Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 28.11.2025 an die FinanzKommission Gesundheit

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

Inhaltsverzeichnis

1	**Vorbemerkung**	**4**
2	**Krankenhausversorgung**	**12**
2.1	*Dauerhafte Streichung der Meistbegünstigungsklausel (Veränderungswert)*	12
2.2	*Streichung voller Korridor (Veränderungswert)*	14
2.3	*Streichung der zusätzlichen „vollen Tarifrefinanzierung“*	16
2.4	*Effizienzreserven heben: Normierung des DRG-Systems*	17
2.5	*Vorhaltefinanzierung – Streichung des zusätzlichen Fördertöpfe*	19
2.6	*Pflegebudget: Anpassungen der unbegrenzten Selbstkostendeckung*	20
2.7	*Pflegebudget: Streichung der pauschalen Finanzierung der pflegeentlastenden Maßnahmen*	22
2.8	*Streichung der Zusatzentgelte für Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 im Krankenhaus*	23
2.9	*Abrechnungsprüfung: Streichung der Prüfquote*	24
2.10	*Fallzusammenführung 30 Tage*	25
2.11	*Begrenzung der Budgetsteigerungen in Psychiatrie und Psychosomatik*	27
2.12	*Gesamtbudget für psychiatrische Behandlung am Krankenhaus*	29
2.13	*Einführung von Kurzzeitfallpauschalen*	31
2.14	*Investitionskostenfinanzierung: Ausschluss der Querfinanzierung*	32
2.15	*Ausbildungsumlage Pflegeberufegesetz, Pflegeassistenzeinführungsgesetz, Krankenhausfinanzierungsgesetz*	33
3	**Arzneimittel**	**34**
3.1	*Anwendung des reduzierten Umsatzsteuersatzes auf Arzneimittel*	34
3.2	*Solidarbeitrag der pharmazeutischen Unternehmer in Form eines erhöhten Herstellerrabattes*	35
3.3	*Preisstabilität und Wettbewerbsstärkung im Impfstoffmarkt*	36
3.4	*Geltung des Erstattungsbetrags*	37
3.5	*Opt-Out-Recht für den GKV-Spitzenverband*	38
3.6	*Soll-Regelung bei Preisobergrenze streichen*	39
3.7	*Erhalt und Weiterentwicklung der Leitplanken zur Bestimmung des Erstattungsbetrages*	40
3.8	*Leitplanken-Ausnahme streichen*	42
3.9	*Interimspreis*	43
3.10	*Vertragskatalog*	44
3.11	*Verbindliche Ausweitung und Umsetzung der Preis-Mengen-Regelung*	45

3.12	*Kombi-Abschlag I: Geltung erweitern, Einschränkungen für G-BA streichen*	46
3.13	*Kombi-Abschlag II: Feststellung der Kombination durch Markierung des Arztes*	47
3.14	*Vollumfängliche Anwendung des Erstattungsbetrags im Krankenhaus*	48
3.15	*Vertraulichen Erstattungsbetrag streichen*	49
3.16	*Explizite Kopplung von AMNOG an Ziel der Beitragssatzstabilität*	50
3.17	*Sektorenübergreifende Effizienzsteigerungen durch bessere Daten*	51
3.18	*Volle Nutzenbewertung bei Orphan Drugs einführen*	52
3.19	*Pharmazeutische Dienstleistungen*	53
4	**Ambulante Versorgung**	**54**
4.1	*Budgetierung von Leistungen der Haus- und Kinderärzte*	54
4.2	*Beseitigung eines Methodenfehlers bei der Entbudgetierung kinderärztlicher vertragsärztlicher Leistungen*	56
4.3	*Streichung der Vergütungsregelungen zur Terminvermittlung*	58
4.4	*Bereinigung der extrabudgetär geförderten vertragsärztlichen Leistungen bei Terminvermittlung*	60
4.5	*Aufhebung des Kontrahierungszwangs nach § 73b SGB V*	62
4.6	*Digitale Gesundheitsanwendungen: Aufhebung von initialer Preisfreiheit und Erprobungsregelung*	63
4.7	*Psychotherapeutische Versorgung*	64
5	**Hilfsmittelversorgung**	**65**
5.1	*Rechtssichere Ausgestaltung der Festsetzung von Festbeträgen für Hilfsmittel*	65
5.2	*Ermäßigter Umsatzsteuersatz für alle Hilfsmittel*	66
5.3	*Wiedereinführung der Ausschreibungsoption*	67
5.4	*Lebensdauer von Hilfsmitteln transparent gestalten*	68
6	**Weitere Themenfelder**	**69**
6.1	*Heilmittel: Vergütungsanpassungen planbar gestalten*	69
6.2	*Heilmittel: Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung nach § 125a SGB V (sogenannte Blankoverordnung)*	70
6.3	*Innovationsfonds: Reduktion des Fördervolumens und Fokussierung auf Projekte zur Effizienzsteigerung*	71
6.4	*Reduktion der Über- und Fehlversorgung bei invasiven Eingriffen*	73
6.5	*Erbringung von Leistungen im Krankenhaus ohne belegten medizinischen Nutzen beenden*	75
6.6	*Beendigung der Vollfinanzierung von Erprobungsstudien durch die GKV*	77

1 Vorbemerkung

Einschätzungen zur Finanzlage

Kernthema der aktuellen und zukünftigen Finanzlage und -entwicklung der GKV ist die Frage, ob und inwieweit es gelingen kann, die Dynamik der Leistungsausgaben mit der Dynamik der Hauptquelle der Finanzierung, den beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder, in Einklang zu bringen. Das ist in der Vergangenheit verschiedentlich gelungen, insbesondere in Jahren, in denen gesetzliche Ausgabenbegrenzungsmaßnahmen vorübergehend wirksam ein- und umgesetzt wurden. Dennoch muss man für den Zeitraum von 2010 bis zu den aktuellen Prognosejahren des letzten GKV-Schätzerkreises (2025 und 2026) feststellen, dass die Dynamik der Leistungsausgaben jahresdurchschnittlich um 1,0 Prozentpunkte über der Dynamik der beitragspflichtigen Einnahmen (im Folgenden kurz: bpE) lag. Von 2020 bis 2026 liegt die Zunahme der Leistungsausgaben sogar um 1,6 Prozentpunkte höher als die Zunahme der bpE.[1] In der Folge ist das ausgabendeckende Beitragssatzniveau (allgemeiner Beitragssatz zuzüglich durchschnittlicher ausgabendeckender Zusatzbeitragssatz) immer weiter gestiegen – von 15,0 % im Jahr 2010 auf 17,3 % im Jahr 2025.

Kurzfristige Perspektive

Für 2026 wird mit Bundesdarlehen in Höhe von insgesamt 4,6 Mrd. Euro[2] – und mit der Verschiebung der Rückzahlung eines Ende 2026 fälligen früheren Darlehens an den Gesundheitsfonds in Höhe von 1 Mrd. Euro – sowie einem Sparpaket mit einem angestrebten Entlastungsvolumen in Höhe von 2 Mrd. Euro das Ziel verfolgt, den weiteren Anstieg auf das aktuelle Niveau der erhobenen Beitragssätze von 17,5 % (bzw. einem durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz von 2,9 %) zu begrenzen. Die fortbestehende Notwendigkeit zur Auffüllung der Mindestrücklagen wird jedoch viele Krankenkassen auch bei Erreichen dieser Zielsetzung zu Zusatzbeitragssatzanpassungen zwingen, deren konkrete Höhe im November 2025 allerdings noch nicht abzusehen ist. Da auch im Folgenden keine belastbaren Annahmen über den Aufbau von Finanzreserven oder deren Einsatz zur Stabilisierung der kassenindividuellen Zusatzbeitragssätze getroffen werden können, beziehen sich die weiteren Ausführungen auf die Entwicklung der GKV-durchschnittlich ausgabendeckenden Beitragssätze, von denen vereinfachend angenommen wird, dass diese auch erhoben werden.

Im Jahr 2027 wird es wieder zu einem deutlichen Beitragssatzanstieg kommen, wenn nicht erneute kurzfristig finanzwirksame Maßnahmen getroffen werden. Zum einen entfällt 2027 die entlastende Wirkung der Darlehen und des Sparpakets. Zum anderen sind bei der im Oktober 2026 nach § 271

[1] Hierbei sind für 2026 sowohl das Sparpaket von 2 Mrd. Euro im Rahmen des Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege als auch die Rechnungszuschläge als Mittel zur Auszahlung der Soforttransformationskosten an die Krankenhäuser – finanziert aus den ergänzenden Bundeszuschüssen – bereits aus der Ausgabenentwicklung herausgerechnet.

[2] Mit dem bereits in 2025 gewährten Darlehen in Höhe von 2,3 Mrd. Euro (geregelt in § 13 Abs. 4 Haushaltsgesetz 2025) und der verschobenen Rückzahlung des Darlehens aus dem Jahr 2023 (siehe § 13 Abs. 5 Haushaltsgesetz 2026 i. V. m. § 12 Abs. 4 Satz 1 Haushaltsgesetz 2023) wird eine Kürzung der Zuweisungen für 2026 aus dem Gesundheitsfonds vermieden. Das im Haushaltsjahr 2026 gewährte Darlehen in Höhe von 2,3 Mrd. Euro (§ 13 Abs. 4 HG 2026) fließt den Krankenkassen über erhöhte Zuweisungen entlastend zu. Die Rückzahlung der Darlehen erfolgt mit 1 Mrd. Euro jeweils in den Jahren 2029 bis 2032, in 2033 ist vom Gesundheitsfonds eine Rückzahlung in Höhe von 1,6 Mrd. Euro zu leisten.

Abs. 2 SGB V erforderlichen Ermittlung der Mindesthöhe der Liquiditätsreserve des Jahres 2027 (zum Stichtag 15.01.2028) erstmalig neben den monatlichen Ausgaben des Gesundheitsfonds auch die Aufwendungen für die Durchführung des Einkommensausgleichs zu berücksichtigen. Mit einer allein hierdurch um rd. 1,3 Mrd. Euro höheren Mindestreserve müssen die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für 2027 gekürzt werden. Sollte es gelingen, eine im Jahr 2026 noch um 1,8 Prozentpunkte[3] über der Dynamik der bpE liegende Steigerung der Leistungsausgaben im Jahr 2027 auf den langfristigen Durchschnitt von 1,0 Prozentpunkten zu begrenzen, ergäbe sich für 2027 ein ausgabendeckendes Beitragssatzniveau von 18,0 % (der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz steigt dabei auf 3,4 %). Läge die Ausgabendynamik jedoch 1,5 Prozentpunkte über der bpE-Entwicklung, wäre ein Anstieg um weitere 0,1 Beitragssatzpunkte auf 18,1 % (bzw. 3,5 % beim durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz) die Folge.

Langfristige Perspektive (Modellrechnung)

Vor dem Hintergrund der rückblickend festgestellten Einnahmen-Ausgaben-Entwicklung ist in einer *ceteris paribus*-Modellrechnung, d. h. in einer Welt, in der sich Rahmenbedingungen nicht durch außerhalb des Modells liegende Einflüsse ändern, für die mittlere und längere Frist mit einer Entwicklung der Leistungsausgaben in der Spanne von 1,0 bis 1,5 Prozentpunkten oberhalb der Entwicklung der bpE zu rechnen.

Für die mittlere und lange Frist ist außerdem die demografische Entwicklung mit ihrer Wirkung auf die Einnahmen und Ausgaben der GKV zu berücksichtigen. Eine alternde GKV-Bevölkerung wirkt sich mit einem schrumpfenden Erwerbspersonenpotenzial und steigendem Rentneranteil allmählich bremsend auf die Einnahmenentwicklung aus. Gleichzeitig bedeutet ein Zuwachs an älteren Menschen, dass die mit dem Alter steigenden Leistungsausgaben sich (schleichend) in steigenden Pro-Kopf-Ausgaben niederschlagen. Zuwanderung hingegen sorgt für eine relative Verjüngung der Versichertenpopulation und im Falle sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung für Entlastung auf der Einnahmenseite. Gleichzeitig sind Nettozugänge in die GKV auf der Ausgabenseite als Versicherte mit (unterdurchschnittlichen) Leistungsausgaben zu berücksichtigen. Zur Berücksichtigung der Demografie wurden alternative Modellrechnungen bis zum Jahr 2040 auf der Grundlage der 15. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung von Destatis und mit den zentralen Annahmen aus dem Rentenbericht 2024 durchgeführt.

Aus der amtlichen Mitglieder- und Versichertenstatistik KM 6, die Mitglieder-, Familienversicherte und KVdR-Rentner[4] zum Stichtag 01.07. nach Altersgruppen ausweist, konnten aus der Betrachtung vergangener Entwicklungen weitere Erkenntnisse gewonnen werden, die in die Modellrechnungen mit Fortschreibungen in die Zukunft eingeflossen sind. Für die Finanzentwicklung der GKV positiv ist dabei, dass der Anteil der volljährigen Familienversicherten an den Versicherten in bestimmten Altersgruppen beständig zugunsten der Gruppe der Mitglieder abnimmt, d. h. der Anteil der Beitragszahlenden an der Versichertenpopulation wächst. Ebenfalls günstig ist, dass der Anteil der Mitglieder mit Status ‚KVdR-

[3] Ohne den in 2027 entfallenden Rechnungszuschlag von 3,25 % zur Weiterleitung der Soforttransformationskostenentlastung an die Krankenhäuser. Der Schätzerkreis prognostiziert für 2026 mit Rechnungsaufschlag einen Leistungsausgabenanstieg um 6,8 % und eine Steigerung der bpE in Höhe von 4,0 %.

[4] Versicherungspflichtige Bezieher gesetzlicher Renten und Rentenantragsteller nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nr. 11 SGB V.

Rentner'[5] in den Altersgruppen 60 bis 70 Jahre beständig schrumpft. Mit Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung werden KVdR-Rentner in der Statistik als Beschäftigte (AKV-Mitglied) geführt, d. h. ein schrumpfender Anteil spricht für eine erhöhte Aufnahme einer Erwerbstätigkeit dieser Gruppe. In den genannten Altersgruppen findet aber auch ein späterer Rentenzugang statt (einerseits durch weniger Frühverrentungen, andererseits durch den nach Alterskohorten gestaffelten, späteren Rentenzugang). Einnahmen aus Versorgungsbezügen, die in der amtlichen Statistik dem Bereich der AKV-Mitglieder zugeordnet werden, wurden im Rahmen der Modellrechnungen als Einnahmen der Rentner berücksichtigt, um dem wachsenden Rentneranteil relevante Einnahmen zurechnen zu können.

Trotz dieser, die Finanzentwicklung begünstigenden Fortschreibungen ist insgesamt festzustellen, dass die demografische Entwicklung die aus der Einnahmendynamik erwachsenden Verteilungsspielräume[6] mit um 0,2 bis 0,4 Prozentpunkte niedrigeren jährlichen Zuwachsraten der Gesamt-bpE reduziert. Auf der Ausgabenseite der Modellrechnungen wirkt sich die demografische Entwicklung mit einer Erhöhung der jährlichen Veränderungsraten der Leistungsausgaben in ähnlichen Größenordnungen aus.

Aufgrund der zu Anfang dargelegten Erfahrungen mit dem Auseinanderliegen von bpE-Dynamik und Dynamik der Leistungsausgaben wird mittel- bis langfristig mit einem Überschreiten der Einnahmendynamik durch das Wachstum der Leistungsausgaben in einem Korridor zwischen 1,0 und 1,5 Prozentpunkten gerechnet. Die Modellberechnungen ergeben für die Jahre 2030[7] und 2040 folgende Wirkungen auf die ausgabendeckenden Beitragssätze bzw. die durchschnittlichen ausgabendeckenden Zusatzbeitragssätze:

Im mittleren Szenario[8] der 15. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung von Destatis ergibt sich für 2030 eine Spannbreite der ausgabendeckenden Beitragssätze von 18,7 % bis 19,1 % (bzw. der ausgabendeckenden Zusatzbeitragssätze zwischen 4,1 % und 4,5 %). Zum Vergleich: Für 2026 wurde vom GKV-Schätzerkreis ein ausgabendeckender Zusatzbeitragssatz von 2,9 % erwartet.

Für das Jahr 2040 liegt die Spannbreite der im Modell errechneten ausgabendeckenden Beitragssätze mit 21,0 % bis 22,5 % - bzw. zwischen 6,4 % und 7,9 % für das Zusatzbeitragssatzniveau - deutlich weiter auseinander. Diese ‚Endwerte' würden jedoch nur erreicht, wenn die Steigerung der Leistungsausgaben durchgängig in jedem Jahr entweder um 1,0 oder um 1,5 Prozentpunkte über der Entwicklung der

[5] Bei entsprechenden Vorversicherungszeiten genießen sogenannte KVdR-Rentner (kurz für Krankenversicherung der Rentenbeziehenden) den Vorteil, dass sie Beiträge nur auf die gesetzliche Rente und auf Versorgungsbezüge zahlen, während gesetzlich versicherte Rentenbeziehende, die diesen Status nicht erlangen, bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze Beiträge auf alle Einkünfte zahlen müssen. Die KVdR-Rentner werden in der Mitgliederstatistik separat aufgeführt, während der geringe Anteil der Rentner, die diesen Status nicht besitzen, als AKV-Mitglied (kurz für Allgemeine Krankenversicherung) in der Statistik ‚untergehen'.

[6] Gegenüber der hypothetischen Annahme einer nach Altersstruktur und Größe konstanten GKV-Bevölkerung.

[7] Im Jahr 2030 zahlt der Gesundheitsfonds im Rahmen der Darlehensrückzahlung 1 Mrd. Euro an den Bund, mit einer entsprechenden Kürzung der Zuweisungen an die Krankenkassen.

[8] Annahmen: Moderate Geburtenrate, moderate Erhöhung des Lebensalters, moderate Zuwanderung (ab 2033 mit Nettozuwanderung von 250.000 Personen).

beitragspflichtigen Einnahmen läge. Die „Realität“ im ceteris paribus-Modell wird sich dazwischen abbilden.

Da das mittlere Szenario der Bevölkerungsvorausberechnung die Bevölkerungsgröße im Jahr 2024 bereits um über 1 Mio. Köpfe überschätzt und die Annahmen zur Zuwanderung sich weder mit der aktuell geringen Nettozuwanderung noch mit der Entwicklung der gesellschaftlichen und politischen Grundhaltung zur Migrationsfrage in Deckung bringen lassen, wurde zusätzlich das ungünstigere Szenario[9] von Destatis den Modellrechnungen zugrunde gelegt. In diesem Fall ergibt sich eine leicht ungünstigere Entwicklung: Für 2030 liegt die Spannbreite der ausgabendeckenden Beitragssätze bei 18,8 % bis 19,1 % (respektive der ausgabendeckenden Zusatzbeitragssätze bei 4,2 % bis 4,5 %). Für das Jahr 2040 ergibt sich eine Spannbreite von 21,2 % bis 22,7 %, mit ausgabendeckenden Zusatzbeitragssätzen von 6,6 % bis 8,1 %. Auch hier gilt der Hinweis, dass diese Randwerte lediglich den Raum möglicher Entwicklungen eingrenzen.

Die Modellrechnungen erfolgen unter der Annahme sonst unveränderter Rahmenbedingungen (ceteris paribus). Sie stellen keine langfristige Beitragssatzprognose dar. Sie dienen dem Zweck, gegenüber der FinanzKommission Gesundheit eine Einschätzung zur Dimension des erforderlichen Reformbedarfs abzugeben. In der Realität unterliegen die Rahmenbedingungen – insbesondere durch permanente gesetzgeberische Weiterentwicklungs- und Anpassungsmaßnahmen, durch konjunkturelle Entwicklungen sowie durch diskretionäre und stetige strukturelle Veränderungen – einer hohen Dynamik. Die Modellierung verdeutlicht aber aus diesseitiger Sicht, dass es für den Erhalt der Leistungsfähigkeit einer beitragsfinanzierten Krankenversicherung erheblicher Anstrengungen bedarf, den ausgabenseitigen Finanzierungsdruck mit strukturellen Maßnahmen für einen insgesamt ressourcenschonenderen Mitteleinsatz erheblich zu reduzieren.

Gelingt es der Gesundheitspolitik nicht, die Dynamik der Leistungsausgabenentwicklung grundlegend mit dem sich ohnehin aus demografischen Gründen schleichend verringernden Spielraum der Einnahmenzuwächse in Einklang zu bringen, drohten den Modellrechnungen zufolge jährliche Beitragssatzsteigerungen in Größenordnungen eher von 0,3 als 0,2 Beitragssatzpunkten und verlangten Jahr für Jahr kleinteilige gesetzgeberische Eingriffe.

Reformfokus muss auf die Ausgabenentwicklung gerichtet werden

Mit Blick auf die oben skizzierte Entwicklung der Leistungsausgaben der Krankenkassen, mit der die Einnahmenentwicklung – bei konstantem Beitragssatzniveau und stagnierendem bzw. schrumpfenden Bundesmitteln – nicht Schritt halten kann, muss das Hauptaugenmerk der Reformbemühungen auf die Steuerung bzw. Verringerung der Ausgabenentwicklung gerichtet werden. Hier gilt es, in den einzelnen Versorgungsbereichen Reformen anzustoßen, die geeignet sind, bestehende ökonomische Fehlanreize zu beseitigen und ineffiziente Strukturen aufzubrechen. Ziel muss es sein, mit dem gegebenen Beitragsaufkommen, welches auch bei einem konstanten Beitragssatzniveau mit der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder (Grundlohn- und Rentensumme) stetig zunimmt, eine ausreichende und zweckmäßige Versorgung der Versicherten gewährleisten zu können. Das vom Gesetzgeber vorgegebene Wirtschaftlichkeitsgebot, das Krankenkassen, Leistungserbringende und

[9] Annahmen: Moderate Geburtenrate, moderate Lebenserwartung, geringere Zuwanderung (ab 2033 mit 150.000 Nettozuwanderung).

Versicherte gleichermaßen bindet, schließt grundsätzlich eine ineffiziente Gewährung, Erbringung und Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus. Dies gilt etwa für die Erbringung von Leistungen mit fehlendem Wirksamkeitsbeleg, für die Erbringung von Leistungen durch nicht hinreichend qualifizierte oder ausgestattete Leistungserbringer oder für die Zahlung von Vergütungen oder Vergütungsbestandteilen, denen keine adäquate (Mehr-)Leistung, kein patientenrelevanter Nutzen gegenübersteht. Dies gilt auch für die Gewährung von Leistungen, die über das nach ärztlicher Feststellung notwendige Maß hinausgehen.

