleiben. Die vorgesehenen Regelungen bewertet die Diakonie als denkbaren Kompromiss. Wichtig ist nach Ansicht des Verbandes, die Regelung so auszugestalten, dass niemand hierdurch den

Krankenversicherungsschutz verliert, keine neuen Hürden zur Erlangung eines Krankenversicherungsschutzes aufgebaut werden und Menschen mit geringen Einkommen nicht übermäßig belastet werden.

Ankündigung der Bundesregierung:
Einführung einer Abgabe auf zuckergesüßte Getränke in weiterem Gesetzgebungsverfahren

Die Bundesregierung kündigt an, in einem weiteren Gesetzgebungsverfahren die Einführung einer Abgabe auf zuckergesüßte Getränke, die ab dem Jahr 2028 gelten soll, zu beschließen. Die somit erzielten Mehreinnahmen von geschätzt jährlich rund 450 Millionen Euro sollen die Gesetzliche Krankenversicherung entlasten und unter anderem zur Finanzierung von Angeboten zur Primärprävention genutzt werden. Dieses Vorhaben begrüßt die Diakonie ausdrücklich. Die Maßnahme setzt wirksame Anreize für Hersteller, den Zuckergehalt in Getränken zu senken. Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen, dass der Zuckerkonsum so wirksam gesenkt und ernährungsbedingte Erkrankungen maßgeblich reduziert werden können. Dringend erforderlich ist nach Ansicht der Diakonie, auch die Empfehlung der Finanzkommission Gesundheit zur Erhöhung der Tabak- und Alkoholsteuern umzusetzen. Höhere Steuern reduzieren nachweislich den Konsum und helfen, eine große Zahl vermeidbarer Erkrankungen und Todesfälle zu verhindern. Auch die hierdurch erzielten Mehreinnahmen sollten zur Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung genutzt werden und zweckgebunden in Prävention und gesundheitliche Versorgung fließen.

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(51)
gel. VB zur öffent. Anh. am 22.06.2
19.06.2026

Stellungnahme zum Entwurf des GKV-Beitragsstabilitätsgesetz

Die Bemühungen des Gesetzgebers, zur finanziellen Konsolidierung der Gesetzlichen Krankenversicherung alle Ausgabenbereiche auf den Prüfstand zu stellen, sind grundsätzlich zu begrüßen.
Im vorliegenden Gesetzentwurf erfährt allerdings aus Sicht unserer Initiative der Umstand, dass die Ausgabenentwicklung für Arzneimittel in den letzten Jahren einen überproportionalen Anstieg im Vergleich zu allen anderen Bereichen erfahren hat, zu wenig Berücksichtigung.
Aus unserer Sicht ist auch die pharmazeutische Industrie an relevanten – ihrem Ausgabenanteil entsprechenden - Kosteneinsparungen zu beteiligen.

Aus Sicht der Ärzt:innen-Initiative „Mein Essen zahl‘ ich selbst“ sind zur Erreichung dieses Ziels folgende Änderungen am vorliegenden Gesetzentwurf vorzunehmen:

1. Die in § 130a Absatz 1c getroffenen Ausnahmeregelungen für den dynamisierten erhöhten Herstellerabschlag sind zu streichen.

2. Die bisher in § 130b Absatz 3 geltenden „Leitplanken“ für Erstattungsbeiträge sind zu belassen.

3. Die von der „Finanzkommission Gesundheit“ erarbeitete Empfehlung zur Abschaffung des Orphan-Drug-Privilegs sollte konsequent umgesetzt werden. (Änderung des § 35a Absatz 1).

Darüber hinaus sind auf längere Sicht gesetzgeberische Maßnahmen zu treffen, die eine Transparenz der Erstattungsverhandlungen und Preisbildung für neu eingeführte Arzneimittel nach 130 b Absatz 1 SGB V verpflichtend machen.

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(52)
gel. VB zur öffent. Anh. am 22.06.2
19.06.2026

Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.
BAG SELBSTHILFE
Kirchfeldstr. 149
40215 Düsseldorf
Tel. 0211/31006-0
Fax. 0211/31006-48

Stellungnahme der

Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE)

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)

- Anhörung im Ausschuss für Gesundheit am 22. Juni 2026 -

Als Dachverband von 121 Bundesverbänden der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen und deren Angehörigen mit rund 1 Million Mitgliedern sowie von 13 Landesarbeitsgemeinschaften hat die BAG SELBSTHILFE im Grundsatz durchaus Verständnis dafür, dass Maßnahmen zur Stabilisierung der Finanzlage im Gesundheitssystem notwendig sind. Gleichzeitig ist aber hervor zu heben, dass der Staat seine Aufgaben bei der Erstattung der angemessenen Beiträge der Grundsi-

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

cherungsempfänger nicht wahrnimmt, was verfassungsrechtlich nur schwer nachvollziehbar ist. Bereits drei Mal stand – zu Recht - die Anpassung der nicht angemessenen Übernahme von Beiträgen von Bürgergeldempfängern in Koalitionsverträgen, wurde aber nie umgesetzt. Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE ist es daher nicht nachvollziehbar, warum mit dem vorliegenden Gesetzentwurf nicht die Empfehlung aufgenommen wurde, die GKV von der Finanzierung dieser Beiträge zu entlasten bzw. für einen angemessenen Ausgleich durch einen erhöhten Bundeszuschuss zu sorgen. Bei der Finanzierung der Gesundheitskosten der Bürgergeldempfänger handelt es sich um eine staatliche Aufgabe, nicht um eine Aufgabe des GKV-Systems.

Zudem ist aus Sicht der BAG SELBSTHILFE nicht einzusehen, warum nun über massive Belastungen von Versicherten und Patient*innen neue Einnahmen für die GKV generiert werden sollen, wenn gleichzeitig an den ineffizienten Strukturen im Gesundheitssystem festgehalten wird: Deutschland hat in Europa mit die höchsten Ausgaben für Gesundheit und gleichzeitig eher durchschnittliche Ergebnisse im Bereich der Lebenserwartung und der Morbidität.

Insoweit wird seitens der BAG SELBSTHILFE darauf gedrungen, dass umgehend auch Strukturreformen anfasst werden: Die Koordination zwischen den Leistungserbringern muss dringend verbessert werden, Digitalisierung und Prävention/ Health in all policies vorangetrieben werden. Für Patient*innen ist das Gesundheitswesen zu komplex und zeitnahe gesundheitliche Versorgung ist als GKV-Patient*innen inzwischen oft nur noch mit persönlichen Kontakten oder als Selbstzahlerleistung zu erhalten.

Gleichzeitig müssen konkrete Maßnahmen, die im vorliegenden Gesetzentwurf vorgesehen sind, daran gemessen werden, wie sie sich auf Patientinnen und Patienten auswirken – insbesondere auf diejenigen, die ohnehin bereits belastet sind. In diesem Zusammenhang sind mehrere der vorgeschlagenen Instrumente kritisch zu bewerten und aus Patientensicht abzulehnen:

Die geplante Erhöhung der Zuzahlungen trifft vor allem Menschen mit chronischen Erkrankungen, ältere Personen sowie Versicherte mit geringem Einkommen. Für sie stellen bereits heutige Eigenbeteiligungen eine Hürde dar. Weitere Belastungen

erhöhen das Risiko, dass notwendige Behandlungen aus finanziellen Gründen aufgeschoben oder ganz vermieden werden. Das kann nicht im Sinne einer bedarfsgerechten und präventiven Gesundheitsversorgung sein. Allerdings ist es sehr zu begrüßen, dass Überforderungsklauseln, insbesondere die Chroniker-Regelung, nicht abgeändert wurden. Gleichzeitig wird aber auch darauf hingewiesen, dass die Chroniker-Regelung bei vielen Menschen nicht bekannt ist, so dass dort Überforderungen auftreten können. Dies gilt umso mehr als die im Entwurf genannten Einschränkungen (z.B. Erhöhung der Zuzahlungen, Erhöhte Aufzahlungen aufgrund der Festbeträge, Aufzahlungen aufgrund der Absenkung der Festzuschüsse im Zahnbereich) Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen kumulativ treffen können. Mindestens sollten die Aufzahlungen im Hilfsmittelbereich in die Chroniker-Regelung einberechnet werden.

Die vorgesehenen Änderungen bei der Mitversicherung von Ehegatten sind ebenfalls problematisch. Die beitragsfreie Mitversicherung ist ein zentraler Bestandteil des solidarischen Systems und gewährleistet, dass auch Familienangehörige ohne eigenes Einkommen abgesichert sind. Einschränkungen in diesem Bereich würden insbesondere Haushalte von Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen finanziell unter Druck setzen und könnten zu Versorgungslücken führen. Sehr zu begrüßen sind aber in diesem Zusammenhang die Ausnahmemöglichkeit für Eltern von Kindern unter 7 Jahren, von Eltern behinderter Kinder, Rentner nach Erreichen der Regelaltersgrenze, Erwerbsminderungsrente und von pflegenden Angehörigen. Sie leisten unbezahlt enormes, sind somit das Rückgrat der Gesellschaft und sollten nicht finanziell noch zusätzlich in Schwierigkeiten geraten. Sehr begrüßt wird dabei die Änderung ggü. dem Referentenentwurf dahingehend, dass Menschen mit Erwerbsunfänigkeitsrente in die Ausnahmemöglichkeiten aufgenommen wurden, allerdings werden weitere Ausnahmen für notwendig gehalten (s.u.).

Sehr begrüßt wird es ebenfalls, dass die noch im Referentenentwurf enthaltenen Kürzungen beim Krankengeld zurückgenommen wurden. Gerade für chronisch erkrankte und behinderte Erwerbstätige stellt das Krankengeld eine existenzsichernde Leistung dar. Verschlechterungen – etwa durch geringere Leistungen oder strengere Anspruchsvoraussetzungen – würden Betroffene in einer ohnehin vulnerablen Situation zusätzlich belasten und könnten im schlimmsten Fall zu finanziellen Not-

lagen führen. Schon jetzt sind finanzielle Sorgen – etwa nach einer Krebserkrankung – durchaus ein Problem für die Betroffenen; dies hätte sich durch die vorgesehenen Maßnahmen noch verschlimmert; insoweit wird die Abänderung nachdrücklich begrüßt.

Insgesamt gilt: Konsolidierungsmaßnahmen im Gesundheitswesen sind notwendig und legitim. Hauptursache für diese sind jedoch die enormen Kostensteigerungen auf Seiten der Leistungserbringer in den letzten Jahren; die Versicherten haben hingegen mit ihren Beitragssteigerungen in den letzten Jahren bereits wichtige und hohe Beiträge für die Stabilisierung des Systems geleistet; insoweit führt das Argument, die Zuzahlungen der Versicherten seien in den letzten Jahren nicht gestiegen in die Irre. Aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE sollten sich Einsparungen von daher auf diejenigen konzentrieren, die für die enormen Kostensteigerungen verantwortlich sind, also die Leistungserbringer; ferner sollte unbedingt für eine angemessene Ausgestaltung der Beiträge der Bürgergeldempfänger gesorgt werden. Insoweit unterstützt die BAG SELBSTHILFE viele der in den Anträgen der Fraktionen BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN und der LINKE genannten Maßnahmen, insbesondere den Verzicht auf Belastungen der Versicherten/ Patient*innen, der Erhöhung des Bundeszuschusses zum Ausgleich versicherungsfremder Leistungen sowie der höheren Besteuerung von Alkohol, zuckerhaltigen Getränken und Tabak.

Die Maßnahmen sollten zudem auch auf strukturelle Effizienzgewinne, Bürokratieabbau und eine bessere Steuerung von Leistungen abzielen. Maßnahmen, die direkt zulasten von Patientinnen und Patienten gehen, gefährden hingegen die soziale Ausgewogenheit des Systems und sind daher aus Patientensicht klar abzulehnen.

Schließlich ist es für Patient*innen nicht nachvollziehbar, weswegen auf Schnittblumen, (ungesundem) Zucker oder Taxifahrten nur 7 Prozent Mehrwertsteuer anfallen, während auf Arzneimittel 19 Prozent Mehrwertsteuer erhoben werden. Vor diesem Hintergrund fordert die BAG SELBSTHILFE eine Absenkung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel auf entsprechende 7 Prozent, ggf. im Austausch für eine präventiv sinnvolle Erhöhung der Mehrwertsteuer auf ungesunde Lebensmittel und insbesondere Zucker, die ja auch tatsächlich im Entwurf angekündigt wurden.

Gleiches gilt für die völlig unzureichende Ausgestaltung der Beiträge der Bürgergeldbezieher, die auch noch vom Staat selbst so extrem niedrig festgelegt werden. Diese Ausgestaltung hat zur Folge, dass Beamte und Privatversicherte viel zu gering an der Gesundheitsversorgung von Bürgergeld-/ Grundsicherungsbezieher beteiligt werden. Es ist nicht hinnehmbar, dass GKV-Versicherte überproportional die Kosten für die Gesundheitsversorgung für Menschen beteiligt werden, die eine staatliche Aufgabe unter Einschluss der Privatversicherten ist und keine Aufgabe der GKV-Versicherung. Zu Recht klagen die gesetzlichen Krankenkassen gegen diese Praxis.

Insoweit ist es eben nicht zutreffend, dass alle die Lasten einer Finanzreform mittragen: Der Staat nimmt seine Aufgabe der kostendeckenden Beiträge für Bürgergeld- /Grundsicherungsbeiträge nicht wahr und hat zudem über die eigene Festlegung einen Interessenkonflikt. Die BAG SELBSTHILFE fordert insoweit eine angemessene Erstattung der Kosten der Bürgergeldempfänger an das GKV-System. In diesem Zusammenhang wird auch die vorgesehene Kürzung des Bundeszuschusses als unverständlich – angesichts der Vielzahl von versicherungsfremden Leistungen, die die GKV noch zusätzlich übernimmt – angesehen.

Zu den Vorschlägen im Einzelnen:

1. Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 2 SGB V GesE)

Die BAG SELBSTHILFE sieht, dass die Neufassung des § 2 Abs. 1 SGB V-im Wesentlichen eine Streichung der besonderen Therapierichtungen zum Inhalt hat. Gleichzeitig weist sie darauf hin, dass die schwierige Finanzlage eine stärkere Gewichtung des Wirtschaftlichkeitsgebots zur Folge haben wird; diese darf jedoch nicht zu einer faktischen Innovations- oder Teilhabebarriere werden. Indem medizinischer Fortschritt unter den Vorbehalt des Wirtschaftlichkeitsgebots gestellt wird, droht die Ökonomie zur primären Definitionsebene medizinischen Fortschritts zu werden. Besonders kritisch ist die in Kapitel D des Entwurfs genannte Streichung von Sondervergütungen. Beispielsweise für Menschen mit seltenen degenerativen Netzhauterkrankungen hängen Therapieerfolge oft von hochspezialisierten ophthalmologischen Zentren und Orphan Drugs und beispielsweise Gentherapien ab. Der Wegfall dieser finanziellen Flankierung gefährdet die Struktur spezialisierter Kliniken, die auf diese Mittel angewiesen sind, um komplexe Gentherapien überhaupt anbieten

zu können. Wenn Wirtschaftlichkeit zum alleinigen Gradmesser wird, riskieren wir, dass bahnbrechende Innovationen in der Augenheilkunde für Kassenpatienten de facto unerreichbar werden.

2. Beitragszuschlag für mitversicherte Ehegatten (§§ 3 Abs. 3, 242b SGB V GesE)

Aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE ist ein geplanter Beitragszuschlag für mitversicherte Ehegatten sehr kritisch zu bewerten – auch wenn begrüßenswerterweise eine Reduzierung gegenüber dem Referentenentwurf stattgefunden hat und der grundsätzliche Bedarf zur finanziellen Stabilisierung des Gesundheitssystems nachvollzogen werden kann.

Für viele Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung ist die beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten kein „Vorteil“, sondern eine notwendige Absicherung der Lebensrealität. Chronische Erkrankungen gehen häufig mit eingeschränkter Erwerbsfähigkeit einher – sowohl bei den Betroffenen selbst als auch innerhalb des Haushalts, etwa wenn Partnerinnen oder Partner Pflege- oder Unterstützungsaufgaben übernehmen. Ein zusätzlicher Beitragszuschlag würde genau diese Haushalte treffen, die ohnehin bereits überdurchschnittlich belastet sind.

Hinzu kommt, dass chronisch Erkrankte oft kontinuierlich auf medizinische Leistungen, Medikamente und Therapien angewiesen sind. Auch wenn ein Großteil der Kosten von der Krankenversicherung getragen wird, verbleiben regelmäßig Eigenanteile und indirekte Kosten (z. B. für Hilfsmittel, Fahrten oder Verdienstausfälle, Aufzahlungen). Ein zusätzlicher finanzieller Druck durch höhere Beiträge für mitversicherte Ehegatten kann dazu führen, dass an anderer Stelle gespart werden muss – mit potenziell negativen Folgen für die Gesundheit.

Darüber hinaus wirft der Beitragszuschlag auch Fragen der Gerechtigkeit auf. Gerade in Haushalten, in denen Krankheit die Erwerbsbiografien beeinflusst hat, sind traditionelle Rollenverteilungen oder Teilzeitmodelle keine freie Entscheidung, sondern oft eine Folge gesundheitlicher Einschränkungen. Diese Konstellationen nachträglich finanziell stärker zu belasten, läuft dem Solidarprinzip zuwider.

Aus Patientensicht entsteht somit der Eindruck, dass eine Maßnahme zur Kostendämpfung gewählt wird, die strukturell diejenigen benachteiligt, die ohnehin auf ein verlässliches und solidarisches System angewiesen sind. Stattdessen sollten Reformen darauf abzielen, chronisch erkrankte und behinderte Menschen sowie ihre Familien gezielt zu entlasten und ihre Versorgung langfristig zu sichern.

Sehr zu begrüßen sind aber in diesem Zusammenhang die Ausnahmemöglichkeit für Eltern von Kindern unter 7 Jahren, von Eltern behinderter Kinder und insgesamt von pflegenden Angehörigen. Sie leisten unbezahlt enormes, sind somit das Rückgrat der Gesellschaft und sollten nicht finanziell noch zusätzlich in Schwierigkeiten geraten. Angesichts der nicht durchgehend vorhandenen Betreuungsangebote sollte jedoch diskutiert werden, ob die Altersgrenze von 7 Jahren nicht angehoben werden sollte.

Wir sehen die Interessen von Eltern behinderter Kinder beim neuen Beitragszuschlag nach § 242b SGB V allerdings noch nicht hinreichend berücksichtigt und bitten darum, den Gesetzesentwurf wie folgt zu ergänzen:

Die BAG Selbsthilfe fordert, § 242b Absatz 1 Satz 2 SGB V wie folgt zu fassen:

§ 242b Beitragszuschlag für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner

(1) ***Die Krankenkassen erheben von Mitgliedern mit einem nach § 10 versicherten Ehegatten oder Lebenspartner einen Zuschlag auf den Beitragssatz in Höhe von 2,5 Prozentpunkten. Satz 1 gilt nicht, wenn***

1. das Mitglied oder der nach § 10 versicherte Ehegatte oder Lebenspartner ein Kind im Sinne des § 10 hat,

a) das das siebte Lebensjahr noch nicht vollendet hat <u>oder behindert und auf Hilfe angewiesen ist</u> und im Haushalt des nach § 10 versicherten Ehegatten oder Lebenspartners lebt oder

b) das als Mensch mit Behinderungen außerstande ist, sich selbst zu unterhalten, ~~und im Haushalt des nach § 10 versicherten Ehegatten oder Lebenspartners lebt~~, oder

Begründung

Die Ausnahmetatbestände des § 242b Satz 2 SGB V bilden Konstellationen ab, in denen Ehegatten oder Lebenspartner im familiären Kontext Aufgaben wahrnehmen, die im Regelfall der Aufnahme einer Beschäftigung entgegenstehen.

Zu a)

Bei minderjährigen Kindern mit Behinderung besteht der Betreuungsbedarf in der Regel über das 7. Lebensjahr hinaus. Ein Elternteil – in der Regel die Mütter - verzichtet auch in dieser Zeit häufig auf eine Berufstätigkeit, um die Versorgung des Kindes sicherzustellen.

Wir bitten daher, diesen Ausnahmetatbestand wie vorgeschlagen zu ergänzen.

Zu b)

Dieser Ausnahmetatbestand betrifft volljährige Kinder mit Behinderung. Als nicht sachgerecht sieht die BAG Selbsthilfe die Einschränkung an, dass dieser Ausnahmetatbestand nur gelten soll, wenn der Mensch mit Behinderungen noch im Haushalt des Ehegatten bzw. Lebenspartners lebt. Denn bei Menschen mit Behinderungen, die außerstande sind, sich selbst zu unterhalten, handelt es sich um Menschen mit einem hohen Unterstützungsbedarf, die in hohem Maße auf Pflege und Betreuung angewiesen sind.

In Familien mit Kindern mit Behinderung ist es deshalb nach wie vor so, dass insbesondere Mütter eine eigenständige Erwerbstätigkeit aufgeben, um das Kind häufig bis ins hohe Erwachsenenalter hinein zu versorgen. Die Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit ist in der Regel für die Mütter nicht mehr möglich, wenn das Kind das Elternhaus verlässt und in eine betreute Wohnform umzieht.

Abgesehen davon endet die Betreuung und Versorgung eines erwachsenen Kindes auch nicht mit dessen Auszug aus dem Elternhaus. Die Eltern sind in diesen Fällen weiterhin mit Aufgaben der rechtlichen Betreuung, Begleitung zu Arztbesuchen, Begleitung bei Klinikaufenthalten und Versorgung und Pflege des Kindes bei Wochenend- oder Ferienbesuchen im Haushalt der Eltern befasst.

Wir bitten daher darum, in diesem Ausnahmetatbestand die vorgeschlagene Streichung vorzunehmen.

Sehr begrüßt wird gegenüber dem Referentenentwurf die Aufnahme der Menschen mit Erwerbsunfähigkeitsrente- neben den Menschen in der Regelaltersrente - in die Liste der Ausnahmemöglichkeiten, die auch die BAG SELBSTHILFE gefordert hatte. Hier leisten die Partner viel, um die Betroffenen mit ihren Einschränkungen aufzufangen- auch finanziell. Denn diese Gruppe ist durch die allgemeinen Kosten aufgrund der Erkrankung bereits jetzt hoch belastet; eine zusätzliche Inanspruchnahme durch zusätzliche Krankenkassenbeiträge hätte diese Betroffenen über Gebühr belastet. Aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE sollte dies jedoch noch ergänzt werden: Auch für Menschen, die unter die Chroniker-Regelung nach § 62 SGB V fallen, Erwerbsminderungsrente oder einen Schwerbehindertenstatus haben bzw. gleichgestellt sind, sollten Ausnahmen definiert werden.

So sind beispielsweise viele Menschen mit progredienten Netzhauterkrankungen nicht formal voll erwerbsgemindert, aber durch fortschreitenden Sehverlust, eingeschränkte Erwerbsfähigkeit, Teilzeit, Hilfsmittelbedarf, Assistenzbedarf, fehlende Barrierefreiheit oder lange Anpassungsprozesse erheblich belastet. Die beitragsfreie Mitversicherung ist in solchen Lebenslagen kein Privileg, sondern eine soziale Absicherung.

3. Begrenzung der Ausgabensteigerungen auf die Grundlohnsumme (§ 4 Abs. 5 SGB V GesE)

Aus Sicht von Menschen mit chronischen Erkrankungen sowie der Versicherten insgesamt ist die geplante Begrenzung der Ausgaben auf die Grundlohnsumme vor dem Hintergrund der enormen Ausgabensteigerungen durch die Leistungserbringer grundsätzlich nachvollziehbar, sollte aber differenziert ausgestaltet werden, damit nicht am Ende Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen eine schlechtere Versorgung erhalten. Zu Recht verweist darauf auch der Antrag der Fraktion DIE LINKE.

Positiv hervorzuheben ist zunächst, dass eine solche Maßnahme auf mehr Ausgabendisziplin und finanzielle Stabilität im Gesundheitssystem abzielt. Gerade für Versicherte ist es zentral, dass Beitragssätze langfristig kalkulierbar bleiben und nicht überproportional ansteigen. Eine Orientierung an der Grundlohnsumme kann dabei helfen, die Kostenentwicklung stärker an die wirtschaftliche Leistungsfähig-

keit der Beitragszahlerinnen und -zahler zu koppeln und so die Solidarität im System zu sichern.

Auch für Menschen mit chronischen Erkrankungen kann finanzielle Stabilität ein wichtiger Faktor sein. Sie sind in besonderem Maße auf ein verlässliches Gesundheitssystem angewiesen, das dauerhaft tragfähig ist und nicht durch kurzfristige Finanzierungslücken unter Druck gerät. Insofern ist das Ziel, Ausgaben zu begrenzen und Effizienzreserven zu heben, nachvollziehbar und unterstützenswert.

Gleichzeitig ist entscheidend, wie eine solche Begrenzung konkret umgesetzt wird. Aus Patientensicht darf sie nicht dazu führen, dass notwendige Leistungen eingeschränkt, Innovationen verzögert oder Versorgungsangebote ausgedünnt werden. Gerade chronisch Erkrankte sind auf kontinuierliche, qualitativ hochwertige und oft auch fortschrittliche Behandlungen angewiesen. Eine starre Ausgabenbegrenzung birgt das Risiko, dass medizinischer Fortschritt oder individueller Versorgungsbedarf nicht ausreichend berücksichtigt werden. So wurden etwa im Heilmittelbereich in den letzten Jahren Strukturen geschaffen, die dringend notwendig für eine ausreichende Versorgung waren und die nun wieder unter Druck geraten. Für Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung sind Heilmittel eben keine zeitlich befristeten Maßnahmen, sondern oft eine Dauerversorgung, die ihre gesundheitliche Stabilität sichert und Krankenhauseinweisungen vermeidet. Vor diesem Hintergrund sind aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE Ausnahmen für die Heilmittelversorgung vorzusehen. Gleiches gilt für die Rehabilitation (s.u.).

Was die Begrenzung der Ausgaben für die Pflege angeht, so gilt es sicherlich Fehlentwicklungen wie Essensausgaben durch Pflegefachkräfte entgegenzuwirken. Gleichzeitig muss jedoch sichergestellt werden, dass durch etwaige Begrenzung der Ausgaben keine Gefährdung der Patientensicherheit stattfindet, für die die Anzahl der Pflegekräfte durchaus Relevanz hat. Die Studienlage zeigt einen **klaren Zusammenhang zwischen niedriger Pflegepersonalausstattung und erhöhter Patientengefährdung**. Besonders gut belegt sind Zusammenhänge mit Sterblichkeit, Komplikationen, Krankenhausinfektionen und sogenannten „Failure-to-Rescue“-

Ereignissen (Tod nach behandelbaren Komplikationen).[1] Hier gilt es einem Abbau von notwendigen Pflegekräften dringend entgegenzuwirken. Ideen nach einer „Entbürokratisierung“ durch Abbau von Schutzmaßnahmen wie Pflegepersonaluntergrenzen tritt die BAG SELBSTHILFE nachdrücklich entgegen.

Für Versicherte insgesamt gilt: Eine Ausgabensteuerung ist sinnvoll, wenn sie mit strukturellen Reformen einhergeht – etwa durch den Abbau von Fehlanreizen, eine bessere Koordination der Versorgung und mehr Effizienz im System. Sie sollte jedoch nicht zu einer verdeckten Rationierung von Leistungen führen.

In der Gesamtabwägung kann die Begrenzung der Ausgaben auf die Grundlohnsumme daher als richtiger Ansatz zur Stabilisierung der Finanzierungsbasis begrüßt werden – vorausgesetzt, sie wird flexibel, bedarfsgerecht und patientenorientiert ausgestaltet. Entscheidend ist, dass die Versorgungssicherheit und Versorgungsqualität, insbesondere für chronisch erkrankte und behinderte Menschen, jederzeit gewährleistet bleiben.

Die gilt insbesondere für die Rehabilitation: Die im Kabinettsentwurf vorgesehene dauerhafte Begrenzung der Vergütungs- und Preisanstiege auf die Grundlohnrate als Obergrenze sowie den zusätzlich vorgesehenen Abschlag von einem Prozentpunkt für die Jahre 2027 bis 2029 wird für zahlreiche Rehabilitationseinrichtungen zu finanziell nicht überwindbaren Hürden führen. Durch die Abschaffung der erst kürzlich eingeführten Tarifrefinanzierung wird die finanzielle Belastung der bereits angespannten Lage der Rehabilitationseinrichtungen erneut erhöht werden. Dadurch wird es zwangsläufig zu einer weiteren Reduzierung des ohnehin schon knappen Versorgungsangebot für chronisch Kranke kommen. Bereits aktuell übersteigen die Nachfragen bei Reha-Einrichtungen für Menschen, etwa mit MS, das vorhandene Angebot und es bestehen, wie auch bei anderen Reha-Einrichtungen, bereits jetzt Wartezeiten von mehreren Monaten.

---

1 Siehe etwa Dall Ora et alt.: Nurse staffing levels and patient outcomes: A systematic review of longitudinal studies , in Pubmed: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35780608/

Gerade für Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen ist es sehr wichtig, dass Rehamaßnahmen in Kliniken mit nachweisbar hoher Qualität (mit vorhandenen und geprüften Konzepten) durchgeführt werden.

Die vorgesehenen Änderungen in diesem Bereich führen daher zu Einschränkungen in der Versorgung für Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen. Leistungsansprüche der Versicherten, insbesondere auch der MS-Erkrankten, werden massiv eingeschränkt werden und die Durchführung von medizinisch indizierten, notwendigen Rehamaßnahmen wird faktisch oftmals nicht mehr möglich sein. Bei den geplanten Änderungen wird das Ziel der Durchführung von Rehamaßnahmen völlig übersehen und die verheerenden Folgen für die betroffenen Menschen völlig außer Acht gelassen.

Die geltenden Prinzipien „Reha vor Rente“ sowie „Reha vor Pflege“, werden mit den vorgesehenen Änderungen insgesamt konterkariert.

4. Begrenzung der Verwaltungsausgaben und der Werbeausgaben der Krankenkassen (§§ 4, 4a Abs. 3 SGB V GesE)

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE ist die Begrenzung der Verwaltungsausgaben nachvollziehbar und die Begrenzung der Werbeausgaben der Krankenkassen zu begrüßen. In einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem sollten die verfügbaren Mittel in erster Linie der medizinischen Versorgung und der Verbesserung von Leistungen zugutekommen – nicht dem Wettbewerb über Marketingkampagnen.

Viele Versicherte empfinden beispielsweise umfangreiche Werbemaßnahmen der Krankenkassen zunehmend als schwer nachvollziehbar, insbesondere vor dem Hintergrund steigender Beiträge und wachsender finanzieller Belastungen. Eine Begrenzung dieser Ausgaben setzt hier ein wichtiges Signal: Beitragsmittel werden verantwortungsvoll eingesetzt und stärker am eigentlichen Versorgungsauftrag ausgerichtet.

Gerade auch aus Sicht von Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen ist dieser Schritt sinnvoll. Sie sind auf eine kontinuierlich hochwertige Versorgung angewiesen und profitieren nicht von verstärkter Werbung, sondern von gut ausgebauten Leistungsangeboten, verlässlicher Betreuung und einem effizienten

Mitteleinsatz. Jeder Euro, der nicht in Marketing, sondern in Versorgung fließt, kann konkret zur Verbesserung ihrer Situation beitragen.

Zudem kann eine Reduzierung der Werbeausgaben dazu beitragen, den Wettbewerb zwischen Krankenkassen stärker auf qualitative Aspekte zu lenken – etwa auf Versorgungsprogramme, Servicequalität und innovative Behandlungsansätze. Das stärkt langfristig die Transparenz und die tatsächliche Wahlfreiheit der Versicherten.

Insgesamt ist insbesondere die Begrenzung der Werbeausgaben daher ein sinnvoller und sachgerechter Beitrag zur finanziellen Stabilisierung des Systems und zur Stärkung der patientenorientierten Versorgung.

Generell stellt sich die Frage, ob überhaupt Ausgaben für Werbemaßnahmen vorgesehen werden sollten: Denn in einem solidarischen Versichertensystem sollte die Abwerbung von ,,guten" Risiken innerhalb der Versichertengemeinschaft nicht zu Lasten der Leistungen der Versicherten zulässig sein. Zudem hat bereits der Bundesrechnungshof in einem seiner Berichte festgestellt, dass es hauptsächlich um einen Wettbewerb um Mitglieder geht und das Ziel aus Abs. 1 der Vorschrift, die Wirtschaftlichkeit zu verbessern, nicht verfolgt wird. Daher sollte der den gesetzlichen Krankenkassen zugestandene Betrag deutlich reduziert und eingefroren werden, z.B. auf dem Stand des Jahres 2020. Der Bundesrechnungshof sollte hierüber regelmäßig Bericht erstatten. Bei Verstößen sollte dies zu einem Malus führen.

Die Begrenzung der Verwaltungsausgaben der Krankenkassen sollte mit einer Digitalisierungsoffensive begleitet werden, um Verzögerungen bei der Gewährung von Leistungen auf Antrag zu vermeiden.

5. Überprüfung des Check-Ups 35 und des Hautkrebsscreenings (§ 25 Absatz 4 Satz 6 SGB V GesE)

Im Grundsatz ist aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE eine evidenzbasierte Überprüfung bestehender Vorsorgeuntersuchungen wie des Hautkrebsscreenings und des „Check-up 35" grundsätzlich sinnvoll und zu begrüßen – allerdings nur unter klaren Voraussetzungen und mit einem Blick auf mögliche Folgen für die Versorgung.

Die „Berücksichtigung einer möglichen Eingrenzung“ des Check-Ups 35 auf Herz-Kreislauferkrankungen lehnt die BAG SELBSTHILFE ab; gerade die in den letzten Jahren eingeführten Untersuchungen auf Hepatitis B und C ist hochgradig evidenzbasiert und kann – durch eine frühzeitige medikamentöse Behandlung – ein Fortschreiten der Erkrankung, sogar Heilung und erhebliche Folgeschäden wie Leberkrebs verhindern. Wenn man eine stärkere Ausrichtung der Gesundheitsuntersuchungen auf gute Evidenz befürwortet, wäre eine Streichung dieser Untersuchungen aus dem Check-Up der komplett falsche Weg.

Positiv ist hervorzuheben, dass die vorgesehene Überprüfung dazu beiträgt, die Qualität und Wirksamkeit von Leistungen im Gesundheitssystem regelmäßig zu hinterfragen. Versicherte haben ein berechtigtes Interesse daran, dass angebotene Vorsorgeuntersuchungen tatsächlich einen nachweisbaren Nutzen haben, also Krankheiten frühzeitig erkennen, die Behandlung verbessern und gesundheitliche Risiken senken. Eine stärkere Orientierung an wissenschaftlicher Evidenz kann helfen, Fehlanreize, Überdiagnostik oder unnötige Untersuchungen zu vermeiden und die vorhandenen Ressourcen gezielter einzusetzen.

Gleichzeitig darf eine solche Neubewertung nicht allein unter Kostengesichtspunkten erfolgen. Aus Patientensicht ist entscheidend, dass auch der präventive Nutzen, individuelle Risikofaktoren sowie das Sicherheitsbedürfnis der Versicherten angemessen berücksichtigt werden. Gerade beim Hautkrebsscreening spielt die frühzeitige Erkennung eine wichtige Rolle, auch wenn der Nutzen in Studien unterschiedlich bewertet wird. Viele Patient*innen empfinden diese Untersuchung als niederschwelliges und sinnvolles Angebot zur Vorsorge.

Ähnliches gilt für den „Check-up 35“, der für viele Versicherte einen wichtigen Zugang zur allgemeinen Gesundheitsuntersuchung darstellt. Auch wenn einzelne Bestandteile möglicherweise evidenzbasiert angepasst werden sollten, erfüllt das Angebot eine wichtige Funktion für die Früherkennung von Risikofaktoren und als Einstieg in eine regelmäßige gesundheitliche Betreuung.

Aus Patientensicht sollte daher nicht die Abschaffung solcher Leistungen im Vordergrund stehen, sondern ihre gezielte Weiterentwicklung. Insoweit wird die im

Entwurf vorgesehene Überprüfung des Hautkrebsscreenings mit stärkerer Risikoorientierung begrüßt.