Auch im internationalen Vergleich zeigt sich konstant, dass Deutschland sehr erhebliche Mittel für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung aufwendet und – gemessen an patientenrelevanten Endpunkten – nur unterdurchschnittliche Ergebnisse erzielt.[10]

Maßnahmenvorschlag zur Umsetzung einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik

Flankierend plädiert der GKV-Spitzenverband dafür, die bereits im Sozialgesetzbuch für alle Vergütungsvereinbarungen angelegte Regelung einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik (Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 SGB V) zu stärken bzw. gesetzlich neu zu regeln.

Nach § 71 SGB V haben die Verhandlungspartner der Krankenkassen und Leistungserbringenden ihre Vergütungsvereinbarungen grundsätzlich so zu gestalten, dass Beitragssatzerhöhungen ausgeschlossen werden. Entsprechend dürfen vereinbarte Vergütungssteigerungen die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied (Grundlohnrate) grundsätzlich nicht überschreiten. Der Grundsatz soll sicherstellen, dass sich die Vergütungszuwächse an der Einnahmenentwicklung bei konstantem Beitragssatzniveau orientieren. Die Honorare und Vergütungen der Leistungserbringenden sollen also grundsätzlich nicht stärker steigen als die Einkommen der GKV-Mitglieder.

Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität wird allerdings durch eine Vielzahl von Ausnahmeregelungen aufgehoben (z. B. in § 125 Absatz 3 Satz 3 SGB V für die Heilmittelversorgung) oder eingeschränkt (z. B. durch zusätzlich zu berücksichtigende Kriterien, siehe beispielhaft § 85 Abs. 3 Satz 2 SGB V für die vertragszahnärztliche Gesamtvergütung oder § 134a Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB V für die Hebammenversorgung).

Im Ergebnis wird der Einfluss des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität auf die Entwicklung der Vergütungssteigerungen (Preiskomponente) spürbar eingeschränkt (hinzu kommen die grundsätzlichen Limitationen des Grundsatzes im Hinblick auf die Entwicklung der Leistungsmengen). Vor diesem Hintergrund wird als kurzfristig (ab 2027) umsetzbare und finanzwirksame Reformmaßnahme vorgeschlagen, den Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu stärken, indem die vielfältigen Ausnahmeregelungen zumindest vorübergehend für eine mindestens zweijährige Konsolidierungsphase ausgesetzt werden.

Änderungsbedarf ergibt sich darüber hinaus aufgrund des Umstandes, dass die Grundlohnrate nach § 71 SGB V die Einnahmenentwicklung mit mehr als einem Jahr Zeitverzug widerspiegelt. So steigt die

[10] Neue Zahlen siehe beispielhaft OECD, Health at a Glance 2025, https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025_8f9e3f98-en.html.

Grundlohnrate aktuell aus zwei Gründen besonders stark. Erstens wurden die zeitlich begrenzten steuer- und beitragsfrei gestellten Inflationsausgleichsprämien aus den Vorjahren vielfach tarifvertraglich in beitragspflichtige Steigerungen der Löhne und Gehälter überführt. Zweitens stieg die Beitragsbemessungsgrenze im Jahr 2025 – ebenfalls inflationsbedingt – außerordentlich stark an (+6,5 %). Infolgedessen wurde für 2026 eine Grundlohnrate von 5,17 % veröffentlicht.[11] Entsprechend hoch könnten die Abschlüsse der Vergütungsverhandlungen für 2026 ausfallen. Demgegenüber werden die beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder nach der Prognose des GKV-Schätzerkreises im Jahr 2026 voraussichtlich nur um 4,0 % steigen.

Die bestehenden Regelungen führen somit dazu, dass die inflationsgetriebenen Steigerungen der beitragspflichtigen Einnahmen aus Vorperioden gegenwärtig mit großer Wucht auf die aktuellen GKV-Ausgaben durchschlagen werden. Auch und gerade deshalb erwartet der GKV-Schätzerkreis einen Anstieg der Leistungsausgaben je Versicherten für das Jahr 2026 von 6,9 % (Gesamtausgaben absolut: +6,6 %).

Durch Bezugnahme auf einen Zeitraum, der sich über zwei zurückliegende Kalenderjahre und das jeweils laufende Kalenderjahr erstreckt, bildet die Grundlohnrate sehr eingeschränkt die aktuellen Finanzierungsmöglichkeiten der GKV für künftige Vergütungssteigerungen ab. Vielmehr sollten diejenigen Einnahmen berücksichtigt werden, die den Krankenkassen zur Deckung ihrer Ausgaben tatsächlich zur Verfügung stehen werden. Sachgerecht und zielgenau wäre deshalb die Bezugnahme auf die Veränderungsrate der Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen (bereinigt um ggf. gezahlte Sonderzuweisungen für GKV-fremde Zwecke). Diese Veränderungsrate wird vom GKV-Schätzerkreis Mitte Oktober jeweils für das Folgejahr ermittelt. Endgültig bestimmt wird sie mit der Festlegung und Veröffentlichung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V zum 1. November eines Kalenderjahres durch das BMG. Dieser Veränderungswert spiegelt die tatsächlichen Einnahmenzuwächse wider, die den Krankenkassen insgesamt vom Gesundheitsfonds im Folgejahr zur Verfügung gestellt werden. Die Entwicklung der Ausgaben der Krankenkassen im Rahmen von Vergütungsvereinbarungen würde somit an die tatsächliche Einnahmenentwicklung desselben Jahres gekoppelt. Für 2026 beträgt diese Veränderungsrate – bereinigt um die Sonderzuweisungen für die Finanzierung der Sofort-Transformationskosten der Krankenhäuser durch den Bund über Rechnungszuschläge der Krankenkassen auf stationäre Krankenhausfälle – 4,8 %.

Ordnungspolitische Rückbesinnung auf Selbstverwaltung und Wettbewerb

Aus diesseitiger Perspektive ist die aktuelle Finanzlage der GKV und die akute Gefährdung der dauerhaften Finanzierbarkeit der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bei gleichzeitig rasant steigendem Beitragssatzniveau eng verknüpft mit der ordnungspolitischen Ausrichtung der gesundheitspolitischen Gesetzgebung der vergangenen Jahrzehnte. Die Gesetzgebung war wesentlich geprägt durch eine Abkehr von den Gestaltungsprinzipien der Selbstverwaltung und des Wettbewerbs. Gestaltungsfreiheiten der Selbstverwaltung, wettbewerbliche Handlungsspielräume wurden zunehmend zu Gunsten direkter staatlicher Regulierungen (und kurzfristiger politischer Erfolge)

[11] BMG, Bekanntmachung über die auf der Grundlage der vierteljährlichen Rechnungsergebnisse der Krankenkassen und des Gesundheitsfonds festzustellende durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied nach § 71 Absatz 3 SGB V vom 9.9.2025.

eingeschränkt. Die sukzessive Einschränkung der Verantwortungsbereiche der Selbstverwaltung impliziert auch, dass Entscheidungen vermehrt fern der gelebten Praxis getroffen werden, die Interessen der Versicherten und Beitragszahlenden mehr und mehr aus dem Blick geraten und Partikularinteressen anderer Akteure entsprechend an Gewicht gewinnen. Die zunehmende Skepsis gegenüber wettbewerblichen Gestaltungsspielräumen der Krankenkassen und ihrer Vertragspartner, die dezidierte Ausrufung einer „Entökonomisierung des Gesundheitswesens" schwächt eine auf Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit ausgerichtete Leistungserbringung, zu der die Knappheit der Ressourcen objektiv zwingt. Denn der verantwortungsvolle Einsatz des Steuerungsinstruments Wettbewerb ist auch im Gesundheitswesen geeignet, wirksame Anreize sowohl für mehr Versichertenorientierung und allokative Effizienz bei den Krankenkassen als auch für eine wirtschaftliche und qualitativ hochwertige Erbringung medizinischer Versorgungsleistungen zu setzen. Für eine langfristig wirksame und nachhaltige Reform der Finanzierung der GKV bedarf es einer Rückbesinnung auf die Gestaltungsprinzipien der Selbstverwaltung und des Wettbewerbs.

Stärkung der Einnahmen durch eine ordnungspolitisch kongruente Finanzierung von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben

Parallel zu den auf der Ausgabenseite dringend erforderlichen Reformen könnte die gesetzliche Krankenversicherung auf der Einnahmenseite eine erhebliche Entlastung erfahren, wenn und soweit der Bundesgesetzgeber die Aufgabenverteilung zwischen Sozialversicherung und staatlicher Ebene unter ordnungs- und verteilungspolitischen Gesichtspunkten in den Blick nehmen und eine ordnungspolitisch kongruente Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben sicherstellen würde.

Beitragspauschalen für Bürgergeldbeziehende

Für den Bereich der GKV bedeutete dies zum ersten, dass der Staat als alleiniger Träger der Fürsorge seiner Finanzierungsverantwortung für die Aufgabe der Existenzsicherung von Bürgergeldbeziehenden nach dem SGB II umfassend nachkommen und entsprechend ausgabendeckende Krankenversicherungsbeiträge für diesen Personenkreis an den Gesundheitsfonds leisten müsste. Die Übernahme (näherungsweise) ausgabendeckender Beitragspauschalen zur Krankenversicherung durch den Bund würde die GKV jährlich – in Abhängigkeit von der Anzahl der gesetzlich versicherten Leistungsbeziehenden und der Entwicklung der Leistungsausgaben – in Milliardenhöhe entlasten.

Für das Jahr 2022 hat das IGES-Institut die Deckungslücke der gesetzlichen Krankenversicherung aus Einnahmen und Ausgaben für diesen Personenkreis mit 9,218 Mrd. Euro beziffert.[12] Der Maßnahmenvorschlag „Gewährung ausgabendeckender Beitragspauschalen zur Krankenversicherung durch den Bund" wäre kurzfristig umsetzbar. Es bedürfte einer gesetzlichen Anpassung des Faktors zur Berechnung der beitragspflichtigen Einnahmen von Bürgergeldbeziehenden in § 232a Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V sowie der entsprechenden Bereitstellung von Haushaltsmitteln. Bei Zugrundelegung der von IGES für das Jahr 2022 ermittelten Unterdeckung hätte der Faktor statt 0,2155 etwa 0,6187

[12] IGES Institut, GKV-Beiträge der Bezieher von ALG II – Aktualisierung, Forschungsgutachten zur Berechnung kostendeckender Beiträge für gesetzlich krankenversicherte Bezieher von Arbeitslosengeld II und Sozialgeld im SGB II, Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes, Mai 2024.

betragen müssen; die ausgabendeckende Monatspauschale hätte damit rd. 311 Euro betragen (statt real nur 108,48 Euro).

Dynamisierung der Bundesbeteiligung

Zum zweiten führt die gesetzliche Regelung zur pauschalen Abgeltung der versicherungsfremden Leistungen der Krankenkassen zu einer stetigen Lastverschiebung vom Staat zu den Beitragszahlenden. Mangels einer abschließenden Legaldefinition der versicherungsfremden Leistungen der Krankenkassen hat der Gesetzgeber einen fixen Pauschalbetrag bestimmt, mit dem die nicht näher bestimmten gesamtgesellschaftlichen, teils familienpolitischen und insoweit versicherungsfremdem Aufgaben der GKV pauschal abgegolten werden. Der Zahlbetrag liegt seit 2017 konstant bei 14,5 Mrd. Euro, die auf Gesundheitsfonds und Landwirtschaftliche Krankenkasse entsprechend der Versichertenzahlen aufzuteilen sind.

Aufgrund der fehlenden Dynamisierung des Zahlbetrags unterliegt die Bundesbeteiligung einer stetigen Realwertminderung. Folglich nimmt der Finanzierungsanteil der Bundesbeteiligung am Zuweisungsvolumen des Gesundheitsfonds im Verhältnis zur Beitragsfinanzierung beständig ab, während die Gesamtausgaben der Krankenkassen – und entsprechend auch die Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen – Jahr für Jahr beträchtlich steigen. Um den Realwert des politisch gesetzten Abgeltungsbetrags zu erhalten, ist eine regelgebundene Dynamisierung erforderlich. In seinen Empfehlungen für eine stabile, verlässliche und solidarische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 31.05.2023 hatte deshalb auch das BMG die Umsetzung der seinerzeit auch im Koalitionsvertrag festgelegten Dynamisierung als notwendige Reformoption beschrieben. Das BMG legte dar, dass die Bundesbeteiligung bei einer sachgerechten Dynamisierung bereits im Jahr 2023 rund 18,5 Mrd. Euro statt 14,5 Mrd. Euro hätte betragen müssen.

Auch eine sachgerechte Dynamisierung der steuerfinanzierten Bundesbeteiligung für versicherungsfremde Leistungen der Krankenkassen kann zu einer ordnungspolitisch sachgerechten Finanzierung von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben beitragen und zugleich die Einnahmenseite der GKV stärken.

Im nachfolgenden Teil 2 werden nunmehr – nach Versorgungsbereichen gegliedert –ausgabenseitige Maßnahmenvorschläge des GKV-Spitzenverbandes aufgeführt, die ineffiziente Vergütungsregelungen, ökonomische Fehlanreize und insuffiziente Angebotsstrukturen adressieren, dies jeweils mit einer Einschätzung und Herleitung zum erwarteten Einsparvolumen.

2 Krankenhausversorgung

2.1 Dauerhafte Streichung der Meistbegünstigungsklausel (Veränderungswert)

Maßnahmenbeschreibung

Streichung der Meistbegünstigungsklausel sowohl im Bereich der Somatik als auch im Psych-Bereich.

Meistbegünstigungsklausel: Der Veränderungswert für die Steigerungen der Landesbasisfallwerte (und weiterer Vergütungsmechanismen) orientiert sich an dem jeweils höheren Wert, d. h. entweder an der Höhe der

- Veränderungsrate (Grundlohnrate/GKV-Einnahmen) oder am
- Orientierungswert (Destatis).

Die Folge ist eine Überfinanzierung, wenn die tatsächlichen Kosten (Orientierungswert) geringer sind als die Veränderungsrate. In den vergangenen Jahren hat dies zu nicht sachgemäßen Steigerungen der Landesbasisfallwerte und damit zu deutlichen Mehrbelastungen der GKV geführt. Eine Streichung (bzw. Umkehrung) der Meistbegünstigung ist notwendig, um die überdurchschnittlichen Ausgabensteigerungen im Krankenhausbereich zu dämpfen.

Erforderliche Anpassungen von gesetzlichen/untergesetzlichen Regelungen

Krankenhausentgeltgesetz: In § 10 Absatz 6 ist Satz 6 wie folgt zu fassen:

„Unterschreitet der Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, entspricht der Veränderungswert dem Orientierungswert."

Zeitlicher Horizont

Dauerhaft - kurzfristig (für 2027)

Bei einer gesetzlichen Umsetzung im Jahr 2026 würde die Maßnahme ab 2027 Wirkung entfalten. Die Wirkung führt zu dauerhaft niedrigeren Preisen und damit geringeren Ausgaben auch in den Folgejahren. Ob und in welchem künftigen Jahr die Maßnahme Wirkung entfaltet, ist abhängig von den beiden zentralen Größen (Veränderungsrate der GKV und Orientierungswert von Destatis).

Einsparpotenzial

Die Einsparvolumina sind in jedem Jahr unterschiedlich hoch und stark abhängig von der Höhe der Veränderungsrate (Grundlohnrate/GKV-Einnahmen) und des Orientierungswertes (Destatis).

Ein wesentlicher Punkt ist, dass die Abschaffung der Meistbegünstigungsklausel einhergehen muss mit einer Abschaffung/Veränderung der mit dem KHVVG eingeführten vollen Tarifrefinanzierung – es gilt: Je

niedriger der Veränderungswert, desto stärker wirkt die „zusätzliche volle Tarifrefinanzierung“ [siehe Maßnahme: „Streichung der zusätzlichen vollen Tarifrefinanzierung“]

Berechnungsgrundlage

Modellrechnung für 2026: Das Einsparvolumen in 2026 ist aufgrund der starken Differenz zwischen dem Veränderungswert 2026 und dem Orientierungswert 2026 besonders hoch:

- Veränderungswert 2026: 5,17 %
- Orientierungswert 2026: 2,98 %
- Differenz: 2,19 %

Wird diese Differenz auf ein Ausgabenvolumen in Höhe von 80 Mrd. Euro [Somatik und Psych-Bereich; ohne Berücksichtigung der Pflegekosten] angesetzt: 2,19 % * 80 Mrd. Euro = 1,75 Mrd. Euro (Einsparvolumen) [Wie oben dargelegt, muss aber die Wirkung der vollen Tarifrate gegengerechnet werden. Am Beispiel 2026 würde dies das Einsparvolumen um ca. 500 Mio. Euro auf ca. 1,25 Mrd. Euro reduzieren.]

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sowie Verteilungs- und Belastungseffekte

Keine.

.

2.2 Streichung voller Korridor (Veränderungswert)

Maßnahmenbeschreibung

Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) wurde Ende 2024 eine wesentliche Änderung der Regelungen zur Vereinbarung des Veränderungswertes eingeführt. Ab 2025 wird die bislang geltende anteilige Orientierungswertregelung durch die Anwendung des vollen Orientierungswertes ersetzt. In dem Fall, dass der Orientierungswert oberhalb der Veränderungsrate liegt, ist nun der Verhandlungskorridor nicht mehr gesetzlich auf maximal ein Drittel der Differenz zwischen Orientierungswert und Grundlohnrate beschränkt. Ab 2025 ist der volle Orientierungswert für die Verhandlung zu Grunde zu legen.

Dadurch kommt es künftig zu einer weiteren unnötigen Ausschüttung von Mitteln an alle Krankenhäuser über eine Landesbasisfallwerterhöhung („Gießkanne"). Die Streichung der Ein-Drittel-Korridorlösung und die damit verbundene Einführung des vollen Orientierungswertes bergen hohe finanzielle Risiken für die GKV. Wäre diese Regelung bereits in 2024 zur Anwendung gekommen, hätte die Ausdehnung des Verhandlungskorridors zum Veränderungswert auf die volle Differenz zwischen Orientierungswert und Grundlohnrate eine basiswirksame Mehrbelastung für die GKV bedeutet. Statt der deutlichen Landesbasisfallwertsteigerung in Höhe von + 5,13 %, welche für die GKV Mehrausgaben in Höhe von + 3,2 Mrd. Euro bedeuten, wäre es in dem Jahr zu Kostensteigerungen in Höhe von + 6,95 %, d. h. + 4,4 Mrd. Euro alleine für die GKV gekommen. Die Differenz, d. h. + 1,2 Mrd. Euro, wären also die zusätzlichen Mehrausgaben auf Basis dieser Regelung gewesen. Auch in den kommenden Jahren kann diese Maßnahme folglich zu Mehrbelastungen in Milliardenhöhe führen.

Statt dieser Regelung sollte der Veränderungswert maximal die Höhe der Veränderungsrate betragen, wenn der Orientierungswert die Veränderungsrate überschreitet.

Erforderliche Anpassungen von gesetzlichen/untergesetzlichen Regelungen

§ 10 Absatz 6 Satz 7 KHEntgG ist wie folgt zu fassen:

„Überschreitet der Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, entspricht der Veränderungswert der Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch."

Zudem ist § 9 Absatz 1b Satz 1 KHEntgG wie folgt zu fassen:

„(1b) Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren mit Wirkung für die Vertragsparteien auf Landesebene bis zum 31. Oktober jeden Jahres den Veränderungswert nach Maßgabe des § 10 Absatz 6 Satz 6 oder Satz 7 für die Begrenzung der Entwicklung des Basisfallwerts nach § 10 Absatz 4."

Zeitlicher Horizont

Dauerhaft - Zeithorizont unbekannt

Die Maßnahme führt zu dauerhaft niedrigeren Preisen und damit geringeren Ausgaben auch in den Folgejahren. Ob und in welchem künftigen Jahr die Maßnahme Wirkung entfaltet, ist abhängig von den beiden zentralen Größen (Veränderungsrate der GKV und Orientierungswert von Destatis).

Einsparpotenzial

Die Einsparvolumina sind in jedem Jahr unterschiedlich hoch und stark abhängig von der Höhe der Veränderungsrate (Grundlohnrate/GKV-Einnahmen) und des Orientierungswertes (Destatis).

Am Beispieljahr 2024 hätte der volle Korridor (jetzt geltende KHVVG-Regelung) zu einer Steigerung in Höhe von 6,95 % geführt. Eine Festlegung des Veränderungswertes auf die Höhe der Veränderungsrate (unsere Forderung – s. o.) hätte zu einer Steigerung in Höhe von 4,22 % geführt.

Die Differenz, also 2,73 %, wäre die Entlastungswirkung über eine entsprechend geringere Steigerung der Landesbasisfallwerte (Somatik) gewesen, wenn statt dem vollen Korridor nun die Veränderungsrate angesetzt worden wäre:

- GKV Mehrausgaben in Höhe von + 6,95 % (voller Korridor)
- GKV Mehrausgaben in Höhe von + 4,22 % (Festlegung gem. Forderung)
- Entlastung wäre in dieser Modellrechnung ca. 1,8 Mrd. Euro

[Daneben würde es auch zu einer entsprechenden Entlastung im Psych-Bereich kommen.]

Auch in den kommenden Jahren kann diese Maßnahme folglich zu Einsparungen in Milliardenhöhe führen.

Berechnungsgrundlage

Vgl. Berechnung unter Einsparpotenzial.

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sowie Verteilungs- und Belastungseffekte

Keine.

2.3 Streichung der zusätzlichen „vollen Tarifrefinanzierung“

Maßnahmenbeschreibung

Mit dem KHVVG wurde die vollständige zusätzliche Tarifrefinanzierung rückwirkend ab dem Jahr 2024 eingeführt. Neben den bereits bestehenden Maßnahmen zur Berücksichtigung von Personalkostensteigerungen (Orientierungswert, Landesbasisfallwertverhandlungen) führt diese zusätzliche Tarifrate zu einer Doppelberücksichtigung der entsprechenden Kostensteigerungen.

Zudem hat dies 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/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. Eine Streichung der zusätzlichen vollen Tarifrefinanzierung ist notwendig, um die überdurchschnittlichen Ausgabensteigerungen im Krankenhausbereich zu dämpfen.

Erforderliche Anpassungen von gesetzlichen/untergesetzlichen Regelungen

Streichung der vollständigen Tarifrefinanzierung:

§ 10 Absatz 5 KHEntgG ist zu streichen.

Zeitlicher Horizont

Dauerhaft - Zeithorizont unbekannt

Einsparpotenzial

Die Einsparvolumina sind in jedem Jahr unterschiedlich hoch und abhängig von der Höhe des Veränderungswertes und der Tarifsteigerungen. Die Erhöhungsrate ergibt sich aus der Höhe des Unterschieds zwischen dem Veränderungswert und der Tarifrate.

Die Finanzwirkung der Einigung lag in dem Jahr 2024 für die GKV bei ca. 640 Mio. Euro.

Berechnungsgrundlage

Beispieljahr 2024:

Die Finanzwirkung der Einigung lag im Jahr 2024 für die GKV bei ca. 640 Mio. Euro. Es ergab sich eine Tariferhöhungsrate 2024 in Höhe von 0,80 % (KHEntgG) und von 1,01 % (BPflV).

- DRG-Bereich: Steigerung der LBFW (Basis: 67 Mrd. Euro) multipliziert mit 0,8 %
  ➔ 540 Mio. Euro
- Psych-Bereich (Basis: 10 Mrd. Euro) multipliziert mit 1,01 %
  ➔ 100 Mio. Euro

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sowie Verteilungs- und Belastungseffekte

Keine.

2.4 Effizienzreserven heben: Normierung des DRG-Systems

Maßnahmenbeschreibung

Durch die Krankenhausreform sollen u. a. die Versorgungsstrukturen optimiert werden; es wird u. a. zu Schließungen von nicht bedarfsnotwendigen Strukturen kommen müssen. Es muss sichergestellt werden, dass sich diese Einsparungen aufgrund der Hebung von Effizienzreserven senkend auf die GKV-Ausgaben auswirken.

KHVVG-Gesetzentwurf: „In der Gesamtbetrachtung ist aufgrund dieser Wirkmechanismen im Jahr 2025 für die gesetzlichen Krankenkassen von Minderausgaben in Höhe 330 Mio. Euro auszugehen. Diese Minderausgaben steigen 2026 auf eine Milliarde Euro und nachfolgend jährlich um jeweils eine Milliarde Euro an."

Aktuell gibt es keinerlei Möglichkeiten zur Hebung von Effizienzreserven mehr in der Finanzierungssystematik.
[keine absenkende Berücksichtigung von Mengensteigerungen im Landesbasisfallwert (LBFW); keine Mehrleistungsabschläge, kein Fixkostendegressionsabschlag, ...]

Auch im Rahmen der Weiterentwicklung des DRG-Systems (Normierungsprozess) erfolgt keine Weitergabe der durch effizientere Strukturen erzielten Einsparungen, da der nationale Casemix, der zur Ausschüttung kommt, jährlich konstant gehalten wird.

Die entsprechenden Vorgaben sind insoweit anzupassen, dass die Einsparungen in Höhe von einer Milliarde Euro im Rahmen des Normierungsprozesses durch eine Anpassung des Casemixvolumens zu erzielen sind.

Erforderliche Anpassungen von gesetzlichen/untergesetzlichen Regelungen

§ 17b KHG – Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung – ist wie folgt anzupassen:

In Absatz 1 ist nach Satz 6 folgender neuer Satz 7 einzufügen:

„[7]Aufgrund von Effizienzsteigerungen sind im Entgeltkatalog für DRG-Krankenhäuser für die Jahre ab 2026 im Rahmen der Normierung Bewertungsrelationen im Wert von einer Milliarde Euro (jährlich zusätzlich) absenkend zu berücksichtigen."

Zeitlicher Horizont

Dauerhaft - Zeithorizont unbekannt

Einsparpotenzial

Im Rahmen der Normierung kann so über eine Reduktion des auszuschüttenden Casemixvolumens ab dem Jahr 2026 jährlich eine Milliarde Euro aufgrund der Hebung von Effizienzreserven angesetzt werden.

Einsparungen:

- 2026: 1 Mrd. Euro
- 2027: 1 Mrd. Euro zusätzlich
- 2028: 1 Mrd. Euro zusätzlich
- 2029: 1 Mrd. Euro zusätzlich

Diese Pauschalbeträge können 1:1 im Rahmen der Normierung des DRG-Systems umgesetzt werden.

Berechnungsgrundlage

Grundlage ist der Gesetzesentwurf des KHVVG (Drucksache 20/11854 vom 17.06.2024, vgl. Abschnitt D, auf Seite 5 und 6).

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sowie Verteilungs- und Belastungseffekte

Keine.

2.5 Vorhaltefinanzierung – Streichung des zusätzlichen Fördertöpfe

Maßnahmenbeschreibung

Mit dem KHVVG und der kommenden Einführung der Vorhaltefinanzierung im Krankenhausbereich wurde eine Vielzahl von zusätzlichen Finanzierungstöpfen eingeführt, die einer ausgabenneutralen Umsetzung der Vorhaltefinanzierung widersprechen und zu deutlichen zusätzlichen Belastungen der GKV führen.

Krankenhäuser erhalten für bestimmte Leistungsgruppen ab 2028 Förderungen in folgender Höhe: Pädiatrie: 288 Mio. Euro, Geburtshilfe: 120 Mio. Euro, Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben: 125 Mio. Euro, Hochschulkliniken: 75 Mio. Euro, Stroke Units: 35 Mio. Euro, Spezielle Traumatologie: 65 Mio. Euro, Notfallmedizin: 33 Mio. Euro, Intensivmedizin: 30 Mio. Euro. Die Beträge werden zusätzlich zum Fördervolumen verteilt, wenn die Standorte die Mindestfallzahlen erfüllen und die Leistungsgruppe zugewiesen wurde.

Diese zusätzlichen Finanzierungstöpfe sind zu streichen.

Erforderliche Anpassungen von gesetzlichen/untergesetzlichen Regelungen

Folgende gesetzliche Anpassungen sind notwendig:

§ 9 Absatz 1a Nummer 5 KHEntgG – Vereinbarung auf Bundesebene: Streichung des Zusatzes *„…ab dem Jahr 2028 sind die Zuschläge für eine Teilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung jährlich um 33 Mio. Euro zu erhöhen…“*

Streichung des § 38 KHG - Aufgaben des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Zusammenhang mit Zuschlägen zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und zur Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken

Streichung des § 39 KHG – Förderbeträge für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin

Zeitlicher Horizont

Dauerhaft - langfristig (ab 2028)

Einsparpotenzial

Durch eine Streichung der oben genannten zusätzlichen Fördertöpfe sind Einsparungen in einer Größenordnung von ca. 750 Mio. Euro ab 2028 möglich.

Berechnungsgrundlage

Die Größenordnungen der Einsparungen basieren auf den im KHEntgG und KHG genannten Beträgen (s. o.)

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sowie Verteilungs- und Belastungseffekte

Keine.

2.6 Pflegebudget: Anpassungen der unbegrenzten Selbstkostendeckung

Maßnahmenbeschreibung

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. Sollte die Pflegepersonalbemessung einen weiter ansteigenden Personalbedarf aufzeigen, geht dies mit erheblichen Kostensteigerungen einher. In den vergangenen fünf Jahren sind die Ausgaben in diesem Bereich von 15,2 Mrd. Euro auf nunmehr 22,6 Mrd. Euro (2024) gestiegen – eine Steigerung von fast 50 %. Dies wirft die Frage nach der langfristigen Finanzierbarkeit auf. Ist unter Berücksichtigung des im SGB V geforderten Wirtschaftlichkeitsgebots ein ungeregeltes Anwachsen weiterhin gerechtfertigt?

Das Pflegebudget hat zweifellos positive Impulse für die Personalentwicklung in Krankenhäusern gesetzt. Doch die immense Kostenentwicklung, die Verdrängungseffekte auf andere Versorgungsbereiche, Fehlanreize im Personaleinsatz und mangelnde Effizienz sind Effekte, die zeigen, dass dringend nachgesteuert werden muss. Eine gezielte Steuerung ist notwendig, um die Pflegeversorgung insgesamt zu sichern und nachhaltig zu gestalten. Ein zentrales Problem ist das Fehlen einer Obergrenze für das Pflegebudget im Krankenhaus. Ohne klare Begrenzung und Steuerung wird es zu einem ineffizienten Einsatz dieser wertvollen Ressource kommen. Bis eine Obergrenze für die Steigerungen des Pflegebudgets, beispielsweise auf Basis des Pflegepersonalquotienten, festgelegt wird, ist kurzfristig zur Eindämmung der enormen Kostensteigerungen eine Begrenzung der maximal möglichen Steigerungen des Pflegebudgets grundsätzlich auf Basis des Veränderungswertes festzusetzen.

Die Erhöhungen insgesamt dürfen den Veränderungswert nicht übersteigen. Um dieses Ziel zu erreichen sind darüberhinausgehende Ausgabenveränderungen absenkend im Rahmen der Ermittlung des Landesbasisfallwertes zu berücksichtigen.

Erforderliche Anpassungen von gesetzlichen/untergesetzlichen Regelungen

Pflegebudgetsteigerung – Beitragssatzstabilität:

§ 6a Absatz 2 Satz 4 KHEntgG wird wie folgt gefasst:

„Das Pflegebudget ist grundsätzlich in seiner Entwicklung durch den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1 begrenzt.“

§ 6a Absatz 2 Satz 5 KHEntgG wird gestrichen.

Zudem wird in § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 KHEntgG wie folgt geändert:

„(3) Bei der Vereinbarung sind insbesondere zu berücksichtigen:

[…]
4. ~~(weggefallen)~~ absenkend die Steigerungen der Pflegebudgets, die oberhalb des Veränderungswerts nach § 9 Absatz 1b Satz 1 liegen,“

Zeitlicher Horizont

Dauerhaft - Zeithorizont unbekannt

Einsparpotenzial

In 2025 werden die Ausgaben der GKV für die Pflegebudgets ca. 25 Mrd. Euro betragen (Hochrechnung der KV 45 Zahlen 2. HJ 2025). Bei einer, wie in den vergangenen fünf Jahren, zu beobachteten jährlichen Steigerung der Ausgaben in diesem Bereich von ca. 10 % würde die Einsparung in Abhängigkeit vom Veränderungswert in folgender Höhe liegen:

Beispieljahr 2026:

- Basis: Pflegeausgaben in Höhe von 25 Mrd. Euro
- Veränderungswert 2,98 %
  (nach den Anpassungen aufgrund des Gesetzentwurfes der Bundesregierung für ein Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege)
- Steigerung der Pflegebudgets 10 % (Schätzung auf Basis der Vorjahre)

  ➔ Einsparung durch eine absenkende Berücksichtigung in den LBFW:
  1,75 Mrd. Euro [Differenz in Höhe von 7 % multipliziert mit 25 Mrd. Euro]

Berechnungsgrundlage

Vgl. unter Einsparpotenzial.

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sowie Verteilungs- und Belastungseffekte

Keine.

2.7 Pflegebudget: Streichung der pauschalen Finanzierung der pflegeentlastenden Maßnahmen

Maßnahmenbeschreibung

Im Pflegebudget werden Maßnahmen, die zu einer Entlastung von Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen führen, pauschal in einer Höhe von 2,5 % 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. Zudem werden mit der Rückführung des „Sonstigen Personals" in das DRG-System seit dem Jahr 2025 die diese Beschäftigten betreffenden pflegeentlastenden Tätigkeiten einkalkuliert.

Mit Blick auf eine Beseitigung von Doppelfinanzierungen sollten aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes die zusätzlichen Finanzierungsmöglichkeiten von pflegeentlastenden Maßnahmen im Pflegebudget gestrichen werden.

Erforderliche Anpassungen von gesetzlichen/untergesetzlichen Regelungen

§ 6a Absatz 2 Satz 10 KHEntgG ist zu streichen.

Zeitlicher Horizont

dauerhaft kurzfristig (für 2027)

Einsparpotenzial

In 2025 werden die Ausgaben der GKV für die Pflegebudgets ca. 25 Mrd. Euro betragen (Hochrechnung der KV 45 Zahlen 2. HJ 2025).

Einsparvolumen:

- Basis: Pflegeausgaben in Höhe von 25 Mrd. Euro
- 2,5 % von 25 Mrd. Euro entsprechen ca. 600 Mio. Euro

Das Einsparvolumen bei einer Streichung der pflegeentlastenden Maßnahmen beträgt 600 Mio. Euro jährlich.

Berechnungsgrundlage

Vgl. Berechnung unter Einsparpotenzial.

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sowie Verteilungs- und Belastungseffekte

Keine.

2.8 Streichung der Zusatzentgelte für Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 im Krankenhaus

Maßnahmenbeschreibung

Wie andere pandemiebedingte Sonderregelungen ist auch diese Regelung nach dem Ende der COVID-19-Pandemie nicht mehr erforderlich.

Erforderliche Anpassungen von gesetzlichen/untergesetzlichen Regelungen

§ 26 KHG i. d. F. der Bekanntmachung vom 10.04.1991 (BGBl. I S. 886), der zuletzt durch Artikel 8a des Gesetzes vom 22.03.2024 (BGBl. 2024 I Nummer 101) geändert worden ist, wird aufgehoben.

Zeitlicher Horizont

Dauerhaft - kurzfristig (für 2027)

Einsparpotenzial

Auf Basis der aktuellen KV 45 1. HJ 2025 Zahlen (Konto: 09708) liegen die Entgelte für den Bereich der „Zusatzentgelte für Testungen auf das Coronavirus SARSCoV-2 im Krankenhaus“ bei 30 Mio. Euro. Auf das Gesamtjahr bezogen werden es somit voraussichtlich ca. 60 Mio. Euro sein, die eingespart werden könnten.

Berechnungsgrundlage

Hochrechnung der KV 45 Zahlen des 1. HJ 2025.

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sowie Verteilungs- und Belastungseffekte

Keine.

2.9 Abrechnungsprüfung: Streichung der Prüfquote

Maßnahmenbeschreibung

Die Quotierung der MD-Prüfung verhindert das Aufgreifen fehlerhafter Abrechnungen von Krankenhäusern. Die Streichung der Prüfquote würde die Krankenkassen in die Lage versetzen, mehr fehlerhafte Abrechnungen aufzugreifen und deutliche höhere Rückerstattungsbeträge aus überhöhten Krankenhausabrechnungen zu erzielen. Ausweislich der bundesweiten Auswertungen des GKV-Spitzenverbandes hat das gestufte Prüfquotensystem keinen erkennbaren Effekt im Sinne einer insgesamt verbesserten Abrechnungsqualität der Krankenhäuser bewirkt. Der Schutz fehlerhafter Abrechnungen durch begrenzte MD-Prüfungen darf nicht länger zu Lasten der Versicherten fortbestehen.

Erforderliche Anpassungen von gesetzlichen/untergesetzlichen Regelungen

Zur Anpassung der gesetzlichen Regelung mit dem Ziel der Abschaffung der Prüfquote sind umfängliche Änderungen zu § 275c SGB V notwendig. Bei Streichung der quartalsbezogenen Datenerhebungen, -meldungen und -veröffentlichungen ist zudem eine Anpassung der Berichtspflichten in § 17c Absatz 6 KHG zur Überführung der bislang quartalsbezogenen Daten in einen jährlichen Kontext nötig, welcher dann ausreichend wäre.

Zeitlicher Horizont

Dauerhaft - Zeithorizont unbekannt

[abhängig vom Zeitpunkt der Streichung der Prüfquotensystematik]

Einsparpotenzial

Mit dem derzeitigen Prüfquotensystem können fehlerhafte Abrechnungen nicht im ausreichenden Maße aufgegriffen werden. Bei Streichung der MD-Prüfquote ist davon auszugehen, dass die Rückerstattungsbeträge an die Krankenkassen erheblich ansteigen - um nahezu 1 Mrd. Euro. Perspektivisch führt die verbesserte Prüfbarkeit auffälliger Rechnungen zu mehr Abrechnungsqualität, denn der Schutz fehlerhafter Abrechnungen entfiele dann.

Berechnungsgrundlage

Die gesetzliche Regelung hat seit dem Jahr 2020 eine erhebliche Reduzierung MD-geprüfter Abrechnungsfälle von Krankenhäusern und somit zu Mehreinnahmen der Krankenhäuser in Höhe von mehr als einer Milliarde Euro pro Jahr geführt. Durch die Quotierung der MD-Prüfungen sanken die Rückerstattungsbeträge für fehlerhafte Krankenhausabrechnungen um die Hälfte – von 2,4 Mrd. Euro jährlich auf 1,2 Mrd. Euro jährlich. Hebt man die Quotierung auf, können deutlich mehr auffällige Rechnungen aufgegriffen werden; im Ergebnis steigen die Rückerstattungsbeträge beträchtlich.

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sowie Verteilungs- und Belastungseffekte

Keine.

2.10 Fallzusammenführung 30 Tage

Maßnahmenbeschreibung

Die Regelungen zu Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus bestimmen, dass bei Patienten, die unter bestimmten Bedingungen in dasselbe Krankenhaus wiederaufgenommen werden, die einzelnen Fälle zu einer DRG zusammengefasst werden. Dies ist bei jeder pauschalierten Vergütung erforderlich, um Doppelabrechnung und Teilerbringung von Leistungen zu vermeiden.

Es wird eine pauschale Fallzusammenführungsregelung vorgeschlagen, die vorsieht, dass alle Fälle zusammengefasst werden, die innerhalb einer Frist von 30 Tage wiederaufgenommen werden. Dadurch käme es vermutlich durch die Zusammenfassung von zwei Fällen zu einem Fall zu einer deutlichen Reduktion der Kosten von Wiederaufnahmefällen. Die aktuelle FPV-Regelung sieht komplexe medizinische Kriterien und unterschiedliche Prüffristen vor. Die pauschale 30-Tage-Regel würde diese ersetzen und damit die Prüfaufwände für Krankenhäuser und Kostenträger deutlich reduzieren.

Erforderliche Anpassungen von gesetzlichen/untergesetzlichen Regelungen

Es müssen folgende gesetzliche Regelungen

- § 17b Absatz 2 Satz 2 KHG,
- § 8 Absatz 5 KHEntgG: Verbot des „fiktiven“ wirtschaftlichen Alternativverhaltens

angepasst und folgende untergesetzliche Normen

- § 1 Absatz 7 FPV – Beurlaubung,
- § 2 FPV – Wiederaufnahme,
  - Absatz 1: gleiche Basis-DRG
  - Absatz 2: Partitionswechsel
  - Absatz 3: Komplikationen
- § 3 Absatz 3 FPV – Rückverlegung
  [Diese Vorschriften definieren die Prüffristen, z. B. obere Grenzverweildauer oder 30 Kalendertage) und die medizinischen Zusammenhänge, die eine Zusammenführung auslösen.],

durch die Partner der Selbstverwaltung geändert werden.

Zeitlicher Horizont

Dauerhaft - kurzfristig (für 2027)

Bei Einführung einer entsprechenden Gesetzesänderung könnte die Regelung mit der Einführung eines neuen aG-DRG-Systems zum 1. Januar eines jeden Jahres eingeführt werden.

Einsparpotenzial

Der Datenbestand des GKV-Spitzenverbandes erlaubt, weil nur Fälle aber keine Einzelpatienten identifiziert werden können, keine seriöse Schätzung, wie viele Fälle von dieser Regelung betroffen wären. Die Maßnahme dürfte ein hohes Einsparpotenzial aufweisen, da Wiederaufnahmen einen

relevanten Kostenblock darstellen. Eine pauschale Regelung reduziert zudem Prüfkosten bei Krankenkassen und Krankenhäusern

Berechnungsgrundlage

Es ist keine belastbare Berechnung möglich (s. o.). Die Einschätzung basiert auf der plausiblen Annahme hoher Kostenrelevanz und setzt auf Effizienzgewinne durch Bürokratieabbau.

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sowie Verteilungs- und Belastungseffekte

Aufgrund der leicht identifizierbaren Schwelle ist ein Schwelleneffekt wahrscheinlich. Die derzeitige Regelung regelt nur die Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus. Es ist daher wahrscheinlich, dass Krankenhäuser Ausweichstrategien entwickeln. Dies könnte z. B. bedeuteten, dass Patienten, die sich unter 30 Tage im gleichen Krankenhaus wiedervorstellen, direkt in ein anderes Krankenhaus geschickt werden, um die Fallzusammenführung zu vermeiden.

Dagegen aufgewogen werden muss der verhaltensökonomische Effekt, der von einer solchen Regelung ausgeht. Eine Fallzusammenfassung schafft einen größeren Anreiz zur fallabschließenden Behandlung, um evtl. finanzielle Verluste durch Fallzusammenführung zu vermeiden.

2.11 Begrenzung der Budgetsteigerungen in Psychiatrie und Psychosomatik

Maßnahmenbeschreibung

Die Maßnahme kombiniert mehrere Vorschläge zur Steuerung und Kontrolle der Budgetmittel in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung im Krankenhaus: Rückforderung nicht zweckentsprechend verwendeter Mittel, Begrenzung von Mehrkosten für zusätzliche Personalausstattung auf medizinisch notwendige, wirtschaftliche und nicht bereits abgebildete Bedarfe, Streichung verzichtbarer Sonderfinanzierungen wie NUB und strukturelle Besonderheiten, Verzicht auf pauschale Entgelterhöhungen im Krankenhausvergleich, Ausschluss der Finanzierung überhöhter Leiharbeitskosten. Durch diese Maßnahmen wird die Wirtschaftlichkeit gestärkt, die zweckentsprechende Verwendung von Beitragsmitteln gesichert und eine moderate Effizienzsteigerung erreicht.

Erforderliche Anpassungen von gesetzlichen/untergesetzlichen Regelungen

Die Umsetzung erfordert Änderungen in der Bundespflegesatzverordnung (BPflV), ggf. nach Ablauf einer Übergangsfrist.

- § 3 Absatz 3 BPflV: neue Formulierung zu Rückzahlung/Absenkung bei Nichtbesetzung/Zweckentfremdung von Personalmitteln
- § 3 Absatz 3 Satz 4 Nummer 5 BPflV: Streichung des Passus zu einer zusätzlichen Ausstattung mit therapeutischem Personal
- § 3 Absatz 3 Satz 5 BPflV: Streichung der Entgelterhöhung durch Krankenhausvergleich
- § 3 BPflV: Ergänzung zur Begrenzung der Finanzierung von Leiharbeit auf tarifvertragliches Entgelt
- Streichung der Regelungen zu NUB und regionalen/strukturellen Besonderheiten in §§ 3 Absatz 3, 6 Absatz 4, 7 und 9 Absatz 1 BPflV (mit Übergangsfrist)

Zeitlicher Horizont

Dauerhaft - kurzfristig (für 2027)

Einsparpotenzial

Die Kombination der Maßnahmen begrenzt vermeidbare Mehrkosten in einem Gesamtvolumen von 300 bis 600 Mio. Euro durch:

- Verhinderung der Finanzierung von nicht vorhandenem Personal (150 Mio. Euro)
- Eindämmung von überproportionalen Budgetsteigerungen durch nicht nachgewiesenen Personalmehrbedarf (300 Mio. Euro)
- Streichung ungerechtfertigter Vergütungen durch NUBs, pauschale Entgelterhöhungen und fälschlicherweise als regionale/strukturelle Besonderheiten geltend gemachte Sachverhalte (100 Mio. Euro)
- durch Begrenzung der Finanzierung von Leiharbeitskosten Reduzierung der deutlich höheren Kosten im Vergleich zu festangestelltem Personal (50 Mio. Euro)

Berechnungsgrundlage

Ausgangsbasis sind die Gesamtausgaben der stationären Krankenhausbehandlung für die Fachabteilungen Psychiatrie, Psychosomatik und KJP in Höhe von voraussichtlich 12,5 Mrd. Euro im Jahr 2025 sowie einer Fortschreibung der jährlichen Ausgabensteigerungen von 10 %. Das therapeutische Personal macht ca. 65 % der Budgets aus. Daher wirken die personalbezogenen Maßnahmen (Deckel/Rückzahlung/Leiharbeit) besonders stark. Eine erwartete Mittelentlastung und Effizienzsteigerung in Höhe von 150 Mio. Euro entspricht 1,5 % der Ausgaben für das therapeutische Personal.