Insgesamt gilt: Eine evidenzbasierte Überprüfung ist richtig und notwendig. Sie sollte jedoch darauf abzielen, Vorsorgeangebote qualitativ zu verbessern und nicht primär einzuschränken. Entscheidend ist, dass Patientinnen und Patienten weiterhin einen verlässlichen, niedrigschwelligen Zugang zu sinnvollen Präventionsleistungen behalten und in ihrer Gesundheitskompetenz gestärkt werden.

Eine risikoadaptierte Ausgestaltung von Vorsorgeuntersuchungen wird dabei grundsätzlich auch aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE sinnvoll gehalten, jedoch dürfte die Einordnung der Patient*innen in verschiedene Risiko-Gruppen praktisch schwierig sein, insbesondere beim Hautkrebsscreening.

Zum Hautkrebsscreening ist aber zu ergänzen, dass die Untersuchungsqualität verbessert werden muss. Die Untersuchungsqualität hängt maßgeblich vom Arzt oder der Ärztin ab, es wird nicht durchgehend ein Dermatoskop verwendet, obwohl dies seit 2020 (fakultativer) Teil der Leistung ist. Auch ist Aufklärung zur Primärprävention oft nicht vorhanden und es werden oft nicht alle Körperstellen untersucht. Die BAG SELBSTHILFE wünscht sich insoweit ein risikoadaptiertes Einladungs-Screening, um auch Menschen zu erreichen, die bisher nicht erreicht werden konnten und wir möchten eine bessere und einheitliche Qualität der Untersuchung mit verpflichtendem Einsatz optischer Hilfsmittel.

Da es Hautkrebs-Screening heißt und somit unterschiedliche Hauttumore früh finden soll, muss man bei den zugrunde liegenden Risikofaktoren darauf achten, dass diese je nach Tumorart unterschiedlich sind. Gerade für Melanompatient*innen gibt es Risikofaktoren, die nichts mit Arbeit/ Aufenthaltszeit im Freien zu tun haben: die Anzahl der Muttermale und die familiäre Vorbelastung. Diese beiden Risikofaktoren sind einfach zu erheben. Auch ob ein Mensch immunsupprimiert ist, lässt sich einfach erheben.

Derzeit finden solche Risikofaktoren noch keine Berücksichtigung. Dabei wäre es durchaus sinnvoll, Menschen mit Risikofaktoren früher und öfter zu untersuchen als bei der derzeitigen Regelung üblich.

Insgesamt hält die BAG SELBSTHILFE eine Aufrechterhaltung des Angebotes eines Hautkrebsscreenings für dringend notwendig. Gerade beim Hautkrebsscreening ist eben auch ein wichtiger Nebeneffekt dieses Angebotes, dass den Patient*innen dadurch die Wichtigkeit von Sonnenschutz vermittelt werden kann. Dies ist auch vor dem Hintergrund des hohen Anstiegs der Hautkrebsfälle in den letzten Jahren bedenklich.

6. Zweitmeinung (§ 27b SGB V GesE)

Die BAG SELBSTHILFE lehnt ein faktisch für die Patient*innen verpflichtendes Zweitmeinungsverfahren ab. Zwar soll formal die Einholung von Zweitmeinungen offenbar für die Patient*innen nicht verpflichtend ausgestaltet werden. Gleichzeitig läuft die Ausgestaltung eines Abrechnungsverbotes ohne vorherige Einholung einer Zweitmeinung auf eine derartige Verpflichtung hinaus. In der derzeitigen Versorgungssituation und dem schwierigen Zugang zu Fachärzt*innen mit langen Wartezeiten dürfte dies eine enorme und in vielen Fällen unnötige zeitliche Hürde sein.

Die BAG SELBSTHILFE unterstützt aber ein freiwilliges Zweitmeinungsverfahren. Leistungserbringer sollten noch stärker verpflichtet werden, über die Möglichkeit des Zweitmeinungsverfahrens zu informieren und auf die existierenden Entscheidungshilfen hinzuweisen, diese Aufklärung sollte nachgewiesen werden. Ein verpflichtendes Zweitmeinungsverfahren lehnt die BAG SELBSTHILFE hingegen ab. In vielen Fällen ist die Indikation zur Operation eindeutig. Hier würde ein verpflichtendes Zweitmeinungsverfahren zu unnötigen Wartezeiten und Belastungen der Betroffenen führen. Gerade bei Menschen mit Behinderungen stellt sich zudem auch noch das Problem, dass der Zweitmeiner dann auch zusätzlich barrierefrei erreichbar sein muss, was die Suche für diese Gruppe noch schwieriger machen dürfte.

Deshalb sollte der Sicht der BAG SELBSTHILFE der Gesetzgeber nicht den Weg wählen, die Einholung einer Zweitmeinung bei einzelnen Indikationen quasi verpflichtend zu machen. Dieser Ansatz ist hinsichtlich der erwarteten Wirkung ineffizient und sehr langsam, zudem läuft er auf eine Verantwortungsverlagerung zu Lasten

der Patientinnen und Patienten hinaus. Er setzt an einem nachgelagerten Punkt an, obwohl das zentrale Umsetzungsproblem nach den Ergebnissen der Richtlinienevaluation und des Innofonds-Projekts „ZWEIT“ an früherer Stelle liegt: nicht darin, dass die Einholung einer Zweitmeinung freiwillig ist, sondern darin, dass die Patient*innen durch den indikationsstellenden Arzt in aller Regel nicht so informiert werden, wie es die untergesetzliche Normgebung vorgesehen hat. Gerade hierin liegt der zentrale Befund, an den gesetzgeberisch angeknüpft werden sollte. Das Zweitmeinungsverfahren nach § 27b SGB V ist ein wichtiger Baustein zur Sicherung guter Indikationsqualität. Es hat das Potenzial, unnötige Eingriffe zu vermeiden und zugleich die informierte Entscheidungsfindung über Behandlungsalternativen zu stärken. Dieses Potenzial wird bislang jedoch nicht hinreichend ausgeschöpft, weil die für die Entscheidung wesentlichen Informationen die Betroffenen vielfach nicht rechtzeitig und nicht verlässlich erreichen. Auch wenn der Regelungstext der GBA-Regelung in der aktuellen Fassung vorsieht, dass die Erstmeiner die Patientinnen und Patienten auf die eingriffsspezifische Entscheidungshilfe hinweisen, ist festzuhalten, dass die derzeitige Vorgabe der Richtlinie zwar der Intention entspricht, jedoch in der Versorgung nicht dazu führt, dass die vorhandene eingriffsspezifische Patienteninformation jeweils den Patienten oder die Patientin erreicht. So stellt das Innovationsfonds-Projekt „ZWEIT“ fest, dass Ärzte häufig den Patienten lediglich allgemein mitteilen, dass sie das Recht auf eine Zweitmeinung haben, ohne dabei jedoch auf die eingriffsspezifischen Entscheidungshilfen des IQWIGs hinzuweisen (Abschlussbericht, Seite 29). Gerade diese sind jedoch von zentraler Bedeutung, um die informierte Entscheidungsfindung zur Vermeidung nicht notwendiger Eingriffe effektiv zu unterstützen. Folgeprobleme hinsichtlich der Zielerreichung haben hier ihren Ursprung. Vorgesehene Änderungen konnte der G-BA bislang nicht vornehmen, da ihm vom Gesetzgeber die hierzu benötigte Regelungskompetenz nicht eingeräumt worden ist.

Das grundsätzliche Ansinnen der Finanzkommission und des BMG, eine stärkere Verbindlichkeit ins Zweitmeinungsverfahren zu bringen, geht also in die richtige Richtung, setzt jedoch an einer wenig geeigneten Stelle an. Er würde die Verantwortung auf die Patientinnen und Patienten verlagern und das Verfahren in vielen Fällen unnötig verlängern, statt den vorgelagerten Informationsprozess so verbindlich vorzusehen, wie es im Sinne der Intention des Gesetzgebers zielführend wäre.

Zugleich würde er eine erheblich größere Zahl an Zweitmeinern erfordern als bisher. Die Zahl der Zweitmeinenden wächst zwar weiter, der Aufbau erfolgt aber schrittweise und indikationsbezogen. Ein Modell, das schon früh auf verpflichtende Einholung setzt, würde deshalb zusätzliche Kapazitäts- und Umsetzungsfragen aufwerfen. Hinzu kommt, dass der Kommissionsvorschlag seine breitere Wirkung erst sehr spät entfalten würde: zunächst Erprobung bei einer einzelnen Indikation, anschließend Evaluation und erst danach eine schrittweise Ausweitung. Demgegenüber würde eine Stärkung der Informationspflichten des Erstmeiners sofort querschnittlich bei allen bereits geregelten und auch bei künftigen Zweitmeinungsthemen wirken. Der Gesetzgeber sollte deshalb die gesetzliche Grundlage des § 27b SGB V gezielt überarbeiten. Erforderlich ist eine ausdrückliche Regelungskompetenz des G-BA nicht nur für Anforderungen an Zweitmeiner und die Abgabe der Zweitmeinung, sondern auch für den vorgelagerten Prozess der Patienteninformation durch den Erstmeiner. Dazu gehören insbesondere verbindliche Vorgaben zur aktiven Information über das Recht auf Zweitmeinung, zur Aushändigung der eingriffsspezifischen Entscheidungshilfe, zur Dokumentation dieses Informationsprozesses sowie zu Anforderungen an die verständliche, barrierefreie und rechtzeitige Bereitstellung der Unterlagen. Ebenso sollte gesetzlich klargestellt werden, dass der G-BA das IQWiG mit Analysen zur Versorgungssituation, mit Empfehlungen zu weiteren Zweitmeinungsthemen sowie mit der Entwicklung, Aktualisierung und Evaluation von Entscheidungshilfen beauftragen kann. Ein solcher Ansatz wäre zielgenauer als die Erprobung einer verpflichtenden Zweitmeinung. Er setzt früher an, adressiert das zentrale Umsetzungsdefizit und stärkt die informierte Entscheidungsfindung dort, wo sie praktisch vorbereitet wird: im Gespräch mit dem indikationsstellenden Arzt. Flankierend bedarf es auch einer angemessenen Honorierung für den qualitätsgesicherten Informationsprozess. Wenn das Zweitmeinungsverfahren seine gesetzgeberische Funktion besser erfüllen soll, spricht alles für eine gesetzliche Stärkung der qualitätsgesicherten Information durch den Erstmeiner.

Textierungsvorschlag zur Änderung von § 27b SGB V

§ 27b Absatz 2 SGB V wird wie folgt gefasst:

„(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in seinen Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13, für welche planbaren Eingriffe nach Absatz 1 Satz 1 der Anspruch auf Einholung einer Zweitmeinung im Einzelnen besteht; ab dem 1. Januar 2022 soll der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich mindestens zwei weitere Eingriffe bestimmen, für die ein Anspruch auf Einholung einer Zweitmeinung im Einzelnen besteht. Er legt die allgemeinen und indikationsspezifischen Anforderungen an das Zweitmeinungsverfahren fest. Hierzu gehören insbesondere

1. Anforderungen an die Aufklärung, Information, Aushändigung von Unterlagen und Dokumentation durch die indikationsstellende Ärztin oder den indikationsstellenden Arzt,
2. Anforderungen an die Abgabe der Zweitmeinung,
3. Anforderungen an die fachliche Qualifikation, Unabhängigkeit und die sonstigen Voraussetzungen der Erbringer einer Zweitmeinung,
4. Vorgaben zu Inhalt, Form, Barrierefreiheit, Bereitstellung, Aktualisierung und Evaluation von Patientenmerkblättern und evidenzbasierten Entscheidungshilfen,
5. Vorgaben zur Nutzung telemedizinischer Möglichkeiten im Zweitmeinungsverfahren.

Der Gemeinsame Bundesausschuss kann das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen mit Analysen zur Versorgungssituation und zu Entwicklungen des Leistungsgeschehens, mit Empfehlungen zu Eingriffen, für die ein Anspruch auf Einholung einer Zweitmeinung in Betracht kommt, sowie mit der Entwicklung, Aktualisierung, Evaluation und barrierefreien Bereitstellung von allgemeinen und eingriffsspezifischen evidenzbasierten Entscheidungshilfen beauftragen.“

§ 27b Absatz 5 SGB V wird wie folgt gefasst:

„(5) Der Arzt, der die Indikation für einen Eingriff nach Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1 stellt, muss den Versicherten über das Recht, eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung einholen zu können, aufklären und ihn auf die Informationsangebote über geeignete Leistungserbringer sowie auf das Patienten-

merkblatt und die für den jeweiligen Eingriff vorgesehene evidenzbasierte Entscheidungshilfe hinweisen. Die Aufklärung muss mündlich, verständlich und rechtzeitig erfolgen; ergänzend sind dem Versicherten das Patientenmerkblatt und die einschlägige Entscheidungshilfe unverzüglich in Textform oder elektronisch in barrierefreier Form zur Verfügung zu stellen. Der Arzt hat die erfolgte Aufklärung sowie die Aushändigung oder Zurverfügungstellung des Patientenmerkblatts und der Entscheidungshilfe in der Patientenakte zu dokumentieren. Die Aufklärung hat in der Regel mindestens zehn Tage vor dem geplanten Eingriff zu erfolgen; in jedem Fall hat sie so rechtzeitig zu erfolgen, dass der Versicherte seine Entscheidung über die Einholung einer Zweitmeinung wohlüberlegt treffen kann. Der Arzt hat den Versicherten auf sein Recht auf Überlassung von Abschriften der für die Einholung der Zweitmeinung erforderlichen Befundunterlagen hinzuweisen; auf Verlangen sind diese unverzüglich zu überlassen. Die Kosten, die dem Arzt durch die Zusammenstellung und Überlassung der Befundunterlagen entstehen, trägt die Krankenkasse."

7. Kieferorthopädische Behandlungen (§ 28 SGB V GesE)

Grundsätzlich erkennt die BAG SELBSTHILFE an, dass Reformen im Bereich der kieferorthopädischen Versorgung notwendig sein können – etwa um Transparenz zu erhöhen, Fehlanreize zu reduzieren und die Qualität der Versorgung zu sichern. Insbesondere bei Kostenstrukturen und Abrechnungsmodalitäten besteht aus ihrer Sicht durchaus Verbesserungsbedarf.

Gleichzeitig warnt die BAG SELBSTHILFE davor, dass gesetzliche Änderungen bzw. Änderungen des GBA zu Einschränkungen beim Zugang zur Behandlung führen könnten. Kieferorthopädische Maßnahmen sind für viele Patientinnen und Patienten – insbesondere Kinder und Jugendliche – keine rein ästhetische Leistung, sondern medizinisch notwendig, um Fehlstellungen mit funktionellen und gesundheitlichen Folgen zu behandeln. Eine zu enge Auslegung der Leistungsansprüche oder strengere Genehmigungskriterien könnten dazu führen, dass notwendige Behandlungen verzögert oder gar nicht durchgeführt werden. Zudem sollten die finanziellen Möglichkeiten der Betroffenen nicht an dem Gebisszustand ablesbar sein.

Kritisch sieht die BAG SELBSTHILFE auch mögliche Verschiebungen von Kosten zulasten der Versicherten und ihrer Familien. Bereits heute müssen Eltern in vielen

Fällen in Vorleistung gehen oder Zusatzkosten tragen, etwa für alternative Behandlungsmethoden oder höherwertige Materialien. Weitere finanzielle Belastungen würden insbesondere Familien mit geringerem Einkommen benachteiligen und könnten die Chancengleichheit in der Versorgung beeinträchtigen.

Ein weiterer zentraler Punkt ist die Transparenz und Verständlichkeit der Versorgung. Die BAG SELBSTHILFE fordert, dass Patientinnen und Patienten sowie ihre Eltern besser über Behandlungsoptionen, Kosten und medizinische Notwendigkeiten aufgeklärt werden. Entscheidungen sollten nachvollziehbar und gemeinsam getroffen werden können, ohne dass ökonomische Interessen im Vordergrund stehen.

Insgesamt plädiert die BAG SELBSTHILFE dafür, gesetzliche Änderungen und die nachfolgenden GBA-Regelungen so auszugestalten, dass sie die Versorgungsqualität stärken, den Zugang zu medizinisch notwendigen Leistungen sichern und finanzielle Hürden für Patientinnen und Patienten möglichst gering zu halten. Maßnahmen, die primär auf Kostendämpfung abzielen und dabei die Bedürfnisse der Betroffenen nicht ausreichend berücksichtigen, werden aus Patientensicht klar abgelehnt.

8. Definition zu den Verbandmitteln (§ 31 Abs. 1a SGB V GesE)

Die vorgesehene Definition der Verbandsmittel wird seitens der BAG SELBSTHILFE für klar und sachgerecht gehalten. Allerdings ist aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE unklar, welche Bedeutung dem im Kabinettsentwurf erfolgten Einschub zur Konkretisierung des Begriffs der Verbandmittel durch den Gemeinsamen Bundesausschuss zukommen soll. Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE wird die Klarheit der Definition des Gesetzes eher wieder in Frage gestellt.

9. Herausnahme der Cannabisblüten aus der Versorgung (§ 31 Abs. 6 SGB V GesE)

Die BAG SELBSTHILFE kann die hinter der Regelung stehenden Erwägungen einer stärkeren Standardisierung des Wirkstoffgehaltes über Fertigarzneimittel zwar nachvollziehen, hält jedoch die bestehenden Regelungen der GBA-Richtlinie und der Begutachtungsrichtlinie des MD Bund bereits jetzt für sehr restriktiv.

Insgesamt sieht die BAG SELBSTHILFE die Herausnahme kritisch.

Zwar hält auch die BAG SELBSTHILFE die Grundsätze der evidenzbasierten Medizin und damit die bestehenden Vorgaben der Arzneimittel-Richtlinien als maßgeblich. Zugelassene Arzneimittel sehen wir daher ebenfalls als erste Wahl an. Jedoch ist darauf hinzuweisen, dass es einerseits Evidenzlücken gibt und Therapiesituationen, etwa bei MS-Erkrankten, vorliegen können, bei denen eine Verordnung von Cannabisblüten unter den geltenden Normen sinnvoll und medizinisch geboten erscheint. Wir verweisen hier auch auf das Urteil des BVerwG vom 6. April 2016 zum Aktenzeichen 3 C 10.14, in dem einem schwer an MS erkrankten Mann aus Mangel an gleich wirksamen und für ihn erschwingliche Therapiealternativen der Eigenanbau erlaubt wurde. Es standen zur Symptombehandlung keine weiteren Optionen mehr zur Verfügung. Bei diesen Therapiesituationen bzw. bei Therapieversagen halten wir die Möglichkeit der Verordnung von Cannabisblüten weiter für sinnvoll und lehnen insoweit eine generelle Streichung zum gegenwärtigen Zeitpunkt ab.

Insoweit verweisen wir auch auf die Begleiterhebung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte aus dem Jahr 2022:
https://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/MedizinischesCannabis/Begleiterhebung/_node.html

Die in der Behandlungsgruppe Cannabisblüten im Verhältnis vertretene Multiple Sklerose mit 12,5 Prozent wird nur selten mit Opioiden als Therapieoption behandelt. Die Häufigkeit spricht für uns für einen relevanten Anteil MS-Erkrankter, die dieser Therapieoption zur Auswahl bedürfen. Die Patienten kommen konform der AM-RL bereits über zugelassene cannabinoidhaltige Arzneimittel, wie Sativex®, zur Therapieoption der Cannabisblüten. Die vorherigen Therapien waren nicht ausreichend wirksam bzw. mit nicht tolerierbaren Nebenwirkungen einhergehend. Zusätzlich hat die Begleiterhebung im Vergleich zu Sativex® einen Vorteil der Cannabisblüten gezeigt, sie waren u.a. deutlich wirksamer, besser verträglich und erzielten eine höhere Lebensqualität. Darüber hinaus kann die Darreichungsform als inhalative Therapie aufgrund von Wirkeintritt und Wirkstärke symptombedingt bevorzugt werden. Die Behandlung z.B. einschießender Spastik ist mit schnellem Anfluten, einer Wirkung innerhalb von Minuten und nicht zeitlich zu langer Wirksamkeit symptomadäquat. Die Option einer inhalativen Blüten-basierten Therapie soll-

te daher für MS-Erkrankte so lange erhalten bleiben, bis ausreichend Optionen für inhalative Extrakte mit äquivalenter Wirkung zur Verfügung stehen.

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass etwaige Einsparungen durch die Streichung einer Versorgung mit Cannabisblüten als Medizinalcannabis nicht gesehen werden, da zum einen eine Therapienotwendigkeit in diesen speziell gelagerten Anwendungsfällen vorliegt und bei einer Rückführung auf andere Therapien (mit Arzneimitteln) entsprechende Kosten anfallen werden.

10. Festbeträge für Hilfsmittel (§ 36 SGB V GesE)

Der Gesetzentwurf sieht in § 36 vor, eine eigenständige Rechtsgrundlage für die Festbeträge von Hilfsmitteln zu schaffen. Danach soll nach Abs 1 der Spitzenverband Bund der GKV geeignete Hilfsmittel bestimmen, für die Festbeträge festgesetzt werden können. Dies soll erfolgen, „soweit hierdurch eine wirtschaftliche Versorgung der Versicherten gefördert und eine abgemessene Versorgung gewährleistet werden kann." Dabei solle "in ihrer Funktion gleichartige und gleichwertige Produkte in Gruppen zusammengefasst und die Einzelheiten der Versorgung festgelegt werden." (Abs. 1 S.2).

Die vorgeschlagene Regelung zu den Festbeträgen ist aus Sicht der BAG SELBSTHILFE abzulehnen. Generell haben unsere Mitgliedsverbände mit Festbeträgen schlechte Erfahrungen gemacht, insbesondere bei den Sehhilfen und den Hörhilfen. Zum einen können Festbeträge faktisch zu Aufzahlungen, Unterversorgung oder Widerspruchsverfahren führen. Zum anderen hatten gerade Menschen mit besonderen Unterstützungsbedarfen große Schwierigkeiten, eine bedarfsgerechte Versorgung zu erhalten. Das betrifft z. B. hör-sehbehinderte Menschen, die oft eine bessere Versorgung mit Hörhilfen brauchen, um die gleichzeitig fehlenden visuellen Funktionen auszugleichen. Das betrifft hochgradig Sehbehinderte, weil die Zeit zum Anpassen der Sehhilfen nicht richtig im Festbetrag eingepreist wurden oder weil bei der Festbetragsbildung von vollkommen illusorischen Versorgungen im Regelfall ausgegangen wurde. So gibt es bspw. Kantenfilter nur von ganz wenigen Firmen, wenn eine bestimmte Gläserstärke überschritten wird. Diese Modelle sind im Festbetrag

nicht abbildbar gewesen. Festbeträge können faktisch zu Aufzahlungen, Unterversorgung oder Widerspruchsverfahren führen.

Soweit an der Regelung festgehalten werden sollte, werden mindestens folgende Änderungen und Ergänzungen für notwendig gehalten:

- Die BAG SELBSTHILFE hält es in diesem Zusammenhang für sinnvoll, wenn im Gesetz klargestellt wird, dass das Sachleistungsprinzip nicht in Frage steht und dass besonderen Belangen bestimmter Patientengruppen bei der Festbetragsbildung ggf. durch Zuschläge Rechnung zu tragen ist. Die Erfahrungen mit Festbeträgen aus der BAG SELBSTHILFE haben gezeigt, dass die Versorgungsziele relativ häufig mit einem Festbetragshilfsmittel im Einzelfall nicht erreicht werden können. Eine Versorgung, z.B. mit einem Aktivrollstuhl für einen Rheumakranken ist mit einem Standardrollstuhl zum Festbetrag häufig nicht möglich, wenn die Ziele, z.B. eine eigenständige Fortbewegung, erreicht werden sollen. Dazu können nämlich Anpassungen erforderlich sein, die an einem preiswerten Standardmodell nicht ohne weiteres anzubringen sind, zumindest aber dabei erhebliche Mehrkosten entstehen. Solche Versorgungen waren regelmäßig zwischen Patient*in (und seinem/ihrem verordnenden Ärzt*in), dem Hilfsmittelversorger und der Krankenkasse streitig. Deshalb muss gesetzlich klargestellt werden, **dass notwendige individuelle Regelungen auf Grund begründeter Versorgungsziele vertraglich vereinbart werden können**. In Anbetracht der Tatsache, dass die Festbeträge eben keine Festzuschüsse sind und das Sachleistungsprinzip ohnehin noch gilt[2], handelt es sich um eine Klarstellung und nicht um eine Ausnahmeregelung im engeren Sinne.

- Deswegen sollt auch mindestens angepasst werden § 36 Abs. 1 Satz 1. Aus den Worten „angemessene Versorgung“ sollte „angemessene und bedarfsdeckende Versorgung“ werden.

[2] Bundessozialgericht Urteil vom 17.12.2009 – B 3 KR 20/08 R, zit. Nach https://www.sozialgerichtsbarkeit.de/entscheidungen/87791

- Besonders kritisch bewertet die BAG SELBSTHILFE § 36 Abs. 4, wonach sich Festbeträge künftig an der „oberen Preislinie des unteren Drittels“ der Herstellerabgabepreise orientieren sollen, wobei diese nach „Abgabemengen zu gewichten“ sind. Diese Logik führt beispielsweise bei hochspezialisierten Hilfsmitteln für Sehbehinderte (z. B. Vorlesesysteme, digitale Bildschirmlesegeräte oder Braillezeilen) zwangsläufig in eine Versorgungsfalle. Da diese Produkte naturgemäß geringere Abgabemengen aufweisen als einfache Sehhilfen wie Lupen, werden sie durch die volumengewichtete Kalkulation mathematisch marginalisiert. Ein „wirksamer Preiswettbewerb“ findet bei diesen Nischenprodukten nicht über die Menge, sondern über den Innovationsgrad statt. Festbeträge dürfen insoweit nicht für komplexe, individuell anzupassende Sehbehindertenhilfsmittel gelten.

  Es wäre festzulegen, dass Sehhilfen eben keine beliebig austauschbaren Standardprodukte sind. Gleiches gilt für elektronische Lupen, Bildschirmlesegeräte, Vorlesesysteme, Kantenfilter, Spezialbrillen, digitale Assistenzsysteme und Hilfen zur Mobilität, die individuelle Beratung, Erprobung, Anpassung und Schulung erfordern.

- In Abs. 4 Satz 1 findet die BAG SELBSTHILFE das „im Allgemeinen“ zu einschränkend. Gerade Patienten mit höherem Unterstützungsbedarf fallen dort durchs Raster. Dies wäre zu streichen.

- Der in Abs. 4 ausgewiesene Satz „Soweit wie möglich ist dabei eine für die Versorgung hinreichende Hilfsmittelauswahl sicherzustellen.“ schränkt das Wunsch- und Wahlrecht massiv ein, denn das „soweit wie möglich“ kann auch heißen, dass die Patient*innen gar keine Wahl mehr haben.

- Hilfsmittel haben nach § 33 SGB V die Aufgabe, im Einzelfall den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Um sicherzustellen, dass die Hilfsmittel in ihrer Ausführung, die durch den Festpreis wesentlich bestimmt wird, die verschiedenen Ziele tatsächlich erreichen lassen, ist es nicht ausreichend, dass der GKV-Spitzenverband allein **die Gruppen der Hilfsmittel**, die

sich für einen Festbetrag eigenen können, festlegt. Bei der Aufgabe der Festlegung geeigneter Hilfsmittelgruppen für Festbeträge ist die Mitwirkung der Ärzteschaft und auch der Patienten zwingend. **Insofern sollte diese Aufgabe dem GBA übertragen werden. Dazu gehört auch die Aufgabe der Festlegung von Einzelheiten der Versorgung, (vgl. Abs 1 Satz 2), z.B. Beratungspflichten etc.**

- Im Text ist der Empfehlung der Finanzkommission [3] folgend zu ergänzen, dass **Festbeträge nur für gut standardisierte Produktgruppen mit geringem Beratungs- oder Anpassungsbedarf in Betracht kommen.**

- Auf Grund in der BAG SELBSTHILFE häufig berichteter Qualitätsprobleme bei der Bearbeitung von Hilfsmittelversorgungsprozessen durch die Krankenkassen, sollte der Empfehlung der Finanzkommission (Nr. 47) gefolgt werden, **dass ein unabhängiges externes Institut mit einer kontinuierlichen Qualitätskontrolle der Hilfsmittelversorgung beauftragt wird. Dieses Institut sollte die Einhaltung verbindlicher Qualitätskriterien prüfen, patientenberichtete Endpunkte berücksichtigen und regelmäßige Transparenzberichte veröffentlichen.** Dieser Vorschlag wurde zwar im Zusammenhang mit Ausschreibungen gemacht, erscheint aber auch geeignet, die Prozesse der Hilfsmittelversorgung insgesamt bedarfsgerechter, effektiver und wirtschaftlicher zu organisieren.

- Die **Abweichungsmöglichkeiten oberhalb und unterhalb der bundeseinheitlich festgelegten Festbeträge durch die Einzelkassen innerhalb eines bestimmten Korridors wird abgelehnt**. Nach unseren Erfahrungen wurde überwiegend in der Vergangenheit von ohnehin zu niedrigen Festbeträgen noch nach unten abgewichen. Angesichts dessen, dass die bundeseinheitlichen Festbeträge wegen des Wirtschaftlichkeitsgrundsatzes ohnehin den unteren Rahmen des durchschnittlich Notwendigen festlegen, ist eine Abwei-

[3] FinanzKommission Gesundheit (2026): Erster Bericht. Geschäftsstelle der FinanzKommission Gesundheit im Bundesministerium für Gesundheit 11055 Berlin www.finanzkommission-gesundheit.de Stand: 30.03.2026 Nr. 47

chungsmöglichkeit nach unten auch nicht zu begründen. Die Abweichungsmöglichkeit nach unten sollte daher gestrichen werden.

- Bei der Festlegung der Festbeträge beim GKV-Spitzenverband sollte gesetzlich geklärt werden, dass die nach § 140f Abs. 4 SGB V zu beteiligenden **Patientenvertreter*innen die zugrunde liegenden Marktanalysen und Berechnungsgrundlagen** vollständig vorgelegt werden müssen- unter Zusicherung der Vertraulichkeit natürlich. Andernfalls kann die Berechnung der Festbeträge nicht nachvollzogen werden.

- Ferner sollte es eine **Patientenbeteiligung an der Schiedsstelle** zur Klärung über die Festlegung der Festbeträge vorgesehen werden.

Ferner möchte die BAG SELBSTHILFE die kritische Haltung zu den Festbeträgen noch im Einzelnen darlegen:

Festbeträge legen einen maximalen Erstattungsbetrag für bestimmte Hilfsmittel fest. Was darüber hinausgeht, tragen Versicherte regelmäßig in der Praxis selbst, auch wenn das Sachleistungsprinzip grundsätzlich noch gilt und damit auch darüber hinaus gehende Versorgungen erstattbar sind; davon wissen jedoch viele nichts. Genau hier liegt aus Patientensicht ein zentrales Problem: Hilfsmittel sind keine austauschbaren Standardprodukte, sondern oft individuell angepasste Lösungen, die unmittelbar über Lebensqualität, Selbstständigkeit und Teilhabe entscheiden. Eine pauschale Begrenzung wird dieser individuellen Bedarfslage häufig nicht gerecht; die Festbeträge suggerieren jedoch eine solche pauschale Begrenzung der Bedarfslage, auch wenn sie rechtlich nicht so einzuordnen sind.

Für Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen bedeutet dies konkret, dass sie entweder auf ein möglicherweise weniger geeignetes Hilfsmittel ausweichen müssen oder erhebliche Eigenanteile tragen; unter Umständen müssen sie ein langwieriges und kostenintensives Gerichtsverfahren durchlaufen, bevor sie die notwendige Versorgung erhalten.

Dies kann dazu führen, dass notwendige Funktionalität, Komfort oder Haltbarkeit eingeschränkt werden – mit direkten Auswirkungen auf den Alltag, die Mobilität

oder die gesundheitliche Stabilität. Gerade bei langfristiger Nutzung können qualitativ schlechtere Hilfsmittel zudem Folgekosten verursachen, etwa durch Komplikationen oder erhöhten Anpassungsbedarf.

Hinzu kommt die soziale Dimension: Eigenbeteiligungen treffen Menschen mit ohnehin erhöhtem Unterstützungsbedarf besonders stark. Viele Betroffene haben zusätzliche Ausgaben, etwa für Therapien, Pflege oder barrierefreie Lebensführung. Wenn dann auch bei essenziellen Hilfsmitteln finanzielle Hürden entstehen, wird die gleichberechtigte Teilhabe weiter erschwert.

Ein weiterer Kritikpunkt betrifft die Dynamik der Festbeträge. Diese werden nicht immer ausreichend schnell an technische Entwicklungen oder Preisveränderungen angepasst. Innovative und verbesserte Hilfsmittel, die einen echten Mehrwert bieten könnten, sind dann häufig nicht vollständig abgedeckt. Das kann den Zugang zu Fortschritt und moderner Versorgung einschränken.

Aus Patientensicht sind Festbeträge daher abzulehnen; soweit an ihnen festgehalten wird, muss sichergestellt werden, dass Festbetragsregelungen flexibel und bedarfsgerecht ausgestaltet werden. Notwendig sind transparente Verfahren, die Verdeutlichung, dass es individuelle Ausnahmeregelungen als Teil des Sachleistungsprinzips gibt sowie eine regelmäßige Überprüfung und Anpassung der Beträge. Vor allem muss nicht nur rechtlich, sondern auch praktisch sichergestellt werden, dass medizinisch notwendige und individuell geeignete Hilfsmittel ohne unzumutbare Mehrkosten zugänglich bleiben.

Insgesamt hält die BAG SELBSTHILFE die vorgesehenen Regelungen zu den Festbeträgen für viel zu unkonturiert, um sicherzustellen, dass diese auf standardisierte Produkte begrenzt bleiben. Zu Recht gibt es seitens der Deutschen ILCO die Befürchtung, dass sogar die Stoma-Versorgung unter die Festbeträge gefasst werden könnte, womit wiederum ein sehr schambesetzter Bereich in eine Kostendämpfungsmaßnahme aufgenommen würde- wie dies in der Vergangenheit auch bei Ausschreibungen geschah. Auf das entsprechende Anschreiben wird ausdrücklich Bezug genommen.

Darüber hinaus nimmt die BAG SELBSTHILFE den Entwurf zum Anlass, Anmerkungen zu der Rechtsfigur der Ausschreibungen zu machen: Der Gesetzentwurf sieht entgegen der Empfehlung der Finanzkommission keine Ausschreibungen für Hilfsmittel vor. Dies wird ausdrücklich begrüßt, da die Erfahrungen mit Ausschreibungen fast durchgehend negativ waren und sich zudem keine hinreichende Evidenz für Einsparungen[4] finden lässt. Die BAG SELBSHTILFE hat aber erhebliche Zweifel daran, ob die pauschale Kürzung der Vertragspreise um 3 Prozent wirklich sinnvoll ist, da es die Erfahrung gibt, dass dann über „Aufzahlungen" doch Rückgriff auf die Patient*innen genommen wird, zumal eher der Krankenhaus- und nicht der Hilfsmittelbereich zu den enormen Kostensteigerungen des vergangenen Jahres beigetragen hat.

11. Neuregelungen zum Krankengeld (§§ 44 Abs. 4 SGB V GesE)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt es sehr, dass die noch im Referentenentwurf vorgesehenen Kürzungen des Krankengeldes zurückgenommen wurden. Diese Maßnahmen treffen vor allem Menschen mit chronischen und schweren Erkrankungen sowie Behinderungen ungerechtfertigt getroffen. Für viele Betroffene stellt das Krankengeld eine existenzsichernde Leistung dar. Bereits das derzeitige Niveau bedeutet für zahlreiche Haushalte finanzielle Probleme, etwa bei chronischen Erkrankungen. Sie haben oft wiederkehrende oder lang andauernde Krankheitsphasen und sind entsprechend häufiger auf Krankengeld angewiesen. Eine Absenkung der Leistung trifft sie somit nicht nur punktuell, sondern potenziell wiederholt oder über längere Zeiträume hinweg. Dies kann zu erheblichen finanziellen Unsicherheiten führen und die ohnehin belastende Lebenssituation zusätzlich verschärfen. Vor diesem Hintergrund wird die Streichung der Regelungen ausdrücklich begrüßt.

Allerdings werden die nach wie vor enthaltenen Regelungen zum Krankengeldmanagement nicht als zielführend angesehen.

[4] FinanzKommission Gesundheit (2026): Erster Bericht. Geschäftsstelle der FinanzKommission Gesundheit im Bundesministerium für Gesundheit 11055 Berlin www.finanzkommission-gesundheit.de
Stand: 30.03.2026. Die einzige unter der Empfehlung Nr. 47 zu Hilfsmitteln zitierte Studie bezieht sich auf Implantate.

Zwar ist es legitim, Fehlanreize im System zu identifizieren und zu begrenzen. Allerdings besteht beim Krankengeldmanagement die Gefahr, dass der Fokus auf Missbrauch ein verzerrtes Bild erzeugt. Die große Mehrheit der Versicherten bezieht Krankengeld nicht aus opportunistischen Gründen, sondern weil sie tatsächlich arbeitsunfähig ist. Gerade Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen sind häufig auf längere Krankengeldphasen angewiesen, etwa bei Schüben, komplexen Therapien oder schleichenden Krankheitsverläufen. Wenn hier verstärkte Kontrollen, bürokratische Hürden oder Druck zur frühzeitigen Rückkehr in den Beruf aufgebaut werden, kann dies zu erheblicher Verunsicherung führen und den Genesungsprozess beeinträchtigen.

Ein zu stark auf Kontrolle ausgerichtetes Krankengeldmanagement birgt zudem das Risiko, das Vertrauensverhältnis zwischen Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenkassen zu belasten. Chronisch Erkrankte könnten sich zunehmend rechtfertigen müssen, obwohl ihre gesundheitliche Situation oft schwer objektivierbar und durch individuelle Verläufe geprägt ist.

Insgesamt entsteht aus Patientensicht der Eindruck, dass Maßnahmen zur Kostendämpfung und Missbrauchsvermeidung zu stark zulasten der tatsächlich Betroffenen gehen. Eine zielgerichtete Weiterentwicklung des Krankengeldmanagementsystems sollte stattdessen darauf abzielen, individuelle Bedarfe besser zu berücksichtigen, den Wiedereinstieg in den Beruf sinnvoll zu unterstützen und gleichzeitig die soziale Absicherung im Krankheitsfall verlässlich zu gewährleisten.

12. Teilarbeitsunfähigkeit/ Teilkrankengeld (§§ 44c,d, 74 SGB V GesE)

Die Einführung einer Teilarbeitsunfähigkeit wird aus Patientensicht – insbesondere von Menschen mit chronischen Erkrankungen – differenziert bewertet. Sie bietet Chancen für mehr Flexibilität, wirft aber auch eine Reihe von Risiken und offenen Fragen auf.

Ein zentraler Vorteil liegt in der Möglichkeit eines gleitenden Übergangs zwischen Krankheit und vollständiger Arbeitsfähigkeit. Viele chronisch erkrankte Menschen erleben keine klaren „gesund/krank“-Phasen, sondern schwankende Belastbarkeit. Eine Teilarbeitsunfähigkeit kann diesem Verlauf besser gerecht werden und erlau-

ben, im individuell möglichen Umfang weiterzuarbeiten. Die Einführung einer Teilarbeitsfähigkeit kann eine realitätsnähere Abbildung schwankender Krankheitsverläufe wie bei den rheumatischen Erkrankungen ermöglichen und eine flexible Teilhabe am Erwerbsleben unterstützen.

Das kann sich positiv auf die psychische Stabilität auswirken. Arbeit bedeutet für viele Menschen nicht nur Einkommen, sondern auch Struktur, soziale Teilhabe und Selbstwirksamkeit. Die Option, teilweise im Arbeitsprozess zu bleiben, kann Isolation verhindern und den Wiedereinstieg nach längerer Erkrankung erleichtern.

Auch für das Gesundheitssystem kann die Teilarbeitsunfähigkeit Vorteile haben: Sie kann helfen, lange vollständige Ausfallzeiten zu reduzieren und damit indirekt Kosten zu begrenzen, ohne dass Betroffene vollständig aus dem Erwerbsleben herausfallen.

Gleichzeitig bestehen aus Patientensicht erhebliche Bedenken bei der konkreten Ausgestaltung. Ein zentrales Risiko ist der mögliche Druck auf Erkrankte, schneller oder mehr zu arbeiten, als es ihrer gesundheitlichen Situation entspricht. Gerade bei chronischen Erkrankungen mit schwer einschätzbarer Belastbarkeit könnte die Teilarbeitsunfähigkeit dazu führen, dass Patientinnen und Patienten sich verpflichtet fühlen, eine Teil-Arbeitsfähigkeit „nachzuweisen“, auch wenn dies medizinisch grenzwertig ist.

Ein weiterer kritischer Punkt ist der bürokratische und organisatorische Aufwand. Die Abstimmung zwischen Ärztinnen und Ärzten, Arbeitgebern und Krankenkassen wird komplexer. Für Patient*innen kann dies zusätzliche Hürden und Unsicherheiten schaffen, insbesondere wenn Entscheidungen über Stundenumfang oder Leistungsfähigkeit regelmäßig neu bewertet werden müssen.

Zudem ist fraglich, wie gut das Instrument in der Praxis individualisiert werden kann. Chronische Erkrankungen verlaufen oft sehr unterschiedlich – starre Modelle oder pauschale Vorgaben würden dem nicht gerecht und könnten zu Fehlsteuerungen führen.

Die Teilarbeitsunfähigkeit hat das Potenzial, ein sinnvolles und modernes Instrument zu sein, das besser auf die Lebensrealität vieler Erkrankter eingeht. Voraus-

setzung ist jedoch eine patientenorientierte Ausgestaltung: freiwillige Nutzung ohne Druck, klare medizinische Kriterien, verlässliche finanzielle Absicherung und möglichst geringe bürokratische Hürden.

Ohne diese Rahmenbedingungen besteht die Gefahr, dass ein grundsätzlich sinnvolles Konzept in der Praxis zu Mehrbelastungen führt – insbesondere für Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen, die ohnehin auf ein sensibles und verlässliches Unterstützungssystem angewiesen sind.

Die BAG SELBSTHILFE sieht vor allem diese Risiken in den vorgesehenen Regelungen:

Insbesondere ist zu bemängeln, dass der Arbeitgeber den Wunsch des Versicherten nach § 44c Abs.1 Nr. 3 SGB V ohne jede Begründung ablehnen kann und es zudem keinerlei Pflicht für ihn gibt, über eine Anpassung des Arbeitsplatzes nachzudenken (vgl. § 44c Abs.3 SGB V), da ein entsprechender Anspruch des Versicherten insoweit nicht besteht.

Ebenfalls sehen wir die erhebliche Gefahr, dass die Einführung zu erheblichem Druck für die Arbeitnehmer führen kann, frühzeitig teilweise ihrer Arbeit nachzugehen, obwohl sie aufgrund ihrer Erkrankung tatsächlich vollständig arbeitsunfähig sind. Es sind keinerlei hinreichenden Schutzmechanismen vorgesehen. Der potenzielle Druck kann zudem zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes beitragen.

Kritisch sind auch die vorgesehenen Fristen und Verwaltungsabläufe zu sehen. Esbesteht aufgrund zahlreicher Unsicherheiten im Rahmen dieser Neuregelungen diegefahr, dass es zu zahlreichen Unklarheiten und Streitigkeiten kommen wird.

Die im Begründungstext des Referentenentwurfes erwähnte IGES-Studie aus dem Jahr 2018 zur Inanspruchnahme der Möglichkeit von Teilarbeitsfähigkeit und Teilkrankengeld in den skandinavischen Ländern stellt deutlich dar, dass das Teil-Krankengeld dort mit sehr viel stärkeren Rechten und Pflichten für alle Seiten verbunden ist und der Erfolg zusätzlich insbesondere auf höheren Koordinationsleistungen der Kassen beruht.

Auch werden Diskriminierungs- und Beteiligungsprobleme nicht gelöst. Ferner ist die Einführung solcher Neuregelungen ohne vorherige Pilotierung ungewöhnlich. Wir halten eine Einführung ohne vorherige Pilotierung für nicht sinnvoll und wir fordern die Einführung einer begleitenden verpflichtenden Evaluierung.

Zudem ist zu berücksichtigen, dass die Ärzte regelmäßig nicht über konkreten Informationen hinsichtlich der Arbeitsplatzbedingungen verfügen und wir daher die-Beurteilung nach § 44c Abs.1 Nr. 2 SGB V kritisch sehen.

Kritisch sehen wir zudem den bürokratischen Aufwand, der mit den vorgesehenen-Neuregelungen einhergehen wir. Es ist mit zahlreichen Verwaltungsverfahren und Rechtsstreitigkeiten zu rechnen.

Wir fordern daher insgesamt eine dem skandinavischen Recht angepasste Überarbeitung der Regelungen inklusive einer vorherigen Pilotierung und einer zeitnahen Evaluation.

13. Verkürzung der Frist zur Antragsstellung zur Rehabilitation (§ 51 SGB V GesE)

Die BAG SELBSTHILFE hält die vorgesehene Fristverkürzung für zu kurz: Versicherten, deren Erwerbsfähigkeit nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist, kann die Krankenkasse eine Frist von vier Wochen setzen, innerhalb derer sie einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen haben. Dies gilt auch für einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente. Bisher galt eine Regelung von 10 Wochen. Die nunmehr im Entwurf vorgesehene Frist von vier Wochen kann zu kurz sein, um sich umfassend zu informieren und zu entscheiden.

Beispielsweise ist bei neu eintretender oder fortschreitender Sehbehinderung eine vier-Wochen-Frist regelmäßig zu kurz: Betroffene benötigen Zeit für Diagnosesicherung, Hilfsmittelberatung, sozialrechtliche Beratung, berufliche Rehabilitation, Orientierung und Mobilität, psychologische Stabilisierung, Peer-Beratung und Abstimmung mit Arbeitgebern, Integrationsämtern oder Reha-Trägern. Gerade bei fortschreitendem Sehverlust müssen medizinische, berufliche und soziale Teilhabeprozesse sorgfältig koordiniert werden.

Die Antragstellung hat für die Versicherten auch unter dem Gesichtspunkt der Folgewirkungen für den Krankengeldanspruch nach § 51 Abs. 3 SGB V und der Möglichkeiten einer Umdeutung durch die Krankenkassen erhebliche Bedeutung und Folgewirkungen, so dass hier ausreichende Zeit eingeräumt bleiben muss. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass die betroffenen Personen oftmals einer Erwerbstätigkeit nachgehen und zudem gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen, die eine ausreichende Bedenkzeit erforderlich machen.

Die BAG SELBSTHILFE fordert daher, die bisherige Frist beizubehalten oder zumindest eine Verlängerungsmöglichkeit bei Behinderung, drohender Behinderung, chronischer Erkrankung oder komplexem Teilhabebedarf vorzusehen.

14. Absenkung des Festzuschusses zum Zahnersatz (§ 55 SGB V GesE)

Aus Sicht von Patientinnen und Patienten – insbesondere von Menschen mit chronischen Erkrankungen, Behinderung und geringerem Einkommen – ist eine Absenkung des Festzuschusses zum Zahnersatz ebenfalls abzulehnen.

Der Festzuschuss beim Zahnersatz ist ein zentrales Instrument, um die Grundversorgung im Bereich der Zahnmedizin sicherzustellen. Er stellt sicher, dass notwendige Behandlungen wie Kronen, Brücken oder Prothesen für alle Versicherten zumindest teilweise bezahlbar bleiben. Eine Absenkung würde diesen solidarischen Ausgleich schwächen und die Eigenanteile der Patientinnen und Patienten deutlich erhöhen.

Besonders problematisch ist dies für Menschen mit chronischen Erkrankungen. Viele systemische Erkrankungen – etwa Diabetes, Autoimmunerkrankungen oder bestimmte Medikamententherapien – erhöhen das Risiko für Zahnprobleme. Diese Patientengruppe ist daher überdurchschnittlich häufig auf Zahnersatz angewiesen. Eine Absenkung der Zuschüsse trifft sie somit strukturell stärker und verstärkt gesundheitliche Ungleichheiten.

Hinzu kommt die soziale Dimension: Zahnersatz ist bereits heute mit erheblichen Eigenkosten verbunden. Selbst mit Festzuschuss müssen viele Versicherte hohe private Zuzahlungen leisten. Eine weitere Reduktion würde dazu führen, dass notwendige Behandlungen häufiger aufgeschoben oder nur in abgespeckter Form

durchgeführt werden. Dies kann langfristig zu schlechterer Mundgesundheit und höheren Folgekosten führen.

Aus Patientensicht besteht außerdem das Risiko, dass sich eine stärkere Zwei-Klassen-Versorgung im Zahnbereich verfestigt. Wer sich hohe Eigenanteile leisten kann, erhält hochwertigen Zahnersatz, während andere auf funktional eingeschränkte oder weniger langlebige Lösungen ausweichen müssen. Das widerspricht dem Grundgedanken der solidarischen Krankenversicherung.

Zudem ist zu berücksichtigen, dass gute Zahngesundheit eng mit der allgemeinen Gesundheit verbunden ist. Einschränkungen beim Zahnersatz können nicht nur die Kaufunktion, sondern auch Ernährung, Lebensqualität und soziale Teilhabe beeinträchtigen.

In der Gesamtbewertung überwiegen daher aus Patientensicht die Nachteile deutlich. Eine Absenkung des Festzuschusses zum Zahnersatz würde die finanzielle Belastung der Versicherten erhöhen, gesundheitliche Ungleichheiten verstärken und langfristig sogar zu höheren Versorgungskosten führen. Sinnvoller wären gezielte Effizienzmaßnahmen im System, ohne die Eigenbeteiligungen der Patientinnen und Patienten weiter zu erhöhen.

Insoweit lehnt die BAG SELBSTHILFE Festzuschusssysteme als Widerspruch zum Sach- und Solidaritätsprinzip insgesamt ab; um aber wenigstens Überforderungssituationen zu verhindern, sollten wenigstens die Eigenanteile Eingang in die Berechnung der Chroniker-Pauschale finden. Dies ist derzeit nicht der Fall.

15. Erhöhung der Zuzahlungen (§ 61 SGB V GesE)

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE ist die geplante Erhöhung der Zuzahlungen durch die Finanzkommission Gesundheit und den Referentenentwurf klar abzulehnen. Schon heute stellen Zuzahlungen für viele Menschen eine spürbare finanzielle Belastung dar – insbesondere für Personen mit geringem Einkommen. Eine weitere Erhöhung verschärft diese Situation unnötig und führt dazu, dass notwendige medizinische Leistungen aus Kostengründen hinausgezögert oder ganz vermieden werden. Sehr begrüßt wird in diesem Zusammenhang aber die Beibehaltung der Überforderungsklauseln, insbesondere der Chronikerregelung, die für Menschen mit

chronischer Erkrankung ein wichtiger Schutz vor finanziellen Problemen ist. Diese Regelungen müssen deswegen unbedingt beibehalten werden.

Generell widersprechen Zuzahlungen dem Grundprinzip eines solidarischen Gesundheitssystems, in dem der Zugang zu medizinischer Versorgung nicht vom Geldbeutel abhängen darf. Statt die Versicherten stärker zu belasten, sollten strukturelle Reformen und Effizienzsteigerungen im System im Vordergrund stehen. Die Verantwortung für finanzielle Stabilität einseitig auf Patientinnen und Patienten abzuwälzen, ist weder sozial gerecht noch gesundheitspolitisch sinnvoll.

Eine solche Maßnahme birgt zudem das Risiko steigender Folgekosten, da gerade bei akut Erkrankten unbehandelte oder zu spät behandelte Erkrankungen oft schwerwiegendere und teurere Verläufe nach sich ziehen. Insgesamt ist die geplante Erhöhung daher kurzsichtig und geht zulasten der gesundheitlichen Chancengleichheit.

Dringend notwendig ist es aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE, im Hilfsmittelbereich auch die Aufzahlungen in die Berechnung der Chroniker-Regelung aufzunehmen; faktisch sind die „wirtschaftlichen“ Aufzahlungen in weiten Bereichen- wie etwa der Inkontinenzversorgung längst nicht mehr Zahlungen, die für über dem Durchschnitt liegenden Versorgungen, eingesetzt werden, sondern für erforderliche Versorgungen zusätzlich geleistet werden müssen, da die Pauschalen der Krankenkassen bewusst zu niedrig angesetzt werden. Vor diesem Hintergrund bittet die BAG SELBSTHILFE um Einberechnung der Aufzahlungen in die Chroniker-Regelung. Bei tatsächlich über dem Durchschnitt liegenden Versorgungen kann dann evtl. noch eine Differenzierung gemacht werden.**Kostendämpfungsmassnahmen bei Krankenhäusern und Vertragsärzten und sonstigen Leistungserbringern (an verschiedenen Stellen)**

Aus Sicht der Versicherten ist es grundsätzlich zu begrüßen, dass bei den Leistungserbringern Maßnahmen zur Kostendämpfung und Effizienzsteigerung vorgesehen sind.

Vor dem Hintergrund der erheblichen Kostensteigerungen der letzten Jahre im Gesundheitswesen ist es nachvollziehbar, dass auch auf der Seite der Leistungserbrin-

gung nach Einspar- und Steuerungsmöglichkeiten gesucht wird. Steigende Ausgaben für medizinische Leistungen, Personal und Infrastruktur stellen das System insgesamt vor große finanzielle Herausforderungen. Eine ausgewogenere Lastenverteilung ist daher ein wichtiger Bestandteil einer nachhaltigen Finanzpolitik in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Aus Patientensicht ist dabei entscheidend, dass solche Einsparungen nicht zu Lasten der Versorgungsqualität gehen. Ziel muss es sein, vorhandene Ressourcen effizienter einzusetzen, Doppelstrukturen zu vermeiden und Abläufe in Praxen und Krankenhäusern zu verbessern, ohne die medizinische Versorgung einzuschränken oder zu verschlechtern.

Gerade in den letzten Jahren ist die Ausgabenentwicklung in diesen Bereichen deutlich dynamischer gewesen als die Einnahmenentwicklung der Kassen. Vor diesem Hintergrund erscheint es dringend erforderlich, auch die Leistungserbringer stärker in die Verantwortung für eine wirtschaftliche und qualitätsorientierte Versorgung einzubeziehen.

Insgesamt können solche Maßnahmen daher aus Versichertensicht grundsätzlich begrüßt werden – vorausgesetzt, sie werden so ausgestaltet, dass die Versorgungsqualität, der Zugang zur Behandlung und die Patientensicherheit jederzeit gewährleistet bleiben. Denn im Grundsatz birgt die Abschaffung von Zuschlägen und Pauschalen bei Leistungserbringern die Gefahr, dass sich für Patient*innen die Wartezeit auf Termine bei Fachärzten oder Physiotherapeuten verlängert. Auch dem Risiko einer Zerstörung von neu aufgebauten Strukturen im Heilmittelbereich sollte mit entsprechenden (Ausnahme-) Regelungen begegnet werden.

17. Ausnahmeregelungen für Menschen mit Behinderungen, Kinder und Jugendliche und Pflegebedürftige bei zahnärztlichen Leistungen (§ 85 SGB V GesE)

Es wird seitens der BAG SELBSTHILFE sehr begrüßt, dass für die Orientierung am Grundsatz der Beitragssatzstabilität Ausnahmen geben soll für zahnärztliche Vorsorgeleistungen für Kindern und Jugendlichen, für die Zuschläge für das Aufsuchen

von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen sowie Parodontitisbehandlungen bei Pflegebedürftigen im Sinne des Elften Sozialgesetzbuchs oder in der Eingliederungshilfe nach § 99 des Neunten Buches leistungsberechtigten Personen.

18. Innovationsfonds (§ 92a SGB V GesE)

Der Innovationsfonds stellt seit 10 Jahren einen wichtigen Bestandteil der Forschungsförderung im Gesundheitswesen dar. Zudem leistet er mit zahlreichen beteiligten Akteuren einen unverzichtbaren Beitrag zur Verbesserung der Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Gesetzesentwurf enthält eine Reihe von Neuerungen, die einen Mehrgewinn darstellen können und aus Sicht der BAG SELBSTHILFE zu unterstützen sind, gleichwohl beinhaltet er ebenso Aspekte, die aus Sicht der Patientenvertretung zu kritisieren sind und deren Nutzen sich nicht erschließt. Eine dauerhafte Reduktion auf ein Fördervolumen von 100 Mio. € ist aus Sicht der Patientenvertretung nicht angemessen und dem dringenden Weiterentwicklungsbedarfs des Gesundheitssystems abträglich. Hier war aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE der Vorschlag der Finanzkommission mit einem Fördervolumen von 150 Mio € als zielführender einzuschätzen.

Änderungen in § 92a (Innovationsfonds)

Zu a)

Förderverfahren im Bereich der Neuen Versorgungsformen

Die Rückkehr und Verschlankung der Förderverfahren im Bereich der Neuen Versorgungsformen auf das einstufig lange Verfahren sind aus Sicht der Patientenvertretung zu begrüßen.

Die Erfahrung der letzten Jahre hat gezeigt, dass das mit dem Digitale Versorgung-Gesetz (DVG) eingeführte zweistufige Verfahren nicht den gewünschten qualitativen Mehrwert gebracht hat. Durch das DigiG im Jahr 2024 wurde eine Ausweitung der Verfahrensarten im Bereich der Neuen Versorgungsformen gesetzlich verankert und z. B. das sogenannte Fast-Track-Verfahren (Neue Versorgungsformen mit verkürzter Laufzeit von 24 Monaten) etabliert. Die Patientenvertretung spricht sich hier, wie im Gesetzentwurf vorgeschlagen, für eine Verschlankung der Verfahrensarten im Bereich der Neuen Versorgungsformen aus. Insbesondere im Bereich des

Fast-Track-Verfahrens (Neue Versorgungsformen mit verkürzter Laufzeit von 24 Monaten) zeigt die schlechte Förderquote, dass die „schnellen Projekte“ häufig nicht die Förderreife in allen Förderkriterien erreichen. Da es in den weiteren Verfahrensarten der Neuen Versorgungsformen keine Mindestlaufzeit gibt, ist auch weiterhin ein Einreichen von Anträgen mit kürzeren Laufzeiten im Bereich NVF möglich. Die Parallelstruktur mehrerer Verfahren im Bereich der Neuen Versorgungsformen hat insgesamt keinen Mehrwert gezeigt und erzeugt einen unnötigen administrativen Mehraufwand. Gleichwohl zeigt die hohe und weiter steigende Antragzahl der eingereichten Projekte das große Innovationspotential im deutschen Gesundheitswesen, deren Bearbeitung jedoch auch mehr Ressourcen binden. Die Förderung der Beforschung des Innovationspotentials ist jedoch unabdingbar, um die kontinuierliche und evidenzbasierte Weiterentwicklung des Gesundheitssystem zu garantieren und den diversen und komplexen aktuellen Herausforderungen zu begegnen.

Zu b)

Bereich Versorgungsforschung

Bereich Versorgungsforschung (VSF): Die Patientenvertretung begrüßt die Beibehaltung des Bereichs Versorgungsforschung. Die Vergangenheit hat gezeigt, dass Projekte aus dem Bereich der Versorgungsforschung nicht selten ebenfalls direkt in die Regelversorgung Eingang finden können und gerade auch für kleinere Indikations- und Forschungsbereiche einen echten Mehrwert generieren.

Die Streichung von Forschungsvorhaben zur Weiterentwicklung und insbesondere Evaluation der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, ist aus Sicht der Patientenvertretung nachvollziehbar, da die Evaluation der Richtlinien i. d. R. durch den Gemeinsamen Bundesausschuss selbst oder den Gesetzgeber geregelt wird.

Die Streichung von Forschungsvorhaben zur Entwicklung und Weiterentwicklung von Meldesystemen zur Förderung der Patientensicherheit ist aus Sicht der Patientenvertretung bedauerlich. Die Unterstützung der Forschung und daran anschließenden Implementierung von möglichst deutschlandweit einheitlichen Fehlermeldesyste-

men ist für die Patientensicherheit von hoher Bedeutung. Systeme wie CIRS ermöglichen es, anonym über entsprechende Vorfälle und auch sogenannte Beinahe-Fehler zu berichten, diese auszuwerten und durch eine entsprechende Weiterbearbeitung zur Erhöhung der Patientensicherheit zu nutzen. Die weitere Förderung dieses Themas wäre ferner wichtig, um die systemische Fehleranalyse auch sektorenübergreifend zu ermöglichen. Nur durch entsprechende Forschungsvorhaben und deren Implementierung wird es möglich, nicht nur individuelle Fehler zu betrachten, sondern auch die jeweiligen kontextabhängigen Rahmenbedingungen, die ihnen zugrunde lagen. Dies hilft, neben der Erhöhung der Patientensicherheit, also auch, z. B. prozessuale Schwachstellen im täglichen Versorgungsalltag zu identifizieren und möglichst abzustellen.

Bereich Medizinische Leitlinien (MedLL):

Die Patientenvertretung begrüßt die Erweiterung der Fördermöglichkeit zur Entwicklung oder Weiterentwicklung ausgewählter Medizinischen Leitlinien, für die in der Versorgung besonderer Bedarf besteht, in Form der Übertragungsmöglichkeit von Mitteln aus dem Volumen der Versorgungsforschung.

In diesem Zusammenhang sollte die Ausweitung der Fördermöglichkeit auf medizinische Leitlinien mit S2e- und S2k-Niveau geregelt werden. Bisher beinhaltet die Förderung lediglich Leitlinien auf S3-Niveau; die Vergangenheit hat allerdings gezeigt, dass eine Vielzahl der geförderten Leitlinien, beispielsweise zu seltenen Erkrankungen, das S3-Niveau aufgrund mangelnder bestehender Evidenz nicht erreichen kann. Der Bedarf an diesen Leitlinien in der Versorgung ist jedoch davon unbenommen hoch.

Zu c)

Fördervolumen

Mit den Sparmaßnahmen der Bundesregierung wurde für das Jahr 2026 das Fördervolumen des Innovationsfonds von 200 Mio. € auf einmalig 100 Mio. € reduziert. Die Umstellung auf die alleinige Finanzierung der Fördersumme ausschließlich durch die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ist nachvollziehbar, um die gesetzlichen Krankenversicherungen zu entlasten. **Eine dauerhafte Reduktion auf ein Fördervolumen von 100 Mio. € ist aber aus Sicht der Patientenvertretung nicht**

angemessen und dem dringenden Weiterentwicklungsbedarfs des Gesundheitssystems abträglich.

Die Patientenvertretung plädiert für eine dauerhafte Absenkung des jährlichen Fördervolumens auf die von der Finanz-Kommission vorgeschlagenen 150 Mio. € pro Jahr, zu finanzieren aus der Liquiditätsreserve. Eine dauerhafte nochmalige Halbierung des Fördervolumens (ursprünglich war der Innovationsfond mit 300 Mio. € Fördervolumen pro Jahr gestartet) verhindert die nachhaltige Verbesserung der Versorgung in Deutschland, gefährdet wichtige und etablierte sektoren- und professionsübergreifende Forschungsstrukturen sowie dringend notwendige Forschungsbestrebungen, um Effizienzreserven im System heben zu können.
Des Weiteren kann damit das Potential des Innovationsfonds, einen wichtigen Beitrag zur Identifikation und Verstetigung von Maßnahmen zur Förderung einer qualitativ hochwertigen, effizienten und evidenzbasierten Versorgung der Patientinnen und Patienten nicht mehr ausgeschöpft werden. Insgesamt geht damit auch eine Schwächung des Forschungsstandortes Deutschland einher.

Aus Patientensicht gibt es jedoch auch Weiterentwicklungsbedarfe, die nun durch klarstellende bzw. weitergehende gesetzliche Regelungen adressiert werden können und müssen:

1) Sektorenübergreifende Versorgung
2) Transfer in die Regelversorgung
3) Patientenbeteiligung

1) Sektorenübergreifende Versorgung

Das originäre Ziel des Innovationsfonds – der Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung - kann noch deutlich ausgebaut werden. Hier sind dringend gesetzliche Mechanismen vorzusehen, wie beispielsweise andere Sozialversicherungsbereiche z. B. SGB IX, SGB XI etc., welche auch direkter Bestandteil des Versorgungskontinuums darstellen, stärker einzubinden. Freiwillige Beteiligungen und obligate Kostenanteilsübernahmen haben sich in der bisherigen Erfahrung als nicht adäquat erwiesen. Nur durch eine derartige sektorenübergreifende Verzahnung

über Sozialgesetzbücher hinweg, kann das eigentliche Ziel des Innovationsfonds vollends erreicht und alle Potenziale ausgeschöpft werden. Eine zukunftsorientierte und effiziente Gesundheitsversorgung muss über den gesamten Behandlungsweg hinweg gedacht und umgesetzt werden. Gerade auch im Hinblick auf das zu erwartende Primärarztsystem sind derartige Forschungsansätze zu ermöglichen.

2) Transfer in die Regelversorgung

Trotz gesetzlicher Grundlage mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) 2020 gibt es weiterhin Verbesserungsbedarf im Hinblick auf den Transitionsmechanismus in die Regelversorgung. Insbesondere die Sicherstellung des direkten Transfers in die kollektivvertragliche Regelversorgung ist weiterhin dringend notwendig.

Der Transferprozess ist von Anfang an - bereits bei Antragsstellung - strenger zu berücksichtigen. Hierbei kann eine explizite Verpflichtung bei der Antragstellung dienlich, aber auch eine strengere Bewertung des Verwertungspotentials notwendig sein. Auch die bessere Verzahnung und Transparenz zwischen den Verfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses und des Innovationsausschusses ist hierbei dringend notwendig. Vorstellbar wäre hier z. B. eine projektbegleitende Transferberatung durch die Geschäftsstelle des Innovationsfonds, die auch unter Beteiligung des G-BA erfolgen kann.

Ein weiterer Schritt, um die geschaffene Evidenz gebündelter in die Regelversorgung zu überführen, wäre die Ermöglichung von Metaanalysen als Fördergegenstand zu bisher abgeschlossenen und beispielsweise themenähnlichen Projekten. Durch die Verstetigung des Innovationsfonds gibt es z. T. eine Vielzahl von Projekten mit ähnlichen Zielstellungen z. B. zu Lotsenfunktion oder Sport- und Bewegungstherapie. Hier sollten Metaanalysen dieser Projekte möglich werden, sodass umfassendere Evidenz für einen Transfer in die Regelversorgung extrapoliert werden kann.

3) Patientenbeteiligung

Die Patientenvertretung setzt sich auch weiterhin für die notwendige Stärkung der Patientenbeteiligung ein. Mit der Einführung des DigiG ist Patientenbeteiligung seit 2024 im Bereich der Neuen Versorgungsformen als verpflichtendes Bewertungskriterium festgelegt worden. Diese Aufnahme entspricht internationalen Standards und die Erfahrung der letzten zwei Jahre hat gezeigt, dass eine Umsetzung der Patien-

tenbeteiligung in den Projekten sehr gut durchführbar ist. Die Berücksichtigung des Erfahrungswissens erhöht die Qualität der Forschungsergebnisse, stärkt versorgungsnahe Forschungsprozesse und fördert die Umsetzbarkeit von Ergebnissen in die Regelversorgung durch z. B. präferenzorientierte Innovationen. Gerade in Zeiten der ggf. notwendige Einschränkungen sollten entsprechende partizipative Ansätze zwingend umgesetzt werden.
Folgerichtig und logisch konsequent sollte demnach das Bewertungskriterium Patientenbeteiligung auch im Bereich der Versorgungsforschung inkl. der Entwicklung und Weiterentwicklung medizinischer Leitlinien verpflichtend werden. In Bezug auf die Entwicklung und Weiterentwicklung medizinischer Leitlinien muss dies die verpflichtende Entwicklung von Patientenleitlinien – entsprechende Versionen der Leitlinie in laienverständlicher Sprache – bei der Förderung beinhalten.
Projekte, die Patientenbeteiligung aktiv und bestmöglich umsetzen, sollten auch weiterhin über ein verpflichtendes Bewertungskriterium dafür honoriert werden.

19. Regelungen zur Arzneimittelversorgung

a. Abschaffung der Leitplanken (§ 130b Abs. 3 SGB V GesE) und des Kombi-Abschlages (§ 130e SGB V GesE)/ Unmittelbare Verfügbarkeit von Arzneimitteln nach Markteintritt

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE ist es essentiell, dass die Verfügbarkeit von innovativen Arzneimitteln in Deutschland nach Markteintritt weiterhin gewährleistet bleibt und keine vierte Hürde – wie in anderen europäischen Ländern – aufgebaut wird.

Aus diesem Grund befürwortet die BAG SELBSTHILFE auch eine Preisbildung für innovative Arzneimittel, die strenge Vorgaben für die studienbasierten Nachweise zum Zusatznutzen der Präparate einfordert.

Die Leitplanken und der Kombi-Abschlag haben aber in der Praxis leider nicht funktioniert, so dass deren Abschaffung seitens der BAG SELBSTHILFE begrüßt wird.

b. Stärkung Preis-Mengen-Vereinbarungen (§ 130b SGB V GEsE)

Aus Patientensicht sollte der Preis innovativer Arzneimittel in erster Linie den **medizinischen Mehrwert** widerspiegeln. Dieser wird im Rahmen der Nutzenbewertung anhand des **Zusatznutzens** bestimmt.

Preis-Mengen-Regelungen folgen hingegen einer anderen Logik und knüpfen an die **verordnete Menge** eines Arzneimittels an.

In einer idealen Versorgungssituation würden die Arzneimittel mit dem größten Zusatznutzen innerhalb eines Indikationsbereichs auch am häufigsten verordnet. Dies ist in der Praxis jedoch – aus noch darzustellenden Gründen – häufig nicht der Fall.

Dort, wo nicht das Arzneimittel mit dem größten Zusatznutzen die höchste Verordnungshäufigkeit aufweist, sondern ein anderes Präparat, können Preis-Mengen-Regelungen die **Inkonsistenz zwischen Zusatznutzen und Verordnungshäufigkeit weiter verstärken.**

Es wird dann nämlich aus monetär betrachtet immer attraktiver, das ohnehin schon verordnungsstärkste Präparat zu verordnen.

Vor diesem Hintergrund lehnt die BAG SELBSTHILFE die Stärkung des Preis-Mengen-Gedankens als Alternative zu einer generellen Rabattierung aller innovativen Arzneimittel ab.

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE ist bereits jetzt zu beklagen, dass **Selektivverträge und Rabattverträge** in Kombination mit Regelungen der Kassenärztlichen Vereinigungen massive Auswirkungen auf die Verordnungshäufigkeit innovativer Arzneimittel haben können.

Eine **konsistente Orientierung aller Mechanismen**, die sowohl die Preisbildung als auch die Verordnungshäufigkeit betreffen, wäre aus Sicht der BAG SELBSTHILFE nicht nur bedarfsgerechter, sondern entspräche auch einem rationaleren Einsatz der finanziellen Mittel der GKV.

c. Selektivvertraglicher Regelungen unter patentgeschützten Arzneimitteln (§ 130e SGB V GesE)

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE ist es durchaus denkbar, auch für bestimmte Cluster patentgeschützter Arzneimittel ein kollektivvertragliches Festbetragssystem zu etablieren.

Damit eine solche Regelung aber auch Patientensicht akzeptabel wäre, müssten folgende Kriterien erfüllt werden: Zum einen würde dies eine **Labelgleichheit**, zum anderen ein **vergleichbares Nutzenprofil** voraussetzen.

Das Thema der Labelgleichheit wird bereits im bestehenden Festbetragssystem für nicht patentgeschützte Arzneimittel (teilweise kontrovers) diskutiert.