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sowie Verteilungs- und Belastungseffekte

Versorgungsqualität:

- Die Rückzahlungsverpflichtung stellt sicher, dass das therapeutische Personal, dessen Finanzierung vereinbart wurde, tatsächlich dauerhaft vorhanden ist.
- Die Nichtfinanzierung der Mehrkosten von Leiharbeit fördert die Festanstellung von Personal und verbessert die Kontinuität und Qualität der Versorgung.

Verteilungs- und Belastungseffekte:

- Mittel werden gezielter für tatsächlich notwendiges therapeutisches Personal eingesetzt; Überfinanzierung und einnahmengetriebene Fehlanreize werden reduziert.
- Die Maßnahmen dienen der Beitragssatzstabilisierung und verhindern die Zweckentfremdung knapper Beitragsmittel.
- Krankenhäuser werden einer stärkeren wirtschaftlichen Kontrolle ausgesetzt, insbesondere solche, die von Leiharbeitsmodellen oder nicht zweckentsprechender Mittelverwendung profitieren.

2.12 Gesamtbudget für psychiatrische Behandlung am Krankenhaus

Maßnahmenbeschreibung

Die Maßnahme sieht die Einführung eines Gesamtbudgets für psychiatrische Krankenhäuser vor, das vollstationäre, teilstationäre und ambulante Leistungen umfasst. Ziel ist eine flexiblere Versorgung mit sektorenübergreifenden Behandlungskonzepten. Durch die Entkopplung der Finanzierung vom belegten Bett wird die Ambulantisierung gefördert, die Hospitalisierungsrate gesenkt und die Versorgung transparenter gestaltet. Die positiven Evaluationen der Modellvorhaben (§ 64b SGB V) zeigen, dass die Maßnahme die Versorgungsqualität steigert, Fehlanreize beseitigt und Ressourcen effizienter nutzt.

Erforderliche Anpassungen von gesetzlichen/untergesetzlichen Regelungen

Der Vorschlag umfasst die Anpassung von § 64b SGB V sowie die Zusammenführung der Budgets aus BPflV und den akutambulanten Komplexleistungen der PIA (§ 118 SGB V) zu einem sektorenübergreifenden Gesamtbudget mit Zweckbindung. Ärztliche Kurzkontakte ohne stationären Bezug sind zukünftig über die KV abzurechnen. ICD- und OPS-Kataloge werden weiterentwickelt, um Symptombelastung und Behandlungspfade digital abzubilden. Transparente Leistungsdarstellung durch kodierte Schweregrade schafft Nachvollziehbarkeit. Personalabbau und Querfinanzierung werden durch strikte, nachgewiesene Zweckbindung verhindert. Die Kostenentwicklung wird auf die Grundlohnrate begrenzt.

Zeitlicher Horizont

Dauerhaft - langfristig (ab 2028)

Einsparpotenzial

Es ist von einem hohen Einsparpotenzial von bis zu 900 Mio. Euro auszugehen. Die Einsparungen resultieren aus einer effizienteren Versorgungsstruktur (mehr ambulante und tagesklinische Behandlung) sowie einer Reduzierung der jährlichen Ausgabensteigerungen im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik von aktuell ca. 10 % auf dem Niveau der Grundlohnrate.

Berechnungsgrundlage

Die Gesamtausgaben der stationären und ambulanten Krankenhausbehandlung für die Fachabteilungen Psychiatrie, Psychosomatik und KJP liegen im Jahr 2025 voraussichtlich bei 13,4 Mrd. Euro (stationär 12,5 Mrd. + PIA 0,9 Mrd.). Die jährlichen Ausgabensteigerungen liegen seit 2023 bei ca. 10 %. Durch eine Begrenzung der Kostenentwicklung auf die Grundlohnrate können jährliche Mehrausgaben in Höhe von bis zu 600 bis 700 Mio. Euro verhindert werden.

Langfristig sind durch die schrittweise Reduzierung von über 13.000 Betten in psychiatrischen Kliniken jährliche Einsparungen von ca. 300 Mio. Euro durch weniger vollstationäre Behandlungstage und effizientere ambulante Versorgung möglich. Basis für die Schätzung sind die veröffentlichten Ergebnisse der Evaluation der Modellvorhaben nach § 64b SGB V.

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sowie Verteilungs- und Belastungseffekte

Die Maßnahme zielt auf eine verbesserte Versorgungsqualität durch höhere Behandlerkontinuität, frühere tagesklinische und ambulante Anschlussangebote, leitliniengerechte Versorgung sowie eine transparente Darstellung der Behandlungsergebnisse. Basierend auf den Erfahrungen aus den Modellvorhaben sind weniger vollstationäre Tage durch den flexiblen Wechsel zwischen ambulanter, teilstationärer und stationärer Behandlung möglich. Freiwerdende Betten sollen in neue Angebote umgewidmet werden. Ziel ist eine effizientere Versorgung, die Reduktion regionaler Ungleichheiten und ein optimiertes Verhältnis zwischen Patienten und Fachpersonal. Die Übergangsphase erfordert eine sorgfältige Steuerung, um Versorgungslücken zu vermeiden und die Kontinuität der Behandlung sicherzustellen.

2.13 Einführung von Kurzzeitfallpauschalen

Maßnahmenbeschreibung

Hybrid-DRGs erschließen nur einen Teil des Ambulantisierungspotenzials. Aktuell zeigt sich der hybride Charakter der Hybrid-DRGs in der sektorengleichen Leistungserbringung durch Krankenhäuser und Vertragsärzte. Fälle in Krankenhäusern, die nur wenige Tage umfassen, unspezifische Leistungen umfassen können und häufig über die Notfallaufnahme den Weg ins Krankenhaus finden, lassen sich mit den Hybrid-DRGs nicht abbilden. Daher sollte der hybride Charakter einer ambulantisierbaren Leistung darin liegen, wie die Leistung erbracht werden darf - ambulant oder stationär.

Kurzzeit-Fallpauschalen sollten für Fälle mit einer Verweildauer von bis zu drei Tagen eingeführt und separat im DRG-Katalog ausgewiesen werden. Die Leistungen werden unabhängig von der Art der Leistungserbringung und Verweildauer mit den kalkulierten Kurzzeit-Fallpauschalen vergütet. Die Abrechnung wird auf das bisherige kurzstationäre Leistungsvolumen des jeweiligen Krankenhauses begrenzt, um eine unkontrollierte Mengenausweitung zu verhindern.

Erforderliche Anpassungen von gesetzlichen/untergesetzlichen Regelungen

Die gesetzlichen Regelungen zu Kurzzeit-Fallpauschalen sind analog zu den Regelungen nach § 17b KHG auszugestalten. Die Vertragspartner auf der Bundesebene sollten beauftragt werden, das neue Vergütungssystem für Kurzliegerfälle zu vereinbaren sowie jährlich weiterzuentwickeln. Es sollten die Einbindung des InEK für das Kalkulationskonzept sowie die Erhebung repräsentativer Kalkulationsdaten von Krankenhäusern geregelt werden. Zudem sollten ein Konfliktlösungsmechanismus und eine Begleitforschung gesetzlich verankert werden. In § 115f Absatz 2 Satz 2 SGB V ist klarzustellen, dass die gesetzlich vorgesehene Fallzahlausweitung bis zum Jahr 2030 auch durch Leistungen aus dem Bereich der neuen Kurzzeit-Fallpauschalen erfolgen kann.

Zeitlicher Horizont

Dauerhaft - langfristig (ab 2028)

Einsparpotenzial

Die Kurzzeit-Fallpauschalen sind unter Berücksichtigung der jährlich zu verzeichnenden Verweildauerverkürzungen zu kalkulieren. Eine konkrete Abschätzung des Einsparpotenzials ist daher nicht möglich. Das Fallvolumen mit einer Verweildauer von bis zu drei Tagen bei mindestens 60 % Kurzliegerfällen in der jeweiligen aG-DRG beträgt ca. 6 Mio. Fälle. Diese kommen potenziell für eine Verweildauerverkürzung und perspektivisch für eine Ambulantisierung in Frage.

Berechnungsgrundlage

Auswertungen des GKV-Spitzenverbandes zur Weiterentwicklung der Entgeltsysteme. Die Daten können grundsätzlich beim Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus angefragt werden.

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sowie Verteilungs- und Belastungseffekte

Keine.

2.14 Investitionskostenfinanzierung: Ausschluss der Querfinanzierung

Maßnahmenbeschreibung

Investitionen müssen laut Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) von den Ländern gezahlt werden. Die von den Ländern jährlich bereitgestellten Investitionsmittel sind im Verhältnis zu den GKV-Ausgaben und auch zu den Gesamtkosten in den vergangenen Jahren gesunken und völlig unzureichend. Jährlich fehlen bundesweit über 4 Mrd. Euro an Ländermitteln. Folgen sind Querfinanzierungen aus Betriebsmitteln bzw. über Fallpauschalenerlöse zu Lasten der GKV.

Der Investitionsbedarf der Krankenhäuser in Deutschland bleibt wie in den Vorjahren gleichbleibend hoch und wird nur zur Hälfte durch die Investitionsmittel der Länder gedeckt. Das zeigt auch der Katalog der Investitionsbewertungsrelationen zur Bemessung des Investitionsbedarfs der Krankenhäuser. Nach ExpertInnenkonsens ist für ausreichende Erhaltungsinvestitionen (unabhängig von Sonderbedarfen für Digitalisierung oder Transformation) eine Investitionsquote zwischen 7 % und 8 % notwendig.

Über eine gesetzlich festgeschriebene Investitionsquote ist sicherzustellen, dass die Länder die notwendigen Investitionsmittel zur Verfügung stellen. Zudem muss die anhaltende Querfinanzierung aus Betriebsmittelerlösen unterbunden werden. Vor diesem Hintergrund sind die Landesbasisfallwerte um den entsprechend zusätzlich von den Ländern zur Verfügung gestellten Betrag einmalig abzusenken.

Erforderliche Anpassungen von gesetzlichen/untergesetzlichen Regelungen
KHG: Implementierung einer verbindlichen Investitionsquote über entsprechende Anpassungen des Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)

KHEntgG: Einmalige Absenkung der Landesbasisfallwerte um den Differenzbetrag zur Vermeidung der Querfinanzierung über eine Anpassung des § 10 Absatz 3 KHEntgG

Zeitlicher Horizont
Dauerhaft kurzfristig 2027

Einsparpotential
Eine Verdoppelung der bisherigen KHG-Investitionen der Länder (2024: 4,2 Mrd. Euro) über eine Festsetzung der Investitionsquote auf eine Größenordnung zwischen 7 % und 8 % würde zu einer entsprechenden Entlastung der GKV über eine Absenkung der Landesbasisfallwerte in Höhe von 4,2 Mrd. Euro führen.

Berechnungsgrundlage
Vgl. Berechnung unter Einsparpotenzial.

Auswirkungen Maßnahmen
Keine.

2.15 Ausbildungsumlage Pflegeberufegesetz, Pflegeassistenzeinführungsgesetz, Krankenhausfinanzierungsgesetz

Maßnahmenbeschreibung

Die Kosten der Schulen für Gesundheitsberufe (Pflegeberufe und weitere Berufe nach § 2 Absatz 1a KHG, wie z. B. Hebammen) sind aus Steuermitteln und nicht von den Beitragszahlenden der GKV zu finanzieren. Der Konstruktionsfehler der Finanzierungsystematik, der darin besteht, dass sich weder die Länder entsprechend ihrer Aufgaben- und Finanzierungsverantwortung noch der Bund aufgabenadäquat und angemessen an den Kosten beteiligen, wurde zuletzt mit dem Pflegefachassistenzeinführungsgesetz weiter fortgeschrieben. Nominell werden die Länder bei der Ausbildungsfinanzierung der Pflegeberufe entsprechend der normierten Kostenträgerschaft und des Kostenanteils lediglich an den Kosten beteiligt; durch die Aufteilung der Gesamtkosten auf mehrere Kostenträger erfahren sie eine jedoch erhebliche Entlastung. Die Entlastungswirkung resultiert dabei aus der Kostenverlagerung auf die Sozialversicherungssysteme. Der größte Anteil des Finanzierungsbedarfs erfolgt über den Ausbildungsfonds mit rund 57 % bei den nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern, mit wiederum vorwiegender Refinanzierung durch die GKV – somit liegt die Finanzierung im Wesentlichen bei den Beitragszahlenden. Die aktuell bestehende, einseitige und sozial unausgewogene Belastung der Beitragszahlenden ist vor dem Hintergrund der schwierigen Finanzsituation der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung nicht vertretbar. Die Ausbildungskosten werden grundlegend als versicherungsfremd charakterisiert, weshalb eine unsachgerechte Belastung der Beitragszahlenden erfolgt. Die grundlegende Finanzierungsverantwortung für den Bildungsbereich liegt bei Bund und Ländern und diese sind in einer Korrektur der Finanzierungssystematik wieder in die Verantwortung zu nehmen.

Erforderliche Anpassungen von gesetzlichen/untergesetzlichen Regelungen
Die Korrektur der Finanzierungssystematik ist in §§ 26, 33 PflBG sowie § 17a KHG umzusetzen.

Zeitlicher Horizont
Dauerhaft - langfristig (ab 2028)

Einsparpotenzial
Pflegeberufegesetz 3,262 Mrd. Euro x 40 % = 1,3048 Mrd. Euro
Pflegeassistenzgesetz 400 Mio. Euro x 40 % = 160 Mio. Euro
Schulkosten nach § 17a KHG nicht quantifizierbar

Berechnungsgrundlage
Es wird angenommen, dass von den 57,238 % nach § 33 Absatz 1 Pflegeberufegesetz ca. 40 % auf die Kosten für Schulen für Gesundheitsberufe entfallen würden; rund 60 % würden auf die Kosten für die Ausbildungsvergütung entfallen. Die Kosten für Schulen für Gesundheitsberufe sind abzugrenzen und nicht durch die GKV, sondern durch den Bund und die Länder zu zahlen. Für die weiteren Ausbildungsberufe nach § 17a KHG kommen weitere Kosten hinzu; diese sind nicht quantifizierbar.

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sowie Verteilungs- und Belastungseffekte
Keine.

3 Arzneimittel

3.1 Anwendung des reduzierten Umsatzsteuersatzes auf Arzneimittel

Maßnahmenbeschreibung

Während Grundnahrungsmittel in Deutschland der ermäßigten Umsatzsteuer von 7 % unterliegen, wird auf Arzneimittel der volle Umsatzsteuersatz von 19 % angewendet. Diese hohe Umsatzsteuer zahlt auch die gesetzliche Krankenversicherung für Arzneimittel.

Mit der Anwendung des vollen Umsatzsteuersatzes auf Arzneimittel unterscheidet sich Deutschland auch von den meisten anderen europäischen Ländern, in denen zumindest der ermäßigte Steuersatz auf Arzneimittel gilt. In vielen Ländern sind Arzneimittel sogar ganz von der Umsatzsteuer ausgenommen.

Die Anwendung des ermäßigten Umsatzsteuersatzes von 7 % an Stelle der 19 % führt zu einer unmittelbaren, sofort wirksamen Entlastung der Solidargemeinschaft.

Erforderliche Anpassungen von gesetzlichen/untergesetzlichen Regelungen

Aufnahme von Arzneimitteln in Anlage 2 des Umsatzsteuergesetzes

Zeitlicher Horizont

Dauerhaft - kurzfristig (für 2027)

Einsparpotenzial

Die Maßnahme würde zu dauerhaften Einsparungen von gut 6 Mrd. Euro jährlich führen.

Berechnungsgrundlage

In der KJ1 Statistik des Jahres 2024 werden für den Bereich der Arzneimittel Ausgaben i.H.v. knapp 55,2 Mrd. Euro genannt. Ausgehend von der Annahme, dass in diesem Betrag ein Umsatzsteuersatz von 19 % enthalten ist, betrügen die Ausgaben mit einem Umsatzsteuersatz von 7 % 49,6 Mrd. Euro. Entsprechend ergäben sich für das Jahr 2024 Ersparnisse von etwa 5,6 Mrd. Euro. Steigerungen der Arzneimittelausgaben nach dem Jahr 2024 führen zu entsprechend höheren Einsparungen durch diese Maßnahme.

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sowie Verteilungs- und Belastungseffekte

Es handelt sich bei dieser Maßnahme um eine reine Absenkung aller Apothekenverkaufspreise. Eine Veränderung der relativen Kosten zueinander erfolgt nicht. Auswirkungen hat die Maßnahme allein auf die staatlichen Einnahmen aus der Umsatzsteuer.

3.2 Solidarbeitrag der pharmazeutischen Unternehmer in Form eines erhöhten Herstellerrabattes

Maßnahmenbeschreibung

Die Ausgaben für Arzneimittel sind der zweitgrößte Kostenblock bei den Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen. Im Gegensatz zu anderen Bereichen wie der vertragsärztlichen Versorgung oder dem Krankenhausbereich sind Arzneimittelausgaben weniger gut durch Vertragsvereinbarungen steuerbar.

Eine unbürokratische kurzfristige Maßnahme zur Dämpfung der GKV-Ausgaben ist ein Solidarbeitrag in Form eines erhöhten Herstellerrabattes.

Die Ausgaben für Arzneimittel stiegen in den Jahren 2011 bis 2024 von 32 Mrd. Euro auf 56 Mrd. Euro. Damit stellen sie mittlerweile nach den Krankenhauskosten den zweitgrößten Ausgabenblock der Leistungsausgaben der GKV dar.

Von der Ausgabendynamik profitierten vor allem die pharmazeutischen Unternehmer, die solitäre Arzneimittel – und hier insbesondere patentgeschützte Arzneimittel – vertreiben. Der erhöhte Anschlag sollte zielgenau auf diejenigen Arzneimittel wirken, die nicht patentfrei und nicht wirkstoffgleich sind.

Erforderliche Anpassungen von gesetzlichen/untergesetzlichen Regelungen

Die vorhandene Regelung des § 130a Abs. 1b SGB V, nach der im Jahr 2023 der gesetzliche Rabatt für Arzneimittel, die nicht dem „Generikaabschlag“ für patentfreie, wirkstoffgleiche Arzneimittel befristet erhöht wurde, könnte zu diesem Zweck einfach und unkompliziert angepasst werden.

Zeitlicher Horizont

Dauerhaft - kurzfristig (für 2027)

Einsparpotenzial

Die Erhöhung des allgemeinen gesetzlichen Rabattes nach § 130a Abs. 1 Satz 1 SGB V um 5 Prozentpunkte senkte Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für diese Arzneimittel um ca. 1,3 Mrd. Euro. Heruntergerechnet ergab die Anhebung um einen Prozentpunkt Einsparungen von 260 Mio. Euro.

Durch den Anstieg der Ausgaben seit dem Jahr 2023 dürfte sich dieser Wert auf 300 Mio. Euro je Prozentpunkt erhöhen. Eine Erhöhung um 8 Prozentpunkte führt also zu Einsparungen von etwa 2,4 Mrd. Euro jährlich.

Berechnungsgrundlage

Die Berechnung basiert auf den Verordnungsdaten der GKV-Arzneimittelschnellinformation nach § 84 Abs. 5 SGB V. Diese Daten werden nicht allgemein veröffentlicht.

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sowie Verteilungs- und Belastungseffekte

Es handelt sich um einen reinen Preiseffekt. Die Ausgaben für die Arzneimittel, die Haupttreiber der Ausgabendynamik sind.

3.3 Preisstabilität und Wettbewerbsstärkung im Impfstoffmarkt

Maßnahmenbeschreibung

Durch den Einbezug von „STIKO-Impfstoffen“ unter die Regelung des § 130a Abs. 3a SGB V („Preismoratoriumsabschlag“) ließen sich die Preiserhöhungsmöglichkeiten auf die Höhe der Inflationsrate beschränken. Diese Erhöhungen sind ein wesentlicher Treiber der Ausgabenentwicklung im Impfstoffbereich. Saisonale Grippe- und Covid-Impfstoffe sollten dabei jahres- bzw. variantenübergreifend als ein Impfstoff betrachtet werden, um Fehlanreize zu vermeiden.

Der ineffektive und bürokratische gesetzliche Rabatt für Impfstoffe (§ 130a Abs. 2 SGB V) sollte durch die Anwendbarkeit des § 130a Abs. 1 S. 1 SGB V für Impfstoffe ersetzt werden.

Zudem sollten Krankenkassen auch für Impfstoffe Möglichkeit erhalten, Rabattverträge auszuschreiben.

Erforderliche Anpassungen von gesetzlichen/untergesetzlichen Regelungen

Einbezug von Impfstoffen in die Regelung des § 130a Abs. 1 S. 1 SGB V

Einbezug von Imfpfstoffen in die Regelung des § 130a Abs. 3a SGB V mit Ergänzung der Klarstellungen zu Influenza- und Covidimpfstoffen sowie einem neuen Referenzdatum für Impfstoffe.

Einbezug von Impfstoffen unter die Regelungen des § 130a Abs. 8 und 8c SGB V

Zeitlicher Horizont

Dauerhaft - kurzfristig (für 2027)

Einsparpotenzial

Durch den Einbezug von Impfstoffen unter die gesetzlichen Rabatte für Arzneimittel ist mit einer Dämpfung der Ausgabensteigerungen um mehr als 350-400 Mio. Euro jährlich zu rechnen. Der Effekt von Rabattverträgen ist nicht quantifizierbar.