Problematischer als bei den Generika ist allerdings in einem solchen kollektivvertraglichen Festbetragssystem der Punkt der Vergleichbarkeit des Nutzenprofils: § 35 SGB V setzt für Festbeträge im nicht patentgeschützten Bereich vergleichbare Wirkstoffe oder therapeutische Alternativen voraus. Dies ist bei innovativen patentgeschützten Arzneimitteln wesentlich schwerer zu konkretisieren.

Vergleichbare Nutzenprofile könnten jedoch eventuell durch einen Vergleich der Nutzennachweise hinsichtlich der relevanten Endpunkte sowie der Qualität der vorhandenen Evidenz ableitbar sein. Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE wäre der Gemeinsame Bundesausschuss eigentlich dazu prädestiniert, das zu prüfen.

Die direkte Regelung dieser komplexen Erwägungen im Gesetzgebungsverfahren hält die BAG SELBSTHILFE jedoch nicht für sachgerecht. Dies zeigt schon die Überlegung, dass beim Auftauchen eines neuen Präparats in einer der im Gesetzentwurf genannten Wirkstoffgruppen, u.U. das Gesetz geändert werden müsste, falls dieses Produkt ein vorteilhaftes Nutzenspektrum hätte. Gesetze eignen sich aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE nicht dazu, Wirkstofflisten zu führen.

d. Erhöhung des Herstellerrabatts (§ 130a Abs. 1b SGB V GesE)

Angesichts der beschriebenen Finanzsituation der gesetzlichen Krankenkassen ist die Erhöhung des Herstellerrabatts im Grundsatz nachvollziehbar, obwohl die sog. MFN-Problematik neue Herausforderungen für das Pricing von innovativen Arzneimitteln mit sich bringt. Zu prüfen ist aus Sicht der BAG SELBSTHILFE, ob die automatische Dynamisierung des Rabatts sachgerecht ist oder ob nicht eine stufenweise Erhöhung in mehreren Schritten sachgerechter wäre.

Düsseldorf / Berlin, 18. Juni 2026

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(53)
gel. VB zur öffent. Anh. am
22.06.2026 - GKV
19.06.2026

progenerika

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)

Pro Generika vertritt die Industrie der Generika- und Biosimilarhersteller.
Gern möchten wir zu drei Punkten des Gesetzentwurfes Stellung nehmen, wobei Punkt 3. unserer Stellungnahme vorsorglich ist.

1. Erweiterung des Preismoratoriums (130a Abs. 3a SGB V) – nicht auf Generika anwenden

Mit der Neufassung von § 130a Abs. 3a Satz 4 SGB V wird die Anknüpfung des Preismoratoriums von einer unternehmensbezogenen auf eine wirkstoffbezogene Grundlage umgestellt.

Künftig gilt das erweiterte Preismoratorium immer dann, wenn *irgendein* pharmazeutischer Unternehmer ein vergleichbares Arzneimittel in Verkehr gebracht hat. Die Vergleichspackung für das erweiterte Preismoratorium wird dann aus dem gesamten Pool an vorhandenen Packungen (unternehmensunabhängig) gezogen. Dieser Preis stellt dann den Höchstpreis dar, den der neu eintretende Anbieter erzielen kann. Das BMG begründet dies mit dem Ziel, „Umgehungsmöglichkeiten durch Anbieterwechsel oder konzerninterne Umstrukturierungen" auszuschließen, weil es offensichtlich einzelne vermeintliche Umgehungstatbestände des erweiterten Preismoratoriums gegeben hat. **Diese sind im Bereich der Generika jedoch nicht zu beobachten**. Die neue Regelung versäumt es insofern, die gesetzlichen Anpassungen konkret auf diese spezifischen Fälle einzugrenzen.

Generika unterliegen in der Regel dann dem Preismoratorium, wenn sich die Bildung einer Festbetragsgruppe nicht anbietet (betrifft rund 26% der generischen Produkte). Dies ist regelhaft der Fall, wenn zu wenig Wettbewerber im Markt sind, um eine Festbetragsgruppe zu bilden. Diese Generika ohne Festbetrag stellen nun genau diejenige Gruppe dar, bei der Marktauftritte neuer Wettbewerber im Sinne der Sicherstellung der Versorgung erwünscht sind. Daher sollte man diese Markteintritte nicht dadurch erschweren oder gleich ganz verhindern, dass von vorneherein ein möglicherweise unauskömmliches Preisniveau gilt. Daher schlagen wir vor, für Generika die bisher geltende Regelung in Kraft zu lassen und diese auch auf Biosimilars zu beziehen.

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Pro Generika e.V. · Unter den Linden 32-34 · 10117 Berlin · www.progenerika.de
Tel. +49 (0)30 – 81 61 60 9-0 · Fax +49 (0)30 - 81 61 60 9-11 · info@progenerika.de
Stv. Vorsitzender: Thomas Weigold · Schatzmeister: Josip Mestrovic

Änderungsbedarf: Aus diesem Grund schlagen wir folgende Änderung des Kabinettsentwurfes vor.

48. § 130a wird wie folgt geändert:

c) Absatz 3a wird wie folgt geändert:

bb) Die Sätze Satz 4 und 5 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Bei Neueinführungen eines Arzneimittels, für das ein pharmazeutischer Unternehmer bereits ein Arzneimittel mit gleichem Wirkstoff und vergleichbarer Darreichungsform in Verkehr gebracht hat, ist der Abschlag auf Grundlage des Preises je Mengeneinheit der Packung zu berechnen, die dem neuen Arzneimittel in Bezug auf die Packungsgröße unter Berücksichtigung der Wirkstärke am nächsten kommt; dies gilt nicht für die Neueinführung eines Immunglobulins menschlicher Herkunft, für das nach dem 31. Dezember 2018 eine Zulassung nach § 25 Absatz 1 des Arzneimittelgesetzes oder eine Genehmigung für das Inverkehrbringen nach Artikel 3 Absatz 1 oder 2 der Verordnung (EG) Nr. 726/2004 erteilt wurde, mit Ausnahme der Zulassung von anderen Stärken oder Ausbietungen; ***dies gilt ferner nicht für im Wesentlichen gleiche biotechnologisch hergestellte biologische Arzneimittel im Sinne des Artikels 10 Absatz 4 der Richtlinie 2001/83/EG und für Arzneimittel mit patentfreien Wirkstoffen, die als Generikum im Sinne des Artikels 10 Absatz 2 Buchstabe b der Richtlinie 2001/83/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 06. November 2001 zur Schaffung eines Gemeinschaftskodex für Humanarzneimittel zugelassen worden sind sowie, soweit es sich um als Generikum zugelassene Arzneimittel handelt, für das jeweilige Referenzarzneimittel. Für die Arzneimittel im Sinne des Satzes 4, dritter Teilsatz gilt Absatz 3a Satz 4 und Satz 5 in der bis zum [Tag vor dem Datum des Inkrafttretens des GKV-BStabG] gültigen Fassung.“***

Begründung:

Die bisherigen Regelungen des § 130a Absatz 3a Sätze 4 und 5 knüpfen die Anwendbarkeit des erweiterten Preismoratoriums daran, dass derselbe pharmazeutische Unternehmer bereits ein wirkstoffgleiches Arzneimittel mit vergleichbarer Darreichungsform in Verkehr gebracht hat oder ein Fall des Mitvertriebs vorliegt. Künftig soll allein maßgeblich sein, ob bereits ein Arzneimittel mit gleichem Wirkstoff und vergleichbarer Darreichungsform in Verkehr ist. Dadurch werden Umgehungsmöglichkeiten durch Anbieterwechsel oder konzerninterne Umstrukturierungen ausgeschlossen. Die Änderung führt das erweiterte Preismoratorium von einer unternehmensbezogenen zu einer wirkstoffbezogenen Anknüpfung fort und stärkt die Kostendämpfungsfunktion des Preismoratoriums insgesamt. Diese Umstellung ist allerdings nicht

Pro Generika e.V. · Unter den Linden 32-34 · 10117 Berlin · www.progenerika.de
Tel. +49 (0)30 – 81 61 60 9-0 · Fax +49 (0)30 - 81 61 60 9-11 · info@progenerika.de
Stv. Vorsitzender: Thomas Weigold · Schatzmeister: Josip Mestrovic

für alle Arzneimittel gleichermaßen angemessen. So werden die im Wesentlichen gleichen biotechnologisch hergestellten biologischen Arzneimittel im Sinne des Artikel 10 Absatz 4 der Richtlinie 2001/83/EG ausgenommen.
Durch die Einfügung der Ersetzungsregelungen durch das GSAV vom 09.08.2019 in § 129 Absatz 1 Satz 12 und Absatz 1a und die Vorgabe für den Inhalt der Arzneimittelvereinbarungen in § 84 Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 hat der Gesetzgeber ein eigenes Regime für die sogenannten Biosimilars geschaffen, um dadurch eine kostengünstige Versorgung mit biotechnologischen Wirkstoffen zu ermöglichen. Die Entwicklung eines funktionierenden Biosimilar-Marktes in Deutschland soll daher vorerst keinen weiteren Beschränkungen unterworfen werden. Auch die als Generikum zugelassenen Arzneimittel bedürfen keiner weiteren Kostendämpfung durch das erweiterte Preismoratorium. Durch die Festbeträge und Rabattverträge erscheint im Allgemeinen eine kostengünstige Versorgung hinreichend sichergestellt. Da in diesem Marktsegment die Altoriginale in einem intensiven Preiswettbewerb zu den Generika stehen, ist es angemessen, diese nicht anders zu behandeln als die Generika. Bei den Biosimilars erscheint eine vergleichbare Privilegierung der Referenzarzneimittel hingegen nicht geboten.

Allerdings sollen durch die Neuregelung die durch Satz 4, dritter Teilsatz privilegierten Arzneimittel nicht bessergestellt werden als in der Vergangenheit. Deshalb gilt das unternehmensbezogene erweiterte Preismoratorium für diese Arzneimittel weiter fort.

2. Verlängerung des Preismoratoriums (130a Abs. 3a SGB V) – Generische Arzneimittel sind falsche Adressaten

Der Entwurf sieht die Verlängerung des Preismoratoriums bis zum 31. Dezember 2030 vor.

Zur Begründung führt das BMG an, das Moratorium habe sich „bewährt" und verhindere Mehrausgaben „im unteren einstelligen Milliarden-Euro-Bereich".

Pro Generika widerspricht dieser Einschätzung:

- Die Kostensteigerungen der letzten Jahre gehen nicht auf Generika und nicht auf Biosimilars zurück.

- Generika decken rund 80 % der ambulanten Arzneimittelversorgung ab, ihr Kostenanteil an den GKV-Gesamtausgaben für Arzneimittel beträgt jedoch lediglich 5,9 % (2025: 2,5 Mrd. €). Der durchschnittliche Preis einer generischen Tagestherapiedosis liegt nach Abzug aller Rabatte bei ca. 6 Cent.

Pro Generika e.V. · Unter den Linden 32-34 · 10117 Berlin · www.progenerika.de
Tel. +49 (0)30 – 81 61 60 9-0 · Fax +49 (0)30 - 81 61 60 9-11 · info@progenerika.de
Stv. Vorsitzender: Thomas Weigold · Schatzmeister: Josip Mestrovic

- Der Entwurf selbst differenziert an anderer Stelle sachgerecht: Der neue dynamische Herstellerabschlag (§ 130a Abs. 1b neu) nimmt Generika und Biosimilars aus, weil dort „eine ausreichende Kostendämpfung bereits durch marktliche Mechanismen sichergestellt ist".

Diese Logik muss konsequenterweise auch für das Preismoratorium gelten.

Änderungsbedarf: Generika und Biosimilars sind aus dem Anwendungsbereich des verlängerten Preismoratoriums auszunehmen.

§ 130a Absatz 3a Satz 1 wird wie folgt ergänzt:

„(3a) Erhöht sich der Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer gegenüber dem Preisstand am 1. August 2009, erhalten die Krankenkassen für die zu ihren Lasten abgegebenen Arzneimittel ab dem 1. August 2010 bis zum 31. Dezember 2030 einen Abschlag in Höhe des Betrages der Preiserhöhung; dies gilt nicht für Arzneimittel, für die ein Festbetrag auf Grund des § 35 festgesetzt ist ***sowie für im Wesentlichen gleiche biotechnologisch hergestellte biologische Arzneimittel im Sinne des Artikels 10 Absatz 4 der Richtlinie 2001/83/EG und für Arzneimittel mit patentfreien Wirkstoffen, die als Generikum im Sinne des Artikel 10 Absatz 2 lit. b der Richtlinie 2001/83/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 06. November 2001 zur Schaffung eines Gemeinschaftskodexes für Humanarzneimittel zugelassen worden sind.“***

Verfassungsrechtliche Bewertung

Das BMG verweist zur Rechtfertigung des Preismoratoriums auf einen Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 7. Mai 2025, der die Verhältnismäßigkeit bestätigt habe.

Pro Generika weist darauf hin:

> Die verfassungsrechtliche Zulässigkeit eines Instruments schließt nicht aus, dass es für einzelne Marktsegmente – hier Generika – unverhältnismäßig ist. Der Gesetzgeber ist nach ständiger Rechtsprechung (BVerfG, Beschlüsse vom 13.09.2005 – 2 BvR 2/03 –, vom 28.04.2007 – 1 BvR 866/07; BSG, Urteil vom 17.12.2009 – B 3 KR 14/08 R) verpflichtet, sachgerecht zu differenzieren. Eine pauschale Gleichbehandlung von Generika und patentgeschützten Arzneimitteln ist mit diesem Differenzierungsgebot nicht vereinbar.

Pro Generika e.V. · Unter den Linden 32-34 · 10117 Berlin · www.progenerika.de
Tel. +49 (0)30 – 81 61 60 9-0 · Fax +49 (0)30 - 81 61 60 9-11 · info@progenerika.de
Stv. Vorsitzender: Thomas Weigold · Schatzmeister: Josip Mestrovic

Der Entwurf selbst differenziert beim dynamischen Herstellerabschlag sachgerecht nach Marktsegmenten. Diese Differenzierungslogik ist auf das Preismoratorium zu übertragen.

Eine konsequente und sachgerechte Differenzierung nach Marktsegmenten würde die Versorgungssicherheit stärken, Lieferengpässen entgegenwirken und der Differenzierungspflicht des Gesetzgebers gerecht werden – ohne relevante Mehrkosten für die GKV zu verursachen.

3. Herausnahme der Biosimilars aus einer möglichen Erhöhung des fixen Herstellerrabattes, falls dynamischer Herstellerrabatt nicht umgesetzt wird

Der Kabinettsentwurf sieht die Einführung eines dynamischen Herstellerabschlages statt einer statischen Erhöhung vor.

Durch die aktuell geplante Regelung im neuen § 130a Abs. 1b Nr. 2 des Entwurfs sind Biosimilars von diesem dynamischen Herstellerabschlag explizit ausgenommen. Dies begrüßen wir sehr.

Aktuelle politische Überlegungen zum statischen Herstellerabschlag: Nachteile für versorgungskritische Biosimilars

Für den Fall, dass der Gesetzgeber Abstand von diesem dynamischen Herstellerabschlag nimmt und stattdessen eine Erhöhung des statischen Herstellerabschlages vornimmt, z. B. durch eine Änderung des § 130a Abs. 1a S.1, müssten die Biosimilars folgerichtig ebenfalls ausgenommen werden, da diese ansonsten mit betroffen wären. Dies wäre aber bei der derzeitigen Formulierung des Abs. 1a S. 2, der eine Ausnahme von der zeitlich begrenzten Erhöhung vorsieht, nicht der Fall, denn diese Formulierung bezieht sich nur auf Generika.

Derzeit werden laut §130a Absatz 3 Arzneimittel, für die ein Festbetrag gilt, von den o.g. Herstellerrabatten ausgenommen. Im Falle der Biosimilars stellt sich die Lage wie folgt dar: **Sämtliche versorgungskritische Biosimilars unterliegen derzeit keiner Festbetragsregelung**, s. Abbildung. Diese würden von der Erhöhung des statischen Herstellerabschlags voll erfasst werden, was der Definition – und der

Pro Generika e.V. · Unter den Linden 32-34 · 10117 Berlin · www.progenerika.de
Tel. +49 (0)30 – 81 61 60 9-0 · Fax +49 (0)30 - 81 61 60 9-11 · info@progenerika.de
Stv. Vorsitzender: Thomas Weigold · Schatzmeister: Josip Mestrovic

Sonderstellung versorgungskritischer Arzneimittel[1] und derer expliziter Schutzbedürftigkeit[2] – widerspricht.

Festbetrag	vorhanden	Beschlussdatum	Festbetragsgruppe	versorgungskritisch lt. BfArM
Adalimumab	x	01.07.2024	1	
Epoetine	x	01.07.2022	1	
Etanercept	x	01.07.2024	1	
Filgrastim	x	01.04.2024	1	
Golimumab	x	01.07.2024	1	
Infliximab	x	01.04.2020	1	
Pegfilgrastim	x	01.04.2022	1	
Teriparatid	x	01.04.2023	1	
Aflibercept				x
Denosumab				x
Eculizumab				x
Insulin aspart				x
Insulin glargin				x
Insulinlispro				x
Natalizumab				x
Tocilizumab				x
Bevacizumab				
Follitropin alfa				
Omalizumab				
Ranibizumab				
Rituximab				
Somatropin				
Trastuzumab				
Ustekinumab				

Änderungsbedarf: Biosimilars sind aus dem Anwendungsbereich eines etwaig erhöhten statischen Herstellerabschlags auszunehmen. Hier müssten also, in Anlehnung an die für den dynamischen Abschlag intendierten Regelung, die Biosimilars ergänzt werden, z. B. durch folgende Formulierung des Abs. 1a S. 2:

„Satz 1 gilt nicht für Arzneimittel nach Absatz 3b Satz 1 ***sowie für im Wesentlichen gleichen biotechnologisch hergestellten biologischen Arzneimittel im Sinne des Artikels 10 Absatz 4 der Richtlinie 2001/83/EG.“***

Sollte die Erhöhung des statischen Herstellerabschlages nicht an dieser Stelle, sondern an anderer Stelle vorgenommen werden, müssten die Biosimilars dort ergänzt werden.

Stand: 08.06.2026

[1] https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Arzneimittel/Zulassung/amInformationen/Lieferengpaesse/**Liste_versorgungskritischer_wirkstoffe**_nach_52b_absatz_3c_amg.xlsx?__blob=publicationFile

[2] *A critical medicine is identified by combining two criteria: 1)* ***Seriousness of the disease*** *and 2)* ***Availability of alternative medicines****. […] a defined number of* ***Member States that consider the medicine to be critical*** *[…].*
Quelle: European Medicines Agency (EMA) unter https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory-overview/post-authorisation/medicine-shortages-availability-issues/availability-medicines-during-crises/union-list-critical-medicines, abgerufen am 4.6.2026

Pro Generika e.V. · Unter den Linden 32-34 · 10117 Berlin · www.progenerika.de
Tel. +49 (0)30 – 81 61 60 9-0 · Fax +49 (0)30 - 81 61 60 9-11 · info@progenerika.de
Stv. Vorsitzender: Thomas Weigold · Schatzmeister: Josip Mestrovic

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(54.1)
gel. VB zur öffent. Anh. am
22.06.2026 - GKV
19.06.2026

Die Gesundheitshandwerke

AG Gesundheitshandwerke im ZDH · Anton-Wilhelm-Amo-Straße 20/21 · 10117 Berlin

An die Mitglieder des Ausschusses für Gesundheit
des Deutschen Bundestages
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Arbeitsgemeinschaft der Verbände der Gesundheitshandwerke im ZDH

Markus Schäfer
+49 30 206 19-188
schaefer@zdh.de

Haus des Deutschen Handwerks
Anton-Wilhelm-Amo-Straße 20/21
10117 Berlin
www.zdh.de

Berlin, 12. Juni 2026

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

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Zuge der 1. Lesung des Entwurfs eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (BStabG) im Deutschen Bundestag möchten wir als Arbeitsgemeinschaft der Gesundheitshandwerke erneut mit Nachdruck auf die erheblichen Auswirkungen des Entwurfs auf unsere Branchen aufmerksam machen.

Die Gesundheitshandwerke – Augenoptik, Hörakustik, Orthopädieschuhtechnik, Orthopädietechnik und Zahntechnik – sichern bundesweit eine wohnortnahe, qualitätsgesicherte und vielfach hochindividuelle Versorgung der gesetzlich Versicherten. Unsere Betriebe stehen für Versorgungssicherheit, handwerkliche Fachkompetenz und persönliche Betreuung. Gerade deshalb treffen die im BStabG vorgesehenen Maßnahmen unsere Branchen in besonderer Weise.

Im Rahmen der Verbändeanhörung zum Referentenentwurf haben wir dem Bundesministerium für Gesundheit unsere Einwände und Änderungsvorschläge frühzeitig und ausführlich übermittelt. Diese Hinweise wurden in der nachfolgenden Überarbeitung jedoch nicht aufgegriffen. Das ist aus unserer Sicht umso weniger nachvollziehbar, als die FinanzKommission Gesundheit den Hilfsmittelerbringern in ihrem Bericht ausdrücklich eine Vergütungsdisziplin bescheinigt und festhält, dass die Ausgabensteigerungen im Hilfsmittelbereich aktuell und in den vergangenen Jahren unter fünf Prozent liegen. Gleichwohl sollen ausgerechnet in einem bereits stark regulierten und kostenbewussten Versorgungsbereich zusätzliche Belastungen eingeführt werden.

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Vor diesem Hintergrund möchten wir insbesondere auf drei Punkte hinweisen, die aus unserer Sicht im weiteren parlamentarischen Verfahren dringend korrigiert werden müssen:

1. **Geplanter 3-prozentiger Abschlag auf Vertragspreise nach § 127 SGB V**

Der vorgesehene pauschale Abschlag auf Vertragspreise in den Jahren 2027 und 2028 stellt für viele Betriebe eine erhebliche zusätzliche Belastung dar. In wesentlichen Bereichen der Hilfsmittelversorgung liegen die aktuellen Vertragspreise bereits heute auf einem Niveau, das durch in der Vergangenheit zu niedrig festgesetzte Festbeträge geprägt ist und teilweise deutlich unter den tatsächlichen Marktpreisen liegt. Ein zusätzlicher pauschaler Abschlag würde diese wirtschaftliche Schieflage weiter verschärfen.

Besonders problematisch ist, dass die Maßnahme unterschiedslos auch solche Versorgungsbereiche erfassen würde, die durch individuelle, handwerklich geprägte Leistungen gekennzeichnet sind und sich gerade nicht ohne Weiteres standardisieren oder in pauschalierende Regulierungsmechanismen überführen lassen. Der vorgesehene Abschlag ist daher weder sachgerecht noch versorgungspolitisch überzeugend.

2. **Kritik an der neuen Festbetragssystematik nach § 36 SGB V – insbesondere am Auskunftsanspruch des GKV-Spitzenverbandes**

Die vorgesehene Neuregelung der Festbetragssystematik begegnet aus unserer Sicht erheblichen fachlichen und ordnungspolitischen Bedenken. Die Hilfsmittelversorgung besteht nicht allein aus der Abgabe eines Produkts, sondern aus dem Zusammenwirken von Produkt und qualifizierter Dienstleistung. Gerade bei komplexen und individuellen Versorgungen sind Beratung, Anpassung, Kontrolle und Nachsorge integraler Bestandteil einer fachgerechten Versorgung. Eine Festbetragssystematik, die diese Realität nicht angemessen abbildet, birgt die Gefahr einer strukturellen Unterfinanzierung.

Besonders kritisch bewerten wir den geplanten, gerichtlich durchsetzbaren Auskunftsanspruch des GKV-Spitzenverbandes gegenüber einzelnen Leistungserbringern. Dieser geht deutlich zu weit und ist aus unserer Sicht verfassungswidrig. Die verlangten Angaben betreffen nicht lediglich allgemeine Marktdaten, sondern berühren in erheblichem Maße betriebsinternes Know-how, insbesondere Kostenstrukturen, Kalkulationsgrundlagen, Personal- und Zeitansätze sowie Einkaufsbedingungen. Für die betroffenen Betriebe bedeutet dies nicht nur einen erheblichen bürokratischen Aufwand, sondern auch die Offenlegung sensibler unternehmerischer Informationen.

Hinzu kommt, dass sich der Auskunftsanspruch an einzelne Leistungserbringer richten soll, obwohl diese zum Zeitpunkt der Festbetragsermittlung regelmäßig noch nicht in einem Vertragsverhältnis mit den Krankenkassen stehen. Die vorgesehene Regelung überschreitet damit aus unserer Sicht die Grenze des rechtlich und praktisch Vertretbaren. Sie droht zudem, das Verhandlungsungleichgewicht zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern weiter zulasten des Mittelstands zu verschärfen.

3. Kritik an der Ausweitung der Beitragssatzstabilität nach § 71 SGB V

Auch die vorgesehene zusätzliche Absenkung der Grundlohnrate um einen Prozentpunkt ist aus Sicht der Gesundheitshandwerke hochproblematisch. Sie verkennt die wirtschaftliche Realität in den betroffenen Gewerken. Bereits heute folgen Vergütungsanpassungen in der Hilfsmittelversorgung nur verzögert oder gar nicht den realen Kostensteigerungen. Im zahntechnischen Handwerk besteht zudem seit vielen Jahren eine enge Bindung an die Grundlohnsummenentwicklung, die dazu geführt hat, dass die Vergütungsentwicklung dauerhaft hinter den tatsächlichen Belastungen zurückbleibt.

Steigende Personal-, Material-, Energie- und Investitionskosten können unter diesen Bedingungen vielfach nicht mehr ausreichend refinanziert werden. Eine weitere Absenkung der zulässigen Vergütungsentwicklung würde diesen Druck massiv verstärken. Gerade für kleine und mittelständische Betriebe in der Fläche wächst damit das Risiko, sich aus der Versorgung gesetzlich Versicherter zurückziehen zu müssen. Die geplante Regelung trifft damit ausgerechnet solche Leistungserbringer, die nachweislich keine überproportionale Ausgabendynamik verursacht haben. Sie setzt an der falschen Stelle an und gefährdet die Stabilität von Versorgungsstrukturen, die für die wohnortnahe Gesundheitsversorgung unverzichtbar sind.

Wir bitten Sie daher nachdrücklich, die Belange der Gesundheitshandwerke im weiteren parlamentarischen Verfahren zu berücksichtigen und sich für entsprechende Korrekturen am Gesetzentwurf einzusetzen. Die in unserer beigefügten Stellungnahme ausführlich dargelegten Punkte verdienen aus unserer Sicht eine erneute und vertiefte parlamentarische Prüfung. Sollten die vorgesehenen Regelungen in ihrer jetzigen Form Bestand haben, droht in zahlreichen Regionen ein schleichender Rückzug kleiner und mittelständischer Betriebe aus der Versorgung. Damit stünde nicht weniger als die flächendeckende, wohnortnahe und qualitativ hochwertige Versorgung von Millionen gesetzlich Versicherten mit Hilfsmitteln und Zahnersatz auf dem Spiel.

Für einen fachlichen Austausch stehen wir Ihnen jederzeit gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Eberhard Schmidt
Präsident, biha

Alf Reuter
Präsident, BIV-OT

Jens Schulte
Präsident, SpiOST

Dominik Kruchen
Präsident, VDZI

Kai Jaeger
Präsident, ZVA

Die
Gesundheitshandwerke

Stellungnahme

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

Berlin, 12. Juni 2026

DAS HANDWERK

Die Rolle der Gesundheitshandwerke im Gesundheitssystem

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

Vorbemerkung

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

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

Im Rahmen der Verbändeanhörung zum Referentenentwurf haben wir dem Bundesministerium für Gesundheit unsere Einwände und Änderungsvorschläge frühzeitig und ausführlich übermittelt. Diese Hinweise wurden in der nachfolgenden Überarbeitung jedoch nicht aufgegriffen. Das ist aus unserer Sicht umso weniger nachvollziehbar, als die FinanzKommission Gesundheit den Hilfsmittelerbringern in ihrem Bericht ausdrücklich eine Vergütungsdisziplin bescheinigt und festhält, dass die Ausgabensteigerungen im Hilfsmittelbereich aktuell und in den vergangenen Jahren unter fünf Prozent liegen. Gleichwohl sollen ausgerechnet in einem bereits stark regulierten und kostenbewussten Versorgungsbereich zusätzliche Belastungen eingeführt werden.

Vor diesem Hintergrund sehen wir im Gesetzentwurf die Gefahr, dass finanzielle Steuerungsinstrumente einseitig zulasten derjenigen Bereiche verschärft werden, die bereits heute in hohem Maße wirtschaftlich arbeiten und zugleich eine besonders qualitäts- und personalintensive Versorgung sicherstellen. Die Gesundheitshandwerke sind auf verlässliche und auskömmliche Rahmenbedingungen angewiesen, um ihre Leistungen weiterhin wohnortnah, individuell und fachlich hochwertig erbringen zu können. Werden die vorgesehenen Eingriffe ohne hinreichende Berücksichtigung der tatsächlichen Versorgungsrealität umgesetzt, drohen spürbare Einschränkungen für Betriebe und Versicherte gleichermaßen.

Hilfsmittelversorgung

§ 36 SGB V – Festbeträge für Hilfsmittel

Dienstleistungen berücksichtigen

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

Kein Auskunftsrecht gegenüber einzelnen Leistungserbringern

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

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

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

Aus diesen Gründen sollte der Auskunftsanspruch gegenüber einzelnen Leistungserbringern gestrichen werden.

Echte Beteiligungsmöglichkeit der Leistungserbringer und effektiver Rechtsschutz

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

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

Verfahrensordnung

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

<u>§ 61 SGB V – Zuzahlungen</u>

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

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

§ 71 SGB V – Beitragssatzstabilität

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

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

§ 127 SGB V – Verträge

Kein Abzug für Versorgungen in den Jahren 2027 und 2028

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

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

Ungenügende Preissicherungsklausel

Dass die Vertragspreise zukünftig die festgelegten Festbeträge um 10 Prozent überschreiten und zugleich die Vertragspreise nicht mehr als 10 Prozent von den gesetzlichen Krankenversicherungen heruntergedrückt werden dürfen, bewerten wir positiv. Die im neuen § 127 Abs. 4 SGB V vorgesehene Preissicherungsklausel reicht allerdings nicht aus. Denn die Festbeträge und damit auch die Vertragspreise sollen laut des neuen § 36 SGB V keine marktüblichen Preise abbilden. Vielmehr sollen die Festbeträge die Vertragspreise unterhalb der Marktpreise deckeln.

Dies bedeutet wiederum, dass der kalkulatorische Gewinn deutlich geringer ausfällt als in einem nicht regulierten Markt. Vor diesem Hintergrund können inflationsbedingte Kostensteigerungen auch schon deutlich unterhalb der vorgesehenen Schwelle von sieben Prozent nicht kompensiert werden.

Darlegungslast/Schiedsverfahren

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

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

Versorgung mit Zahnersatz

§ 55 SGB V – Leistungsanspruch

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

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

§ 71 SGB V – Beitragssatzstabilität

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

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

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

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

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

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

Fazit

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

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

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

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

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

Die Arbeitsgemeinschaft der Gesundheitshandwerke ist eine Kooperation von:

Zentralverband der Augenoptiker und Optometristen

biha Bundesinnung der Hörakustiker KdöR

SPIOST

Orthopädie.Technik Bundesinnungsverband

VDZI Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen

Die
Gesundheitshandwerke

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(54.2)
gel. VB zur öffent. Anh. am
22.06.2026 - GKV
19.06.2026

Stellungnahme

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

Berlin, 12. Juni 2026

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

DAS HANDWERK

Die Rolle der Gesundheitshandwerke im Gesundheitssystem

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

Vorbemerkung

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

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

Im Rahmen der Verbändeanhörung zum Referentenentwurf haben wir dem Bundesministerium für Gesundheit unsere Einwände und Änderungsvorschläge frühzeitig und ausführlich übermittelt. Diese Hinweise wurden in der nachfolgenden Überarbeitung jedoch nicht aufgegriffen. Das ist aus unserer Sicht umso weniger nachvollziehbar, als die FinanzKommission Gesundheit den Hilfsmittelerbringern in ihrem Bericht ausdrücklich eine Vergütungsdisziplin bescheinigt und festhält, dass die Ausgabensteigerungen im Hilfsmittelbereich aktuell und in den vergangenen Jahren unter fünf Prozent liegen. Gleichwohl sollen ausgerechnet in einem bereits stark regulierten und kostenbewussten Versorgungsbereich zusätzliche Belastungen eingeführt werden.

Vor diesem Hintergrund sehen wir im Gesetzentwurf die Gefahr, dass finanzielle Steuerungsinstrumente einseitig zulasten derjenigen Bereiche verschärft werden, die bereits heute in hohem Maße wirtschaftlich arbeiten und zugleich eine besonders qualitäts- und personalintensive Versorgung sicherstellen. Die Gesundheitshandwerke sind auf verlässliche und auskömmliche Rahmenbedingungen angewiesen, um ihre Leistungen weiterhin wohnortnah, individuell und fachlich hochwertig erbringen zu können. Werden die vorgesehenen Eingriffe ohne hinreichende Berücksichtigung der tatsächlichen Versorgungsrealität umgesetzt, drohen spürbare Einschränkungen für Betriebe und Versicherte gleichermaßen.

Hilfsmittelversorgung

§ 36 SGB V – Festbeträge für Hilfsmittel

Dienstleistungen berücksichtigen

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

Kein Auskunftsrecht gegenüber einzelnen Leistungserbringern

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

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

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

Aus diesen Gründen sollte der Auskunftsanspruch gegenüber einzelnen Leistungserbringern gestrichen werden.

Echte Beteiligungsmöglichkeit der Leistungserbringer und effektiver Rechtsschutz

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

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

Verfahrensordnung

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

<u>§ 61 SGB V – Zuzahlungen</u>

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

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

§ 71 SGB V – Beitragssatzstabilität

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

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

§ 127 SGB V – Verträge

Kein Abzug für Versorgungen in den Jahren 2027 und 2028

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

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

Ungenügende Preissicherungsklausel

Dass die Vertragspreise zukünftig die festgelegten Festbeträge um 10 Prozent überschreiten und zugleich die Vertragspreise nicht mehr als 10 Prozent von den gesetzlichen Krankenversicherungen heruntergedrückt werden dürfen, bewerten wir positiv. Die im neuen § 127 Abs. 4 SGB V vorgesehene Preissicherungsklausel reicht allerdings nicht aus. Denn die Festbeträge und damit auch die Vertragspreise sollen laut des neuen § 36 SGB V keine marktüblichen Preise abbilden. Vielmehr sollen die Festbeträge die Vertragspreise unterhalb der Marktpreise deckeln.

Dies bedeutet wiederum, dass der kalkulatorische Gewinn deutlich geringer ausfällt als in einem nicht regulierten Markt. Vor diesem Hintergrund können inflationsbedingte Kostensteigerungen auch schon deutlich unterhalb der vorgesehenen Schwelle von sieben Prozent nicht kompensiert werden.

Darlegungslast/Schiedsverfahren

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

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

Versorgung mit Zahnersatz

§ 55 SGB V – Leistungsanspruch

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

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

§ 71 SGB V – Beitragssatzstabilität

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

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

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

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

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

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

Fazit

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

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

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

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

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

Die Arbeitsgemeinschaft der Gesundheitshandwerke ist eine Kooperation von:

Zentralverband der Augenoptiker und Optometristen

biha Bundesinnung der Hörakustiker KdöR

SPIOST

Orthopädie.Technik Bundesinnungsverband

VDZI Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen

Die Gesundheitshandwerke

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(54)
gel. VB zur öffent. Anh. am
22.06.2026 - GKV
19.06.2026

AG Gesundheitshandwerke im ZDH · Anton-Wilhelm-Amo-Straße 20/21 · 10117 Berlin

An die Mitglieder des Ausschusses für Gesundheit
des Deutschen Bundestages
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Arbeitsgemeinschaft der Verbände der Gesundheitshandwerke im ZDH

Markus Schäfer
+49 30 206 19-188
schaefer@zdh.de

Haus des Deutschen Handwerks
Anton-Wilhelm-Amo-Straße 20/21
10117 Berlin
www.zdh.de

Berlin, 12. Juni 2026

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

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Zuge der 1. Lesung des Entwurfs eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (BStabG) im Deutschen Bundestag möchten wir als Arbeitsgemeinschaft der Gesundheitshandwerke erneut mit Nachdruck auf die erheblichen Auswirkungen des Entwurfs auf unsere Branchen aufmerksam machen.

Die Gesundheitshandwerke – Augenoptik, Hörakustik, Orthopädieschuhtechnik, Orthopädietechnik und Zahntechnik – sichern bundesweit eine wohnortnahe, qualitätsgesicherte und vielfach hochindividuelle Versorgung der gesetzlich Versicherten. Unsere Betriebe stehen für Versorgungssicherheit, handwerkliche Fachkompetenz und persönliche Betreuung. Gerade deshalb treffen die im BStabG vorgesehenen Maßnahmen unsere Branchen in besonderer Weise.

Im Rahmen der Verbändeanhörung zum Referentenentwurf haben wir dem Bundesministerium für Gesundheit unsere Einwände und Änderungsvorschläge frühzeitig und ausführlich übermittelt. Diese Hinweise wurden in der nachfolgenden Überarbeitung jedoch nicht aufgegriffen. Das ist aus unserer Sicht umso weniger nachvollziehbar, als die FinanzKommission Gesundheit den Hilfsmittelerbringern in ihrem Bericht ausdrücklich eine Vergütungsdisziplin bescheinigt und festhält, dass die Ausgabensteigerungen im Hilfsmittelbereich aktuell und in den vergangenen Jahren unter fünf Prozent liegen. Gleichwohl sollen ausgerechnet in einem bereits stark regulierten und kostenbewussten Versorgungsbereich zusätzliche Belastungen eingeführt werden.

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Vor diesem Hintergrund möchten wir insbesondere auf drei Punkte hinweisen, die aus unserer Sicht im weiteren parlamentarischen Verfahren dringend korrigiert werden müssen:

1. **Geplanter 3-prozentiger Abschlag auf Vertragspreise nach § 127 SGB V**

Der vorgesehene pauschale Abschlag auf Vertragspreise in den Jahren 2027 und 2028 stellt für viele Betriebe eine erhebliche zusätzliche Belastung dar. In wesentlichen Bereichen der Hilfsmittelversorgung liegen die aktuellen Vertragspreise bereits heute auf einem Niveau, das durch in der Vergangenheit zu niedrig festgesetzte Festbeträge geprägt ist und teilweise deutlich unter den tatsächlichen Marktpreisen liegt. Ein zusätzlicher pauschaler Abschlag würde diese wirtschaftliche Schieflage weiter verschärfen.

Besonders problematisch ist, dass die Maßnahme unterschiedslos auch solche Versorgungsbereiche erfassen würde, die durch individuelle, handwerklich geprägte Leistungen gekennzeichnet sind und sich gerade nicht ohne Weiteres standardisieren oder in pauschalierende Regulierungsmechanismen überführen lassen. Der vorgesehene Abschlag ist daher weder sachgerecht noch versorgungspolitisch überzeugend.

2. **Kritik an der neuen Festbetragssystematik nach § 36 SGB V – insbesondere am Auskunftsanspruch des GKV-Spitzenverbandes**

Die vorgesehene Neuregelung der Festbetragssystematik begegnet aus unserer Sicht erheblichen fachlichen und ordnungspolitischen Bedenken. Die Hilfsmittelversorgung besteht nicht allein aus der Abgabe eines Produkts, sondern aus dem Zusammenwirken von Produkt und qualifizierter Dienstleistung. Gerade bei komplexen und individuellen Versorgungen sind Beratung, Anpassung, Kontrolle und Nachsorge integraler Bestandteil einer fachgerechten Versorgung. Eine Festbetragssystematik, die diese Realität nicht angemessen abbildet, birgt die Gefahr einer strukturellen Unterfinanzierung.

Besonders kritisch bewerten wir den geplanten, gerichtlich durchsetzbaren Auskunftsanspruch des GKV-Spitzenverbandes gegenüber einzelnen Leistungserbringern. Dieser geht deutlich zu weit und ist aus unserer Sicht verfassungswidrig. Die verlangten Angaben betreffen nicht lediglich allgemeine Marktdaten, sondern berühren in erheblichem Maße betriebsinternes Know-how, insbesondere Kostenstrukturen, Kalkulationsgrundlagen, Personal- und Zeitansätze sowie Einkaufsbedingungen. Für die betroffenen Betriebe bedeutet dies nicht nur einen erheblichen bürokratischen Aufwand, sondern auch die Offenlegung sensibler unternehmerischer Informationen.

Hinzu kommt, dass sich der Auskunftsanspruch an einzelne Leistungserbringer richten soll, obwohl diese zum Zeitpunkt der Festbetragsermittlung regelmäßig noch nicht in einem Vertragsverhältnis mit den Krankenkassen stehen. Die vorgesehene Regelung überschreitet damit aus unserer Sicht die Grenze des rechtlich und praktisch Vertretbaren. Sie droht zudem, das Verhandlungsungleichgewicht zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern weiter zulasten des Mittelstands zu verschärfen.

3. Kritik an der Ausweitung der Beitragssatzstabilität nach § 71 SGB V

Auch die vorgesehene zusätzliche Absenkung der Grundlohnrate um einen Prozentpunkt ist aus Sicht der Gesundheitshandwerke hochproblematisch. Sie verkennt die wirtschaftliche Realität in den betroffenen Gewerken. Bereits heute folgen Vergütungsanpassungen in der Hilfsmittelversorgung nur verzögert oder gar nicht den realen Kostensteigerungen. Im zahntechnischen Handwerk besteht zudem seit vielen Jahren eine enge Bindung an die Grundlohnsummenentwicklung, die dazu geführt hat, dass die Vergütungsentwicklung dauerhaft hinter den tatsächlichen Belastungen zurückbleibt.

Steigende Personal-, Material-, Energie- und Investitionskosten können unter diesen Bedingungen vielfach nicht mehr ausreichend refinanziert werden. Eine weitere Absenkung der zulässigen Vergütungsentwicklung würde diesen Druck massiv verstärken. Gerade für kleine und mittelständische Betriebe in der Fläche wächst damit das Risiko, sich aus der Versorgung gesetzlich Versicherter zurückziehen zu müssen. Die geplante Regelung trifft damit ausgerechnet solche Leistungserbringer, die nachweislich keine überproportionale Ausgabendynamik verursacht haben. Sie setzt an der falschen Stelle an und gefährdet die Stabilität von Versorgungsstrukturen, die für die wohnortnahe Gesundheitsversorgung unverzichtbar sind.

Wir bitten Sie daher nachdrücklich, die Belange der Gesundheitshandwerke im weiteren parlamentarischen Verfahren zu berücksichtigen und sich für entsprechende Korrekturen am Gesetzentwurf einzusetzen. Die in unserer beigefügten Stellungnahme ausführlich dargelegten Punkte verdienen aus unserer Sicht eine erneute und vertiefte parlamentarische Prüfung. Sollten die vorgesehenen Regelungen in ihrer jetzigen Form Bestand haben, droht in zahlreichen Regionen ein schleichender Rückzug kleiner und mittelständischer Betriebe aus der Versorgung. Damit stünde nicht weniger als die flächendeckende, wohnortnahe und qualitativ hochwertige Versorgung von Millionen gesetzlich Versicherten mit Hilfsmitteln und Zahnersatz auf dem Spiel.

Für einen fachlichen Austausch stehen wir Ihnen jederzeit gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(55.1)
gel. VB zur öffent. Anh. am 22.06.2
19.06.2026

ANLAGE 1

§ 6a Abs. 2a Satz 4 KHEntgG RegE BStabG lautet wie folgt:

„[4]*Das Pflegebudget darf das um den Veränderungswert nach § 9 Abs. 1b veränderte Pflegebudget des Vorjahres [DAS FÜR DAS JEWEILIGE VORJAHR VEREINBARTE PFLEGEBUDGET] nur überschreiten, soweit die Einhaltung von Personalvorgaben aus Bundesgesetzen, Rechtsverordnungen, die auf Grund des SGB V erlassen worden sind, oder Richtlinien und Beschlüssen des GBA dies erfordert.*“

Der Konzern der BG Kliniken ist mit knapp 20.000 Mitarbeitenden und ca. 2 Mrd. Euro Umsatz der größte öffentliche Krankenhauskonzern, getragen von den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung. Der gesetzliche Auftrag der Einrichtungen des Konzerns der BG Kliniken ist die Behandlung von berufsbedingt verunfallten und erkrankten Menschen mit allen geeigneten Mitteln, und zwar mit dem Ziel, die Menschen wieder vollständig zu rehabilitieren und eine Rückkehr ins Berufsleben zu ermöglichen. Die Einrichtungen des Konzerns der BG Kliniken erfüllen damit eine wesentliche Aufgabe des deutschen Sozialversicherungssystems gemäß des siebten Sozialgesetzbuches (SGB VII) und sind auftragsgemäß insbesondere spezialisiert auf die Behandlung von unfallverletzten Menschen. Als überregionale Traumazentren und SAV-Kliniken liegt der Schwerpunkt auf der Behandlung von Schwer- und Schwerstverletzten.

Die Akutkliniken des Konzerns der BG Kliniken behandeln insoweit nicht ausschließlich Patienten und Patientinnen des SGB VII, sondern konzernweit (sogar) einen überwiegenden Anteil Patienten und Patientinnen der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V). Diese heterogene Patientenversorgung – SGB V und SGB VII – ist in ihrer Struktur bundesweit einzigartig. Dies bedeutet auch, dass es bei den Akutkliniken des Konzerns der BG Kliniken zwei Pflegebudgets gibt, die jeweils den Finanzierungslogiken „ihres“ Systems unterliegen. Dem geschuldet ergibt sich das nachstehend dargestellte Problem.

Das GKV finanzierte Pflegebudget nach § 6a KHEntgG wird ermittelt, indem von der Summe aller pflegebudgetrelevanten Personalkosten, die Personalkosten für nicht pflegebudgetrelevante Leistungsbereiche anteilig abgezogen werden.

Zu diesen nicht pflegebudgetrelevanten und aus dem SGB V - Pflegebudget herauszurechnenden Leistungsbereichen gehören die Pflegebudget-Anteile für den SGB VII -Bereich, und zwar unter der Rubrik „*Pflegeeinrichtungen außerhalb des KHEntgG*“ (vgl. Grafik 1 „*Pflegebudgetnachweis: Ist-Kosten des laufenden Kalenderjahres*“ in Verbindung mit Grafik 2 „*Pflegebudgetnachweis: Vereinbarung*“). Für die BG Kliniken werden die Pflegepersonalkosten mithin zwischen dem SGB V - Leistungsbereich (pflegebudgetrelevant) und dem SGB VII - Leistungsbereich (nicht pflegebudgetrelevant) aufgeteilt.

Die Ermittlung dieser herauszurechnenden SGB VII - Anteile erfolgt durch die Aufteilung der Summe aller pflegebudgetrelevanten Kosten auf das SGB V und das SGB VII nach den Anteilen an den PPR-Minuten der jeweils behandelten Patienten, da die Pflegekräfte auf den Stationen grundsätzlich für alle Patientinnen und Patienten zuständig sind und SGB-übergreifend arbeiten.

Die Anteile der einzelnen Leistungsbereiche schwanken von Jahr zu Jahr, was dazu führt, dass selbst bei unverändertem pflegerischen Gesamtaufwand (konstanter Personalköper),

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

das Pflegebudget für den SGB V - Leistungsbereich jahresweise sinkt oder steigt, da die Personalkosten für den nicht pflegebudgetrelevante SGB VII - Leistungsbereich in jährlich schwankender und somit unterschiedlicher Höhe abgezogen werden.

Dies löst die folgende Problematik bei der zukünftig geplanten Deckelung der SGB V - Budgets aus:

- Steigt in einem Jahr der Aufwand an PPR-Minuten im nicht pflegebudgetrelevanten SGB VII - Leistungsbereich und damit der herauszurechnende Personalkostenanteil für das SGB VII, so sinkt in gleichem Maße der GKV-finanzierte Anteil der Personalkosten für den SGB V - Leistungsbereich (das SGB V - Budget sinkt und das SGB VII - Budget steigt entsprechend).
- Entwickeln sich im folgenden Jahr die PPR-Minuten gegenläufig und der abzuziehende Personalkostenanteil im nicht pflegebudgetrelevanten SGB VII - Leistungsbereich sinkt, so würde nach aktuellem Recht das Pflegebudget im SGB V entsprechend weniger reduziert und das Gesamtpflegebudget aus SGB V und SGB VII bliebe konstant.
- **Durch eine Deckelung des Pflegebudgets des SGB V auf Vorjahresniveau (ohne Betrachtung der Kompensation der Tarifentwicklung) gemäß § 6a Abs. 2a Satz 4 KHEntgG RegE BStabG würde aber ein Anstieg des SGB V - Pflegebudgets über das Vorjahresniveau nicht möglich sein. Dementsprechend würde das SGB VII - Pflegebudget zwar sinken, das SGB V - Pflegebudget aber nicht wieder steigen und so in der Summe das Pflegebudget aus SGB V und SGB VII reduziert.**
- **Angesichts der Tatsache, dass eine Verschiebung zwischen SGB V und SGB VII regelmäßig und in relevanten Größenordnungen über die Jahre passiert, würde sich das Pflegebudget im SGB V kontinuierlich nach unten „schaukeln“, da es immer auf die gesunkenen Werte gedeckelt wäre, ohne wieder ansteigen zu können.**

	2026	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**
Pflegekostenbudget gesamt	100	100	100	100	100
Anteil SGB VII	25	30	25	30	25
Pflegebudget SGB V	75	70	70*	65	65*
Eigentlicher SGB V – Anteil, wenn keine Deckelung gewesen wäre	75	70	75	70	75
Tatsächlich resultierendes Pflege-Budget SGB V und SGB VII	100	100	**95**	**95**	**90**

* wegen Deckelung

Aufgrund der Schwankungen der Leistungsbereiche werden die Personalkosten an den BG Kliniken selbst bei gleichbleibender Gesamt-Leistungserbringung künftig nicht entsprechend den tatsächlichen Anteilen finanziert.

Die Deckelung im Gesetz müsste daher Bezug auf das Gesamtbudget aus SGB V und den Anteilen außerhalb des KHEntgG (hier: dem SGB VII) nehmen. Alternativ müsste eine andere Regelung gefunden werden, um eine kontinuierliche Kürzung des Pflegebudgets der BG Kliniken bei Leistungsschwankungen zwischen dem SGB V und dem SGB VII zu vermeiden.

Pflegebudgetnachweis: Ist-Daten des laufenden Kalenderjahres (Budgetjahr - 1)

IK	
Budgetjahr	2026
Datenjahr	2025

Grafik 1

Zeile (lfd. Nr.)	Bezeichnung	Summe	
Ermittlung der pflegebudgetrelevanten Kosten		Kosten in EUR	Vollkräfte im Jahresdurch-schnitt
0.1	Kosten in der Dienstart 03 (Hebammen, ohne Auszubildende/Studierende) nach KHBV		
0.2	Kosten in der Dienstart 01 (Pflegedienst, einschließlich Auszubildende) nach KHBV		
1	Zwischensumme (lfd. Nr. 0.1 + 0.2)		
1a	davon: Bezahlte Überstunden und Bereitschaftsdienste		
1b	davon: Ausländische Pflegekräfte in der Anerkennungsphase nach dem Fachkräfte-Einwanderungsgesetz (Personalkosten ohne öffentliche Zuschüsse, Beschaffungs- und Qualifikationskosten)		
2	Gestellungsgelder, sofern unter Sachkosten verbucht		
3	Rückstellungen gemäß Punkt 2.2 (Anlage 3 der Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung)		
6	**Ausgangsbasis pflegebudgetrelevanter Kosten**		

Anteile für nicht pflegebudgetrelevante Leistungsbereiche:[5]

7	Einrichtungen gemäß § 17d KHG (Psychiatrie und Psychosomatik)		
8	Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen gem. § 111 SGB V		
9	Personalkosten der Ausbildungsstätten nach § 17a KHG und § 27 PflBG, sofern dem Ausbildungsbudget zuzurechnen und in DA 01 /DA03 enthalten		
9a	davon: Praxisanleitung [Kosten für Praxisanleitung inkl. Fort- und Weiterbildung (Ausfallzeiten und Reisekosten)]		
9b	davon: Auszubildende (Bruttopersonalkosten für Pflegeschüler)		
9c	davon: Personalkosten für haupt- und nebenberufliches Lehrpersonal der Ausbildungsstätte, soweit in der DA 01 /DA 03 berücksichtigt		
10	Pflegeeinrichtungen außerhalb des KHEntgG		
11	Pflegedienstleitung (inkl. hauptamtliche Stellvertretung) im Krankenhausdirektorium (sofern in Dienstart 01 enthalten)		
12	Ambulante Leistungsbereiche (z. B. ambulantes Operieren nach § 115b SGB V)		
13	Pflegepersonal/ Hebammen in der Notfallambulanz / Notaufnahme / Rettungsstelle / Schockraum / Rettungstransporte / nicht bettenführenden Aufnahmestation		
14	Personenkreis nach § 4 Abs. 4 KHEntgG		
15	Vorstationäre Leistungen nach § 115a SGB V, soweit gesondert berechenbar		
16	Nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V, soweit gesondert berechenbar		
17	Strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V [Disease Management Programme]		
18	Besondere Versorgung nach § 140a SGB V [Integrierte Versorgung]		
19	Pflegeleistungen im Rahmen der Wahlleistung für gesondert berechenbare Unterkunft		
20	Pflegerische Leistungen für externe Dritte		
21	Personal gemäß § 17b Abs. 4a KHG, deren Leistungen über Zentrumszuschläge nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr.4 KHEntgG finanziert werden		
22	Personal gemäß § 17b Abs. 4a KHG in Forschung und Lehre (z. B. Leistungen für Studienpatienten außerhalb des KHEntgG)		
23	Innerbetriebliche Patiententransportdienste (KoSt 9141)		
24	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) nach § 6 Abs. 2 KHEntgG		
25	Qualitätsverträge nach §110a SGB V iVm. § 136b Abs. 1 Nr. 4 SGB V		
25_1	Übergangspflege nach § 39e SGB V		
26	Sonstiges[6]		
27	Zwischensumme Anteile für nicht-pflegebudgetrelevante Leistungsbereiche (Vollkräfte im direkten Beschäftigungsverhältnis)		
28	**Verbleibende pflegebudgetrelevante Pflegepersonalkosten (im direkten Beschäftigungsverhältnis)** > Voll- und teilstationäre Leistungsbereiche (Haupt- und Belegabteilungen) > Vor- und nachstationäre Leistungen (soweit nicht gesondert berechenbar) > Stationäre Behandlungsleistungen für "Studienpatienten" (soweit nicht anderweitig vergütet) > Besondere Einrichtungen gem. § 17b Abs. 1 Satz 10 KHG > Behandlung von Zivilpatienten in Bundeswehrkrankenhäusern > Patientenbehandlungen in Krankenhäusern der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (soweit nicht die Unfallversicherung die Kosten trägt)		

Weitere pflegebudgetrelevante Kosten

29	Anzurechnender Anteil der Personalkosten für Auszubildende in der Pflege (sofern nicht in Dienstart 01 enthalten)		
30	Sachkosten für Leiharbeiter und Honorarkräfte[7] (ohne direktes Beschäftigungsverhältnis - nur für pflegebudgetrelevante Leistungsbereiche)		
33	Pflegerische Leistungen von externen Dritten (berufsgruppenspezifische Differenzierung nur, soweit in der Rechnung berufsgruppenspezifisch ausgewiesen)		
34	Beiträge zur berufsgenossenschaftlichen Unfallversicherung und Beiträge zur U2-Umlage und Insolvenzgeldumlage (sofern nicht in DA 01 / DA 03 verbucht) (Anteil für Pflegekräfte / Hebammen)		
35	Zusatz- und Sanierungsbeiträge zur ZVK (sofern nicht in DA 01 / DA 03 verbucht) (Anteil für Pflegekräfte/ Hebammen)		
36	Zwischensumme		

37	**Summe pflegebudgetrelevanter Personalkosten und VK**		

Grafik 2

Pflegebudgetnachweis: Vereinbarung

IK	
Budgetjahr	2026

Zeile (lfd. Nr.)	Bezeichnung	Summe	
Ermittlung der pflegebudgetrelevanten Kosten		Kosten in EUR	Vollkräfte im Jahresdurch-schnitt
1	**Verbleibende pflegebudgetrelevante Personalkosten (im direkten Beschäftigungsverhältnis)**[1]		
2	+/- Kostenentwicklung (Preiskomponente)		
3	+/- Anzahl der Pflegekräfte / Hebammen (Mengenkomponente)		
4	+/- berufliche Qualifikation der Pflegekräfte / Hebammen (Strukturkomponente)		
5	+/- sonstige Kosteneinflussfaktoren[6]		
8	**Verbleibende pflegebudgetrelevante Pflegepersonalkosten (im direkten Beschäftigungsverhältnis)**		
Weitere pflegebudgetrelevante Kosten			
9	Anzurechnender Anteil der Personalkosten für Auszubildende in der Pflege (sofern nicht in DA 01 / DA 03 enthalten)		
10	Sachkosten für Leiharbeiter und Honorarkräfte[5] (ohne direktes Beschäftigungsverhältnis - nur für pflegebudgetrelevante Leistungsbereiche)		
11	Pflegerische Leistungen von externen Dritten (Berufsgruppenspezifische Differenzierung nur soweit in der Rechnung berufsgruppenspezifisch ausgewiesen)		
12	Beiträge zur berufsgenossenschaftlichen Unfallversicherung und Beiträge zur U2-Umlage und Insolvenzgeldumlage (sofern nicht in DA 01 / DA 03 verbucht) (Anteil für Pflegekräfte / Hebammen)		
13	Zusatz- und Sanierungsbeiträge zur ZVK (sofern nicht in DA 01 / DA 03 verbucht) (Anteil für Pflegekräfte / Hebammen)		
14	Zwischensumme		
15	**Summe pflegebudgetrelevanter Personalkosten und VK**		
16	Pflegeentlastende Maßnahmen		
19	**Pflegebudgetrelevante Personalkosten inklusive pflegeentlastende Maßnahmen (Pflegebudget ohne Ausgleiche)**		
20	+/- Mehr-und Mindererlösausgleiche nach § 6a Absatz 5 Satz 1 KHEntgG[7]		
21	+/- Mehr-und Minderkostenausgleiche nach § 6a Absatz 2 Satz 3 KHEntgG[7]		
21a	davon: Rückzahlungen von nicht zweckentsprechend verwendeten Mitteln nach § 6a Absatz 1 Satz 3 KHEntgG[7]		
22	**Pflegepersonalkosten inklusive pflegeentlastende Maßnahmen und Budgetverlustbegrenzung (Pflegebudget mit Ausgleichen)**		

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(55.2)
gel. VB zur öffent. Anh. am 22.06.2
19.06.2026

ANLAGE 2

§ 6a Abs. 2a Satz 4 KHEntgG RegE BStabG lautet wie folgt:

„[4]*Das Pflegebudget darf das um den Veränderungswert nach § 9 Abs. 1b veränderte Pflegebudget des Vorjahres [DAS FÜR DAS JEWEILIGE VORJAHR VEREINBARTE PFLEGEBUDGET] nur überschreiten, soweit die Einhaltung von Personalvorgaben aus Bundesgesetzen, Rechtsverordnungen, die auf Grund des SGB V erlassen worden sind, oder Richtlinien und Beschlüssen des GBA dies erfordert****; die Bezugsgröße bildet das Gesamtbudget einschließlich der Anteile außerhalb des KHEntgG****.*“

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

BG Kliniken
Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(55)
gel. VB zur öffent. Anh. am 22.06.2
19.06.2026

BG Kliniken – Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung gGmbH
Leipziger Platz 1, 10117 Berlin

Deutscher Bundestag

Ausschuss für Gesundheit

Platz der Republik 1

11011 Berlin

Ihr Zeichen: PA 14 – 49
Ihre Nachricht vom: 15.06.2026
Unser Zeichen: 2022-003
Ansprechperson: Ingo Thon
Telefon: +49 30 330 960-126
Fax: +49 30 330 960-222
E-Mail: ingo.thon@bg-kliniken.de

Datum: 19.06.2026

Einladung zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am 22.06.2026

§ 6a Abs. 2a Satz 4 KHEntgG RegE BStabG

Sehr geehrte Damen und Herren,

auch im Namen meiner Geschäftsführungskollegen danke ich sehr herzlich für die Einladung zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am 22.06.2026.

Im Vorgriff auf die am kommenden Montag anstehende Anhörung möchten wir nachstehend für ein Problem sensibilisieren, welches sich aus **§ 6a Abs. 2a Satz 4 KHEntgG RegE BStabG** ergibt. Diese Regelungen **führt bei den Trägergesellschaften der Akutklinken des Konzerns der BG Kliniken zu einer Betroffenheit, die über die anderer Krankenhausträger hinausreicht und sich in einer nicht vollständigen sowie stetig absinkenden Refinanzierung der SGB V - Pflegekosten manifestiert**.

Die besondere Betroffenheit der Trägergesellschaften der Akutkliniken des Konzerns der BG Kliniken resultiert daraus, dass die mögliche jährliche Verschiebung zwischen pflegebudgetrelevanten Personalkosten und nicht pflegebudgetrelevanten Personalkosten (hier: „*Patientenbehandlungen in Krankenhäusern der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung*“) **innerhalb einer Organisationseinheit** (beispielweise einer Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie) erfolgt, in der ein **einheitlicher Personalkörper** eingesetzt ist, der über **zwei Pflegebudgets** (SGB V und SGB VII) finanziert wird. Hierin liegt der Unterschied zu anderen „*nicht Pflegebudget relevanten Leistungsbereichen*“ (bspw. Pflegepersonal in Funktionsbereichen und auf psychiatrischen oder psychosomatischen Fachabteilungen), da das dortige Pflegepersonal **in einer anderen Organisationseinheit** eingesetzt ist und aus organisatorischen sowie fachlichen Gründen auch nicht in der Organisationseinheit mit den pflegebudgetrelevanten Personalkosten eingesetzt werden kann, so dass es nicht zu den nachfolgend beschriebenen Verschiebungen kommen kann.

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Es ist nicht steuerbar, ob von dem – beispielweise in einer Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie die als einer Organisationseinheit – **einheitlich eingesetzten Personalkörper** in einem Jahr (beispielweise witterungsbedingt oder aufgrund von Großschadensereignissen) mehr Patient(inn)en zu pflegen sind, die bei Arbeits- und Wegeunfällen verletzt wurden (SGB VII), oder solche, die bei Freizeitaktivitäten verunfallt sind. Eine Verschiebung hin zu mehr SGB VII - Patient(inn)en führt dazu, dass ein Absinken der pflegebudgetrelevanten Personalkosten (SGB V) zwar im laufenden Jahr über die erhöhten Pflegekosten im SGB VII - Bereich (nicht pflegebudgetrelevante Kosten, da SGB VII - Pflegebudget) kompensiert werden, allerdings im Folgejahr die Pflegekosten im SGB V - Bereich nicht wieder ansteigen, falls sich – **bei gleichbleibenden Patient(inn)enaufkommen** – die Anzahl der zu pflegenden Patient(inn)en wieder vom SGB VII - Bereich hin zum SGB V -Bereich verschiebt, da dieser Umstand nach der Gesetzessystematik keinen Grund für eine Anpassung respektive Erhöhung des SGB V - Pflegebudgets (pflegebudgetrelevante Personalkosten) bildet. Eine vertiefte Problemdarstellung ist als **Anlage 1** angefügt.

Der vorstehend beschriebene Effekt ist nur dadurch vermeidbar, dass das Gesamtbudget einschließlich der Anteile außerhalb des KHEntgG zur Bezugsgröße gemacht wird, was durch eine klarstellende Ergänzung in § 6a Abs. 2a Satz 4 KHEntgG RegE BStabG realisiert werden kann. Ein entsprechender Formulierungsvorschlag ist als **Anlage 2** beigefügt.

Für die Beantwortung etwaiger Rückfragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung und verbleibe,

mit freundlichen Grüßen

Ingo Thon
Geschäftsführer Personal
Rechtsanwalt / Fachanwalt für Arbeitsrecht
für die Geschäftsführung der BG Kliniken – Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung gGmbH

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(56)
gel. VB zur öffent. Anh. am
22.06.2026 - GKV
22.06.2026

BUNDESVERBAND DER VERTRAGSPSYCHOTHERAPEUTEN E.V.

BVVP • WÜRTTEMBERGISCHE STRASSE 31 • 10707 BERLIN

VORSTAND

VORSITZENDER
Dipl.-Psych. Mag. rer. nat.
Mathias Heinicke
Psychologischer Psychotherapeut

STELLV. VORSITZENDE
Dipl.-Psych. Ulrike Böker
Psychologische Psychotherapeutin

STELLV. VORSITZENDER
Dr. phil. Bernd Aschenbrenner
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Dipl.-Psych. Rainer Cebulla
Martin van Ackern

KOOPTIERTES MITGLIED
Dr. med. Andreas Kramer

VORSTANDSBEAUFTRAGTE
Ariadne Sartorius

KONTAKT

bvvp Bundesgeschäftsstelle
Württembergische Straße 31
10707 Berlin

Telefon 030 88725954
Telefax 030 88725953
bvvp@bvvp.de
www.bvvp.de

BANKVERBINDUNG

Berliner Volksbank eG
IBAN:
DE69100900002525400002
BIC: BEVODEBB

Gläubiger-ID
DE77ZZZ00000671763

Stellungnahme des Bundesverbandes der Vertragspsychotherapeuten zum "Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)" vom 26.05.2026
(BT-Drucksache 21/6130)

Berlin, 15.06.2026

1. Kernforderung des bvvp

Der bvvp fordert: **Keine Einbudgetierung psychotherapeutischer Leistungen**.

Psychotherapeutische Leistungen dürfen nicht in eine neue gedeckelte Gesamtvergütung zurückgeführt werden, was bedeuten würde, dass siemengenbegrenzt und durch nachgelagerte Honorarbegrenzungen wirtschaftlich entwertet werden.
Mindestens psychotherapeutische Sprechstunden, probatorische Sitzungen, psychotherapeutische Akutbehandlungen, psychodiagnostische Testverfahren sowie Kurzzeit- und Langzeittherapien nach der Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses müssen vollständig und ungekürzt außerhalb der gedeckelten Gesamtvergütung vergütet werden.
Die geplante Streichung der Zuschläge für psychotherapeutische Leistungen im ersten Therapieblock einer Kurzzeittherapie ist zurückzunehmen.

2. Bewertung des Gesetzentwurfs

Der Gesetzentwurf folgt im Bereich der ambulanten Versorgung einer falschen Grundannahme. Er behandelt psychotherapeutische Leistungen als Ausgabenproblem. Tatsächlich sind psychotherapeutische Leistungen ein zentrales Instrument, um Fehlversorgung,

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Chronifizierung, Arbeitsunfähigkeit, somatische Fehlbehandlung und stationäre Behandlungen zu vermeiden.
Eine Einbudgetierung psychotherapeutischer Leistungen wäre keine Beitragssatzstabilisierung, sondern eine Kostenverschiebung. Sie würde kurzfristig Honorarausgaben begrenzen, mittel- und langfristig aber höhere Folgekosten in der gesetzlichen Krankenversicherung, in der Rentenversicherung, in der Arbeitslosenversicherung und bei Arbeitgebern auslösen.
Psychische Erkrankungen verschwinden nicht dadurch, dass ihre Behandlung budgetiert wird. Der Bedarf bleibt bestehen. Wenn ambulante psychotherapeutische Versorgung verknappt oder wirtschaftlich unattraktiver gemacht wird, entstehen längere Wartezeiten, spätere Behandlungen, schwerere Krankheitsverläufe und mehr stationäre Behandlungsnotwendigkeit.

Der bvvp lehnt deshalb jede unmittelbare oder mittelbare Einbudgetierung psychotherapeutischer Leistungen ab.

3. Psychotherapie ist keine beliebige Sondervergütung

Psychotherapeutische Leistungen sind zeitgebundene, persönlich zu erbringende und fachlich indizierte Leistungen. Sie lassen sich nicht beliebig verdichten, automatisieren oder durch Mengenausweitung kompensieren.
Gerade deshalb wirken Budgetierungen in der Psychotherapie besonders hart: Sie treffen nicht abstrakte Leistungsvolumina, sondern unmittelbar verfügbare Behandlungszeit. Wenn psychotherapeutische Leistungen budgetiert oder abgestaffelt vergütet werden, sinkt nicht der Behandlungsbedarf. Es sinkt die Bereitschaft und Möglichkeit, diesen Bedarf zeitnah ambulant zu versorgen.

Die geplante Streichung der Zuschläge für psychotherapeutische Leistungen im ersten Therapieblock einer Kurzzeittherapie setzt an der falschen Stelle an. Der erste Therapieblock einer Kurzzeittherapie ist ein Instrument des frühen Behandlungsbeginns. Er ermöglicht eine begrenzte, strukturierte und wirtschaftliche Intervention, bevor psychische Erkrankungen chronifizieren oder schwerere Versorgungsformen erforderlich werden.

Das trifft keine Überversorgung. Es erschwert den frühen Zugang psychisch erkrankter Menschen zur Behandlung.

4. Erstzugang, Diagnostik und Steuerung müssen gestärkt werden

Psychotherapeutische Sprechstunden, probatorische Sitzungen, psychotherapeutische Akutbehandlungen und psychodiagnostische Testverfahren sind keine vorgeschalteten Formalien. Sie sind der fachliche Kern einer geordneten Versorgung.
Sie dienen der Abklärung, Diagnostik, Indikationsstellung, Krisenintervention, Behandlungsplanung und Steuerung. In diesen Leistungen entscheidet sich, ob eine Richtlinientherapie erforderlich ist, ob eine Akutbehandlung ausreicht, ob eine Kurzzeittherapie angezeigt ist, ob andere Hilfen vorrangig sind oder ob weiterführende Versorgung notwendig wird.

Ohne qualifizierte Diagnostik wird Versorgung nicht wirtschaftlicher, sondern ungenauer. Psychodiagnostische Testverfahren sind dabei kein verzichtbarer Zusatz. Sie sind insbesondere bei komplexen Krankheitsbildern, komorbiden Störungen, sowie bei der Abgrenzung unterschiedlicher Behandlungsbedarfe unverzichtbar.

Budgetierung ist an dieser Stelle keine wirtschaftliche Steuerung. Sie schwächt genau die Leistungen, die eine gezielte Versorgung überhaupt erst möglich machen.

5. Einsparungen ja – aber nicht durch Kürzung notwendiger Psychotherapie

Der bvvp verkennt nicht die finanzielle Lage der gesetzlichen Krankenversicherung. Beitragssatzstabilität ist ein legitimes politisches Ziel. Einsparungen müssen jedoch dort ansetzen, wo Ausgaben ohne Versorgungsnutzen entstehen.
In der Psychotherapie entstehen Einsparungen nicht durch pauschale Kürzungen, sondern durch bessere Steuerung:

- frühzeitige fachliche Abklärung,
- passgenaue Indikationsstellung,
- Vermeidung von Fehlversorgung,
- Vermeidung von Chronifizierung,
- Vermeidung längerer Arbeitsunfähigkeit,
- Vermeidung unnötiger stationärer Behandlung,
- Abbau von Bürokratie und Doppelprüfungen.

Psychotherapie vermeidet Folgekosten. Eine Einbudgetierung würde diesen Effekt nicht stärken, sondern schwächen. Sie würde genau diejenigen Leistungen treffen, die Fehlsteuerung, Chronifizierung und teurere Folgebehandlungen verhindern können.

6. Konkreter Änderungsbedarf

Aus Sicht des bvvp darf das Gesetz nicht zu einer Einbudgetierung psychotherapeutischer Leistungen führen. Daraus ergeben sich folgende Änderungen:

- **Keine Einbudgetierung psychotherapeutischer Leistungen.**

  Psychotherapeutische Leistungen nach der Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses müssen vollständig und ungekürzt außerhalb der gedeckelte Gesamtvergütung vergütet werden.