Berechnungsgrundlage

Modelliert man auf Basis der Verordnungsdaten der GKV-Schnellinformation nach § 84 Abs. 5 SGB V ATC-bezogen die Impfstoff-Umsätze des Jahres 2024 als Produkt der Verordnungen 2024 mit den empirischen Preisen des Jahres 2023, die mit der Inflationsrate fortgeschrieben wurden, so ergeben sich Umsätze, die etwa 150 Mio. Euro unter den realen Umsätzen liegen. Wendet man einen allgemeinen Herstellerabschlag von 7 % des Volumens des Kontos 5186 aus der KJ1 Statistik des Jahres 2024 entsprechen etwa 175 Mio. Euro. Durch jährliche Steigerung der Ausgaben wird die Einsparsumme zum bereits jetzigen Zeitpunkt höher liegen.

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sowie Verteilungs- und Belastungseffekte

Es handelt sich um Effekte in Bezug auf die Preise, insbesondere von Anbietern mit einem Solitärstatus, die vorher aufgrund ihrer Marktposition Preiserhöhungen durchführen konnten.

3.4 Geltung des Erstattungsbetrags

Maßnahmenbeschreibung

Der Erstattungsbetrag gilt ab dem ersten Tag des Inverkehrbringens bzw. ab den entsprechenden Zeitpunkten weiterer Fallkonstellationen (neue Anwendungsgebiete, Vollbewertungen von Orphan Drugs nach Überschreiten der 30 Mio. Umsatzgrenze). Damit wird in erster Linie sichergestellt, dass die GKV stets nur Kosten trägt, die dem tatsächlichen Zusatznutzen des Arzneimittels entsprechen. Verhindert wird, dass sogenannte Einmaltherapien, die innerhalb von 6 Monaten bereits eine komplette Marktdurchdringung erreichen, das AMNOG umgehen. Die Maßnahme setzt durch den verlängerten Nacherstattungszeitraum auch einen Anreiz gegen absurd überhöhte und insgesamt gegen steigende Einstiegspreise.

Erforderliche Anpassungen von gesetzlichen/untergesetzlichen Regelungen

Änderung des § 130b Absatz 3a SGB V

Zeitlicher Horizont

Dauerhaft - kurzfristig (für 2027)

Einsparpotenzial

130 Mio. Euro pro Jahr. Es handelt sich um eine kurzfristig umsetzbare Maßnahme mit Finanzwirkung ab 2027.

Berechnungsgrundlage

Basis der Finanzwirkung ist die Differenz zwischen Erstattungsbetrag und Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers für den Zeitraum zwischen dem ersten Tag des Inverkehrbringens oder der Zulassung eines neuen Anwendungsgebiets oder der Vollbewertung eines Orphan Drugs nach Überschreitung der Umsatzgrenze bis zum letzten Tag 6. Monats. Datenjahr: 2023 und 2024 (Mittelwert).

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sowie Verteilungs- und Belastungseffekte

Es sind keine Auswirkungen auf die Versorgungsqualität oder den Zugang zu Arzneimitteln zu erwarten.

3.5 Opt-Out-Recht für den GKV-Spitzenverband

Maßnahmenbeschreibung

Wie vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege (SVR, Gutachten 2025) vorgeschlagen, erhält der GKV-Spitzenverband die Befugnis, Verhandlungen von Erstattungsbeträgen abzubrechen. Es wird gesetzlich geregelt, dass im Fall von gleichwertigen therapeutischen Alternativen ein G-BA-Verfahren nach § 92 SGB V zum Ausschluss des Arzneimittels in Gänze oder bestimmter Anwendungsgebiete von der Erstattungsfähigkeit eingeleitet wird. Damit ist dieses Arzneimittel nicht mehr Teil des Leistungskatalogs der GKV, soweit nicht ein Rabattvertrag einer Krankenkasse für deren Versicherte das Arzneimittel erstattungsfähig macht. Die Maßnahme korrigiert die Schieflage in der Verhandlungsmacht. Dies übt Preisdruck auf den Hersteller aus, da das Unternehmen sein Rückzugs-Monopol verliert.

Erforderliche Anpassungen von gesetzlichen/untergesetzlichen Regelungen

§ 130b SGB V: Einfügung eines neuen Absatzes, der das Opt Out Recht des GKV-Spitzenverbandes und die Rechtsfolgen regelt

§ 92 SGB V: Gesetzliche Regelung des Ausschlussverfahrens beim G-BA in Abschluss an Ausübung des Opt Out-Rechts nach § 130b SGB V neu

§ 130a SGB V: Möglichkeit zur Wiederaufnahme eines nach § 31 SGB V wegen fehlendem Erstattungsbetrag ausgeschlossenen Arzneimittels durch den Abschluss eines Rabattvertrages.

Zeitlicher Horizont

Dauerhaft - kurzfristig (für 2027)

Einsparpotenzial

Es handelt sich hierbei um eine Strukturreformmaßnahme, deren direkte Einsparungen bei ca. 190 Mio. Euro beziffert werden können. Zudem werden auch nicht quantifizierbare Einspareffekte durch die gestiegene Verhandlungsmacht auf das gesamte Verhandlungsgeschehen erwartet.

Berechnungsgrundlage

Man betrachtet alle Arzneimittel ohne Zusatznutzen (2011 bis 2024), deren relative Differenz zwischen wirtschaftlichster zVT und Jahrestherapiekosten am größten ist (Datenbasis AMNOG-Monitor). Für diese Arzneimittel ermittelt man die Einsparungen (Datenbasis: GAmSi-Umsatz, 2024), die sich durch ein Absinken der Jahrestherapiekosten ergeben würden.

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sowie Verteilungs- und Belastungseffekte

Wenn das Opt-Out-Recht bei vergleichbaren therapeutischen Alternativen verankert wird, gibt es keine Versorgungslücken.

3.6 Soll-Regelung bei Preisobergrenze streichen

Maßnahmenbeschreibung

Aktuell werden bei fehlendem Zusatznutzen bei 80 % der Wirkstoffe Mehrausgaben getätigt gegenüber der wirtschaftlichsten Alternative bei mehreren zVTen. Die derzeitige Preisobergrenze in Form einer „Soll"-Vorgabe wird in eine Pflichtvorschrift zurückgeführt. Die Maßnahme korrigiert die Schwächung der Preisobergrenze durch die „Soll"-Regelung des Gesetzgebers (AMVSG, 2017) und die aufwölbende Schiedsspruchpraxis. Sie begrenzt die Therapiekosten eines Arzneimittels ohne Zusatznutzen wieder auf die der wirtschaftlichsten Standardtherapie. Das Prinzip „Keine Mehrausgaben ohne ein Mehr an Zusatznutzen" wird wieder konsequent durchgesetzt.

Erforderliche Anpassungen von gesetzlichen/untergesetzlichen Regelungen

Änderung des § 130b Absatz 3a Satz 2 SGB V:

An die Stelle des „soll" [ein Erstattungsbetrag vereinbart werden, der nicht zu höheren Jahrestherapiekosten führt als die zweckmäßige Vergleichstherapie] tritt „ist" [ein Erstattungsbetrag, zu vereinbaren, der nicht zu höheren Jahrestherapiekosten führt als die zweckmäßige Vergleichstherapie].

Zeitlicher Horizont

Dauerhaft - langfristig (ab 2028)

Einsparpotenzial

400 Mio. Euro im Jahr. Es handelt sich um eine Strukturmaßnahme.

Berechnungsgrundlage

Zugrunde gelegt wurden alle Arzneimittel ohne Zusatznutzen im Zeitraum von 2011 bis 2024, deren Jahrestherapiekosten oberhalb der wirtschaftlichsten zweckmäßigen Vergleichstherapie lagen (Datenbasis: AMNOG-Monitor). Für diese Arzneimittel ermittelt man die Einsparungen (Datenbasis: GAmSi-Umsatz, 2024), die sich durch ein Absinken der Jahrestherapiekosten auf die Kosten der zVT ergeben würden.

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sowie Verteilungs- und Belastungseffekte

Möglicherweise wird es bei einer konsequenten Durchsetzung der Preisobergrenze zu Marktrückzügen durch pharmazeutische Unternehmen kommen. Für Arzneimittel ohne Zusatznutzen gegenüber einer zweckmäßigen Vergleichstherapie sind allerdings stets vom G-BA anerkannte Standardtherapiealternativen verfügbar. Zu Versorgungslücken wird es nicht kommen, da die Vorschrift das Vorhandensein von therapeutischen Alternativen vorsieht.

3.7 Erhalt und Weiterentwicklung der Leitplanken zur Bestimmung des Erstattungsbetrages

Maßnahmenbeschreibung

Die Einspareffekte der Leitplanken sind durch Schiedssprüche unmittelbar nach Inkrafttreten des GKV-FinStG marginalisiert worden: In Abkehr von gefestigter Spruchpraxis berücksichtigt die Schiedsstelle nicht mehr Arzneimittel ohne Zusatznutzen im Kriterium der „Vergleichbaren Arzneimittel". Hierdurch werden Zweit- und Drittrunden-Effekte der Leitplanken verhindert. In einer anderen Entscheidung sah die Schiedsstelle eine Regelungslücke für Arzneimittel mit sowohl generischer als auch patentgeschützter zVT. Daher werden das gesetzliche Kriterium „vergleichbare Arzneimittel" legaldefiniert und diese Regelungslücke geschlossen. Dies reduziert den vom Zusatznutzen losgelösten Preisanstieg und Anreize zur eigenen Evidenzerzeugung werden gesetzt.

Erforderliche Anpassungen von gesetzlichen/untergesetzlichen Regelungen

§ 130b Absatz 3 SGB V wird ergänzt um einen Satz, der die Fallkonstellation klarstellt, dass bei einem Arzneimittel mit sowohl generischer als auch patentgeschützter zVT die Jahrestherapiekosten der wirtschaftlichsten Vergleichstherapie nicht überschritten werden dürfen.

§ 130b Absatz 9 SGB V: Nach Satz 3 wird eine Legaldefinition des Kriteriums „vergleichbare Arzneimittel" eingefügt, die aussagt, dass alle in der Indikation zugelassenen Arzneimittel bei der Ermittlung der Jahrestherapiekosten zu berücksichtigen sind, unabhängig von dem Zusatznutzen nach Beschluss gemäß § 35a Absatz 1 SGB V.

Zeitlicher Horizont

Dauerhaft - langfristig (ab 2028)

Einsparpotenzial

250-300 Mio. Euro pro Jahr (lt. Gesetzgeber zum GKV-FinStG), 100 Mio. Euro pro Jahr (lt. GKV-Spitzenverband).

Berechnungsgrundlage

Das Einsparvolumen dieser Strukturmaßnahmen ist schwer zu beziffern. Der Gesetzgeber ging im Rahmen des GKV-FinStG von 250-300 Mio. Euro für die Finanzwirkung der Leitplanken aus (GKV-FinStG, BT-Drs. 20/3448, S. 5). Legt man hingegen Analysen aus dem Verhandlungsgeschäft zugrunde, kommt man eher auf ein geschätztes Einsparvolumen von jährlich ca. 100 Mio. Euro. (GKV-Spitzenverband auf Basis eigener Daten, Datenjahr: 2023-2025.) Zudem ist von einem zunehmenden Einsparvolumen über die Jahre durch Zweit – und Drittrundeneffekt auszugehen.

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sowie Verteilungs- und Belastungseffekte

Es ist von keinen Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sowie Verteilungs- und Belastungseffekte auszugehen. Da die Regelungen voraussetzen, dass eine zweckmäßige Vergleichstherapie existiert, ist die Versorgung stets sichergestellt. Vom 01.01.2023 bis zum 01.09.2025 gab es 18 Marktrücktritte bei 256 Markteintritten. Lediglich zwei der Marktrückzüge könnten möglicherweise auf die Leitplanken zurückzuführen sein, der Rest hatte andere Gründe, darunter insbesondere die Rücknahme oder -gabe

der Zulassung an die EMA. Die Leitplankenausnahme konnte noch nicht greifen, das der G-BA erst seit Juli 2025 Beschlüsse zur Ausnahme fasst.

3.8 Leitplanken-Ausnahme streichen

Maßnahmenbeschreibung

Die Ausnahme von der Leitplanken-Anwendung für Arzneimittel mit Studien, die mindestens 5 % Studienpopulation in Deutschland nachweisen, wird gestrichen. Ordnungspolitisch handelt es sich um Standortförderung. Dies ist Aufgabe der Steuergemeinschaft, nicht der GKV. Zum anderen durchbricht die Ausnahme den Grundsatz „Keine Mehrausgaben ohne Zusatznutzen". Die Streichung der Ausnahmeregelung begrenzt Therapiekosten ohne Zusatznutzen zwingend auf die wirtschaftlichste Standardtherapie. Dies stoppt aktuelle Mehrausgaben.

Erforderliche Anpassungen von gesetzlichen/untergesetzlichen Regelungen

Streichung von § 35a Absatz 3 Satz 5 und 6 sowie §130b Absatz 3 Satz 11 SGB V

Zeitlicher Horizont

Einmalig - langfristig (ab 2028)

Einsparpotenzial

10 Mio. Euro pro Jahr. Es handelt sich um eine Strukturmaßnahme.

Berechnungsgrundlage

Datenjahr: 2025. Ausgangswert sind ca. 100 Mio. Einsparvolumen für die Leitplanken. Es wurden G-BA-Beschlüsse seit 01.07.2025 mit Festlegung zur Leitplanken-Ausnahme identifiziert. Diese Beschlüsse wurden auf Relevanz für die Leitplanken-Ausnahme hin ausgewertet. Es folgte eine Hochrechnung auf einen Standardwert von 100 Verhandlungen pro Jahr. Zweit- und Drittrundeneffekte sind hier nicht eingeflossen, allerdings auch schwer quantifizierbar.

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sowie Verteilungs- und Belastungseffekte

Keine.

3.9 Interimspreis

Maßnahmenbeschreibung

Das Verfahren bildet das Prinzip „Der Preis folgt der Evidenz“ ab. Ab Markteinstieg gilt für Arzneimittel mit fehlenden Vergleichsdaten ein angemessener, vorläufiger Interimspreis, der sich an den Kosten der zVT orientiert. Dieser wird vom BMG oder einer vom BMG bestimmten Behörde einseitig festgelegt. Ein höherer Erstattungsbetrag wird erst verhandelt, wenn ausreichend klinische Vergleichsdaten vorliegen und ein neuer Nutzenbewertungsbeschluss auf dieser Datenbasis gefasst wurde. Die Maßnahme korrigiert die freie Preisbestimmung bei Markteintritt. Sie eliminiert die hohen Ausgaben der GKV für Preise, die lediglich dem postulierten Patientennutzen entsprechen. Dies ist besonders wichtig angesichts des stark gestiegenen Anteils von Sonderzulassungen (42 %) mit unsicherer Datenlage, wobei für einen Großteil echte Therapiealternativen existieren. Die Maßnahme schafft somit einen klaren Anreiz für Pharmaunternehmen, sich schneller um die benötigte Evidenz zu bemühen.

Erforderliche Anpassungen von gesetzlichen/untergesetzlichen Regelungen

Neuregelung zur Festlegung eines Interimspreises

Zeitlicher Horizont

Dauerhaft - langfristig (ab 2028)

Einsparpotenzial

Direkter Effekt: ca. 40 Mio. Euro pro Jahr

Berechnungsgrundlage

In einer Annäherung betrachtet man Arzneimittel mit einer unsicheren Datenlage bei Zulassung (Zulassung unter außergewöhnlichen Umständen (EC), bedingte Zulassungen (CMA), ATMPs, Orphan Drugs) und zieht die mittleren Kosten der zweckmäßigen Vergleichstherapie als Interimspreis heran (AMNOG-Monitor). Die Einsparungen (Datenbasis GAmSi,2022-2025), die sich vom ersten Markteintritt des Arzneimittels bis zu einer Folgebewertung mit quantifizierbarem Zusatznutzen erstrecken, liegen im Mittel bei ca. 40 Mio. Euro pro Jahr. Diese Annährung beinhaltet noch keine positiven Folgeeffekte durch die möglichen Entscheidungen der pharmazeutischen Unternehmer noch die psychologische Ankerwirkung eines Interimspreises auf die Verhandlung.

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sowie Verteilungs- und Belastungseffekte

Es könnte zu Markteintrittsverzichten von pharmazeutischen Unternehmern bei geringer Höhe der Jahrestherapiekosten der zweckmäßigen Vergleichstherapie kommen. Andererseits ist der deutsche Pharmamarkt der umsatzstärkste in Europa und drittwichtigste weltweit. Im Sinne der Patientensicherheit und der Verbesserung der Behandlungsqualität ist ein starker Anreiz zur Erzeugung von vergleichender Evidenz sogar geboten.

3.10 Vertragskatalog

Maßnahmenbeschreibung

Der Preiswettbewerb im AMNOG wird gestärkt, indem die Krankenkassen bei therapeutisch vergleichbaren Therapieoptionen durch einen Selektivvertrag zu einem oder mehreren Arzneimitteln dieser Gruppe diese als bevorzugt verordnungsfähig stellen können. Die Maßnahme behebt die fehlende Wettbewerbsdynamik und die Marktdysfunktionalität, wenn Nachfolger ihre Preise nicht senken. Sie liefert den Kassen das notwendige Steuerungsinstrument, um bei therapeutisch vergleichbaren Clustern einen echten Preisdruck zu erzeugen. Dies ist nötig, da die Leitplanken des GKV-FinStG durch Ausnahmen im MFG geschwächt sind und keine zwingenden Preissenkungen für Nachfolger garantieren.

Zudem unterstützt die Praxissoftware bislang keine wirkstoffübergreifende wirtschaftliche Verordnung. Hierzu bedarf es einer Anpassung, nach der im Anwendungsgebiet wirtschaftliche Verordnungsalternativen prominent angezeigt werden. Ärztinnen und Ärzte sind zudem auf eine wirtschaftliche Verordnung hin zu verpflichten.

Erforderliche Anpassungen von gesetzlichen/untergesetzlichen Regelungen

§ 31 SGB V: Klarstellung der Einschränkung des Arzneimittel-Leistungsanspruch auf das von der Kasse jeweils ausgewählte Arzneimittel

§ 84 Absatz 1 Nr. 2 SGB V: Klarstellung des Wirtschaftlichkeitsgebots für die Verordnung im Therapiegebiet

§ 73 Absatz 8 SGB V: Ergänzung zur Unterstützung der wirtschaftlichen Verordnung im Therapiegebiet im Zertifizierungskatalog

§ 2 Absatz 1 und § 3 Absatz 2a neu EAMIV: Konkretisierung der erforderlichen Informationen zur Anzeige wirtschaftlicher Arzneimittel

Zeitlicher Horizont

Dauerhaft - langfristig (ab 2028)

Einsparpotenzial

Bis zu mehreren Mrd. Euro pro Jahr. Hierbei handelt es sich um mittel- bis langfristig wirksame Strukturmaßnahme. Das Einsparvolumen hängt von der Größe der Cluster ab.

Berechnungsgrundlage

Das Einsparpotenzial einer ähnlich konzipierten Arzneimittel-Fokusliste wird auf ca. 1 Mrd. Euro pro Jahr beziffert (TK, „10-Punkte-Plan für eine Ausgabenwende: Wettbewerb, Mitteleffizienz und Beitragsstabilität in der GKV stärken“, August 2025, S. 2).

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sowie Verteilungs- und Belastungseffekte

Da stets Versorgungsalternativen vorhanden sind, sind keine Versorgungsnachteile zu erwarten.

3.11 Verbindliche Ausweitung und Umsetzung der Preis-Mengen-Regelung

Maßnahmenbeschreibung

Die Pflichtvereinbarung von Mengenrabatten führt derzeit kaum zu Einsparungen, da die Schiedsstelle diese minimalistisch umgesetzt hat. In 2024 erzeugten Verträge, die auf Basis dieser Regelung nach GKV-FinStG getroffen wurden, Einsparungen in Höhe von 9 Mio. Euro. Die Maßnahme beendet die Marginalisierung von Preis-Mengen-Regelung durch die Schiedsspruchpraxis. Eine klare gesetzliche Regelung realisiert den erheblichen Finanzentlastungseffekt von Mengenrabatten wie in anderen Ländern rechtssicher, indem die Mindest-Rechtsfolgen bei Überschreiten von Mengen- oder Umsatzschwellen direkt im Gesetz festlegt werden. Die Vertragspartner können darüber hinaus weitere Mengen-Regelungen treffen.

Erforderliche Anpassungen von gesetzlichen/untergesetzlichen Regelungen

Anpassung im § 130b SGB V: Implementierung von Umsatzschwellen und Rabattsätzen.

Zeitlicher Horizont

Dauerhaft - langfristig (ab 2028)

Einsparpotenzial

1,5-3 Mrd. Euro pro Jahr. Hierbei handelt es sich um eine bereits mittelfristig wirksame Strukturmaßnahme, sofern und in Abhängigkeit davon welche Mindestvorgaben der Gesetzgeber explizit im Gesetz verankert.

Berechnungsgrundlage

Das Einsparvolumen hängt von der konkreten Ausgestaltung des Regelungsmodells ab. Beispielsweise unterteilt man den Markt in 100-Mio. Euro-Umsatzcluster und legt auf jede 100 Mio. Euro einen Rabattsatz von lediglich 2 % an – die ersten 100 Mio. bleiben davon unberührt – so ergibt sich ein Einsparvolumen von rund 1,5 Mrd. Euro auf Basis der Umsätze 2024. Dabei sind nur 17 % der Wirkstoffe überhaupt betroffen, die Umsatze von 83 % der Wirkstoffe bleiben unberührt. Das höchste Umsatzcluster mit jährlichen Umsätzen > 500 Mio. Euro und einem maximalen Abschlag von 9,6 % umfasst nur 11 Arzneimittel, die alle Blockbuster (>1 Mrd Euro Umsatz weltweit) darstellen.

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sowie Verteilungs- und Belastungseffekte

Da sich der maßgebliche Effekt lediglich auf die Arzneimittel mit sehr hohen Umsätzen erstreckt, die im Markt etabliert sind, und das Gros der Arzneimittel (83 %) davon unberührt bleibt, ist nicht davon auszugehen, dass es Auswirkungen auf die Versorgung gibt.

3.12 Kombi-Abschlag I: Geltung erweitern, Einschränkungen für G-BA streichen

Maßnahmenbeschreibung

Die Befugnis des G-BA zur Benennung abschlagspflichtiger Kombinationen wird auf „offene" Kombinationen erweitert (nicht namentlich in der Fachinformation erwähnt, aber auch nicht explizit ausgeschlossen). Die Maßnahme adressiert die erhebliche Kostenproblematik freier Arzneimittelkombinationen. Derzeit summieren sich die Erstattungsbeträge ohne den Nachweis eines zusätzlichen Nutzens. Die Erweiterung des Kombinationsabschlags auf offene Kombinationen vergrößert das Einsparpotenzial und gewährleistet, dass die Solidargemeinschaft mit geringeren Gesamtkosten belastet. Dies korrigiert die derzeit enge Auslegung des G-BA, die das Einsparpotenzial dieses Instruments unnötig begrenzt.

Erforderliche Anpassungen von gesetzlichen/untergesetzlichen Regelungen

Ergänzung des § 35a Absatz 3 Satz 4 SGB V um Legaldefinition, welche Kombinationen vom G-BA zu benennen sind.

Zeitlicher Horizont

Dauerhaft - langfristig (ab 2028)

Einsparpotenzial

Das Einsparvolumen allein für die Erweiterung der einbezogenen Kombinationen wird auf mindestens 22 Mio. Euro pro Jahr geschätzt. Hinzu kommen reduzierte Transaktionskosten aufgrund der Entbürokratisierung.

Es handelt sich um eine mittelfristig wirksame Strukturmaßnahme.

Berechnungsgrundlage

Datenbasis sind die § 217f SGB V-Daten aus dem Jahr 2021. Es wurden alle Abgaben von sogenannten „offenen Kombinationen", die am selben Tag verordnet wurde, erfasst. Als Einsparwirkung wurde der ApU um 20 % reduziert und mit der Abgabemenge der obig erfassten Kombinationen multipliziert. Die Einsparung ist damit eher unterschätzt, da die engste Erfassungsreichweite von Kombinationsverordnungen nach Status quo zugrunde gelegt wurde (Abgabe am gleichen Tag).

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sowie Verteilungs- und Belastungseffekte

Etwaige Markteintrittsverzichte oder -rückzüge aufgrund des Kombinationsabschlages würden nur zu vertretbaren und zumutbaren Auswirkungen auf den Zugang zu neuen Kombinationsarzneimitteln führen. Der Zusatznutzen, den ein bestimmter Kombinationspartner zum Therapieerfolg beiträgt, ist oft nicht nachgewiesen. In allen Fallkonstellation befinden sich etablierte Therapiealternativen auf dem Markt.

3.13 Kombi-Abschlag II: Feststellung der Kombination durch Markierung des Arztes

Maßnahmenbeschreibung

Der Kombinationsabschlag wird mehrfach gestärkt: Die Markierung der Verordnung mehrerer Arzneimittel als „Kombination“ erfolgt durch den Arzt. Hierdurch wird eine zweifelsfreie Zuordnung und einfache maschinengestützte Abrechnung ermöglicht. Durch Markierung der Patientengruppe kann die Wirkung auf Arzneimittel mit mind. beträchtlichem und ohne ZN in nur einzelner Patientengruppe ausgeweitet werden. Dadurch werden zusätzliche Einsparungen realisiert. Die Maßnahme adressiert die erhebliche Ausgabenproblematik von Kombinationen und korrigiert den schmalen und streitbefangenen Anwendungsbereich nach derzeitiger Auslegung.

Erforderliche Anpassungen von gesetzlichen/untergesetzlichen Regelungen

Streichung von § 35a Absatz 1d SGB V

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

Regelungsauftrag an das Bundesministerium für Gesundheit, das Nähere zur Umsetzung der Markierung durch den Vertragsarzt zu regeln in §130e Absatz 4 neu SGB V

Zeitlicher Horizont

Dauerhaft - langfristig (ab 2028)

Einsparpotenzial

Der Gesetzgeber avisierte ursprünglich jährlich 185 Mio. Euro für dieses Instrument und legte dabei vermutlich die denkbar weiteste Auslegung von „Kombinationen“ zugrunde.

Der GKV-Spitzenverband geht von eine Einsparvolumen von bis 135 Mio. Euro pro Jahr aus.

Berechnungsgrundlage

Das derzeit realisierte Einsparvolumen betrug für das erste HJ 2025 gemäß KJ 1 21 Mio. Euro; hochgerechnet geht der GKV-Spitzenverband von 40 Mio. Euro für das gesamte Jahr 2025 aus. Diesen tatsächlichen Einsparungen müssen rechnerische Einsparungen auf Basis der tatsächlichen Versorgungssituation (Daten nach § 217f SGB V) hinzugerechnet werden: Die Markierung der Kombination durch den Arzt, was die Regelung erst effektiviert, führt zu zusätzlichen Einsparungen in Höhe von 30 Mio. Euro. 55 Mio. Euro können realisiert werden, wenn der Abschlag auch für Patientengruppen mit weniger als beträchtlichem Zusatznutzen gilt. 74-91 Mio. Euro werden generiert bei Wegfall der Ausnahme für Arzneimittel mit mindestens beträchtlichem Zusatznutzen in einer einzelnen Patientengruppe.

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sowie Verteilungs- und Belastungseffekte

Etwaige Markteintrittsverzichte oder -rückzüge aufgrund des Kombinationsabschlages würden nur zu vertretbaren und zumutbaren Auswirkungen auf den Zugang zu neuen Kombinationsarzneimitteln führen. In allen Fallkonstellation befinden sich etablierte Therapiealternativen auf dem Markt.

3.14 Vollumfängliche Anwendung des Erstattungsbetrags im Krankenhaus

Maßnahmenbeschreibung

„Kostenträgerspezifischer Ausgleich“: Der Ausgleich zwischen der Differenz zwischen dem vom Krankenhaus zunächst in Rechnung gestellten Betrag an die Krankenkasse und dem verhandelten Erstattungsbetrag erfolgt zukünftig mit der Krankenkasse, die die Kosten für das Arzneimittel auch tatsächlich getragen hat.

Die Klarstellung der Einbeziehung von krankenhausindividuellen Entgelten in Form der unbewerteten Zusatzentgelte in den Regelungskreis (ZE und PEPP) würde weitere Einsparungen generieren.

Erforderliche Anpassungen von gesetzlichen/untergesetzlichen Regelungen

§ 6 Abs. 2 Satz 11 KHEntgG muss geändert werden, sodass die Genehmigungspflicht der Landesbehörden bei NUB-Entgelten infolge neuer Erstattungsbeträge entfällt. Die Norm ist um eine Regelung für krankenhausindividuelle Entgelte zu ergänzen. Der Erstattungsbetrag muss als Obergrenze auch explizit für diese Entgelte verankert werden.

Eine Regelung zur verursachungsgerechten Verteilung des Ausgleichs zwischen gezahlten Kosten und finalem Erstattungsbetrag unter den Krankenkassen ist zu schaffen (Korrektur des Mehr- bzw. Mindererlösausgleichs).

Die Morbi-RSA-Regelungen müssen angepasst werden, damit die Kosten nicht nur in Höhe des EB gutgeschrieben werden.

Zeitlicher Horizont

Dauerhaft - langfristig (ab 2028)

Einsparpotenzial

150 Mio. Euro pro Jahr. Es handelt sich um eine mittelfristig wirksame Strukturmaßnahme.

Berechnungsgrundlage

Die AMNOG-induzierten Preisanpassungen werden auf die Entgeltumsätze lt. § 21 KHEntgG des übertragen für Zeitraum von 18 Monaten ab Geltungsbeginn der Preisanpassung im ambulanten Sektor (potenzieller Nacherstattungszeitraum).

Dies umfasst zum einen die Rückwirkung des Erstattungsbetrages zum 7. Monat in den Fällen nach § 130b Absatz 3a SGB V bis zur Veröffentlichung der Preisanpassung im Preis- und Produktverzeichnis sowie die unter Umständen bis zu maximal ein Jahr später stattfindende Entgelt-Neuverhandlungen. Die berechneten Einsparungen beziehen sich auf das Jahr 2024.

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sowie Verteilungs- und Belastungseffekte

Keine.

3.15 Vertraulichen Erstattungsbetrag streichen

Maßnahmenbeschreibung

Die Abschaffung des vertraulichen Erstattungsbetrags eliminiert eine Option, die unmittelbar nach ihrer Einführung einen erheblichen Bürokratieaufbau und große Rechtsunsicherheit erzeugt hat. Die Maßnahme schützt die Liquidität der Krankenkassen, indem die Notwendigkeit entfällt, Rückstellungen in Millionenhöhe wegen ungeklärter Rechtsfragen (z. B. zum Ausgleich von Umsatzsteuer und Handelszuschlägen) zu bilden. Zudem beseitigt die Abschaffung eine zusätzliche Schieflage der Verhandlungsoptionen zugunsten der Industrie, da das Pharmaunternehmen ohne öffentliche Vergleichsmöglichkeiten zu Konkurrenzprodukten keinen Anreiz mehr für finanziell relevante Zugeständnisse hat.

Erforderliche Anpassungen von gesetzlichen/untergesetzlichen Regelungen

Streichung des § 130b Absatz 1c SGB V sowie der weiteren Vorschriften zur Umsetzung des vertraulichen Erstattungsbetrages

Zeitlicher Horizont

Dauerhaft - langfristig (ab 2028)

Einsparpotenzial

Bei relevanter Inanspruchnahme des vertraulichen Erstattungsbetrags: Mehrere Mrd. Euro ggü. Ausgabenverlauf ohne vertraulichen Erstattungsbetrag in den nächsten 10 Jahren.

Berechnungsgrundlage

Datenjahr: 2025. Einsparungen treten auf mehreren Ebenen auf. Bei Schätzungen sind folgende Aspekte zu berücksichtigen:

1) Einsparungen durch Entfallen der Bürokratiekosten für Auskunftsverfahren, Nacherstattungsaufwand etc.: Mittelfristig 12-117 Mio. Euro.

2) Vermeidung Mehrausgaben durch Probleme der Wirtschaftlichkeitssteuerung bei vertraulichem Erstattungsbetrag von 3 bis 8 Mrd. Euro pro Jahr.

3) Vermeidung der Liquiditätsverschlechterung der KK wegen analogen Zahlungsvorbehalten bei Nacherstattung zu Ausgleich Handelszuschlägen und Umsatzsteuer wegen Rechtstreitigkeiten zu Differenzausgleich nach GKV-FinSt und ALBVVG: 20-300 Mio. Euro pro Jahr.

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sowie Verteilungs- und Belastungseffekte

Keine.

3.16 Explizite Kopplung von AMNOG an Ziel der Beitragssatzstabilität

Maßnahmenbeschreibung

Eine explizite gesetzliche Kopplung der Erstattungsbetragsverhandlungen an das Ziel der Beitragssatzstabilität ist notwendig, um die Verhandlungen für GKV und pU auf Augenhöhe auszugestalten, und ergänzt das Opt-Out-Recht des GKV-Spitzenverbandes. Die Schiedsstelle berücksichtigt die Finanzdimension für die GKV und deren Beitragssatzrelevanz bisher nicht hinreichend (im Gegensatz zur regelhaften Berücksichtigung des Vergütungsinteresses der Hersteller). Angesichts dessen, dass Arzneimittelausgaben der zweitgrößte Ausgabenblock sind und einzelne AMNOG-Arzneimittel Finanzdimensionen von mehreren Beitragssatzpunkten erreichen können, ist diese explizite gesetzliche Vorgabe essenziell, um die Beitragsstabilität sicherzustellen.

Erforderliche Anpassungen von gesetzlichen/untergesetzlichen Regelungen

Ergänzung des § 130b SGB V um einen Kopplungsvorschrift an § 71 SGB V

Zeitlicher Horizont

Nicht Quantifizierbar

Einsparpotenzial

Ein solche Kopplung ist eine langfristig wirksame Strukturmaßnahme, die derzeit nicht zu quantifizieren ist. Ihre Wirksamkeit wäre daran zu messen, wie die Kopplung konkret ausgestaltet ist und ob sie den regulativ intendierten Stabilisierungseffekt erreicht.

Berechnungsgrundlage

Wirksame Maßnahme, deren Impact allerdings von der konkreten Ausgestaltung abhängt.

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sowie Verteilungs- und Belastungseffekte

Keine.

3.17 Sektorenübergreifende Effizienzsteigerungen durch bessere Daten

Maßnahmenbeschreibung

Die langfristige Nachverfolgbarkeit von Arzneimittelverordnungen ist essenziell, um Therapiegeschichten, Dosierungen und Therapiedauern nachzuvollziehen für Mischpreisbildungen sowie für komplexe Vertragsregelungen (z. B. Preis-Mengen-Regelungen, p4p bei ATMPs), auch wegen des steigenden Einsatzes neuer Arzneimittel im stationären Sektor. Derzeit stehen den Verhandlungspartnern keine sektorenübergreifenden Daten in verhandlungsadäquatem Format zur Verfügung. Die Option des Antrags beim FDZ wird den kurzen gesetzlichen Fristen des Verhandlungsgeschehen nicht gerecht.

Der GKV-Spitzenverband erhält direkten Zugang zum Datenpool des FDZ. Die Erstattungsbetragsverhandlungen werden als Nutzungszweck im Medizinregistergesetz aufgenommen. Dem GKV-Spitzenverband werden vom G-BA Zwischenberichte aus anwendungsbegleitenden Datenerhebungen zugleitet.

Erforderliche Anpassungen von gesetzlichen/untergesetzlichen Regelungen

Neufassung von § 217f Absatz 7 SGB V

Ergänzung von § 12 Absatz 1 Nr. 6 MedRegG (Referentenentwurf) um den Zweck des § 130b SGB V

Ergänzung des § 35a Absatz 3b SGB V um Weiterleitungsbefugnis des G-BA an GKV-Spitzenverband für den Zweck des § 130b SGB V

Zeitlicher Horizont

Nicht Quantifizierbar

Einsparpotenzial

Dies ist eine langfristig wirksame Strukturmaßnahme, deren genaue Finanzeffekte nur schwer zu quantifizieren sind.

Berechnungsgrundlage

Wirksame Maßnahme, deren Impact allerdings von der konkreten Ausgestaltung abhängig.

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sowie Verteilungs- und Belastungseffekte

Keine.

3.18 Volle Nutzenbewertung bei Orphan Drugs einführen

Maßnahmenbeschreibung

Die Zusatznutzenfiktion bewirkt Intransparenz zum therapeutischen Stellenwert von Orphan Drugs. Die im Auftrag der EU-Kommission von Technopolis im Juli 2019 erarbeitete „Study to support the evaluation of the EU Orphan Regulation" zeigt, dass die Zahl der Orphan Drugs mit therapeutischen Alternativen bei Zulassung kontinuierlich stieg – 2017 gab es diese schon bei 72 %. Diese stehen untereinander im Wettbewerb und können als Maßstab in einer Nutzenbewertung dienen. 2022 entfielen auf Orphan Drugs bei 0,1 % des Verordnungsvolumens (DDD) fast 13 % der Arzneimittelumsätze der GKV (Arzneiverordnungs-Report 2023). Daher sollte sie aufgehoben und auf die Nutzenbewertung gestützte, informierte und wirtschaftliche Entscheidungen ermöglicht werden.

Erforderliche Anpassungen von gesetzlichen/untergesetzlichen Regelungen

Streichung von § 35a Absatz 1 Satz 11 SGB V; sofern für einen Teil der betroffenen Arzneimittel eine Notwendigkeit für eine Privilegierung von den normalen Preisfindungsmechanismen als erforderlich angesehen wird, könnte diese ohne Transparenzverluste in § 130b SGB V erfolgen.

Zeitlicher Horizont

Dauerhaft - langfristig (ab 2028)

Einsparpotenzial

Die finanzielle Wirkung ist nicht valide abzuschätzen. Sie ergibt sich direkt aus niedrigeren Erstattungsbeträgen, deren Ausmaß aber davon abhängig ist, ob und in welchem Ausmaß Orphan Drugs einen Zusatznutzen belegen können und ob andere Privilegierungen vorgenommen werden, sowie indirekt durch wirtschaftliche und medizinisch besser fundierte Therapieentscheidungen.

Berechnungsgrundlage

k.A.

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sowie Verteilungs- und Belastungseffekte

Es wird erwartet, dass Transparenz zum medizinischen Zusatznutzen zu einer Verbesserung der Versorgung führt, weil dadurch bessere Therapieentscheidungen ermöglicht werden.

Es könnte eingewandt werden, dass es Therapiegebiete gibt, in denen die Durchführung qualitativ hochwertiger Studien an zu geringen Patienten- und damit Probandenzahlen scheitert. Auch die Feststellung, dass keine für eine Nutzenbewertung verwertbare Evidenz zum therapeutischen Nutzen existiert, ist relevant und bedeutet Transparenz. Für diese sogenannten Ultra-Orphans können preisliche Privilegierungen erfolgen, wenn sie insgesamt nur geringe Ausgaben für die GKV bedeuten.

3.19 Pharmazeutische Dienstleistungen

Maßnahmenbeschreibung
Das Finanzvolumen des damals eingerichteten Topfs für pharmazeutische Dienstleistungen beim Nacht- und Notdienstfonds steigt kontinuierlich an. Inzwischen liegen dort über eine 0,5 Mrd. Euro ungenutzt. Angesichts der GKV-Finanzlage sollte dieses Geld unmittelbar an die einzahlenden Krankenkassen zurückgeführt werden. Neue Dienstleistungen sollten direkt mit den Krankenkassen abgerechnet werden. Die gesetzliche Bestimmung konkreter Leistungen sollte aufgegeben werden. Stattdessen bedarf es der Erlaubnis für Krankenkassen, zusammen mit Apotheken und Ärztinnen und Ärzten vor Ort konkrete Leistungen mit Mehrwert für Patientinnen und Patienten zu vereinbaren.

Erforderliche Anpassungen von gesetzlichen/untergesetzlichen Regelungen
Anpassung § 129 Abs. 5e SGB V auf eine Möglichkeit für Krankenkassen, für ihre Versicherten pharmazeutische Dienstleistungen zu vereinbaren sowie Rückführung des Fondsvolumens an die Einzahlenden zum Stichtag.

Streichung der pauschalen Abgabe für pharmazeutische Dienstleistungen in § 3 AMPreisV.

Zeitlicher Horizont
einmalig kurzfristig (für 2027)

Einsparpotential
ca. 550 Mio. einmalig

weitere Einsparungen abhängig von den neu vereinbarten Dienstleistungen; Minderausgaben von bis zu 170 Mio. Euro jährlich, abhängig vom Ausmaß der Vereinbarung pharmazeutischer Dienstleistungen.

Berechnungsgrundlage
Summe Fondsvolumen sowie Ausgaben für die bisherige Fondsumlage (851 Mio. Verordnungen in 2024 im Gesamtarzneimittelmarkt und 20 Ct. pro Verordnung).

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sowie Verteilungs- und Belastungseffekte
Die Streichung der bisherigen pharmazeutischen Dienstleistungen könnte bei fehlender Folgevereinbarung durch Krankenkassen mit Apotheken dazu führen, dass Versicherte Dienstleistungen nicht mehr in Apotheken erhalten. Gleichartige Leistungen werden jedoch auch von Ärztinnen und Ärzten angeboten.

4 Ambulante Versorgung

4.1 Budgetierung von Leistungen der Haus- und Kinderärzte

Maßnahmenbeschreibung

Die gesetzlichen Regelungen zur Entbudgetierung haus- und kinderärztlicher Leistungen führen ausschließlich zu Ausgabensteigerungen in der GKV, gefährden das Wirtschaftlichkeitsgebot und verursachen angebotsindizierte Nachfragen. Eine Verbesserung der Versorgung kann nicht festgestellt werden. Auswertungen von Abrechnungsdaten zeigen dies bereits für den kinderärztlichen Versorgungsbereich. Auch der Bundesrechnungshof empfahl in seinem Bericht vom 13.11.2023, noch vor der Entbudgetierung der hausärztlichen Leistungen von weiteren ungezielten Entbudgetierungen vor dem Hintergrund der fehlenden Wirtschaftlichkeit, negativen Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sowie der finanziellen Lage der GKV und gesamtwirtschaftlichen Entwicklung abzusehen.

Erforderliche Anpassungen von gesetzlichen/untergesetzlichen Regelungen

Die Regelungen zur Entbudgetierung in § 87a Absatz 3b und 3c SGBV sowie in § 87b Absatz 1 SGB V sind dahingehend anzupassen, dass die entsprechenden Leistungen der haus- und kinderärztlichen Versorgung in die MGV rückgeführt werden. Regelungen in den Vorgaben zur Bereinigung sind durch den Bewertungsausschuss zu konkretisieren. Die KBV hat aufgrund der gesetzlichen Anpassung in § 87b Absatz 1 SGB V die Vorgaben zur Honorarverteilung entsprechend anzupassen. Zudem sollte das Regel-Ausnahme-Verhältnis zwischen Mengensteuerung (MGV) und keiner Steuerung (EGV) hin zu einem wirksamen Instrument der Mengensteuerung gesetzlich neu justiert werden.

Zeitlicher Horizont

Dauerhaft - kurzfristig (für 2027)

Einsparpotenzial

Durch Streichung der Regelungen zur Entbudgetierung können insgesamt 680 Mio. Euro Einsparungen erzielt werden. Davon entfallen auf hausärztliche Leistungen Einsparungen in Höhe von ca. 410 Mio. Euro pro Jahr und auf kinderärztliche Leistungen Einsparungen von ca. 270 Mio. Euro pro Jahr.

Berechnungsgrundlage

Es handelt sich um eigene Berechnungen und Simulationen auf der Grundlage vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Jahre 2023 und 2024 sowie der Ergebnisse des standardisierten Berichts des Instituts des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Absatz 3a SGB V. Gleichfalls gestützt werden die Annahmen durch den Bericht des Bundesrechnungshofes an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages über die extrabudgetäre Vergütung von vertragsärztlichen Leistungen in der ambulanten Versorgung aus dem Jahr 2023.

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sowie Verteilungs- und Belastungseffekte

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes werden mit der Budgetierung von haus- und kinderärztlichen Leistungen positiven Auswirkungen auf die Versorgungsqualität erwartet, da u. a. angebotsinduzierte Nachfrage reduziert und eine wirtschaftliche Leistungserbringung gestärkt wird.

4.2 Beseitigung eines Methodenfehlers bei der Entbudgetierung kinderärztlicher vertragsärztlicher Leistungen

Maßnahmenbeschreibung

Die Regelungen zur Entbudgetierung von Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin in § 87a Abs. 3b enthalten einen methodischen Fehler, durch welchen bei der erstmaligen Festsetzung des MGV-Anteils in § 87a Abs. 3b Satz 4 SGB V die Veränderungen des Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nrn. 1 bis 5 SGB V sowie die Veränderung des Punktwerts gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V vom Jahr 2022 zum Jahr 2023 unberücksichtigt geblieben sind. Auch die Heranziehung nur des eher leistungsarmen zweiten Quartals 2022 für die Festsetzung des MGV-Anteils der Kinder- und Jugendmedizin ist unzureichend für die Abbildung der in den einzelnen Quartalen eines Jahres tatsächlich in der MGV bereits enthaltenen Vergütungsanteile für diese Leistungen. Beides führt zu einem dauerhaft zu niedrig angesetzten MGV-Anteil und einer unsachgemäßen Doppelvergütung durch stark überhöhte Ausgleichszahlungen im Umfang von im Jahr 2024 bereits 130 Mio. Euro. Daher sollte der Bewertungsausschuss mit einer entsprechenden Anpassung des Verfahrens zur Fortschreibung des auf die Kinder- und Jugendmedizin entfallenden MGV-Anteils mit Wirkung für das Kalenderjahr 2027 beauftragt werden, damit diese beiden Sachverhalte zumindest für die Zukunft basiswirksam korrigiert werden können. Die Maßnahme erübrigt sich, wenn die Leistungen der Kinderärzte wieder budgetiert würden (siehe vorherigen Maßnahmenvorschlag).