- **Rücknahme der geplanten Streichung der Zuschläge für den ersten Therapieblock einer Kurzzeittherapie.**

  Die geplante Streichung würde den frühen Behandlungsbeginn schwächen und ist versorgungspolitisch falsch.

- **Gesetzliche Absicherung psychotherapeutischer Erstzugangs-, Diagnostik- und Steuerungsleistungen in § 87d Absatz 4 SGB** V.

  Mindestens psychotherapeutische Sprechstunden, probatorische Sitzungen, psychotherapeutische Akutbehandlungen, psychodiagnostische Testverfahren und psychotherapeutische Leistungen im ersten Therapieblock einer Kurzzeittherapie müssen ausdrücklich als vollständig zu vergütende Leistungen aufgenommen werden.

- **Keine Honorarbegrenzungen, Abstaffelungen oder mengenbezogenen Kürzungen psychotherapeutischer Leistungen**.

  Budgetierung darf nicht durch andere Vergütungsmechanismen ersetzt werden, die im Ergebnis denselben Effekt haben.

7. Formulierungsvorschlag

Aus dieser Bewertung ergibt sich aus Sicht des bvvp folgender konkreter Änderungsbedarf:

Artikel 1 wird wie folgt geändert:

1. Nummer 31 Buchstabe e Doppelbuchstabe bb wird gestrichen.

2. In Nummer 34 wird § 87d Absatz 4 Satz 1 wie folgt geändert:
   „Nach Nummer 4 wird folgende Nummer 5 eingefügt:

   „*5. psychotherapeutische Leistungen nach der Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, insbesondere psychotherapeutische Sprechstunden, probatorische Sitzungen, psychotherapeutische Akutbehandlungen, psychodiagnostische Testverfahren nach Abschnitt 35.3 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes, sowie psychotherapeutische Leistungen, die im Rahmen einer Kurzzeit- oder Langzeittherapie erbracht werden*.“

3. In § 87d Absatz 4 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

   „*Die Leistungen nach Satz 1 Nummer 5 werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vollständig mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach § 87a Absatz 2 Satz 5 vergütet; Maßnahmen zur Begrenzung, Abstaffelung oder Minderung der Vergütung dieser Leistungen sind ausgeschlossen.*“

8. Schlussbemerkung

Der Gesetzentwurf darf nicht dazu führen, dass psychisch erkrankte Menschen später, schwerer und teurer behandelt werden müssen.

Psychotherapie ist kein nachrangiger Kostenblock. Sie ist ein zentraler Bestandteil einer modernen, ambulanten und wirtschaftlichen Versorgung. Wer psychotherapeutische Leistungen einbudgetiert, stabilisiert nicht die Beiträge, sondern destabilisiert die Versorgung.

Zur weiteren Begründung verweisen wir ergänzend auf die ausführliche Stellungnahme des bvvp zum Kabinettsbeschluss, abrufbar unter https://bvvp.de/wp-content/uploads/2026/05/20260518-Stellungnahme-bvvp-zum-Kabinettsentwurf_public.pdf

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(57)
gel. VB zur öffent. Anh. am
22.06.2026 - GKV
22.06.2026

DRF Luftrettung
Menschen. Leben. Retten.

Stellungnahme

der DRF Stiftung Luftrettung gemeinnützige GmbH

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)

BT Drucksache: 21/6130 vom 28.05.2026

Stand: 18. Juni 2026

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Auf einen Blick

- Die DRF Luftrettung unterstützt ausdrücklich das Ziel der Bundesregierung, die Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung langfristig zu stabilisieren und Beitragssteigerungen zu begrenzen.

- Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Änderungen der §§ 71 und 133 SGB V würden jedoch erhebliche Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit des Rettungsdienstes und insbesondere der Luftrettung haben.

- Die Luftrettung ist keine standardisierbare Gesundheitsleistung, sondern eine sicherstellungsrelevante Vorhalteinfrastruktur mit hohen Anforderungen aus Luftfahrt-, Medizin- und Rettungsdienstrecht. Ihre Kosten werden maßgeblich durch langfristige Investitionen, hochqualifiziertes Personal sowie externe Faktoren wie Treibstoff-, Wartungs- und Materialkosten bestimmt.

- Obwohl die Luftrettung weniger als 0,1 Prozent der Gesundheitsausgaben verursacht, übernimmt sie eine unverzichtbare Rolle bei der Versorgung schwerstverletzter und schwerstkranker Menschen sowie in ländlichen Regionen.

- Die vorgesehene starre Bindung der Vergütungsentwicklung an die Grundlohnrate sowie der zusätzliche Abschlag von einem Prozentpunkt in den Jahren 2027 bis 2029 werden den strukturellen Besonderheiten der Luftrettung nicht gerecht. Sie bergen das Risiko einer dauerhaften Unterfinanzierung und machen Investitionen unmöglich sowie gefährden die Personalgewinnung und langfristig die Einsatzfähigkeit der Luftrettung.

- Die von der Bundesregierung angeführte allgemeine Ausnahmeregelung ist nicht näher definiert, greift voraussichtlich erst bei einer konkret drohenden Gefährdung der Versorgung und bietet daher keine ausreichende langfristige Planungs- und Investitionssicherheit, insbesondere vor dem Hintergrund, dass gemeinnützige Hilfsorganisationen im Rahmen ihrer Leistungserbringung keine Wirtschaftlichkeitsreserven aufweisen.

- Die DRF Luftrettung spricht sich deshalb für eine ausdrückliche Ausnahme- und Öffnungsklausel für Leistungen der medizinischen Notfallrettung im SGB V aus:

  Formulierungsvorschlag für §133 als neuer Absatz 3 SGB V:
  „Für Leistungen der medizinischen Notfallrettung können die Leistungserbringer mit den Kostenträgern eine über § 71 Absatz 2 und 3 SGB V hinausgehende Vergütungsvereinbarungen zur Deckung der Kosten vereinbaren.“

- Nur so kann die langfristige Leistungs-, Investitions- und Einsatzfähigkeit der Luftrettung als unverzichtbarer Bestandteil der öffentlichen Daseinsvorsorge für die Menschen in Deutschland gewährleistet werden. Schließlich kann Bürokratieabbau dazu beitragen, die Luftrettung zukünftig noch besser und effizienter zu gestalten.

Luftrettung ist Teil der kritischen Gesundheitsinfrastruktur

Die DRF Luftrettung ist derzeit in zwölf Bundesländern tätig und leistet jährlich rund 36.000 Einsätze. Seit ihrer Gründung 1972 wurden mehr als 1,1 Millionen Einsätze für Menschen in akuter notfallmedizinischer Not geflogen. Die Bundesregierung selbst hat die Luftrettung gegenüber der DRF Luftrettung als „unverzichtbare, lebensrettende Säule des Rettungsdienstes“ bezeichnet und festgestellt, dass ihre medizinische Einsatzbereitschaft auch zukünftig gewährleistet bleiben muss.

Dieser Einschätzung schließt sich die DRF Luftrettung vollumfänglich an. Die gemeinnützigen deutschen Luftrettungsorganisationen gewährleisten insbesondere:

- die **schnelle Zuführung eines Notarztes** an die Einsatzstelle,
- die **Bereitstellung hochqualifizierter präklinischer Kompetenz** und zusätzlicher **Spezialausstattung** (z. B. Blutprodukte, Point-of-Care-Diagnostik oder Beatmungstechnik),
- den zügigen **Transport** schwer erkrankter oder verletzter Patientinnen und Patienten in geeignete Spezialkliniken – auch über größere Entfernungen im ländlichen Raum hin-weg – ohne dabei bodengebundene Rettungsmittel langfristig zu binden,
- sowie schonende und schnelle Intensivtransporte zwischen Kliniken.

Die Erfolgsgeschichte der Luftrettung in der Bundesrepublik ist damit ein unverzichtbarer Bestandteil einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen verlässlichen Gesundheitsversorgung und das bei marginalen Kosten im Vergleich zum gesamten Gesundheitssystem. Gemessen an den gesamten jährlichen Ausgaben im deutschen Gesundheitswesen, liegen die Gesamtkosten p.a. aller Luftrettungsstandorte Deutschlands bei weniger als 0,1%.

Eine rein quantitative Betrachtung wird der tatsächlichen Bedeutung der Luftrettung jedoch nicht gerecht. Luftrettung ist kein mengenmäßig dominanter, wohl aber ein in besonderem Maße sicherstellungsrelevanter Bestandteil der Notfallversorgung. Sie kommt insbesondere dort zum Einsatz, wo die Zeit bis zur notfallmedizinischen Behandlung über Leben und Tod entscheiden kann, etwa bei schweren Traumata, Schlaganfällen, Herz-Kreislauf-Stillständen oder anderen lebensbedrohlichen Erkrankungen. Darüber hinaus gewährleistet sie eine flächendeckende notärztliche Versorgung insbesondere in ländlichen, strukturschwachen oder infrastrukturell benachteiligten Regionen und trägt wesentlich zur Sicherstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse in Deutschland bei.

Der von der Bundesregierung in das parlamentarische Verfahren eingebrachte Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz – BStabG) enthält nun jedoch Regelungen, die erhebliche Auswirkungen auf Leistungserbringer im Rettungsdienst und insbesondere auf die Luftrettung entfalten würden. Die vorgesehenen Maßnahmen würden die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen des bodengebundenen Rettungsdienstes ebenso wie des Luftrettungsdienstes nachhaltig beeinträchtigen und könnten die Finanzierung notwendiger Investitionen, die Vorhaltung hochqualifizierten Personals sowie die Gewährleistung einer flächendeckenden Einsatzbereitschaft erschweren.

Die vorgesehene Kostenbegrenzung wird der Luftrettung nicht gerecht

Die Kostenstruktur einer hochregulierten, sicherheitskritischen und dauerhaft vorzuhaltenden Infrastruktur wie der Luftrettung unterscheidet sich grundlegend von vielen anderen

Leistungsbereichen des Gesundheitswesens. Neben Personalkosten entstehen erhebliche Aufwendungen für:

- Hubschrauber,
- Wartung und Instandhaltung,
- Treibstoff,
- Ersatzteile,
- technische Nachrüstungen,
- Infrastruktur und Luftrettungsstationen,
- luftfahrtrechtliche Vorgaben und Sicherheitsanforderungen.

Diese Sachkosten werden häufig durch internationale Märkte bestimmt und entwickeln sich unabhängig von der Grundlohnrate oder der nationalen Inflationsentwicklung.

Besonders relevant ist, dass mehr als 30 Prozent der Kosten unmittelbar von Flugleistung und Einsatzaufkommen abhängen. Die Luftrettungsbetreiber können diese Kosten weder beeinflussen noch durch Rationalisierung kompensieren.

Für den sicheren Betrieb von Luftfahrzeugen in der Luftrettung ist eine Vielzahl hochqualifizierter Fachkräfte mit langjähriger Berufserfahrung erforderlich. Dies betrifft insbesondere Pilotinnen und Piloten und das medizinische Personal, namentlich Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter sowie Notärztinnen und Notärzte. Hinzu kommt spezialisiertes technisches und wartungsbezogenes Personal für Luftfahrzeuge. Besonders das fliegerische und technische Personal kann zunehmend nicht mehr allein auf dem deutschen Arbeitsmarkt rekrutiert werden kann. Wettbewerbsfähige Vergütungen sind daher kein bloßer wirtschaftlicher Faktor, sondern eine wesentliche Voraussetzung für die personelle Sicherstellung der Luftrettung.

Ferner machen die angedachten limitierenden Rahmenbedingungen Investitionen praktisch unmöglich. In den vergangenen Jahrzehnten war die deutsche Luftrettung stets Antreiber für eine moderne präklinische Behandlung im gesamten Rettungswesen und konnte so die Überlebenschance für schwer verletzte oder erkrankte Menschen deutlich erhöhen. Mit der Deckelung werden nicht nur Neuerungen verhindert, sondern auch die Anschaffung nachhaltigerer sowie effizienterer Luftfahrzeuge in Betrieb, Ausbildung und Wartung unterbunden.

Die vorgesehene Bindung an die Grundlohnrate bildet diese Realitäten nicht ab.

Gefahr einer strukturellen Unterfinanzierung

Die tatsächliche Kostenentwicklung der Luftrettung in Deutschland liegt regelmäßig oberhalb der Inflationsrate und auch über der Entwicklung der Grundlohnrate. Die zusätzlich vorgesehene Absenkung der Begrenzung durch die Grundlohnrate um einen Prozentpunkt in den Jahren 2027 bis 2029 verschärft dieses Problem erheblich.

Dadurch entsteht den gemeinnützigen Luftrettungsorganisationen eine Finanzierungslücke, die sich über die Jahre fortschreibt und kontinuierlich vergrößert. Schätzungen gehen davon aus, dass sich bis in die 30er Jahre so eine Refinanzierungslücke im dreistelligen Millionenbereich ergeben kann. Dieses Risiko erkennen auch die Länder im Rahmen der Beratungen zur Stellungnahme des Bundesrates an.

Eine solche Entwicklung ist für gemeinnützige Betreiber nicht tragfähig. Die Folge wären Einschränkungen bei Investitionen, Personalgewinnung und Innovationen bis hin zu einer Gefährdung der flächendeckenden Versorgung.

Die bestehende Ausnahmeregelung im SGB V schafft keine ausreichende Sicherheit

Das Bundesgesundheitsministerium verweist auf die bereits bestehende Möglichkeit gemäß § 71 Absatz 1 Satz 1 2. Halbsatz SGB V, wonach bereits heute und auch künftig Ausnahmen von der Bindung an die Grundlohnrate möglich wären, wenn die notwendige medizinische Versorgung andernfalls nicht gewährleistet werden kann.

Die DRF Luftrettung begrüßt diese grundsätzliche gesetzgeberische Bewertung der bestehenden Rechtslage ausdrücklich.

Gleichzeitig bestehen seitens der DRF Luftrettung Zweifel, ob diese allgemeine Ausnahmeregelung den besonderen Anforderungen der Luftrettung in der praktischen rechtlichen Anwendung ausreichend sein würde. Die Ausnahme greift ihrem Wortlaut nach erst dann, wenn die notwendige medizinische Versorgung nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht mehr gewährleistet werden kann, ist allerdings nicht weiter juristisch spezifiziert.

Die Regelung setzt voraus, dass weitere Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen werden könnten. Ob und in welchem Umfang solche Reserven im Bereich der gemeinnützigen Luftrettung tatsächlich vorhanden sind, bleibt jedoch offen. Als gemeinnützige Organisation verfolgt die DRF Luftrettung – im Gegensatz zu anderen Akteuren im Gesundheitswesen – grundsätzlich keine Gewinnerzielungsabsicht und bereits heute werden im Rahmen der Vergütungsverhandlungen mit den Kostenträgern die Grundsätze der Transparenz und Effizienz gelebt. Die Luftrettung kann folglich aus der eigentlichen Tätigkeit der medizinischen Notfallrettung aus der Luft, heutzutage keine Reserven im eigentlichen Sinne aufbauen - Überschüsse sind defacto nicht vorhanden. Auch zukünftig unter den angedachten Bedingungen des GKV-Beitragsstabilisierungsgesetzes, wird dies nicht möglich sein.

Für die Luftrettung als sicherheitskritische Vorhalteinfrastruktur würde dies bedeuten, dass wirtschaftliche Fehlentwicklungen zunächst über einen längeren Zeitraum eintreten und nachgewiesen werden müssten, bevor eine Abweichung von den gesetzlichen Begrenzungen überhaupt in Betracht käme.

Hinzu kommt, dass die Anwendung der Ausnahmeregelung mit erheblichen Rechts- und Planungsunsicherheiten verbunden ist. Weder die Voraussetzungen noch die Nachweisanforderungen für das Vorliegen einer Gefährdung der medizinischen Versorgung sind für den Bereich der Luftrettung hinreichend konkretisiert. Auch der Begriff der maximalen Wirtschaftlichkeit ist mit Blick auf langfristige Beauftragungen, Investitionen in Luftfahrzeuge und Infrastruktur sowie die Bindung hochqualifizierten Personals nicht ausreichend definiert und bietet eine erst im Krisenfall greifende Ausnahme daher keine ausreichende Kalkulations- und Planungssicherheit für gemeinnützige Organisationen und deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. So ist zu befürchten, dass die von der Bundesregierung beschriebene Ausnahme erst dann greift, wenn eine Gefährdung der medizinischen Versorgung im Einzelfall konkret droht. Für langfristige Investitionen, Personalplanung und die Vorhaltung sicherheitskritischer Infrastruktur bietet sie daher keine ausreichende Rechts- und Planungssicherheit.

Die Luftrettung benötigt verlässliche Refinanzierungsbedingungen, bevor Versorgungsprobleme entstehen – nicht erst danach.

Vor diesem Hintergrund erscheint es sachgerechter, die von der Bundesregierung selbst anerkannte besondere Bedeutung der Luftrettung, im Rahmen der nun beratenen Reform, eine ausdrückliche Ausnahme- oder Öffnungsklausel für Leistungen des Rettungsdienstes und der

Luftrettung zu berücksichtigen. Dies würde sowohl den Interessen der Beitragsstabilität als auch dem verfassungsrechtlich gebotenen Ziel einer jederzeit leistungsfähigen medizinischen Notfallversorgung besser zur Geltung verhelfen als eine ausschließliche Verweisung auf eine erst im Einzelfall zu prüfende Gefährdung der Versorgung.

Effizienzpotenziale in der Luftrettung nutzbar machen

Anstelle eine strukturelle Unterfinanzierung eines der wirksamsten Rettungsmittel Deutschlands zu riskieren, sollten besser die bereits heute vorhandenen Effizienzpotenziale im Bereich der Luftrettung durch den Gesetzgeber und die Träger der Luftrettung nutzbar gemacht werden. So könnten zeitnah und vor allem ohne Einschränkungen bei der Leistungsfähigkeit Einsparungen erzielt werden.

Durch eine bessere Vernetzung und die Umsetzung der sinnvollen Ideen aus der Notfallreform können Patientinnen und Patienten besser zu der für sie richtigen Versorgung gesteuert werden. Bessere Auswertungen anhand von Qualitätsdaten können zudem fundiertere Bedarfsplanungen in der Zukunft ermöglichen.

Durch Optimierungen bei der Notrufabfrage und der Disposition können Fehleinsätze vermieden und gezielt das optimale Rettungsmittel entsandt werden. Dabei kann die Luftrettung auch längere Bindungszeiten durch weite Wegstrecken für den bodengebundenen Rettungsdienst und somit folglich zusätzliche Reservevorhaltungen vermeiden. Die historisch gewachsene Trennung von Rettungstransporthubschraubern (RTH) für Primäreinsätze und Intensivtransporthubschraubern (ITH) für intensivmedizinische Verlegungsflüge ist nicht mehr zeitgemäß. Vielmehr gilt es, wie bereits in einigen Ländern praktiziert die Luftrettungsmittel effizient für beide Einsatzarten im sog. Dual-Use-Betrieb einzusetzen und so bessere Verfügbarkeiten für die Patientinnen und Patienten zu ermöglichen sowie auch Doppelstrukturen zu vermeiden.

Die Luftrettung ist naturgemäß ein überregionales Rettungsmittel und sollte daher auch im Rahmen des Next-Best-Prinzips auch über Landes- und Rettungsdienstgrenzen hinweg verzögerungsfrei zum Einsatz kommen können. Auch bei der Planung der Vorhaltung der Luftrettungsmittel sollten sich die Länder als Träger noch stärker abstimmen.

Schließlich sind die allermeisten menschgemachten rechtlichen Regelungen nicht für den sehr kleinen Bereich der Luftrettung gemacht, geschweige denn auf deren Spezifika angepasst worden. Folgend einige Anregungen für Anpassungen durch den Gesetzgeber:

- Ausnahme bei der Arbeitnehmerüberlassung für medizinisches Personal in der Luftrettung (Bisher wird durch die Zwangspause nach 18 Monaten ein größerer Personalpool benötigt, was auch entsprechende kostenintensiven Schulungen bedingt.)
- Flexibilisierung der täglichen Arbeitszeitmodelle sowie Anpassung der Flugdienst- und Ruhezeitenregelungen (2. DV LuftBO) an die realen Anforderungen der Luftrettung, selbstredend unter Wahrung der Sicherheit und Qualität,
- Anpassung des Renteneintrittsalters für Berufspiloten (diese dürfen nur bis 65 Jahre tätig sein, bis zum Renteneintritt mit 67 Jahren fallen für die Luftrettungsorganisationen weiter Kosten an),
- Reduzierung unnötiger luftrechtlicher Bürokratie und Pflichten (z.B. generelle Außenlandegenehmigungen und Meldepflichten für die Luftrettung im LuftVG). Hier begrüßen wir ausdrücklich die aktuellen Pläne des Bundesverkehrsministeriums in § 25 LuftVG eine Ausnahme für die Luftrettung zu etablieren.

- Weniger bürokratischer Aufwand durch häufige kosten- und personalintensive Vergabeverfahren
- Die Schaffung zentraler Abrechnungsstellen in den Ländern. Das Modell wird im Freistaat Bayern praktiziert und zeigt, dass erheblich reduzierter Verwaltungsaufwand und damit auch geringere Kosten für Leistungserbringer, aber auch für die Kostenträger möglich sind.

Fazit

Die DRF Luftrettung unterstützt das Ziel der Bundesregierung für eine nachhaltige Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Gerade der Rettungsdienst und insbesondere die Luftrettung sind unverzichtbare Bestandteile der Gesundheitsversorgung in Deutschland, welche im Rahmen der Krankenhausreform zukünftig sogar noch eine größere Rolle spielen soll. Ihr Einsatz sichert nicht nur die schnelle notfallmedizinische Versorgung schwerstkranker oder schwerverletzter Menschen, sondern kann zugleich mittelbar auch erhebliche Folgekosten in anderen Leistungsbereichen des Gesundheitswesens vermeiden oder reduzieren.

Die vorgesehene Bindung der Vergütungsentwicklung an die Grundlohnrate sowie die zusätzliche Absenkung in den Jahren 2027 bis 2029 werden jedoch den Besonderheiten der Luftrettung nicht gerecht.

Die Luftrettung verursacht weniger als 0,1 Prozent der bundesweiten jährlichen Gesundheitsausgaben, übernimmt aber eine unverzichtbare Funktion für die medizinische Notfallversorgung, insbesondere im ländlichen Raum. Mögliche Einsparungen in diesem Bereich stünden daher in keinem angemessenen Verhältnis zu den Risiken für die Versorgungsqualität, die Erreichbarkeit notfallmedizinischer Leistungen sowie die Sicherheit der Patientinnen und Patienten. Maßnahmen zur Stabilisierung der Beitragssätze sollten deshalb die besondere Sicherstellungsfunktion der Luftrettung angemessen berücksichtigen und deren langfristige Leistungs- und Investitionsfähigkeit nicht gefährden.

Viel mehr gilt es die Effizienz des der gesamten Notfallversorgung durch besser Patientensteuerung, zielgerichteterer und kluger Disposition der bestehenden Einsatzmittel sowie der Umsetzung einer sinnvollen Notfallreform zu steigern. Ferner kann man auch im Bereich der Luftrettung mit Bürokratieabbau, wie beispielsweise im Luftrecht oder im Arbeitsrecht oder dem bedarfsgerechten Einsatz der bereits heute vorhandenen Luftrettungsmittel sowohl für die Primärrettung wie auch gleichzeitig für den Intensivtransport zwischen Kliniken Kosten sparen – und das ohne Abstriche bei Sicherheit, Verfügbarkeit und Patientinnen und Patienten machen zu müssen.

Eine ausdrückliche Ausnahme- und Öffnungsklausel für Leistungen der medizinischen Notfallrettung ist daher erforderlich, um Finanzstabilität und Versorgungssicherheit dauerhaft in Einklang zu bringen.

Über die DRF Luftrettung:

Die DRF Luftrettung mit Sitz in Filderstadt ist eine der größten Luftrettungsorganisationen Europas. Von 34 Stationen an 32 Standorten in Deutschland aus starten die Hubschrauber und Ambulanzflugzeuge der gemeinnützigen Organisation zu ihren Einsätzen. Hierzu gehören seit über 50 Jahren Einsätze in der Notfallrettung, Verlegungsflüge von kritisch kranken oder verletzten Personen zwischen Kliniken und Rückholungen von Patientinnen und Patienten aus dem Ausland. An 13 der Hubschrauberstationen sind die Crews rund um die Uhr einsatzbereit, an einer weiteren ist die Besatzung im Tagbetrieb mit erweiterten Randzeiten einsatzbereit. An fünf Standorten kommen Hubschrauber mit Rettungswinde zum Einsatz. Über 400.000 Fördermitglieder unterstützen die innovative Arbeit der gemeinnützigen Luftrettungsorganisation.

Herausgeber und Kontakt:

DRF Stiftung Luftrettung gemeinnützige GmbH
Rita-Maiburg-Straße 2
70794 Filderstadt
T +49 711 7007-7000
F +49 711 7007-2349
partnermanagement@drf-luftrettung.de
www.drf-luftrettung.de

Eingetragen im Lobbyregister des Bundestages nach dem Lobbyregistergesetz, Registernummer: R006259.

DRK e.V. - Generalsekretariat

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(58)
gel. VB zur öffent. Anh. am
22.06.2026 - GKV
22.06.2026

Deutsches Rotes Kreuz

Berlin, den 19.06.2026

Stellungnahme des Deutschen Roten Kreuzes zum Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (BT-Drucksache 21/6130)

(GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)

A. Allgemeiner Teil

Das Deutsche Rote Kreuz begrüßt die Vorlage des Entwurfs für ein Gesetz zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung. Wir bedanken uns für die Möglichkeit zur Stellungnahme und machen davon gerne Gebrauch. Als DRK unterstützen wir das Ansinnen der Bundesregierung, die strukturelle Deckungslücke, zwischen Einnahmen und Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung auszugleichen, um neben der Beitragsstabilität auch die Funktionsfähigkeit des Gesundheitswesens zu gewährleisten.

Die bis zum Jahr 2030 prognostizierte Deckungslücke von bis zu 40 Mrd. Euro in der GKV stellt eine essenzielle Bedrohung für die Aufrechterhaltung der Gesundheitsversorgung dar. Tatenlos zuwartend könnte dies nicht nur die Privathaushalte und Unternehmen des Landes belasten, sondern auch eine „kalte Strukturbereinigung“ von systemrelevanter, gesundheitlicher Infrastruktur bedeuten. Bemessen am Bruttoinlandsprodukt hat Deutschland im direkten europäischen Vergleich zwar die höchsten Gesundheitsausgaben, aber nur mittelmäßige Gesundheitsergebnisse. Andere Länder erreichen mit geringeren finanziellen Mitteln deutlich bessere Werte bei den Gesundheitsindikatoren.

Deshalb ist es richtig und wichtig, jetzt ausgabenbegrenzende Reformen im Gesundheitswesen anzustreben. Allerdings halten wir es für notwendig, hierbei nicht nur die Einnahmen und Ausgaben der GKV zu betrachten, sondern auch die Systemarchitektur als Ganzes in den Blick zu nehmen, um nicht nur zu sparen, sondern auch systemimmanente Effizienzreserven zu heben. Dies erfordert insbesondere einen Paradigmenwechsel, weg von einer kurativ angelegten Gesundheitsversorgung, hin zu einem gesundheitsförderlichen und präventiv ausgerichteten Gesundheitssystem, das auch angrenzende Sektoren berücksichtigt.

Gleichzeitig gilt es wesentliche, für die Bevölkerung unverzichtbare Aufgabenbereiche zu schützen, gerade vor dem Hintergrund der besonderen Aufgaben nach dem DRK-Gesetz. Die beabsichtigte Kopplung von Leistungsvergütungen an die Grundlohnsummenrate sowie die Entpflichtung von der Refinanzierung von Tarifgehältern lehnen wir daher entschieden ab. Ohne vollständige Refinanzierung werden tarifgebundene Träger strukturell benachteiligt, was auf

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

kurz oder lang zu einer Abwärtsspirale führen wird. Hierdurch sehen wir relevante Aufgabenfelder des DRK in der gesundheitlichen Daseinsvorsorge gefährdet, insbesondere im Rettungswesen, in der Krankenhausversorgung, den Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen, sowie im Hausnotruf und der ambulanten Pflege. Stattdessen gilt es unserer Ansicht nach vor allem, die versicherungsfremden Leistungen viel stärker in den Blick zu nehmen, als das im vorliegenden Entwurf geschehen ist. Allein durch die vollständige Finanzierung der Krankenkassenbeiträge der Bürgergeldempfänger aus Steuermitteln würden in der GKV rund 12 Mrd. eingespart werden. Auch könnte über eine Konsolidierung der Krankenkassenlandschaft nachgedacht werden, um administrative Kosten zu senken.

Und nicht zuletzt muss, allen Sparzwängen zum Trotz, an einer Steigerung der Widerstandsfähigkeit des Gesundheitswesens festgehalten werden, um im Krisen- und Katastrophenfall ausreichend handlungsfähig zu sein, gerade vor dem Eindruck der multiplen Gefährdungs- und Bedrohungslagen unserer Zeit.

Zu begrüßen ist dagegen die einmalige Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze im Jahr 2027 um rund 300 Euro, wenngleich an dieser Stelle zumindest eine Dynamisierung wünschenswert wäre, wie sie an vielen anderen Stellen des Gesetzesentwurfs Eingang gefunden hat. Ebenso positiv zu erwähnen ist die Einführung eines ergänzenden, dynamisierenden Herstellerabschlags für insbesondere hochpreisige Arzneimittel. Ausdrücklich gewürdigt wird die Streichung der extrabudgetären Vergütung für Leistungen in Verbindung mit der Terminservicestelle im vertragsärztlichen Sektor. Gleichzeitig darf sich hierdurch keine Verschlechterung bei der Terminvergabe für GKV-Versicherte ergeben. Weiterhin bewerten wir die Begrenzung der Verwaltungskosten der Krankenkassen sowie die Deckelung der Gehälter von Führungskräften der Krankenkassen, Medizinischen Dienste und Kassenärztlichen Vereinigungen positiv.

Ferner begrüßen wir das Vorhaben der Bundesregierung in einem weiteren Gesetzgebungsverfahren beschließen zu wollen, ab dem Jahr 2028 eine Abgabe auf zuckergesüßte Getränke einzuführen. Das Deutsche Rote Kreuz regt ferner auch eine höhere Besteuerung der Genussmittel Alkohol und Tabak an und setz sich dafür ein, dass noch in diesem Jahr ein entsprechendes Gesetzesverfahren durch das zuständige Ressort initiiert wird. Wünschenswert wäre, diese Steuererträge zweckgebunden in einen Präventionsfonds zu überführen, durch den dann gemeindenahe Angebote der Gesundheitsfürsorge, z.B. Community Health Nurses, finanziert werden könnten. Auch die Idee der Einführung sogenannter Gesundheitskioske in strukturell unterentwickelten Regionen halten wir nach wie vor für erstrebenswert.

B. Besonderer Teil

Artikel 1: Änderungen des Fünften Sozialgesetzbuch

Zu §§ 36 „Festbeträge für Hilfsmittel“ und 127 „Verträge“

Auch wenn der Hausnotruf grundsätzlich ein Pflegehilfsmittel ist, welches durch die Pflegekasse und nicht durch die Krankenkassen refinanziert wird, treffen die im Gesetzesentwurf geplanten Änderungen der §§ 36 und 127 SGB V auch auf den Bereich Hausnotruf zu.
Offen bleiben die Fragen, ob der Hausnotruf tatsächlich als geeignetes Hilfsmittel für die Festlegung eines Festbetrages eingestuft werden kann, ob dann tatsächlich die entsprechenden Kalkulationen eingefordert werden und ein entsprechender Aufwand betrieben wird, wie in § 36 SGB V beschrieben. Immerhin haben nahezu alle Leistungserbringer bereits bundesweit einen einheitlichen Höchstpreis über den Bundesverband HNR mit dem GKV-SV vereinbart. Die pauschale Festlegung von Festbeträgen birgt generell die Gefahr, dass tatsächliche Kostensteigerungen – bedingt durch Inflation, steigende Personal- und Energiekosten sowie wachsende Qualitätsanforderungen – nicht mehr angemessen berücksichtigt werden. Dies führt mittel- bis langfristig zu wirtschaftlichen Schieflagen bei Leistungserbringern, die sich als Ultima Ratio aus der Versorgung zurückziehen müssen.

Kritisch sind auch die geplanten Anpassungen im § 127 SGB V zu betrachten. Gemäß den Anpassungen würde auch für Vertragsverhandlungen im Hausnotruf die Regelung gelten, dass Vergütungssteigerungen maximal auf die Grundlohnsummenrate – minus einen Prozentpunkt – begrenzt sind. Eine qualitativ hochwertige Versorgung setzt jedoch voraus, dass zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern weiterhin sachgerechte und wirtschaftlich tragfähige Vergütungsverhandlungen geführt werden können, die auf realen Kostensteigerungswerten basieren.

Hilfsmittel erfüllen eine wesentliche Funktion für die Lebensqualität, Selbstständigkeit und Teilhabe der Nutzenden. Das DRK spricht sich entschieden dafür aus, den derzeitigen Verhandlungsspielraum im Hilfsmittelbereich zu erhalten.

Zu § 111 „Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen“

Anders als in anderen Versorgungsbereichen, bestehen in der Rehabilitation und Vorsorge keine vergleichbaren Regelungen für eine verbindliche Anwendung und Refinanzierung von tariflich vereinbarten Gehältern.

Dennoch haben sich die Einrichtungsträger im Vertrauen auf die politische Zielsetzung einer fairen Entlohnung bewusst zu einer tariflichen Bindung verpflichtet. Die Refinanzierung tariflich vereinbarter Gehälter wurde daraufhin in den Vorsorge- und Reha-Empfehlungen explizit festgehalten und kann nicht mehr ohne weiteres zurückgenommen werden. Gerade dort ist eine verlässliche Finanzierung tariflicher Entgelte von zentraler Bedeutung, denn gemeinnützige tarifgebundene Einrichtungen haben aufgrund ihrer Non-Profit-Orientierung keine Möglichkeiten zur anderweitigen Kompensierung von Erlösdefiziten.

Mit besonderer Sorge betrachten wir entsprechend die Auswirkungen auf Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen. Dort bedeutet die Streichung der Tarifrefinanzierung, dass sich die schon heute bestehende Unterversorgung verschärft. Denn die in Folge des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes zum 1. Juli 2025 geschlossenen Rahmenempfehlungen haben erstmals dazu geführt, dass Personalkorridore und Nachweispflichten definiert wurden und für tarifgebundene Einrichtungen refinanziert werden.

Entfällt die Tarifbindung, können die Rehaeinrichtungen das Personal nicht mehr finanzieren. Das würde die heute schon bestehenden Wartelisten z.B. in der Geriatrie, aber auch in der Anschlussheilbehandlung deutlich verlängern. In den Mutter-Kind-Einrichtungen hätten Angebotsreduzierungen negative Folgen für die Versorgung von besonders vulnerablen Familien, alleinerziehende Frauen und chronisch kranken Menschen.

Nicht nur die Coronapandemie hat gezeigt, welche Bedeutung die Rehabilitation und Vorsorge für die Bevölkerungsgesundheit hat. Das DRK spricht sich dafür aus, dass die Tarifbindung in der Rehabilitation und Vorsorge weiter aufrechterhalten wird und auch Tarifsteigerungen weiterhin vollständig refinanziert werden.

Zu §§ 132 „Versorgung mit Haushaltshilfe“, 132a „Versorgung mit häuslicher Krankenpflege“ und 132l „Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege“

Seit dem 1. September 2022 gilt im SGB XI die Tariftreueregelung. Gemäß § 72 SGB XI dürfen demnach Versorgungsverträge nur noch mit Pflegeeinrichtungen geschlossen werden, die Gehälter bezahlen, die in Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen vereinbart sind. Pflegeeinrichtungen, die nicht an solche Regelungen gebunden sind, müssen eine Entlohnung zahlen, die die Höhe der Entlohnung eines Tarifvertrags oder die regional üblichen Entlohnungsniveaus nicht unterschreitet. Dies wird durch die geplanten Änderungen in den §§ 132, 132a und 132l vollständig konterkariert.