Erforderliche Anpassungen von gesetzlichen/untergesetzlichen Regelungen

§ 87a Abs. 3b SGB V ist folgender Satz 13 anzufügen:

„Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum 30. September 2026 eine Anpassung des Verfahrens nach Satz 7 zur Fortschreibung der auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sowie die zur transparenten Umsetzung erforderlichen Datenlieferungen nach Absatz 6; dabei ist mit Wirkung für die vier Quartale des Jahres 2027 die Fortschreibung des für die erstmalige Festsetzung zugrunde gelegten Honorarvolumens des zweiten Quartals 2022 um die vereinbarten Anpassungen des Punktwertes, des Behandlungsbedarfs und der darauf entfallenden Bereinigungen zwischen dem zweiten Quartal 2022 und dem zweiten Quartal 2023 sowie die jahreszeitliche Schwankung zwischen den Quartalen eines Kalenderjahres durch Anwendung eines Korrekturfaktors in Höhe des Quotienten aus dem Honorarvolumen für die in Satz 1 genannten Leistungen im entsprechenden Quartal des Zeitraums vom zweiten Quartal 2022 bis zum ersten Quartal 2023 und dem Honorarvolumen für die in Satz 1 genannten Leistungen im zweiten Quartal des Jahres 2022, welche gemäß dem jeweiligen Verteilungsmaßstab ausgezahlt worden sind, zusätzlich zu berücksichtigen.“

Zeitlicher Horizont

Dauerhaft - kurzfristig (für 2027)

Einsparpotenzial

Die Einsparung beträgt im Jahr 2027 rund 140 Mio. Euro und steigt danach analog zu den MGV-Anpassungen gemäß § 87a Abs. 4 sowie Abs. 2 Satz 1 SGB V voraussichtlich um jährlich etwa 2-4 %.

Berechnungsgrundlage

Transparenzdaten nach § 87 Abs. 3f SGB V gemäß Beschlüssen des Bewertungsausschusses aus seiner 653. und 804. Sitzung (nicht allgemein zugänglich).

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sowie Verteilungs- und Belastungseffekte

Da es sich um die Beseitigung einer nicht sachgerechten Doppelvergütung handelt, treten keine Belastungen im Vergleich zu der mit der Entbudgetierung beabsichtigten Honorierung auf.

4.3 Streichung der Vergütungsregelungen zur Terminvermittlung

Maßnahmenbeschreibung

Die mit den TSVG-Regelungen verfolgten Ziele einer schnelleren Terminvergabe und Verkürzung von Wartezeiten in der ambulanten Versorgung durch zusätzliche Vergütungsanreize zur Terminvermittlung und zur offenen Sprechstunde wurden nicht erreicht. Dies belegen die vorliegenden Ergebnisse der Evaluation des Bewertungsausschusses und wurden gleichfalls durch den Bundesrechnungshof bestätigt. Die kostenintensiven Maßnahmen sind unwirksam und angestrebte Versorgungsverbesserungen bleiben aus. Vielfach handelt es sich ausschließlich um Mitnahmeeffekte für Vertragsärzte. Den gesetzlichen Krankenkassen entstehen durch die Zusatzvergütung zur Terminvermittlung erhebliche Mehrausgaben von ca. 820 Mio. Euro.

Erforderliche Anpassungen von gesetzlichen/untergesetzlichen Regelungen

Streichung der Regelungen für Zuschläge zur Terminvermittlung in § 87 Absatz 2b Satz 3 sowie in § 87 Absatz 2c die Sätze 3 und 4 SGB V sowie der im Zusammenhang stehenden Vergütungsregelungen in § 87a Absatz 3 Satz 5 SGB V mit entsprechender Beauftragung des Bewertungsausschusses zur Anpassung der Bereinigungsvorgaben.

Zeitlicher Horizont

Dauerhaft - kurzfristig (für 2027)

Einsparpotenzial

Insgesamt ergäben sich durch die Streichung der Regelungen jährliche Einsparungen in Höhe von ca. 820 Mio. Euro. Davon entfallen Einsparungen in Höhe von 150 Mio. Euro auf die Streichung der Zuschläge im Rahmen der Terminvermittlung sowie 410 Mio. Euro auf die Streichung der extrabudgetären Vergütung für die Behandlung von Patienten durch Fachärzte nach Terminvermittlung und 260 Mio. Euro auf die Streichung der extrabudgetären Vergütung für die Behandlung in „offenen Sprechstunden“.

Berechnungsgrundlage

Es handelt sich um eigene Berechnungen und Simulationen auf der Grundlage vorliegender vertragsärztlicher Abrechnungsdaten sowie der Ergebnisse der Evaluationen durch den Bewertungsausschuss. Berücksichtigt wurden u.a. Teil 1 und Teil 2 der Evaluation zur offenen Sprechstunde und der Vermittlungszuschläge in TSS- und Hausarztvermittlungsfällen durch das Institut des Bewertungsausschusses (InBA) sowie die Ergebnisse aus Teil 1 der vom InBA durchgeführten Versichertenbefragung. Gleichfalls gestützt werden die Annahmen durch den Bericht des Bundesrechnungshofes an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages über die extrabudgetäre Vergütung von vertragsärztlichen Leistungen in der ambulanten Versorgung aus dem Jahr 2023.

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sowie Verteilungs- und Belastungseffekte

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes werden keine nachteiligen Auswirkungen auf die Versorgungsqualität aufgrund der Streichung erwartet, da diese Regelungen lediglich finanzielle

Mitnahmeeffekte für die Leistungserbringenden darstellen und, wie festgestellt, keine Verbesserungen in der ambulanten Versorgung erzielt werden.

4.4 Bereinigung der extrabudgetär geförderten vertragsärztlichen Leistungen bei Terminvermittlung

Maßnahmenbeschreibung

Derzeit sind fachärztliche vertragsärztliche Leistungen, die aufgrund der Vermittlung eines Patienten durch die Terminservicestelle oder einen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer erbracht werden, nach § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 3 und 4 SGB V extrabudgetär abrechenbar, ohne dass die hierfür bereits innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung geleisteten Zahlungen der Krankenkassen darauf angerechnet werden. Dies stellt eine erhebliche Doppelfinanzierung im Umfang von im Jahr 2024 bereits rund 385 Mio. Euro dar, denn bei den vermittelten Terminen handelt es sich nicht um eine Leistungsausweitung, sondern um eine Umwidmung bestehender Behandlungskapazitäten, da die Zahl der Behandlungsfälle insgesamt nicht entsprechend ansteigt. Die nur bis zum Jahr 2020 vorgenommene Bereinigung endete, bevor sich die abgerechneten Terminvermittlungen aufgrund der Steigerung weiterer Vergütungsanreize in Form von Zuschlägen vervielfacht haben. Daher sollte der Bewertungsausschuss mit der Vorgabe einer entsprechenden verbindlichen und dauerhaften Bereinigungsregelung mit Wirkung ab dem Kalenderjahr 2027 beauftragt werden. Die Maßnahme erübrigt sich, wenn die Vergütungsregelungen zur Terminvermittlung gestrichen würden (siehe vorherigen Maßnahmenvorschlag).

Erforderliche Anpassungen von gesetzlichen/untergesetzlichen Regelungen

Dem § 87a Abs. 3 SGB V sind folgende Sätze 25 und 26 anzufügen:

„Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragspartner haben in jedem Quartal beginnend mit dem ersten Quartal des Jahres 2027 den morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf in den Vereinbarungen nach Satz 1 um die Veränderung des Punktzahlvolumens der in Satz 5 Nummern 3 und 4 genannten Leistungen gegenüber dem jeweiligen Quartal des Jahres 2020 abzusenken; dabei sind jeweils die honorarwirksamen Begrenzungsregelungen des entsprechenden aktuellen Quartals zu beachten. Der Bewertungsausschuss beschließt das Nähere zur Absenkung des Behandlungsbedarfs nach Satz 25 bis spätestens zum 30. September 2026.“

Zeitlicher Horizont

Dauerhaft - kurzfristig (für 2027)

Einsparpotenzial

Die Einsparung beträgt im Jahr 2027 voraussichtlich mindestens 700 Mio. Euro, da die Menge der bei Terminvermittlung extrabudgetär abgerechneten Leistungen zuletzt kontinuierlich um über 25 % pro Jahr zunimmt, die Doppelvergütung bereits im Jahr 2024 rund 410 Mio. Euro betrug und nicht mit einem abrupten Ende des Zuwachses zu rechnen ist.

Berechnungsgrundlage

Vertragsärztliche Abrechnungsdaten nach § 87 Abs. 3f SGB V sowie Evaluationsberichte des Instituts des Bewertungsausschusses an das BMG gemäß § 87a Absatz 3 Satz 10 bis 13 SGB V

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sowie Verteilungs- und Belastungseffekte

Da es sich um die Beseitigung einer nicht sachgerechten Doppelvergütung handelt, treten keine Belastungen im Vergleich zu der mit der extrabudgetären Finanzierung beabsichtigten Honorierung auf.

4.5 Aufhebung des Kontrahierungszwangs nach § 73b SGB V

Maßnahmenbeschreibung

Während die Teilnahme an der HzV für Versicherte sowie für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte freiwillig ist, sind die Krankenkassen gesetzlich verpflichtet Verträge abzuschließen. 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. Eine freiwillige Regelung ermöglicht es den Krankenkassen, Verträge gezielt dort abzuschließen, wo ein nachweisbarer Mehrwert für die Versicherten besteht, und die Wirtschaftlichkeit gewahrt bleibt.

Erforderliche Anpassungen von gesetzlichen/untergesetzlichen Regelungen

Die gesetzlich verankerte Verpflichtung der Krankenkassen zum Abschluss von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V ist durch eine optionale Regelung abzulösen.

Zeitlicher Horizont

Dauerhaft - kurzfristig (für 2027)

Einsparpotenzial

Die Ausgaben für Leistungen der HzV summierten sich im Jahr 2024 auf über 2 Mrd. Euro. Im Vergleich zum Jahr 2023 sind die Ausgaben um 11,6 % gestiegen. Darüber hinaus entstehen weitere erheblichen Aufwände zur Administration dieser Verträge bei den Krankenkassen. Es ist davon auszugehen, dass durch Beendigung unwirtschaftlicher Verträge sowie Vergütungsanpassungen lfd. Verträge die Ausgaben deutlich reduziert werden. Eine exakte Quantifizierung ist nicht möglich.

Berechnungsgrundlage

Berechnungsgrundlage ist die amtliche Statistik zu den endgültigen Rechnungsergebnissen des Jahres 2024 (KJ 1 2024).

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sowie Verteilungs- und Belastungseffekte

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes werden keine nachteiligen Auswirkungen auf die Versorgungsqualität erwartet, da weiterhin eine kollektivvertragliche ambulante hausärztliche Versorgung sichergestellt ist.

4.6 Digitale Gesundheitsanwendungen: Aufhebung von initialer Preisfreiheit und Erprobungsregelung

Maßnahmenbeschreibung

Für ihre DiGA müssen Hersteller im ersten Jahr der Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis noch keinen Nutzen nachweisen (Erprobungsregelung) und dürfen dennoch unabhängig davon beliebig hohe Preise aufrufen. Die Diskrepanz zwischen diesen Herstellerpreisen (im Durchschnitt 544 Euro und auch bis zu über 2.000 Euro bei gleichzeitig noch keinem Nutzennachweis) und verhandelten Preisen (Vergütungsbeträgen) liegt bei durchschnittlich 60 %. DiGA werden demnach überfinanziert, auch wenn sie ohne nachgewiesenen Nutzen aus dem Verzeichnis wieder gestrichen werden (n=16). Eine Aufhebung der Preisfreiheit im ersten Jahr und eine Einschränkung der Neuaufnahmen auf DiGA mit nachgewiesenem Nutzen würde das System ökonomisch entlasten und Ressourcen einsparen.

Erforderliche Anpassungen von gesetzlichen/untergesetzlichen Regelungen

Anpassung des § 134 Abs. 1 Satz 2 SGB V dahingehend, dass die Vergütungsbeträge ab dem Tag der Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis gelten sowie eine Ergänzung in § 134 Absatz 5 SGB V um eine rückwirkende Geltung der Vergütungsbeträge ab dem Tag der Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis**.** Gleichzeitig sind gesetzliche Folgeanpassungen unter anderem in der DiGA-Verordnung erforderlich. Zusätzlich Abschaffung der Erprobungsregelung durch Streichung des § 139e Abs. 4 SGB V.

Zeitlicher Horizont

Dauerhaft - kurzfristig (für 2027)

Einsparpotenzial

Unter Berücksichtigung der jährlichen Neuaufnahmen von DiGA, des Anteils von DiGA, die zur Erprobung aufgenommen werden (>80 %), der jeweiligen steigenden Jahresabgabemengen sowie der hohen Differenz zwischen Herstellerpreisen und mit der GKV verhandelten Preisen liegt das geschätzte Einsparpotenzial durch Aufhebung der Preisfreiheit und durch Streichung der Erprobungsregelung im mittleren zweistelligen Millionenbereich pro Jahr (ca. 50 Mio. Euro).

Berechnungsgrundlage

Als Berechnungsgrundlage dienen die im DIGA-Verzeichnis des BfArM veröffentlichten Herstellerpreise und Vergütungsbeträge von DiGA, die Anzahl von DiGA-Aufnahmen seit deren gesetzlicher Einführung im Jahr 2020 (insgesamt 73 in 5 Jahren), der Aufnahmestatus der DiGA in das DiGA-Verzeichnis (Dauerhaft/Erprobung) sowie Daten des GKV-Spitzenverbandes zur Inanspruchnahme von DiGA gemäß § 33a Abs. 6 und 7 SGB V gemäß den DiGA-Berichten auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes.

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sowie Verteilungs- und Belastungseffekte

Es sind keine negativen Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung zu erwarten. Gleichwohl ist nicht auszuschließen, dass sich die Anzahl der Anträge zur Aufnahme von DiGA in das DiGA-Verzeichnis verringert.

4.7 Psychotherapeutische Versorgung

Maßnahmenbeschreibung

Zur Stärkung der Wirtschaftlichkeit der psychotherapeutischen Versorgung sind strukturelle Maßnahmen zu ergreifen. Psychotherapeutische Leistungen sollten per Gesetz nach den gleichen Kriterien wie vergleichbare Leistungen im EBM kalkuliert werden. Auch die gesetzliche Vorgabe zur einseitigen Förderung der Behandlung mit kurzem Behandlungsbedarf ist aufzuheben, denn sie stellt eine Zugangsbarriere für Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen dar. Ergänzend sind für eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung wirksame Mengensteuerungsinstrumente zu etablieren. Zudem ist eine gesetzliche Vorgabe zur Umstellung auf ein digitales Antrags- und Genehmigungsverfahren erforderlich, um Aufwände reduzieren zu können.

Erforderliche Anpassungen von gesetzlichen/untergesetzlichen Regelungen

Durch Streichung der Angemessenheitsregelung in § 87 Absatz 2c Satz 8 SGB V und entsprechender gesetzlicher Klarstellung ist sicherzustellen, dass die Bewertung psychotherapeutischer Leistungen nach den Kriterien für vergleichbare Leistungen im EBM kalkuliert werden. Der Aufhebung der einseitigen Förderung der Kurzzeittherapie kann durch Streichung von § 87 Absatz 2c Satz 9 SGB V entsprochen werden. Die Etablierung wirksamer Mengensteuerungsinstrumente sind durch gesetzliche Vorgaben als Auftrag an die Selbstverwaltung zu realisieren. Für ein digitales Antrags- und Genehmigungsverfahren sind Klarstellungen in § 87 Absatz 1 SGB V erforderlich.

Zeitlicher Horizont

Dauerhaft - kurzfristig (für 2027)

Einsparpotenzial

Die Umsetzung dieser Maßnahmenvorschläge führt zu erheblichen Einsparungen im dreistelligen Millionenbereich. Allein die Ausgaben für die Zuschläge zur Förderung der Kurzzeittherapie betrugen im Jahr 2024 ca. 90 Mio. Euro.

Berechnungsgrundlage

Es handelt sich um eigene Berechnungen und Simulationen auf der Grundlage vertragsärztlicher Abrechnungsdaten.

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sowie Verteilungs- und Belastungseffekte

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes verbessern die vorgeschlagenen Maßnahmen die Versorgungsqualität. Sie reduzieren Fehlanreize in der Versorgung, führen zur Entbürokratisierung sowie Vereinfachung und Beschleunigung des Antrags- und Gutachterverfahrens und stellen gleichzeitig eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche psychotherapeutische Versorgung sicher.

5 Hilfsmittelversorgung

5.1 Rechtssichere Ausgestaltung der Festsetzung von Festbeträgen für Hilfsmittel

Maßnahmenbeschreibung

Der GKV-Spitzenverband setzt gemäß § 36 SGB V Festbeträge für Hilfsmittel fest und überprüft sie regelmäßig. Die Festbeträge begrenzen die Vertragspreise. Anders als im Arzneimittelbereich fehlen einheitliche Herstellerpreise und gesetzlich definierte Aufschläge.

Laut BSG-Urteil vom 07.04.2022 greifen die Festbeträge für Hilfsmittel in die Vertragsfreiheit der Leistungserbringer ein und dürfen vom GKV-Spitzenverband nicht kalkulatorisch bestimmt werden, sondern sollen sich an realen Abgabepreisen orientieren. Da hierfür belastbare Daten fehlen, ist eine Anpassung der Festbeträge nicht möglich. Einige Festbeträge wurden daher aufgehoben. Der GKV-Spitzenverband sieht eine gesetzliche Neuregelung als notwendig an, um die Ausgabenentwicklung verlässlich steuern zu können.

Erforderliche Anpassungen von gesetzlichen/untergesetzlichen Regelungen

Zunächst sollte eine eigenständige Vorschrift für die Festsetzung von Hilfsmittel-Festbeträgen geschaffen werden, anstatt wie bisher auf die Regelungen für Arzneimittel-Festbeträge zu verweisen.

Zeitlicher Horizont

Dauerhaft - Zeithorizont unbekannt

Einsparpotenzial

Das Einsparpotenzial der GKV beläuft sich auf rund 500 Mio. Euro jährlich.

Berechnungsgrundlage

Auf die festbetragsgeregelten Produktgruppen entfällt im Jahr 2024 ein Ausgabenvolumen von rund 3,2 Mrd. Euro (Quelle: im Internet veröffentlichter Mehrkostenbericht des GKV-Spitzenverbandes für das Berichtsjahr 2024). Die aktuellen Festbeträge datieren zumeist aus den Jahren 2020-2022, schon aufgrund des Zeitablaufs reklamieren die Leistungserbringer einen Nachholbedarf von mindestens 15-20 % bei Wegfall der Festbeträge. Unter Berücksichtigung regelmäßig steigender Ausgaben lässt sich daraus ein dynamisiertes Entlastungspotenzial von jährlich mindestens 500 Mio. Euro ableiten.

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sowie Verteilungs- und Belastungseffekte

Keine.

5.2 Ermäßigter Umsatzsteuersatz für alle Hilfsmittel

Maßnahmenbeschreibung

Das Umsatzsteuergesetz enthält eine Liste von Gegenständen, die dem ermäßigten Steuersatz unterliegen, wobei diese Liste nicht alle im Rahmen der GKV abgegebenen Hilfsmittel umfasst. Durch die Bezugnahme auf bestimmte Positionen des Gemeinsamen Zolltarifs der EU und eine uneinheitliche Auslegung durch die Finanzbehörden kommt es zudem innerhalb einzelner Hilfsmittelarten zu unterschiedlichen Umsatzsteuersätzen. Gleichartige oder identische Produkte werden dadurch ohne sachlichen Grund unterschiedlich besteuert. Dies führt zu Ungleichbehandlung und erhöhten Verwaltungskosten, etwa durch nachträgliche Umsatzsteuer- und Rechnungskorrekturen bei Gesetzesänderungen. Um die GKV zu entlasten und faire Bedingungen für Versicherte zu schaffen, sollte für alle Hilfsmittel ein einheitlicher ermäßigter Steuersatz gelten.

Erforderliche Anpassungen von gesetzlichen/untergesetzlichen Regelungen

Eine gesetzliche Klarstellung sollte im Umsatzsteuergesetz erfolgen. Da der europäische Rechtsrahmen hierfür ausreichende Spielräume eröffnet, ist eine Umsetzung unter diesem Gesichtspunkt möglich.

Zeitlicher Horizont

Dauerhaft - Zeithorizont unbekannt

Einsparpotenzial

Der ermäßigte Steuersatz für alle Hilfsmittel dürfte zu einem Entlastungspotenzial der Gesetzlichen Krankenversicherung von rund 770 Mio. Euro jährlich führen. Die potenzielle Einsparung der Verwaltungskosten ist nicht quantifizierbar.

Berechnungsgrundlage

Eine Abfrage bei großen Krankenkassen zeigt, dass rund 65 % der Ausgaben für Hilfsmittel dem vollen Mehrwertsteuersatz von 19 % unterliegen. Bezogen auf das gesamte Ausgabenvolumen von 11,71 Mrd. Euro im Jahr 2024 entspricht dies etwa 7,6 Mrd. Euro. Da dieser Betrag die Mehrwertsteuer bereits enthält, ergibt sich ein Nettowert von rund 6,4 Mrd. Euro. Würde dieser Nettobetrag nicht mit 19 %, sondern mit dem ermäßigten Satz von 7 % besteuert, läge die Steuerlast bei etwa 448 Mio. Euro statt 1,22 Mrd. Euro. Das bedeutet: Die Krankenkassen könnten rund 770 Mio. Euro einsparen.

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sowie Verteilungs- und Belastungseffekte

Keine.