Die verlässliche Refinanzierung tariflicher Vergütungen ist eine zentrale Voraussetzung für stabile Arbeitsbedingungen in der ambulanten Pflege. Sie ist eine Errungenschaft, für die sich das DRK seit Jahren eingesetzt hat. Die Tariftreueregelungen des Gesundheitsversorgungs-Weiterentwicklungsgesetz haben sich rückblickend bewährt und die Versorgung deutlich verbessert.

Eine Abkehr von der Tariffinanzierung würde in der Praxis wachsenden wirtschaftlichen Druck auf Pflegedienste, steigende Belastungen für Beschäftigte durch Arbeitsverdichtung, Qualitätsverluste und letztlich eine weitere Verschärfung des Pflegekräftemangels bedeuten. Erschwerend kommt hinzu, dass die Vergütungsfindung im SGB V in der Regel auf einem pauschalierten, historisch gewachsenen Ansatz fußt. Die Gestehungskosten der Pflegedienste werden schon heute nicht vollständig erfasst und auskömmlich refinanziert. Ebenso würde sich jede Änderung der Refinanzierung im SGB V unmittelbar auf das SGB XI durchschlagen und somit auch die Versorgungssicherheit in der stationären Pflege gefährden.

Dazu kommt, dass die geplante Begrenzung der Vergütungssteigerungen auf die Grundlohnsummenrate abzüglich eines Prozentpunkts die bestehenden arbeitsvertraglichen Verpflichtungen nicht aufhebt. Die Pflegedienste blieben an die vereinbarten Entgelte gebunden. Individualvertragliche Änderungen wären ausschließlich einvernehmlich oder durch betriebsbedingte Änderungskündigungen durchsetzbar, deren Überprüfung vor den Arbeitsgerichten ungewiss ist. Gerade letzteres wäre angesichts des massiven Fachkräftemangels und der ohnehin überlasteten Belegschaft arbeitsmarktpolitisch wie betriebswirtschaftlich verheerend.

In der Gesamtschau stellt es sich zudem widersprüchlich dar, dass der Bund mit dem Bundestariftreugesetz tarifliche Bezahlung in anderen Bereichen ausdrücklich stärkt, während im Gesundheitswesen gleichzeitig die Voraussetzungen für deren Finanzierung geschwächt werden sollen. Eine solche Inkonsistenz gefährdet die Glaubwürdigkeit der politischen Zielsetzung, die Tarifbindung insgesamt zu stärken.

Freigemeinnützige Pflegedienste sind oft die einzigen, die die Versorgung auch in entlegenen Regionen gewährleisten. Das DRK spricht sich dafür aus, dass die Tarifbindung in der ambulanten Pflege weiter aufrechterhalten wird und auch Tarifsteigerungen weiterhin vollständig refinanziert werden.

Zu § 133 „Versorgung mit Krankentransportleistungen“

Durch die systematische Koppelung von Vergütungssteigerungen an die Grundlohnrate sowie zusätzliche Dämpfungsmechanismen stellt der Entwurf einen fundamentalen Systemwechsel der Finanzierungsregelung im Rettungsdienst dar. Der vorliegende Entwurf setzt einseitig auf Ausgabenbegrenzungen und verlagert Risiken in erheblichem Umfang auf die Leistungserbringer.

Aus Sicht des DRK darf das Ziel der Ausgabenbegrenzung in der GKV nicht zulasten der Durchführenden im Rettungsdienst erfolgen und damit zulasten der Versorgungssicherheit der Bevölkerung.

Gerade der Rettungsdienst ist geprägt von dynamischen, am Versorgungsbedarf ausgerichteten Entwicklungen. Mit der vorgesehenen Einbeziehung in die grundlohnbasierte Vergütungsentwicklung wird ein System etabliert, in dem die spezifischen strukturellen Besonderheiten des Rettungsdienstes – insbesondere die hohe Fixkostenlast der Vorhaltung – nicht berücksichtigt sind. In einem Umfeld von steigenden Löhnen, Inflation und wachsender Nachfrage führt eine pauschale Begrenzung unabhängig vom realen Versorgungsbedarf mittel- bis langfristig zu strukturellen Unterdeckungen, Investitionshemmnissen und Risiken für die flächendeckende Versorgungssicherheit.

Daher müssen für den Rettungsdienst eigenständige Finanzierungsmechanismen erhalten bleiben, insbesondere zur Abbildung von Vorhaltekosten und Einsatzdynamiken.

Die Refinanzierung tariflich bedingter Personalkosten muss auch in Zukunft uneingeschränkt sichergestellt sein, denn insbesondere eine tarifvertragliche Entlohnung der Mitarbeitenden sichert die Personalbindung, damit langfristig auch die Leistungsfähigkeit des Rettungsdienstes und somit auch die Versorgungssicherheit der Bürgerinnen und Bürger.

Die Kombination aus begrenzten finanziellen Mitteln, wachsendem Personalbedarf und steigender Leistungsnachfrage, birgt erhebliche Risiken für die Qualität der Versorgung und die flächendeckende Sicherstellung im Rettungsdienst. Eine unzureichende Finanzierung der Rettungsdienste als kritische Infrastruktur führt zwangsläufig zu wirtschaftlicher Instabilität bis

hin zu Insolvenzen der Leistungserbringer, zu Unsicherheit in Entgeltverhandlungen und zu steigenden Konflikten zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern. Insbesondere gemeinnützige Organisationen haben keine Spielräume, steigende Personalkosten anderweitig auszugleichen.

Vor diesem Hintergrund spricht sich das DRK für eine zwingende gesetzliche Klarstellung zur Refinanzierung von Kosten im Rettungsdienst aus, auch derjenigen, die über die Grundlohnrate nach dem neu vorgesehenen § 71 bzw. § 133 SGB V hinausgehen.

Ohne substanzielle Nachbesserungen besteht die Gefahr, dass die Versorgungsqualität sowie die Personalstabilität und die Versorgungssicherheit nachhaltig beeinträchtigt werden. Das DRK als größter Leistungserbringer im Rettungsdienst fordert daher eine grundlegende Überarbeitung der vorgesehenen Regelungen unter besonderer Berücksichtigung der spezifischen Anforderungen des Rettungsdienstes.

Aus Sicht des DRK sollte der Stellungnahme des Bundesrates [Bundesrat Drucksache 256/26 (Beschluss)] zum vorliegenden Gesetzentwurf bzgl. § 133 SGB V Folge geleistet und die Änderungen in §133 SGBV (Artikel 1 Nummer 54) gänzlich gestrichen werden. Die Grundlohnrate darf für den Rettungsdienst keine Anwendung finden, wenn diese zu wirtschaftlicher Instabilität der Leistungserbringer und zu Insolvenzen führen würde. Insoweit begrüßt das DRK die Ausführungen der Bundesregierung in der Gegenäußerung zu den Bundesratsanträgen, in denen klargestellt wird: „Sollte die Einsatzfähigkeit des jeweiligen Rettungsdienstes für die Transporte von Versicherten, die im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind, also gefährdet sein, weil die Kosten etwa für Betrieb, Personal und Technik selbst nach maximaler Wirtschaftlichkeit nicht mehr durch diese starre Grenze gedeckt werden können, erlaubt das Gesetz als Ausnahme Vergütungssteigerungen oberhalb der Grundlohnrate als Obergrenze.“

Artikel 3 Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes

Zu §§ 6a „Vereinbarung eines Pflegebudgets“ und 8 „Berechnung der Entgelte“

Mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf wird das bislang geltende Prinzip der Selbstkostendeckung des Pflegebudgets faktisch aufgehoben. Als Ausgangsgrundlage für die Budgetverhandlungen dient künftig nicht mehr die tatsächliche Kostensituation des Krankenhauses, sondern das Vorjahresbudget, das zukünftig durch den Veränderungswert nach oben gedeckelt werden soll. Ausnahmen, die ein Überschreiten dieses Veränderungswertes ermöglichen, sind eng begrenzt und greifen ausschließlich bei verbindlichen Personalvorgaben, z.B. durch Rechtsverordnungen oder G-BA-Beschlüsse. Zusätzlich soll ab 2027 die Finanzierung der pflegeentlastenden Maßnahmen in Höhe von 2,5 Prozent entfallen.

Als DRK sehen wir in dieser Regelung eine erhebliche Gefahr für die pflegerische Versorgung in den Krankenhäusern, gerade für die freigemeinnützigen Träger. Da eine exakte Einhaltung des Pflegebudgets in der Praxis kaum möglich ist und jedes tatsächliche Überschreiten unmittelbar zu Rückzahlungsverpflichtungen führt, ist davon auszugehen, dass die

Pflegebudgets – gemessen an den tatsächlich steigenden Tariflöhnen – real abschmelzen werden. Dies wird mittelfristig zu sinkenden Personalzahlen in der Pflege führen, was wieder Arbeitsverdichtung und Mehrbelastung bedeutet. Dies ist vor dem Hintergrund der Erfahrungen aus den vergangenen Jahren, in denen wir gelernt haben, dass gerade diese Faktoren wesentliche Treiber für den Fachkräftemangel in der Pflege darstellen, kontraproduktiv.

Die Pflege ist das Rückgrat der Krankenhausversorgung. Kürzungen haben unmittelbare Auswirkungen auf die Behandlungsqualität und Patientensicherheit. Das DRK setzt sich dafür ein, dass am Grundsatz einer bedarfsgerechten und kostendeckenden Finanzierung des Pflegebudgets festgehalten wird.

Zu §§ 9 „Vereinbarungen auf Bundesebene“, 10 „Vereinbarung auf Landesebene, Verordnungsermächtigung“ und 14 „Genehmigung“

Der Gesetzesentwurf sieht eine grundlegende Umkehrung der bisherigen Meistbegünstigungsklausel vor. Während bislang der jeweils höhere Wert aus Veränderungsrate und Orientierungswert als Obergrenze für den Veränderungswert galt, soll künftig der jeweils niedrigere Wert maßgeblich sein. Für die Jahre 2027 bis 2029 wird auf die Veränderungsrate zusätzlich ein Abzug von einem Prozentpunkt angewendet. In den Jahren 2028 und 2029 soll die Veränderungsrate zudem ohne Berücksichtigung der außerordentlichen Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze ermittelt werden. Gleichzeitig entfällt die Tarifrate als eigenständiges Refinanzierungsinstrument ersatzlos.

Das DRK sieht in dieser Regelung eine strukturell angelegte und wachsende Finanzierungslücke für die Krankenhäuser in DRK-Trägerschaft. Die bestehende Systematik stellt bereits heute sicher, dass Vergütungen nie stärker steigen können als die tatsächliche Kostenentwicklung. Die darüberhinausgehenden Kürzungen sind daher sachlich nicht begründbar und wirken willkürlich.

Besonders problematisch ist der systemimmanente zeitliche Verzug bei der Berücksichtigung von Kostenentwicklungen, der dazu führt, dass Tariflohnsteigerungen bereits heute systematisch unterfinanziert bleiben. Die Abschaffung bewährter Ausgleichsmechanismen – Tarifrate und Meistbegünstigungsklausel – verschärft diese Problematik erheblich und wiederholt Fehler der Vergangenheit. Für die Tarifrate 2026 entsteht durch die ersatzlose Streichung aller entsprechenden Regelungen zudem erhebliche Rechtsunsicherheit.

Wir lehnen ausdrücklich ab, dass die bisherige vollständige Finanzierung von Tarifsteigerungen, die oberhalb des Veränderungswerts liegen, auf eine anteilige Finanzierung in Höhe von 50 % reduziert wird – weder durch die vorgesehene Anhebung des Gesamtbetrags um 37,5 % der Erhöhungsrate (Absatz 4 Satz 1) noch durch die unterjährige Umsetzung mittels eines Multiplikators von 37,5 % (Absatz 5 Satz 5). Eine derartige Halbierung der Refinanzierung ist nicht hinnehmbar: Sie untergräbt die Tarifautonomie, verlagert erhebliche Kosten- und Personalrisiken auf die Leistungserbringer, gefährdet die Versorgungsqualität und widerspricht einer sachgerechten, vollständigen Kostendeckung realer Tarifaufwendungen. Wir fordern stattdessen die vollständige und transparente Refinanzierung tatsächlich anfallender Tarifsteigerungen ohne pauschale Abschläge oder Multiplikatoren.

Wenn die gesetzliche Obergrenze des Veränderungswertes strukturell unter der tatsächlichen Kostenentwicklung liegt, ist eine auskömmliche Finanzierung zugelassener Krankenhäuser systematisch gefährdet. Die Beitragssatzstabilität nach § 71 SGB V wird damit zur dominierenden Leitnorm erhoben, ohne die nach § 70 SGB V gleichgewichtig zu beachtenden Versorgungsziele angemessen zu berücksichtigen. Verschärfend kommt hinzu, dass Ausnahme- oder Härtefallregelungen – etwa für Regionen mit überdurchschnittlicher Kostenentwicklung, Tarifschüben oder Energiekrisen – vollständig fehlen, was die Verhältnismäßigkeit der Regelung in Frage stellt.

Die strukturelle Entkopplung von Kostenentwicklung und Vergütung destabilisiert die Krankenhausfinanzierung und gefährdet die Versorgungssicherheit. Das DRK spricht sich dafür aus, an den bewährten Instrumenten der Meistbegünstigungsklausel und Tarifrate festzuhalten.

C. Ergänzende Vorschläge

Häusliche Krankenpflege

Sollte es bei der beabsichtigten Regelung zur Tarifrefinanzierung bleiben, fordert das DRK im Bereich der Häuslichen Krankenpflege mindestens die Gleichbehandlung mit den Krankenhäusern (Finanzierung von Tarifsteigerungen, die oberhalb des Veränderungswerts liegen, in Höhe von 50 %). Sollte an einer Grundlohnrate festgehalten werden, schlagen wir vor verbindliche Leitplanken zu vereinbaren: Das regional übliche Entgelt in der Fassung vom 01.01.2027 muss als Untergrenze gelten und auch Tarifanlehner haben mindestens das regional übliche Entgelt zu zahlen. Diese und alle durch gesetzliche Vorgaben oder betriebliche Verpflichtungen (z. B. Personalmehrungen durch Personalbemessung, Funktionsstellen wie Hygienebeauftragte) sowie durch externe Krisen verursachten Sachkostensteigerungen (z.B. Energiekostensteigerungen) sind dabei als wirtschaftlich anzuerkennen. Auch das Unternehmerrisiko ist entsprechend zu berücksichtigen.

Entbürokratisierung im Krankenhauswesen

Das DRK sieht vor allem Einsparpotenziale durch konsequente Entbürokratisierung und Digitalisierung. Es wird diesbezüglich ausdrücklich auf die Vorschläge der Deutschen Krankenhaus Gesellschaft zur Entbürokratisierung verwiesen. Der Abbau der ausufernden bürokratischen Hürden wie auch eine gut durchdachte und Personal entlastende Digitalisierungsstrategie im Gesundheitswesen sind wesentliche Faktoren, die Effizienz steigern und langfristig Einsparpotentiale bergen.

Marc Nellen
Bereichsleiter Jugend und Wohlfahrtspflege

Dr. Heike Spieker
Bereichsleiterin Nationale Hilfsgesellschaft

D. Kontakt

Karolina Molter K.Molter@drk.de
Teamleiterin Gesundheit, Teilhabe und Pflege
Deutsches Rotes Kreuz e.V. – Generalsekretariat

Benjamin Fehrecke-Harpke B.Fehrecke@drk.de
Koordination Altenhilfe und Pflege / Stv. Leitung
Team Gesundheit, Teilhabe und Pflege
Deutsches Rotes Kreuz e.V. – Generalsekretariat

Christian Hener C.Hener@drk.de
Referent für Pflegeberufe und Kompetenzentwicklung in der Pflege
Team Gesundheit, Seniorenarbeit und Pflege
Deutsches Rotes Kreuz e.V. - Generalsekretariat

Elisabeth Köhne E.Köhne@drk.de
Referentin Gesundheitlicher Bevölkerungsschutz
Team Nationales Krisenmanagement / Gesundheitlicher Bevölkerungsschutz
Deutsches Rotes Kreuz e.V. - Generalsekretariat

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(59)
gel. VB zur öffent. Anh. am
22.06.2026 - GKV
22.06.2026

Stellungnahme

Verband der
Privaten Krankenversicherung e.V.

Gustav-Heinemann-Ufer 74 c
50968 Köln

Telefon (0221) 99 87-0
verband@pkv.de
www.pkv.de

Zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung
Entwurf eines
Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)
Drucksache 21/6130

Anlässlich der öffentlichen Anhörung
vor dem Ausschuss für Gesundheit
am 22. Juni 2026

- Die GKV hat ein Ausgabenproblem, kein Einnahmeproblem. Richtig ist daher die Zielrichtung der „einnahmeorientierten Ausgabenpolitik“, wie dies auch die FinanzKommission Gesundheit empfohlen hatte.
- Explizit nicht vorgeschlagen hatte die FinanzKommission die vorgesehene außerordentliche Anhebung von Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze. GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz (BStabG) und Pflegeneuordnungsgesetz (PNOG) führen inklusive jährlicher Regeldynamisierung zu einem Anstieg der Abgabenlast um rund 9,9 Mrd. Euro. Dies verschlechtert die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft weiter. Die Maßnahmen sind faktisch Sondersteuern für qualifizierte Fachkräfte und deren Arbeitgeber.
- Darüber hinaus wird durch die Anhebung der Versicherungspflichtgrenze die Wahlfreiheit bei der Wahl der Krankenversicherung extrem erschwert. Die Schädigung des Systemwettbewerbs führt in der Konsequenz zu einer Angestellten-Bürgerversicherung.
- Die für den Arzneimittelbereich vorgesehenen Maßnahmen sind nicht hinreichend: Sie werden den starken Arzneimittelausgabensteigerungen in GKV und PKV nicht gerecht und bleiben hinter den Empfehlungen der FinanzKommission Gesundheit zurück. Insbesondere die Streichung der „Leitplanken“ wird zu Mehrausgaben führen.

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

I. Vorbemerkung

Die finanzielle Lage der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hat sich in den vergangenen Jahren deutlich verschärft und weist inzwischen eine strukturelle Schieflage auf. Die Ausgaben wachsen kontinuierlich stärker als die beitragspflichtigen Einnahmen, woraus ein dauerhaft steigendes Defizit resultiert. Ohne wirksame Gegensteuerung ist absehbar, dass sich diese Entwicklung weiter zuspitzt und zunehmend zu steigenden Beitragssätzen sowie zusätzlichen Belastungen für Versicherte und Arbeitgeber führen wird. Vor diesem Hintergrund ist es nachvollziehbar, dass der Gesetzgeber mit einem Beitragssatzstabilisierungsgesetz kurzfristig auf die angespannte Finanzlage reagiert. Eine langfristige Stabilisierung, mit der insbesondere die Belastung durch das alterungsbedingte starke Ansteigen der Ausgaben angegangen wird, steht aber noch aus. Die FinanzKommission Gesundheit rechnet mit einer starken Dynamik ab 2030. Die Zeit bis dahin sollte genutzt werden, mehr kapitaldeckte Absicherung zu etablieren, um der Alterung Rechnung zu tragen. Der Gesetzentwurf enthält hierzu noch keine Grundlage. Er schränkt die Möglichkeit einer Absicherung des Krankheitsrisikos in der demografiefesten PKV sogar ein. Das Gegenteil wäre richtig.

Gerade in einer solchen Situation ist hervorzuheben, dass das duale Krankenversicherungssystem aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung einen wesentlichen Beitrag zur Stabilität und Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens leistet. Veränderungen an der GKV müssen daher immer auch im Kontext des dualen Systems gewürdigt werden. Jedes System muss die Probleme in seinem System lösen. Eine Schwächung der Privaten Krankenversicherung, die jährlich einen überproportionalen und nachhaltig finanzierten Mehrumsatz von über 15 Mrd. Euro in einem gemeinsamen Versorgungssystem leistet, geht dagegen zu Lasten der Gesundheitsversorgung von allen Versicherten.

Die aktuelle Entwicklung in der GKV zeigt die Notwendigkeit einer konsequenten einnahmenorientierten Ausgabenpolitik. Es ist genug Geld im System. Nicht ohne Grund hat die FinanzKommission Gesundheit die Rückkehr zu einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik als ihre wichtigste Empfehlung definiert. Eine wirksame Begrenzung der Ausgabendynamik ist erforderlich, die insbesondere bei den zentralen Kostentreibern ansetzt.

Die vorgesehene Anhebung der Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze stellt dagegen einen Eingriff auf der Einnahmenseite dar, der keine nachhaltige Lösung für die strukturellen GKV-Finanzierungsprobleme bietet. Die Erhöhung ist kein Sparbeitrag, sondern hat die Wirkung einer Sondersteuer auf besonders qualifizierte Arbeitsplätze. Sie ist kein Signal für Wachstum, sondern für extrem hohe Lohnnebenkosten.

Der Gesetzentwurf gibt an, dass durch die außerordentliche Anhebung der Bemessungsgrenzen 2,5 Mrd. Euro Mehreinnahmen generiert werden. Diese Schätzung ist zu gering: Das Institut der deutschen Wirtschaft (IW) schätzt die zusätzliche Belastung durch die BBG-Erhöhung auf mindestens 4,5 Mrd. Euro.[1] Es muss zudem hinzugerechnet werden, dass neben der

[1] Stockhausen, Maximilian / Pimpertz, Jochen (2026): *Höhere Beitragsbemessungsgrenze: Beschäftigte und Unternehmen zahlen bis zu 4,5 Milliarden Euro mehr* (https://www.iwkoeln.de/presse/iw-

außerordentlichen Anhebung der Rechengrößen auch noch die jährliche Regeldynamisierung stattfindet. Liegt die BBG im Jahr 2026 bei 69.750 Euro, wird sie im Jahr 2027 unter Berücksichtigung einer Lohnentwicklung von 4,5 % (Prognose IGES-Institut) und der geplanten Sondererhöhung bei 76.489 Euro liegen.

Auch wenn der Beitragssatz optisch stabil bleibt, ist die Beitragsbelastung des Einzelnen doch erheblich: Zahlt ein Angestellter unter der aktuellen BBG 14.857 Euro pro Jahr an Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen, werden es mit der neuen BBG 16.292 Euro jährlich sein. Das heißt: Infolge der außerordentlichen BBG-Erhöhung werden die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung um bis zu 1.436 Euro pro Jahr steigen (+ 9,7 Prozent) – bei Angestellten hälftig getragen von Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Angestellte, die 76.489 Euro pro Jahr verdienen, zahlen künftig 1.358 Euro monatlich für die Kranken- und Pflegeversicherung. Laut IGES-Institut werden von der Anhebung der BBG 6,9 Millionen Menschen betroffen sein.

Nicht außer Acht gelassen werden dürfen auch die Belastungen, die aus dem Pflegeneuordnungsgesetz (PNOG) resultieren. Zusammengenommen addieren sich die laut GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz und PNOG geplanten Änderungen an den Beitragsbemessungsgrenzen für Arbeitgeber und Arbeitnehmer auf Zusatzbelastungen in Höhe von rund **9,9 Mrd. Euro** (eingeschlossen die Regeldynamisierung der Rechengrößen zum Jahreswechsel 2026/2027).

2026/2027: Zusatzlast BBG-Sondererhöhung um + 3.600 Euro p.a. in der GKV und BBG-Sondererhöhung in der SPV (mit BBG-Regeldynamisierung)	
Krankenversicherung (GKV)	+ 7,8 Mrd. Euro (IGES)
Pflegeversicherung (SPV)	+ 2,1 Mrd. Euro
Anstieg Abgabenlast Gesamt	**+ 9,9 Mrd. Euro**

Quelle: GKV, IGES, Handelsblatt 8.5.2026; SPV: Entwurf PNOG + vorsichtige Schätzung Regeldynamisierung

Da Deutschland bereits heute im internationalen Vergleich eine hohe Belastung des Faktors Arbeit durch Steuern und Sozialabgaben aufweist, führen die vorgesehenen Maßnahmen zu einer Verschlechterung der Wettbewerbsposition der deutschen Wirtschaft. Sie sind kein Signal für mehr Wirtschaftswachstum. Schon jetzt hat Deutschland im OECD-Vergleich nicht nur ein sehr teures Gesundheitswesen, sondern auch nach Belgien die höchste Belastung mit Sozialabgaben und Steuern an den Gesamtarbeitskosten.[2]

Die Verschiebung der Rückzahlungen von Bundesdarlehen ist als verdeckte Subvention ebenfalls ein Eingriff in den Wettbewerb von GKV und PKV. Da im Kontext der laufenden Debatte immer wieder die Forderung nach mehr Steuerzuschüssen mit dem Hinweis auf die Versorgung der Bürgergeldempfänger erhoben wird, wird darauf hingewiesen, dass die Versichertengemeinschaft der PKV ebenfalls die Versorgung von Bürgergeldempfängern aus Beiträgen mitfinanziert.

---

nachrichten/maximilian-stockhausen-jochen-pimpertz-beschaeftigte-und-unternehmen-zahlen-45-milliarden-euro-mehr.html).

[2] OECD (2025): *Besteuerung der Arbeit 2025* (engl. *Taxing Wages 2025*), OECD Publishing, Paris, Abbildung 1.1 „Income tax plus employee and employer social security contributions, 2024“, S. 25. DOI: https://doi.org/10.1787/b3a95829-en.

Der vorliegende Gesetzentwurf schöpft das durch die FinanzKommission Gesundheit aufgezeigte Entlastungspotenzial nicht aus. Während der Referentenentwurf noch 19,6 Mrd. Euro eingespart werden sollten, beträgt das Einsparpotential im vorliegenden Entwurf nur noch 16,3 Mrd. Euro. Angesichts der jüngst bekannt gewordenen zusätzlichen Finanzierungslücke für 2027 in Höhe von mindestens 2,5 Mrd. Euro sollten die Kommissionsempfehlungen eingehender geprüft werden. Langfristig erforderlich sind strukturelle Reformen, die die Effizienz der Versorgung stärken, Fehlanreize abbauen und die Ausgabendynamik nachhaltig begrenzen. Nur so kann die finanzielle Stabilität des Gesundheitssystems langfristig gesichert und die Leistungsfähigkeit für alle Versicherten erhalten werden.

II. Zu ausgewählten Regelungen

Zu Artikel 1 Nr. 5 lit. b - § 6 Abs. 6 SGB V (Änderung der Jahresarbeitsentgeltgrenze)

Vorgeschlagene Regelung:

Der Gesetzentwurf sieht ab 2027 eine außerordentliche Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze (VPG) um 3.600 Euro vor. Hinzu kommt noch die reguläre Erhöhung: In jedem Jahr werden die Vorjahreswerte der bundeseinheitlichen Versicherungspflichtgrenze in der Krankenversicherung mit der Veränderungsrate der Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmerin und Arbeitnehmer fortgeschrieben und im Herbst per Verordnung beschlossen; zum Jahreswechsel 2025/2026 betrug diese reguläre Anpassung 4,9 Prozent. Nimmt man diese Größenordnung als Prognose für das kommende Jahr und rechnet die vorgesehene außerordentliche Erhöhung dazu, dürfen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ab 2027 erst ab einem Jahreseinkommen von 84.400 Euro frei zwischen GKV und PKV wählen – das ist ein Anstieg von 9,6 Prozent gegenüber dem Vorjahr.

Bewertung:

Die massive Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze greift in die Wahlfreiheit von Millionen Angestellten ein und schränkt den Wettbewerb zwischen GKV und PKV systematisch ein. Immer mehr Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer werden in der GKV pflichtversichert. Die vorgesehene außerordentliche Anhebung der VPG führt faktisch in eine „Arbeitnehmer-Bürgerversicherung“.

Bis Ende 2002 waren Versicherungspflichtgrenze und Beitragsbemessungsgrenze identisch. Die damalige rot-grüne Bundesregierung hat sie zur Jahreswende 2002/2003 voneinander entkoppelt und die VPG im Verhältnis überproportional erhöht. Damit war und ist das Ziel verbunden, den Kreis der Versicherten, die frei zwischen GKV und PKV wählen können, systematisch einzugrenzen.

Um den Wettbewerb und die Wahlfreiheit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zu stärken, ist ein Schritt in die andere Richtung erforderlich: die Versicherungspflichtgrenze muss wieder auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze abgesenkt werden. Eine

Wahlmöglichkeit für mehr Angestellte statt für weniger würde erst die Voraussetzung dafür schaffen, dass die Ausgabenprobleme der GKV durch echte Strukturreformen gelöst werden anstatt durch immer weiter steigende Beiträge.

Zu Artikel 1 Nr. 47 - § 130 Abs. 1 SGB V (Rabatt der Apotheken)

Vorgeschlagene Regelungen:

Im Bereich der Apotheken wird die Höhe des Abschlags nach § 130 Absatz 1 SGB V von 1,77 Euro auf 2,07 Euro erhöht. Für die gesetzliche Krankenversicherung ergeben sich Einsparungen in Höhe von rund 200 Millionen Euro durch die Anhebung des Rabatts der Apotheken an die Krankenkassen nach § 130 Absatz 1 SGB V.

Bewertung:

Zur Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung sind Einsparungen in allen Leistungsbereichen erforderlich. Die Erhöhung des Abschlags von 1,77 Euro auf 2,07 Euro zählt neben weiteren Maßnahmen zu einem Bündel an Maßnahmen zur Stabilisierung der Arzneimittelausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Privat versicherte und beihilfeberechtigte Patientinnen und Patienten erhalten diesen Abschlag nicht, obwohl der Gesetzgeber grundsätzlich auch in der Privaten Krankenversicherung (PKV) das Ziel verfolgt, einen bezahlbaren privaten Krankenversicherungsschutz zu gewährleisten und die öffentlichen Haushalte im Hinblick auf die Beihilfeausgaben zu schonen. Die exklusive Geltung des Apothekenabschlages für GKV-Versicherte steht im Konflikt mit dem gesetzlichen Grundsatz der Einheitlichkeit des Apothekenabgabepreises gemäß § 78 Abs. 2 S. 2 AMG.

Zu Artikel 1 Nr. 48 lit. a - § 130a Abs. 1b und Abs. 1c SGB V (Dynamischer Herstellerabschlag)

Vorgeschlagene Regelungen:

Ab dem 1. Januar 2027 wird ergänzend zum allgemeinen Herstellerabschlag nach § 130a Abs. 1 Satz 1 SGB V ein dynamischer Herstellerabschlag nach § 130a Abs. 1b (neu) SGB V eingeführt. Seine Höhe berechnet sich auf Grundlage eines jährlichen Soll-Ist-Vergleichs der Arzneimittelausgaben gegenüber den beitragspflichtigen Einnahmen (BPE) der GKV. Übersteigen die Ist-Ausgaben die anhand der BPE-Entwicklung ermittelten Soll-Ausgaben, wird der Differenzbetrag ab dem zweiten Halbjahr des Folgejahres durch entsprechende Festlegung der Abschlagshöhe ausgeglichen. Für das erste Halbjahr 2027 ist übergangsweise ein statischer Abschlag von 3,5 Prozent vorgesehen. Den entsprechenden Anspruch haben auch Unternehmen der Privaten Krankenversicherung und Träger der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften. Der Abschlag auf patentgeschützte und patentfreie Arzneimittel ohne generische Konkurrenz gilt nicht für Biosimilars, Festbetragsarzneimittel, Impfstoffe, Arzneimittel mit versorgungskritischen Wirkstoffen nach der BfArM-Liste, Reserveantibiotika sowie Arzneimittel mit einer Befreiung vom Preismoratorium oder nach § 130a Abs. 1c (neu) SGB V. Nach § 130a Abs. 1 c SGB V können pharmazeutische Unternehmer beim BfArM eine Befreiung vom dynamischen Herstellerabschlag beantragen, wenn für neue Arzneimittel ab dem 01. Januar 2027 ein relevanter Anteil der klinischen Prüfungen in Deutschland durchgeführt

wurde und die Wirkstoffproduktion in Deutschland einen relevanten Beitrag zur bedarfsgerechten Versorgung erwarten lässt.

Bewertung:

Der Gesetzgeber begründet die Einführung eines dynamischen Herstellerabschlags damit, zielgenauer auf die Entwicklung von Ausgaben und Einnahmen reagieren zu können und den Herstellern finanzielle Spielräume, die durch steigende Einnahmen eröffnet werden, zugutekommen zu lassen. Dies soll zur Verhältnismäßigkeit der Maßnahme beitragen.

Es ist nicht sachgerecht, die Höhe eines Abschlags, der auch für die private Versicherungswirtschaft und die Beihilfe gilt, lediglich an den Einnahmen der GKV festzumachen. Die Regelung ist zudem komplex und in der Wirkung nicht absehbar. Durch die neue Befreiungsregelung wird die Kosteneinsparungswirkung des dynamischen Herstellerabschlags zudem gefährdet. Eine äquivalente Erhöhung eines fixen Herstellerabschlags ist daher eine vorzugswürdige Alternative.

Zu Artikel 1 Nr. 48 lit. b - § 130a Abs. 2 SGB V (Abschlag für Impfstoffe)

Vorgeschlagene Regelungen:

Der Impfstoffabschlag nach § 130a Absatz 2 Satz 1 SGB V wird für Impfstoffe unter Patent- oder Unterlagenschutz um 7 Prozent erhöht. Für Impfstoffe unter Patent- oder Unterlagenschutz, für die ein Referenzabschlag nicht ermittelt werden kann, gilt der Abschlag in Höhe von 7 Prozent ebenfalls. Für die GKV ergeben sich dadurch Einsparungen in Höhe von rund 130 Millionen Euro im Jahr 2027, rund 140 Millionen Euro im Jahr 2028, rund 150 Millionen Euro im Jahr 2029 und rund 170 Millionen Euro im Jahr 2030.

Bewertung:

Die FinanzKommission Gesundheit hat sich in ihrem Gutachten ausführlich mit den Ausgabenentwicklungen im Impfstoffbereich befasst. Sie betont, dass die Ausweitung der Mengenkomponente gesellschaftlich wünschenswert ist und daher eine Veränderung der Preiskomponente empfohlen.

Die Einführung eines Abschlags in Höhe von 7 Prozent für Impfstoffe mit Patent- und Unterlagenschutz ist zu begrüßen. Insgesamt greifen diese Maßnahmen aber zu kurz. Die Vorschläge der FinanzKommission Gesundheit werden nicht ausgeschöpft. Hersteller können auch zukünftig, da nach dem Gesetzentwurf Impfstoffe weiterhin keinem Preismoratorium unterliegen werden, den Preis nach Belieben erhöhen, ohne dass der Abschlag nach § 130a Abs. 2 Satz 1 für die Kostenträger eine spürbare kostendämpfende Wirkung entfaltet. Zur Sicherstellung der kostendämpfenden Wirkung wird daher zusätzlich die Einführung eines Preismoratoriums für Impfstoffe befürwortet.

Zu Artikel 1 Nr. 48 lit. c - § 130a Abs. 3a SGB V (Preismoratorium)

Vorgeschlagene Regelungen:

Das Preismoratorium, wird um weitere vier Jahre bis zum 31. Dezember 2030 verlängert und greift künftig, sobald ein beliebiger pharmazeutischer Unternehmer bereits ein Arzneimittel mit gleichem Wirkstoff und vergleichbarer Darreichungsform in Verkehr gebracht hat.

Bewertung:

Durch die Verlängerung des Preismoratoriums werden erhebliche Kostensteigerungen durch Anhebung der Arzneimittelpreise verhindert. Die bisherigen Regelungen knüpfen die Anwendbarkeit des erweiterten Preismoratoriums daran, dass derselbe pharmazeutische Unternehmer bereits ein wirkstoffgleiches Arzneimittel mit vergleichbarer Darreichungsform in Verkehr gebracht hat oder ein Fall des Mitvertriebs vorliegt. Künftig soll allein maßgeblich sein, ob bereits ein Arzneimittel mit gleichem Wirkstoff und vergleichbarer Darreichungsform im Verkehr ist. Dadurch werden Umgehungsmöglichkeiten durch Anbieterwechsel oder konzerninterne Umstrukturierungen ausgeschlossen.

Durch die Verlängerung des Preismoratoriums werden erhebliche Kostensteigerungen durch Anhebung der Arzneimittelpreise verhindert. Durch die Stärkung des erweiterten Preismoratoriums ergeben sich weitere Einsparungen. Die Regelungen sind zu begrüßen.

Zu Artikel 1 Nr. 49 lit. a - § 130b Abs. 1a SGB V (Preis-Mengen-Vereinbarungen)

Vorgeschlagene Regelungen:

Der Gesetzentwurf behält die bisherigen Verhandlungsvorgaben bei, ergänzt sie aber um eine gesetzliche Auffanglösung für den Fall der Nichteinigung.

Bewertung:

Die Wirkungslosigkeit der bisherigen Preis-Mengen-Regelung ist klar dokumentiert: In den letzten drei Jahren wurden lediglich ca. 25 Mio. Euro an Einsparungen erzielt – weit hinter den gesetzgeberischen Prognosen von 50 bis 100 Mio. Euro pro Jahr. Diese Einschätzung wird auch durch den AMNOG-Report 2025 bestätigt, der feststellt, dass Preis-Mengen-Vereinbarungen „nicht oder nur unzureichend wirken“. Der GKV-Spitzenverband kritisiert v.a. die Schiedsstellenpraxis. Problematisch ist allerdings auch, dass für eine effektive Preis-Mengen-Regelung ein zeitnaher Zugang zu stationären Abrechnungsdaten erforderlich wäre, da immer mehr hochpreisige Arzneimittel im Krankenhaus eingesetzt werden.

Der Gesetzentwurf prognostiziert für die PKV durch die Regelung Einsparungen in Höhe von 2 Mio. Euro (2028) bis 15 Mio. Euro (2030). Die vorgeschlagene Regelung ist zu begrüßen. Allerdings greift die Regelung nur bei Nichteinigung, die Vertragsparteien können weiterhin frei eine abweichende Regelung vereinbaren. Mithin ist ungewiss, ob die prognostizierten Einsparungen erreicht werden können.

Zu Artikel 1 Nr. 49 lit. c - § 130b Abs. 3 S. 2-6 SGB V (Abschaffung der Leitplanken)

Vorgeschlagene Regelungen:

Die mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz 2022 eingeführten „Leitplanken“ für die Verhandlung von Erstattungsbeträgen werden abgeschafft.

Bewertung:

Das AMNOG-System beruht auf dem Grundsatz, dass der Erstattungsbetrag eines Arzneimittels den nachgewiesenen therapeutischen Mehrwert widerspiegeln soll. Die „Leitplanken“ konkretisieren dieses Prinzip, indem sie verhindern, dass ein Arzneimittel ohne oder mit nur geringem Zusatznutzen einen Preisaufschlag gegenüber der Vergleichstherapie durchsetzen kann. Sie wurden geschaffen, um einer „Preisspirale nach oben“ entgegenzuwirken. Ihre Streichung würde eine Entkopplung von Preis und therapeutischem Nutzen ermöglichen.

Der Grundsatz „keine Mehrausgaben ohne Zusatznutzen“ wird in der Praxis bereits ausgehöhlt. Die ohnehin nur minimal wirksamen Leitplanken wurden durch die gesetzliche Ausnahme im Medizinforschungsgesetz in ihr Gegenteil verkehrt. Die Regelung gänzlich zu streichen statt die Verhandlungsposition der Kostenträger zu stärken, ist nicht nachvollziehbar.

Laut Gesetzentwurf (S. 85) führt die Abschaffung der „Leitplanken“ zu jährlichen Mehrausgaben für die PKV in Höhe von rund 12 Mio. Euro in 2027, 23 Mio. Euro in 2028, 35 Mio. Euro in 2029 und 47 Mio. Euro in 2030. Es ist nicht nachvollziehbar, dass der Gesetzgeber gerade für neue Wirkstoffe, die hauptverantwortlich für Kostensteigerungen im Arzneimittelbereich sind, weitere kostenauslösende Maßnahmen zulasten der Versicherten- und Solidargemeinschaften ergreifen möchte, mit denen das ohnehin hohe Preisplateau für neue Arzneimittel dauerhaft zementiert würde. Die behauptete Kompensationswirkung etwa durch den dynamischen Herstellerabschlag oder die Preis-Mengen-Regelungen sind nicht gesichert. Zudem gilt die Regelung in § 130e SGB V nicht für Privatversicherte. Folglich werden sich die Kostenbelastungen für privat versicherte und beihilfeberechtigte Patienten angesichts des hohen Anteils an patentgeschützten, neuen Arzneimitteln deutlich nachteiliger auswirken. Die Abschaffung der „Leitplanken“ wird daher kritisch gesehen.

Zu Artikel 1 Nr. 50 - § 130e SGB V (Rabattverträge für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung)

Vorgeschlagene Regelungen:

In Therapiegebieten, in denen es mehrere vergleichbare patentgeschützte Arzneimittel gibt, sollen Anbieter in einen Preiswettbewerb ohne staatlichen Einfluss treten. Hierzu wird den gesetzlichen Krankenkassen ermöglicht, patentierte Arzneimittel zur bevorzugten Verordnung als Grundlage für den Abschluss von Rabattverträgen zu bestimmen. Ärzte werden verpflichtet, die von den Einzelkassen ausgewählten Arzneimittel bevorzugt zu verordnen. Dabei gelten Ausnahmeregelungen für individuelle Entscheidungen (Quoten), die mit der Ärzteschaft regional verhandelt werden können.

Bewertung:

Es ist nachvollziehbar, dass der bürokratieaufwändige und wenig wirksame Kombinationsabschlag für Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen abgeschafft wird. Eine Steuerung über Selektivverträge könnte allerdings ähnliche Folgeprobleme wie bei Rabattverträgen gem. § 130a Abs. 8 SGB V nach sich ziehen. Die Stärkung des Preiswettbewerbs im Arzneimittelbereich sollte über stringente am konkreten Zusatznutzen ausgerichtete Preisregeln erfolgen, nicht über selektive Vertragsmechanismen.

Zu Artikel 1 Nr. 60 lit. b - § 221 Abs. 4 neu (Verschiebung der Darlehensrückzahlung)

Vorgeschlagene Regelungen:

Zur Stabilisierung der Zusatzbeitragssätze in den Jahren 2029 bis 2033 werden für die gewährten zinslosen Darlehen des Bundes an den Gesundheitsfonds in Höhe von insgesamt 5,6 Milliarden Euro abweichende Rückzahlungstermine festgelegt:

- 1 Milliarde Euro bis spätestens 31. Dezember 2035,
- 1 Milliarde Euro bis spätestens 31. Dezember 2036,
- 1 Milliarde Euro bis spätestens 31. Dezember 2037,
- 1 Milliarde Euro bis spätestens 31. Dezember 2038 und
- 1,6 Milliarden Euro bis spätestens 31. Dezember 2039.

Bewertung:

Der Vorschlag, die Rückzahlung von zinslosen Darlehen zeitlich zu strecken, stellt über die Zinslosigkeit hinaus einen schleichenden Übergang in eine zusätzliche faktische Steuerfinanzierung der GKV dar. Die aktuelle Finanzsituation der GKV wird entlastet – und in diesem Umfang werden die notwendigen Strukturreformen verzögert. Durch haushaltspolitische Überbrückungsmaßnahmen werden Kosten auf zukünftige Beitragszahler und deren Arbeitgeber verlagert. Das ist weder nachhaltig noch generationengerecht und verschärft absehbar die von der Finanzkommission Gesundheit beschriebene demographische Krise des Umlageverfahrens ab 2030.

Aus Sicht des PKV-Verbandes ist diese Maßnahme insbesondere im Hinblick auf den Beitragswettbewerb zwischen GKV und PKV problematisch. Die faktische Subvention durch die spätere Rückzahlung von Darlehen führt – wie alle anderen pauschalen Zuschüsse aus dem Bundeshaushalt – dazu, dass der tatsächliche Finanzbedarf der GKV nicht vollständig im aktuellen Beitragssatz sichtbar wird, dass Beitragssätze künstlich gedämpft werden und dass die GKV gegenüber der PKV einen politisch induzierten Preisvorteil erhält.

Zu Artikel 1 Nr. 61 - § 223 Abs. und 4 SGB V (Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze)

Vorgeschlagene Regelungen:

Der Gesetzentwurf sieht eine außerordentliche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze (BBG) in der GKV um 3.600 Euro jährlich (300 Euro monatlich) für das Jahr 2027 vor.

Bewertung:

Ziel der Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze ist die Generierung zusätzlicher Beitragseinnahmen für den Gesundheitsfonds. Der Abstand zwischen BBG und Versicherungspflichtgrenze wird dadurch in etwa halbiert. Zusätzlich zu dem einmaligen Anhebungsschritt wird die BBG weiter nach dem bestehenden regulären Fortschreibungsverfahren dynamisiert, so dass die BBG zum 1.1.2027 nicht nur um 300 Euro monatlich steigen wird.

Mit der außerordentlichen Erhöhung der BBG gerät die Reform in Widerspruch zur einnahmeorientierten Ausgabenbegrenzung. Aus Sicht des PKV-Verbandes ist dieser Ansatz ungeeignet, um die Herausforderungen im Gesundheitssystem nachhaltig zu lösen. Die FinanzKommission hat eine Anhebung der BBG aus guten Gründen ausdrücklich nicht empfohlen. Die Anhebung widerspricht dem Äquivalenzprinzip, da ihr keine Mehrleistungen gegenüberstehen.

Laut Institut der deutschen Wirtschaft (IW) trifft die geplante BBG-Anhebung 6,3 Millionen Beschäftigte. Berechnungen des Instituts der deutschen Wirtschaft (IW) quantifizieren die jährliche Mehrbelastung der Arbeitnehmer und Arbeitgeber aktuell auf mindestens 4,5 Milliarden Euro jährlich. Darin sind die Mehrbelastungen durch die außerordentliche Erhöhung der BBG sowohl in der Kranken- als auch in der Pflegeversicherung enthalten. Das erklärte Ziel der Bundesregierung, die Wirtschaft zurück auf Wachstumskurs zu führen und die Lohnnebenkosten zumindest zu stabilisieren, wird durch die Erhöhung der BBG konterkariert.

Die Regelung führt auch zu Steuerausfällen: Höhere Beiträge in GKV und SPV sind abzugsfähig als Sonderausgaben bei der Einkommensteuer. Dies führt zu Steuererstattungen bei den GKV-Versicherten und einem sinkenden Steueraufkommen aus der Einkommensteuer für die Gebietskörperschaften. Bei Versicherten mit höheren Einkommen kommt es im Vergleich zum Status quo auch zu Steuerausfällen beim Solidaritätszuschlag, der über einer Freigrenze zusätzlich auf die Einkommensteuerschuld fällig wird (vgl. https://www.iwkoeln.de/studien/martin-beznoska-jochen-pimpertz-maximilian-stockhausen-regionale-belastungseffekte-einer-variation-der-beitragsbemessungsgrenze.html).

Zu Artikel 3 Nr. 6 lit. b, Artikel 5 Nr. 1 lit. a / aa, Artikel 1 Nr. 25 lit. b – § 9 Abs. 1b KHEntgG, § 3 Abs. 3 Satz 5 BPflV, § 71 Abs. 3 SGB V (Vereinbarung des Veränderungswerts durch die Vertragsparteien auf Bundesebene)

Vorgeschlagene Regelungen:

Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren ab dem Jahr 2027 jährlich den Veränderungswert nach folgender Systematik: Überschreitet der vom Statistischen Bundesamt ermittelte Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V, wird der Veränderungswert in Höhe der Veränderungsrate vereinbart; unterschreitet der Orientierungswert die Veränderungsrate, wird der Veränderungswert in Höhe des Orientierungswerts vereinbart. Hierbei gilt, dass die Veränderungsrate ohne die Wirkung der geplanten außerordentlichen Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze ermittelt und in den Jahren 2027 bis 2029 jeweils um einen Prozentpunkt gemindert wird. Der vereinbarte Veränderungswert ist auch für den Bereich der Bundespflegesatzverordnung maßgeblich.

Bewertung:

Die mit dieser Regelung verbundene Streichung der sog. Meistbegünstigungsklausel ist zu begrüßen. Durch die Neuregelung ist sichergestellt, dass es zu keiner Überfinanzierung kommt, wenn die tatsächlichen Kosten der Krankenhäuser (Orientierungswert) geringer als die Veränderungsrate sind. Überdurchschnittliche und nicht zu rechtfertigende Ausgabensteigerungen im Krankenhausbereich können so gedämpft werden.

Zu Artikel 3 Nr. 3 lit. b - § 6a Abs. 2a KHEntgG (Aufgabe des Selbstkostendeckungsprinzip beim Pflegebudget)

Vorgeschlagene Regelungen:

Der Anstieg des Pflegebudgets wird grundsätzlich durch den Veränderungswert begrenzt, so wie beim Landesbasisfallwert und dem Gesamtbetrag von psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern. Eine Überschreitung des Veränderungswertes ist jedoch möglich, soweit die Einhaltung von Personalvorgaben dies erfordert. Bei Überschreiten der vereinbarten durch die tatsächlichen Pflegepersonalkosten erfolgt kein Ausgleich der Mehrkosten, bei Unterschreiten der vereinbarten durch die tatsächlichen Pflegepersonalkosten werden die Minderkosten hingegen vollständig ausgeglichen. Pflegeentlastende Maßnahmen können nicht mehr zusätzlich zu den Pflegepersonalkosten im Pflegebudget berücksichtigt werden.

Bewertung:

Die mit der Neuregelung einhergehende Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip in der Krankenhauspflege ist angesichts der Kostenentwicklung und der strukturellen Fehlanreize durch das Pflegebudget dringend geboten. Wichtig in diesem Zusammenhang ist auch die erfolgte Streichung der zusätzlichen Berücksichtigung sog. pflegeentlastender Maßnahmen, wodurch Doppelfinanzierungen vermieden werden. Die Vorgabe, Beträge für pflegeentlastende Maßnahmen vom für das Jahr 2026 vereinbarten Pflegebudget abzuziehen, um so die Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2027 zu ermitteln, ist folgerichtig.

Kritisch zu bewerten ist allerdings, dass es Ausnahmen für eine Überschreitung des Veränderungswertes geben soll. Dies kann weiterhin zu einer Überfinanzierung von Pflegepersonalkosten und zu einer nicht akzeptablen dynamischen Kostenentwicklung im Bereich der Krankenhauspflege führen. Die Sätze 4 und 6 sollten daher entsprechend geändert werden, um Ausnahmen zur Überschreitung des Veränderungswertes auszuschließen.

Zu Artikel 3 Nr. 3 lit. c, Artikel 3 Nr. 7 lit. d, Art. 5 Nr. 1 lit. b BPflV - § 6a Abs. 4 KHEntgG, § 10 Abs. 5 KHEntgG, § 3 Abs. 4 BPflV (50- bzw. 37,5-prozentige Finanzierung von Tarifsteigerungen oberhalb des Veränderungswerts)

Vorgeschlagene Regelungen:

Die Finanzierung von Tarifsteigerungen oberhalb des Veränderungswerts beim Pflegepersonal und sonstigen Krankenhauspersonal in der Somatik soll zukünftig 50 Prozent des Unterschieds

zwischen dem Veränderungswert und der Tarifrate betragen. Im Psych-Bereich soll die Tarifrefinanzierung auf einen 37,5-prozentigen Anteil herabgesenkt werden.

Bewertung:

Die Finanzierung von Tarifsteigerungen oberhalb des Veränderungswerts auf einen Anteil von 50 bzw. 37,5 Prozent des Unterschieds zwischen dem Veränderungswert und der Tarifrate abzusenken, ist unzureichend. Eine vollständige Aufhebung der Finanzierung von Tarifsteigerungen oberhalb des Veränderungswerts ist zwingend erforderlich, um einen ineffizienten Personalaufbau und -einsatz insbesondere in der Krankenhauspflege zu vermeiden und Doppelfinanzierungen sowie Fehlanreize beim Abschluss der Tarifverträge zu Lasten der Beitragszahler zu unterbinden.

Zu Art. 3 Nr. 6 lit. a / aa - § 9 Abs. 1 Nr. 3 KHEntgG (Prüfung einer Erweiterung der Regelungen zur Fallzusammenführung)

Vorgeschlagene Regelungen:

Die Vertragsparteien auf Bundesebene erhalten den Auftrag, „kritisch zu überprüfen“ (so die Begründung), ob und inwieweit eine Erweiterung der Regelungen zur Fallzusammenführung möglich sind.

Bewertung:

Eine solche bloße Anregung zur Überprüfung der Regelungen zur Fallzusammenführung durch die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene ist nicht ausreichend. Dies bleibt hinter dem konkreten Regelungsvorschlag der FinanzKommission Gesundheit zurück, wonach mit erheblicher Finanzwirkung eine pauschale Fallzusammenführung von Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Ersteinweisung unabhängig vom Krankenhausstandort und der MDC-Kategorie der zusammenzuführenden Fälle eingeführt werden sollte. Die Empfehlung der FinanzKommission ist sowohl wirtschaftlich geboten als auch medizinisch vertretbar, weshalb sie gesetzlich umgesetzt werden sollte. Von einer bloßen kritischen Überprüfung durch die Selbstverwaltungspartner, zumal ohne gesetzlich geregelten Schiedsstellenmechanismus, ist keine substanzielle Veränderung zu erwarten.

Zu Artikel 5 Nr. 1 lit. a / bb - § 3 Abs. 3 Sätze 8 ff. BPflV (Ausgleich für nicht zweckentsprechend eingesetzte Mittel im PEPP-Bereich)

Vorgeschlagene Regelungen:

Ab dem Jahr 2027 sollen Mittel ausgeglichen und der Gesamtbetrag im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum entsprechend abgesenkt werden, wenn eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht vorgenommen wurde oder vereinbarte Mittel nicht zweckentsprechend verwendet wurden. Dies gilt nicht, wenn die Abweichung nur „vorübergehend“ und „nicht dauerhaft“ ist.

Bewertung:

Die Regelung ist konsequent, andernfalls blieben Verstöße gegen Vereinbarungen sanktionslos. Fragwürdig ist allerdings die Verwendung des unbestimmten Rechtsbegriffs

„vorübergehend“ in Satz 10, womit eine Unterschreitung der vereinbarten Stellenzahl oder der zweckwidrigen Mittelverwendung gerechtfertigt und von Sanktionen abgesehen werden kann. Die Regelung sollte bereits im Gesetzestext klarer gefasst werden.

Zu Artikel 4 Nr. 2 lit. b, Artikel 3 Nr. 6 lit. a / dd, Artikel 3 Nr. 5 - § 17b Abs. 2a KHG, § 9 Abs. 1 Nr. 11 KHEntgG, § 8 Abs. 5a KHEntgG (Kurzzeitfallpauschalen)

Vorgeschlagene Regelungen:

Um weiteres Potential für Verweildauerverkürzungen und für eine Ambulantisierung zu heben, sollen neben der in § 115f SGB V geregelten Hybrid-DRG-Vergütung Kurzzeitfallpauschalen für Leistungen mit kurzer Behandlungsdauer von bis zu drei Kalendertagen und maximal zwei Übernachtungen im Krankenhaus eingeführt werden. Mit den Kurzzeitfallpauschalen sollen Fälle erfasst werden, die sich mit der Hybrid-DRG nicht adäquat abbilden lassen. Begründet wird das damit, dass Hybrid-DRG-Fälle im stationären Bereich höhere Kosten verursachen können als im ambulanten Sektor. Einzige klare Vorgabe im Gesetzentwurf ist, dass Kurzzeitfallpauschalen nicht abrechenbar sind, wenn die Leistung im AOP-Katalog aufgeführt ist. Die weiteren Vorgaben sollen verhindern, dass mit der Einführung von Kurzzeitfallpauschalen stationären Fallzahlausweitungen erfolgen. Die Vertragsparteien auf Bundesebene sollen auf Basis eines InEK-Konzeptes die Grundlagen und Ausgestaltung der Kurzzeitfallpauschalen vereinbaren und mit Prüfungen darauf hinwirken, dass keine Ausweitung der Fallmengen in diesem Bereich entsteht sowie die Vergütungshöhe gegebenenfalls anpassen.

Bewertung:

Bislang einziger definierter Ausschlussgrund für die Erbringung einer Kurzzeitpauschale ist die Listung des Eingriffs nach § 115b SGB V. Im Übrigen entsteht ein eigener und neuer Abrechnungsbereich im Krankenhaussektor. Die Trennung zum Fallspektrum des § 115f SGB V und zu sonstigen DRG-Fallpauschalen ist unklar. Durch die Anrechnung von Fällen der Kurzzeitpauschalen auf die Anzahl der Fallzahl für die Mindestfallzahl nach § 115f ist eine Reduzierung der Fallzahl von 1 Mio. Fälle möglich, die in 2026 und 2027 in diesem Abrechnungsbereich erbracht werden soll. Letztlich wird mit dem gesamten Konstrukt die Ambulantisierung von Eingriffen unterlaufen. Die im Gesetz vorgesehenen Prüfaufträge zur Überführung von Eingriffen in den Katalog nach § 115b SGB V bzw. zu Absenkungen der Vergütung für Kurzzeitpauschalen kommen spät und können das Unterlaufen des Ambulantisierungsprozesses nicht verhindern. Die Konstruktion der Kurzzeitfallpauschalen wird absehbar zu komplizierten Abgrenzungsdiskussionen für Fallzuordnungen führen und die Abrechnungslage komplexer gestalten. Auch die Frage der Eingliederung der Kurzzeitfallpauschalen in eine Vorhaltevergütung ist nicht geregelt. In der Gesamtbetrachtung handelt es sich um eine Neukonstruktion, die viele Fragen aufwirft und deren voreilige Einführung gestrichen werden sollte. Denkbar ist ein Prüfauftrag an die Vertragsparteien und das InEK zu der Frage, ob und wie eine solche Regelung für welche Fälle in das Abrechnungssystem integriert werden könnte.

III. Weiterer Änderungsbedarf

Mit dem KHVVG wurden in das SGB V die §§ 137m und 137n aufgenommen, deren Ziel eine Personalbemessung im Krankenhaus für Ärztinnen/Ärzte bzw. weitere Personalgruppen in der unmittelbaren Patientenversorgung ist. Die Regelungen sollen die bestehenden §§ 137k und 137l zur Personalbemessung für die Pflege ergänzen, deren Umsetzung noch in Arbeit ist.

SGB V § 137n Kommission für Personalbemessung im Krankenhaus

Bestehende Regelung

Die Vertragsparteien auf Bundesebene (DKG, GKV-SV, PKV-Verband) sollen eine Kommission mit breiter Beteiligung von zu regulierenden Berufsgruppen in der unmittelbaren Patientenversorgung einrichten und über eine mögliche Personalbemessung beraten. Die Empfehlungen der Kommission sollen die Notwendigkeit der Bemessung prüfen, Ansätze für ein einheitliches Vorgehen unter Berücksichtigung von Digitalisierungsmöglichkeiten darlegen sowie die Wechselwirkungen und Synergieeffekte mit den sonstigen (in Arbeit befindlichen) Personalbemessungsinstrumenten berücksichtigen.

Bewertung:

Mit den genannten Regelungen verfolgte der Gesetzgeber das Ziel, sämtliche Personalgruppen in der direkten Patientenversorgung dezidiert zu bemessen und zu regeln. Die hohe Komplexität dieses Unterfangens wird in der Gesetzesbegründung (allerdings nur unvollständig) adressiert. Es besteht eine große Variabilität beim individuellen Versorgungsaufwand je nach Patient mit seiner spezifischen Erkrankungssituation, für die die behandelnden Krankenhäuser unterschiedliche Konzepte einsetzen. Eine einheitliche Regelung über alle Krankenhäuser hinweg würde zu erheblichen Verwerfungen und Fehlanreizen führen und liefe einem zielgerichteten Einsatz von Personalkapazitäten entgegen. Auch die Berücksichtigung von Wechselwirkungen zwischen Personalausstattungen bei Ärzten, Pflege und weiteren Berufsgruppen wird in standardisierten Bemessungsinstrumenten nicht sachgerecht erfolgen können. Jede Anpassung an einem System bzw. Subsystem zieht automatisch Korrekturnotwendigkeiten an den weiteren nach sich. Der bürokratische Aufwand für die Erfassung und Bemessung, interprofessionelle Justierung sowie Behebung von Fehlallokation steht in keinem Aufwand zu den erhofften Vorteilen für die Berufsgruppen und Patienten.

Der PKV-Verband spricht sich deshalb nachdrücklich für eine Streichung des § 137n SGB V aus.

§ 137m Bemessung des ärztlichen Personals im Krankenhaus; Verordnungsermächtigung

Bestehende Regelung und Umsetzungsstand:

Das BMG beauftragt in Abstimmung mit der Bundesärztekammer die Erprobung einer bedarfsgerechten ärztlichen Personalausstattung in Abteilungen der somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern. Auf Grundlage der Ergebnisse kann das BMG eine Verordnung zur ärztlichen Ausstattung in Krankenhäusern erlassen. Im Laufe des Jahres 2025 wurde das nach Abs. 2 vorgesehene Erprobungsverfahren für die ärztliche Personalausstattung durchgeführt.

Als Bemessungsinstrument wurde das von der Bundesärztekammer entwickelte System ÄPS-BÄK bestimmt. Der Abschlussbericht des Auftragnehmers (KPMG) liegt vor und ist über die Homepage des BMG abrufbar.

Bewertung

Der Abschlussbericht benennt in der Zusammenfassung verschiedene bedeutsame Limitationen für die Auswertung der Daten und bei den Ergebnissen. Dazu gehören insbesondere die bedingte Validität bei den Zeitangaben innerhalb der ÄPS-BÄK-Systematik und eine hohe Unsicherheit bei der Interpretation von konkreten Informationsanforderungen. Zwischen unterschiedlichen Krankenhäusern führte die fehlende Standardisierung dazu, dass keine einheitlichen Ergebnisse gewährleistet werden können. Trotz Datenbereinigung blieb die Streuung der durch ÄPS-BÄK errechneten Personalkennzahlen groß, was die Vergleichbarkeit der Ergebnisse zwischen Fachabteilungen erschwerte und eine starke Bereinigung der Berechnungsresultate erforderte. In der Gesamtschau der 37 auswertbaren Krankenhäuser lag die vorhandene Personalzahl Ärzte (IST) im Mittelwert bei 128 Prozent der durch das Instrument bestimmten Zielwerte (SOLL). Die Streubreite dieser zentralen Kennzahl ist enorm und reicht von 64 Prozent bis 176 Prozent, die größte Streuung („Ausreißer“) liegen bei 24 Prozent bzw. 322 Prozent. Auch die Ärzteschaft selbst räumt ein, dass „ÄPS-BÄK für den gesetzlichen Zweck noch nicht ausreichend geeignet sei.“ (vgl. Frau Dr. Johna, Vorsitzende Marburger Bund, Dt. Ärzteblatt vom 15. Mai 2026). Konsequenterweise hat das BMG von der Möglichkeit einer Rechtverordnung zur Bestimmung der in bestimmten Abteilungen jeweils einzusetzenden Ärztinnen und Ärzte bislang keinen Gebrauch gemacht.

Die oben ausgeführten kritischen Argumente zum § 137n sind grundsätzlich auch für den 137m zutreffend. Der PKV-Verband spricht sich deshalb für eine Streichung des § 137m SGB V aus.

Weitere Konsequenzen für die Vorhaltevergütung für Krankenhäuser

Personal stellt den größten Anteil der Kosten für Krankenhäuser dar. Es spielt auch bei der Berechnung der geplanten Vorhaltevergütung eine zentrale Rolle, da diese um Sachkosten bereinigt wird. Die beschriebene Unschärfe der Instrumente, die mit den §§ 137m und 137n SGB V begründet werden sollen, stützt die schon im Rahmen des KHVVG durch den PKV-Verband erhobene Forderung nach Streichung der Vorhaltevergütung, mindestens aber einer deutlichen Reduktion ihrer Höhe.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)92(60)
gel. VB zur öffent. Anh. am
22.06.2026 - GKV
22.06.2026

Die Arzneimittel Importeure
Import-Arzneimittel – Originale zum besten Preis

Die Arzneimittel-Importeure e.V. • Im Holzhau 8 • D-66663 Merzig

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Platz der Republik 1
11011 Berlin

18.06.2026

Stellungnahme zur Anhörung des Gesundheitsausschusses am 22.06.2026 zum Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz) auf Drucksachen-Nr. 21/6130

Vorbemerkung

Als unabhängige Arzneimittel-Distributeure nutzen wir die Preisunterschiede in Europa und machen sie für deutsche Krankenkassen und Patienten nutzbar. Gerade im Markt patentgeschützter Arzneimittel ermöglichen wir einen Preiswettbewerb, der ohne uns nicht existieren würde. Damit zwingen wir die Hersteller bereits bei der Markteinführung, geringere Preise anzubieten und frühzeitig Rabattverträge abzuschließen, was sie ansonsten als Monopolisten nicht täten. Daraus resultieren indirekte Einsparungen von jährlich 5,85 Mrd. Euro (2025). Hinzu kommen Einsparungen aus europäischen Preisunterschieden sowie die von den Unternehmen unserer Branche im Rahmen von Rabattverträgen gewährten, preiswirksamen Abschläge zugunsten der gesetzlichen Krankenkassen in Höhe von weiteren rund 840 Mio. Euro (2025). Zudem erhöhen die rund 60 Arzneimittelimporteure die Angebotsvielfalt in Deutschland erheblich und tragen damit maßgeblich zur Vermeidung von Knappheiten bei.

Dynamisierter und erhöhter Herstellerrabatt

Grundsätzlich leistet die Pharmaindustrie bereits heute einen erheblichen Beitrag zur Stabilisierung der GKV-Finanzen. Unsere Branche trägt hierzu durch Wettbewerb bei, der auf der Nutzung europäischer Preisdifferenzen beruht. Zusätzliche Abschläge können daher ausschließlich aus den verbleibenden Preisdifferenzen finanziert werden.

Vor diesem Hintergrund halten wir eine maßvolle und zeitlich befristete Erhöhung des Herstellerabschlags um die für das erste Halbjahr 2027 vorgesehenen 3,5 % als kurzfristige Stabilisierungsmaßnahme für darstellbar.
Eine zusätzliche Dynamisierung ab dem 01.07.2026 auf Basis der dann 10,5 % mit einem jährlich neu festzulegenden nachgelagerten Ausgleich des Deltas zwischen Soll- und Ist-Ausgaben des Vorjahres würde hingegen zu einem unkalkulierbaren Kostenrisiko führen. Sie ist aus unserer Sicht weder für Hersteller noch für Importeure darstellbar und auch nicht sachgerecht. Mittel- bis langfristig würden dadurch die positiven Effekte des Importmarktes erheblich beeinträchtigt.

Die Arzneimittel-Importeure e.V.
Im Holzhau 8
D-66663 Merzig

Phone: +49 (0) 6867/920-1301
Fax: +49 (0) 6867/920-1303
Url: die-arzneimittel-importeure.de

Vorstandsvorsitzender:
Jörg Geller

Stellvertretende Vorsitzende:
Dr. Friederike Hrubesch-Mohringer
Dirk Oltersdorf
Martin Kalveram
Mike Goorman

Bank 1 Saar eG
IBAN: DE36591900000041829010
BIC: SABADE5S

AG Merzig
Vereinsregister 1178

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Derzeit wird zudem über eine Erweiterung der sogenannten Standortklausel des Gesetzentwurfs diskutiert, nach der pharmazeutische Unternehmen bei der Höhe des Herstellerrabattes bessergestellt werden könnten, sofern sie in Deutschland Wertschöpfung generieren sowie Arbeitsplätze sichern und schaffen. Als Branche mittelständischer pharmazeutischer Unternehmen mit Standort in Deutschland würden wir einen solchen „Deutschlandrabatt“ im Grundsatz als sinnvolle Entlastung begrüßen.

Auch im Bereich der Impfstoffe erscheint eine zeitlich befristete Anpassung um 3,5 % grundsätzlich vorstellbar. Weitergehende Belastungen könnten von der Branche nicht mehr kompensiert werden; das Sortiment würde langfristig schrumpfen und die Einsparungen entsprechend zurückgehen.

Jüngst diskutierte zusätzliche Erhöhungen um 5, 7 oder mehr Prozentpunkte als kurzfristiger Ausgleich für einen Wegfall der Dynamisierung sind aus unserer Sicht nicht darstellbar und kontraproduktiv. Die daraus ableitbaren negativen Beschäftigungseffekte würden der GKV laufende Einsparungen sowie weitere Einsparpotenziale entziehen.

Arzneimittel-Importeure erzielen rund 50 % ihres Umsatzes und gut die Hälfte der direkten Einsparungen mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln aus Rabattvertragsartikeln. Diese verursachen für die Branche durchschnittliche Kosten von rund 12 %. Da zusätzliche Rabatte in einer Größenordnung von 5 %, 7 % oder mehr nicht darstellbar sind, müssten entsprechende Rabattverträge gekündigt werden und Importeure würden aus der Versorgung ausscheiden. Die GKV erhielte in diesem Fall statt durchschnittlich 12 % lediglich rund 8,5 %, was zu deutlichen Mindereinsparungen führen würde.

Bei Rabattverträgen für patentgeschützte Arzneimittel ist daher entscheidend, dass sie weiterhin grundsätzlich über den Open-House-Mechanismus eine sachgerechte und transparente Kalkulation ermöglichen.

Exklusive Rabattverträge bei Gruppen „therapeutisch vergleichbarer“ Arzneimittel

Das Sparinstrument der Rabattverträge darf zudem nicht zu einer Verschlechterung der Versorgungssicherheit führen. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn Krankenkassen exklusive Rabattverträge mit nur einem Hersteller abschließen. In solchen Konstellationen steht den Versicherten jeweils nur ein Medikament zur Verfügung. Fällt dieser Hersteller aus, verschlechtert sich die Versorgungssituation für alle Versicherten der betreffenden Krankenkasse. Gleichzeitig bauen die nicht berücksichtigten Hersteller Produktionskapazitäten ab, was die Versorgungssicherheit weiter reduziert.

Auch im Hinblick auf die Versorgungsqualität sind verschreibungspflichtige Arzneimittel mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung nicht mit wirkstoffgleichen Generika gleichzusetzen. Wenn Kostenträger solche Gruppen festlegen dürfen, wird die individuelle Therapiefreiheit der Ärzte eingeschränkt, das System des Zusatznutzens und der Therapiegenauigkeit ausgehöhlt und einseitig am niedrigsten Preis ausgerichtet. Der sogenannte Generika-Fehler darf sich im Patentmarkt nicht wiederholen.
Konstruktionen, die unterschiedliche Patentwirkstoffe bündeln, sind für Importeure nicht kalkulierbar und daher als unzweckmäßige einseitige Belastung abzulehnen.

„Automatische“ Preis-Mengen-Regelung

Bereits heute können die Vertragspartner mengenbezogene Aspekte verhandeln. Eine Verpflichtung hierzu und insbesondere eine automatische Regelung bei Nichteinigung verschiebt die Verhandlungsmacht eindeutig zugunsten der Kostenträger und belastet die pharmazeutischen Unternehmen, die bei Rx-Präparaten die Absatzmenge im Übrigen nicht zu verantworten haben.
Preis-Mengen-Mechanismen müssten zudem die Besonderheiten des Importmarktes berücksichtigen. Im Gegensatz zu industriellen Beschaffungsstrukturen entstehen für Importeure keine Skaleneffekte. Typischerweise steigt vielmehr der durchschnittliche Einkaufspreis mit zunehmender Menge, da zunächst in den günstigsten Märkten eingekauft wird und anschließend schrittweise auf teurere Märkte ausgewichen werden muss.

Fazit

Zusammenfassend sollten kurzfristige Stabilisierungsmaßnahmen für das Jahr 2027 im Sinne der Gesamtreform zeitlich befristet sein und keine bestehenden Strukturen vorschnell beschädigen, die bislang erheblich zu Einsparungen beigetragen haben. In einem zweiten Schritt ist die Struktur der heutigen GKV-Finanzierung grundlegend zu überprüfen.
Sozial- und familienpolitisch motivierte Belastungen der GKV müssen vollständig aus dem allgemeinen Steueraufkommen finanziert werden.