5.3 Wiedereinführung der Ausschreibungsoption

Maßnahmenbeschreibung

Seit dem Ausschreibungsverbot im Jahr 2019 sind die Krankenkassen verpflichtet, die Hilfsmittelversorgung grundsätzlich über Verhandlungsverträge mit Beitrittsoption sicherzustellen. Das im Hilfsmittelbereich geltende Verhandlungsgebot schließt auch Open-House-Modelle aus. Vor Einführung des Verbots wurden Ausschreibungen lediglich für ausgewählte Hilfsmittel genutzt. Die Möglichkeit, Ausschreibungen einzusetzen, ist ein wesentliches Steuerungsinstrument zur Sicherung von Wirtschaftlichkeit. Sie stärkt den Vertragswettbewerb nicht nur unmittelbar, sondern wirkt auch mittelbar auf Verhandlungsverträge, da sie den Verhandlungsdruck erhöht und Anreize für günstigere Konditionen schafft. Der Vertragswettbewerb kann auch dadurch intensiviert werden, dass nicht jedem Beitrittswilligen weitere Verhandlungen und Schiedsverfahren offenstehen.

Erforderliche Anpassungen von gesetzlichen/untergesetzlichen Regelungen

§ 127 SGB V müsste dahingehend geändert werden, dass Verträge nicht zwingend durch Vertragsverhandlungen geschlossen werden müssen. Denkbar ist auch, Verträge bei nicht ausgeschriebenen Versorgungen künftig mit einer begrenzten Zahl von Leistungserbringern oder Verbänden zu verhandeln, wobei weitere Anbieter zu gleichen Bedingungen beitreten können – jedoch ohne eigenes Verhandlungsrecht. Auf ein Schiedsverfahren sollte bei bereits erfolgter vertraglicher Einigung mit einem (anderen) Hilfsmittel-Leistungserbringer oder Verband auch vor dem Hintergrund des hohen bürokratischen Aufwands verzichtet werden.

Zeitlicher Horizont

Dauerhaft - Zeithorizont unbekannt

Einsparpotenzial

Angesichts der unterschiedlich ausgeprägten Nutzung des Ausschreibungsinstrument durch die einzelnen Kassenarten kann keine seriöse Berechnung erfolgen. Geschätzt dürfte das Einsparvolumen in Euro im dreistelligen Millionenbereich liegen.

Berechnungsgrundlage

Eine konkrete Berechnung ist nicht möglich.

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sowie Verteilungs- und Belastungseffekte

Das Ausschreibungsinstrument wurde insbesondere in Hinblick auf die Versorgungsqualität von der Politik und in der Öffentlichkeit seinerzeit kritisch gesehen. Durch die regelmäßige Aktualisierung des Hilfsmittelverzeichnisses wird die Qualität der Versorgung mittlerweile stets auf dem aktuellen Stand gehalten und damit deutlich gestärkt.

Sowohl bei Ausschreibungen als auch bei Verhandlungsverträgen sind die erwarteten Leistungen – einschließlich der erforderlichen Beratung und der Verpflichtung zur mehrkostenfreien Versorgung – umfassend beschrieben. Bei vertragsgemäßer Umsetzung bilden diese Vorgaben die Grundlage für eine qualitätsgesicherte Hilfsmittelversorgung.

5.4 Lebensdauer von Hilfsmitteln transparent gestalten

Maßnahmenbeschreibung

Die Mehrheit der Hilfsmittel sind Medizinprodukte. Nach der EU-Medizinprodukteverordnung (MDR) sind Hersteller verpflichtet, die Lebensdauer ihrer Produkte festzulegen und sicherzustellen, dass Sicherheit und Leistungsfähigkeit während dieses Zeitraums gewährleistet bleiben. Diese Festlegung erfolgt im Rahmen des Risikomanagements und ist Bestandteil des Konformitätsbewertungsverfahrens. Zunehmend zeigt sich jedoch, dass Hersteller die Lebensdauer einzelner Produkte deutlich verkürzen. Dies führt dazu, dass Hilfsmittel häufiger ersetzt werden müssen oder eine Wiederverwendung ausgeschlossen ist – mit erheblichen Kostenfolgen für die Krankenkassen.

Erforderliche Anpassungen von gesetzlichen/untergesetzlichen Regelungen

Die Festlegung der Lebensdauer von Medizinprodukten ist europarechtlich vorgegeben und liegt im Verantwortungsbereich der Hersteller. Eine gesetzliche Änderung dieser Vorgaben ist daher auf dieser Ebene nicht möglich. Um jedoch Transparenz und Wirtschaftlichkeit zu stärken, sollte auf nationaler Ebene in § 139 SGB V konkret klargestellt werden: Hersteller müssen die Lebensdauer ihrer Produkte verbindlich als Voraussetzung für die Aufnahme ins Hilfsmittelverzeichnis angeben. Dies würde Krankenkassen in die Lage versetzen, diesen Faktor bei der Vertragsgestaltung zu berücksichtigen und gezielt Produkte mit längerer Nutzungsdauer auszuwählen. Damit ließen sich unnötige Austauschzyklen vermeiden, Kosten senken und die Nachhaltigkeit der Versorgung verbessern.

Zeitlicher Horizont

Dauerhaft - Zeithorizont unbekannt

Einsparpotenzial

Eine Einschätzung hierzu ist in Ermangelung von Daten nicht möglich.

Berechnungsgrundlage

Eine Berechnung ist nicht möglich.

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sowie Verteilungs- und Belastungseffekte

Keine.

6 Weitere Themenfelder

6.1 Heilmittel: Vergütungsanpassungen planbar gestalten

Maßnahmenbeschreibung

Seit 2019 sind die Ausgaben im Heilmittelbereich sehr viel stärker gestiegen als in anderen Leistungsbereichen. Für das Jahr 2024 belaufen sich die Heilmittelausgaben auf über 13,3 Mrd. Euro; 2019 betrugen die Ausgaben noch 8,72 Mrd. Euro. Das entspricht einer Ausgabensteigerung von 51,38 %. Nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes konnte mit den bundeseinheitlichen Verträgen und den einzelnen Vergütungsanpassungen die vom Gesetzgeber gewünschte Intention der Verbesserung der Heilmittelversorgung und die Steigerung der Attraktivität der Vergütung der Leistungserbringenden erreicht werden.

Zusätzlich sollten die Zahlbeträge nach § 125 Abs.5 SGB V, welche von der Schiedsstelle festgelegt werden müssen, wenn diese nicht innerhalb der gesetzlichen Frist einen Vertrag festlegt, gestrichen werden, da diese konstruktiven Verhandlungen konterkarieren und zudem zu zusätzlichen finanziellen Belastungen der GKV führen.

Erforderliche Anpassungen von gesetzlichen/untergesetzlichen Regelungen

§ 125 Abs. 3 SGB V geändert werden: „§ 71 Absatz 1 bis 3 findet Anwendung.“

Die Zahlbeträge nach § 125 Abs. 5 SGB V werden gestrichen. Zumindest muss eine Klarstellung in § 125 Abs. 5 SGB V hinsichtlich Fristbeginn und dem daraus resultierenden Fristende zur Festsetzung von Zahlbeträgen erfolgen.

Zeitlicher Horizont

Dauerhaft - kurzfristig (für 2027)

Einsparpotenzial

Keine Quantifizierung möglich.

Berechnungsgrundlage

Nicht möglich.

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sowie Verteilungs- und Belastungseffekte

Keine.

6.2 Heilmittel: Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung nach § 125a SGB V (sogenannte Blankoverordnung)

Maßnahmenbeschreibung

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) im Jahr 2019 wurde die sogenannte Blankoverordnung eingeführt. Die Leistungserbringenden entscheiden selbstständig über die Auswahl der Heilmittel, die Therapiefrequenz und die Dauer der einzelnen Behandlungstermine sowie die Gesamtdauer der Therapie. Zur Umsetzung des gesetzlichen Auftrages, Maßnahmen zur Vermeidung einer unverhältnismäßigen Mengenausweitung zu vereinbaren, haben die Vertragspartner ein Ampelsystem etabliert. Dieses sieht vor, dass ab einer bestimmten Behandlungsmenge Vergütungsabschläge in Höhe von 9 % erfolgen. Trotz dieser Maßnahme ist zunehmend zu beobachten, dass Hochkostenfälle mit Verordnungskosten von bis zu 20.000 Euro in der Ergotherapie bzw. 8.000 Euro in der Physiotherapie zunehmen.

Erforderliche Anpassungen von gesetzlichen/untergesetzlichen Regelungen

Eine gesetzliche Legitimation, dass Krankenkassen Blankoverordnungen mit einem auffällig hohen Verordnungswert erst nach einer detaillierten Überprüfung des Sachverhaltes vergüten müssen.

Die Leistungserbringenden sind zukünftig nicht nur für die unverhältnismäßige Mengenausweitung in der Anzahl der Behandlungseinheiten je Versicherten verantwortlich, sondern übernehmen eine „echte“ wirtschaftliche Verantwortung für die Durchführung der Blankoverordnung. Hierfür könnte man sich an den bereits in § 125a Abs. 2 Nr. 5 geregelten Richtwerten zur Versorgungsgestaltung orientieren.

Zeitlicher Horizont

Dauerhaft - kurzfristig (für 2027)

Einsparpotenzial

Keine Quantifizierung möglich.

Berechnungsgrundlage

Nicht möglich.

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sowie Verteilungs- und Belastungseffekte

Keine.

6.3 Innovationsfonds: Reduktion des Fördervolumens und Fokussierung auf Projekte zur Effizienzsteigerung

Maßnahmenbeschreibung
Das Fördervolumen sollte dauerhaft um 50 Mio. Euro auf 150 Mio. Euro p. a. abgesenkt werden, denn in den vergangenen fünf Jahren wurde es durchgehend nicht ausgeschöpft. Auch die Mittelübertragbarkeit sollte abgeschafft werden, damit nicht verausgabte Mittel zurück an die Krankenkassen und den Gesundheitsfonds fließen.

Neue Versorgungsformen sollten nicht wie bislang überwiegend Add-on-Leistungen beinhalten, sondern stärker auf die Steigerung von Effizienz, Wirtschaftlichkeit und den Abbau von Über- und Fehlversorgung ausgerichtet sein (fokussierte Themen- und Projektauswahl).

Die Versorgungsforschung ist stärker auf kritische Versorgungsanalysen zu fokussieren.

Zudem ist eine klarere Abgrenzung zur Methodenbewertung des G-BA vorzunehmen.

Erforderliche Anpassungen von gesetzlichen/untergesetzlichen Regelungen
Anpassung von § 92a Absatz 3 SGB V und § 271 Absatz 5 SGB V (Absenkung des Fördervolumens, Streichung der Mittelübertragbarkeit, einmaliger Rückfluss des aktuellen Überschusses an die Krankenkassen und den Gesundheitsfonds)

Anpassung von § 92a Absatz 1 SGB V (neue Versorgungsformen): Verankerung von Effizienz und Wirtschaftlichkeit als primäre Zielsetzung und Förderkriterien des Innovationsfonds

Anpassung von § 92a Absatz 2 (Versorgungsforschung): Fokussierung auf kritische Analysen der bestehenden GKV-Versorgung

Nachgelagert: Anpassung der Verfahrensordnung und Förderbekanntmachungen des Innovationsausschusses

Zeitlicher Horizont
Dauerhaft - Zeithorizont unbekannt

Einsparpotenzial
Durch die Reduktion des Fördervolumens ergibt sich ein Einsparpotenzial von 50 Mio. Euro p. a.

Durch die Streichung der Mittelübertragbarkeit können sich Einsparungen ergeben, wenn nicht verausgabte Mittel zurück an die Krankenkassen und den Gesundheitsfonds fließen (aktuell über 200 Mio. Euro Überschuss).

Durch den Fokus auf die Förderung von Projekten zur Effizienzsteigerung und zum Abbau von low-value-care ergeben sich Einsparpotenziale in mindestens zweistelliger Millionenhöhe p. a.

Berechnungsgrundlage
Das Fördervolumen des Innovationsfonds ist gesetzlich festgelegt.

Übersichten über nicht bewilligte bzw. nicht verausgabte Mittel im Innovationsfonds (Einnahmenüberschüsse) seit dem Jahr 2020 finden sich in den jährlich veröffentlichten und allgemein zugänglichen Tätigkeitsberichten des BAS. Durchschnittlich wurden seit dem Jahr 2020 jährlich 47 Mio. Euro nicht bewilligt bzw. nicht verausgabt.

Das Innovationsfondsprojekt IndiQ (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39577831/) schätzt das Einsparpotenzial aufgrund von low-value-care-Leistungen in Deutschland bezogen auf die untersuchte Datengrundlage TK-Versicherter auf 10-15 Mio. Euro. Hochgerechnet auf alle GKV-Versicherten ergeben sich mögliche Einsparungen in Höhe von 60-110 Mio. Euro p. a.

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sowie Verteilungs- und Belastungseffekte
Die Maßnahmen können zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen, da einerseits frei gewordene Mittel der Projektförderung für andere Bereiche der GKV-Versorgung zur Verfügung stehen. Andererseits können durch die inhaltliche Neuausrichtung des Innovationsfonds geförderte Projekte dazu beitragen, Effizienzreserven zu heben, low-value-care abzubauen und somit eine bedarfsgerechte GKV-Versorgung in verschiedenen Bereichen sicherzustellen. Die aktuelle Projektförderung im Innovationsfonds beinhaltet in vielen Fällen kostenintensive Add-on-Leistungen, die eher eine Kompensation zu einer ungeeigneten Versorgung darstellen, anstatt diese durch eine geeignetere Versorgung zu ersetzen. Belastungseffekte sind nicht ersichtlich.

6.4 Reduktion der Über- und Fehlversorgung bei invasiven Eingriffen

Maßnahmenbeschreibung

Die Zweitmeinung (§ 27b SGB V) wurde geschaffen, um Über- bzw. Fehlversorgung bei invasiven Eingriffen zu reduzieren. Wie Evaluationsergebnisse zeigen, verfehlt sie derzeit weitgehend dieses Ziel. Es muss unseres Erachtens bereits bei der ersten Empfehlung durch den primär die Indikation stellenden Arzt besser gesteuert werden. Um Wirksamkeit zu entfalten, müssen hierfür objektive und evidenzbasierte Maßstäbe vorgegeben und – falls noch nicht vorhanden – auch neu entwickelt werden (Leitlinien), die dann verpflichtend zu berücksichtigen sind. Damit ist eine Verbesserung möglich. Dies wäre ein Beitrag, Über- bzw. Fehlversorgung zu reduzieren. Zusätzlich ist die Beseitigung von ökonomischen Anreizen zur Mengenausweitung durch eine konsequente Krankenhausreform sowie weitere Strukturreformen notwendig.

Erforderliche Anpassungen von gesetzlichen/untergesetzlichen Regelungen

In § 27b SGB V ist eine Bestimmung aufzunehmen, wonach der G-BA ermächtigt wird, evidenzbasierte Qualitätsvorgaben zur Indikationsstellung als Grundlage bereits der Empfehlung zum Eingriff sowie für die Zweitmeinung vorzusehen. Insofern solche Qualitätsvorgaben – insbesondere auch auf Grundlage evidenzbasierten (S3-)Leitlinien – heute noch fehlen, ist § 92b (2) SGB V so zu ändern, dass Leitlinien zu nach § 27b SGB V aufgenommen Eingriffen vorrangig entwickelt werden sollen.

Zeitlicher Horizont

Dauerhaft - Zeithorizont unbekannt

Einsparpotenzial

Es ist durch die Beseitigung der Über- und Fehlversorgung insgesamt ein Einsparpotenzial von 880 Mio. Euro bis 1,95 Mrd. Euro jährlich zu schätzen. Es ist allerdings nicht zu erwarten, dass diese Einsparungen allein durch eine Vorschrift zur Beachtung von Kriterien der Indikationsstellung erreichbar sind. Vielmehr umfasst diese Abschätzung insgesamt das Ausmaß der Über-bzw. Fehlversorgung. Weitere, insbesondere strukturelle Maßnahmen und die Beseitigung von ökonomischen Anreizen zur Mengenausweitung, sind notwendig.

Berechnungsgrundlage

Es wurden öffentlich zugängliche OECD-Daten zu Eingriffen in Deutschland im Vergleich zu westeuropäischen Ländern genutzt. Es ist bereits länger bekannt, dass in Deutschland viele Eingriffe deutlich häufiger durchgeführt werden als in vergleichbaren Ländern, ohne dass konsistent bessere Ergebnisse resultierten. Es wurden die Differenzen von Deutschland zum Median und zum 75 %-Quantil (konservativ) der Vergleichsländer ermittelt, auf die GKV-Versicherten umgelegt und mit einer Kostenansetzung pro Leistung multipliziert. Hohe Einsparpotenziale resultieren bei koronaren und Gallenblasen-Eingriffen sowie bei Gelenkprothesen, bei denen Deutschland jeweils (mit) die höchsten Raten aufweist.

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sowie Verteilungs- und Belastungseffekte

Die Versorgungsqualität wird erhöht, indem objektiv-evidenzbasierte Verbesserungen (Nutzengewinn bzw. Schadensvermeidung) sowie ggf. subjektive Verbesserungen (Versicherte erhalten die nach ihren

Präferenzen am besten geeignete Leistung) erzielt werden. Zudem werden die beitragszahlenden Versicherten finanziell entlastet. Belastungseffekte sind nicht ersichtlich.

6.5 Erbringung von Leistungen im Krankenhaus ohne belegten medizinischen Nutzen beenden

Maßnahmenbeschreibung

Im Krankenhaus können ohne jede Beschränkung zu Lasten der GKV auch Leistungen ohne Nutzennachweis erbracht werden, auch wenn die Krankenhäuser nicht die erforderliche Expertise und Infrastruktur besitzen. Der Anreiz zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie zur Erkenntnisgewinnung entfällt, wenn diese Innovationen auch außerhalb von Studien durch die GKV finanziert werden müssen. Eine Konzentration auf klinische Studien durchführende Krankenhäuser führt zum Entfallen der Anwendung in ungeeigneten Krankenhäusern und zu ihrer wirtschaftlicheren Durchführung unter den richtigen Rahmenbedingungen. Dadurch verringern sich perspektivisch auch Folgekosten durch Fehlbehandlungen.

Erforderliche Anpassungen von gesetzlichen/untergesetzlichen Regelungen

Neue Methoden im Krankenhaus werden durch den G-BA in einer Schnellbewertung vorab geprüft. Die Anwendung von Verfahren ohne Nutzennachweis wird an die Erprobung der Innovation im Rahmen von klinischen Studien geknüpft, die Vergütung durch NUB-Entgelte ist nur noch an entsprechenden Zentren in klinischen Studien möglich. Übernahme der Kosten für den wissenschaftliche Overhead erfolgt durch Hersteller oder die öffentliche Forschungsförderung. Die medizinischen Leistungen im Rahmen der Studien werden durch die Krankenkassen vergütet. Es werden dafür Änderungen in den §§ 137c, 137e und 137h SGB V sowie § 6 KHEntG erforderlich.

Zeitlicher Horizont

Dauerhaft - kurzfristig (für 2027)

Einsparpotenzial

50 Mio. Euro jährlich ab 2027. Die Einsparungen werden im Laufe der Jahre deutlich höher ausfallen, da nur Methoden mit Nutzennachweis in den DRG-Entgeltkatalog integriert werden und dadurch die Versorgung bedarfsgerechter wird. Bisher werden viele neue Methoden nach einigen Jahren ohne weitere kritische Evidenzbetrachtung in ein Zusatzentgelt überführt. Spätestens dann werden sie in der breiten Versorgung angewendet und ihre Erforderlichkeit kann von den Kassen kaum mehr geprüft werden.

Berechnungsgrundlage

Die Gesamtausgaben für NUB-Entgelte (nicht-medikamentös) werden nach internen Berechnungen des GKV-Spitzenverbandes auf etwa 70 Mio. Euro jährlich geschätzt. Durch die vorgeschlagene Neuregelung entfällt die Vereinbarung von NUB-Entgelten mit Krankenhäusern, die keine entsprechende klinische Studie durchführen. Zu welchem Kostenrückgang dies führen würde, kann nur grob geschätzt werden. Anzunehmen sind etwa 50 Mio. Euro. Neben diesen direkt und kurzfristig erzielbaren Einsparungen werden in den Folgejahren zunehmend auch Leistungen aus der Krankenhausversorgung entfallen, deren Nutzen in den Studien nicht nachgewiesen werden kann.

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sowie Verteilungs- und Belastungseffekte

Durch die Beschränkung des Einsatzes ungeprüfter Innovationen auf klinische Studien entstehen weitere Einsparungen und gleichzeitig eine bessere Qualität der Versorgung durch Wegfall risikobehafteter Interventionen ohne Nutzen.

6.6 Beendigung der Vollfinanzierung von Erprobungsstudien durch die GKV

Maßnahmenbeschreibung

Es soll die künftig nicht mehr möglich sein, dass Hersteller von Medizinprodukten für ihre Produkte beim G-BA eine Erprobung beantragen oder mit einem Hilfsmittelantrag automatisch eine Methodenbewertung auslösen können. Bisher können sie davon profitieren, dass der G-BA auf Antragsbasis nicht nur das Potenzial der Methode bewertet, sondern auch eine Studie plant, durchführt, auswertet - und auf Kosten der GKV vollständig finanziert. Dieser Mechanismus ist aus Sicht der GKV unwirtschaftlich, denn es findet keine Prüfung der medizinischen Relevanz der Methode statt. Die Vorschrift begünstigt einseitig die Hersteller. Auch dass die GKV die Finanzierung des sogenannten „Studienoverheads“ bei allen Erprobungen übernehmen muss, ist eine Zweckentfremdung von Mitteln der Solidargemeinschaft.

Erforderliche Anpassungen von gesetzlichen/untergesetzlichen Regelungen

Es sind Änderungen am § 137e sowie am § 139 Absatz 3 SGB V erforderlich.

Zeitlicher Horizont

Dauerhaft - kurzfristig (für 2027)

Einsparpotenzial

Ca. 100 Mio. Euro in den kommenden fünf Jahren 2027-2031

Berechnungsgrundlage

Im zurückliegenden Fünfjahreszeitraum entstanden Kosten von ca. 80 Mio. Euro für die GKV, die über den G-BA-Systemzuschlag finanziert wurden. 18 Mio. Euro entfielen dabei systemwidrig auf die Kosten für Studienoverheads und 65 Mio. Euro für die Behandlungskosten innerhalb der Studien. Gegenwärtig beläuft sich die Anzahl beauftragter Studien auf 21. Neun davon basieren auf Herstelleranträgen, fünf weitere auf Hilfsmittelanträgen. Insgesamt wurden bisher vom G-BA 25 Erprobungsrichtlinien beschlossen. Es ist also kurz- bis mittelfristig mit einer deutlichen Steigerung der Erprobungsanzahl zu rechnen. Auch mittelfristig werden durch neue Herstelleranträge weitere Erprobungsrichtlinien notwendig.

Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sowie Verteilungs- und Belastungseffekte

Es sind keine negativen Auswirkungen auf die Versorgungsqualität zu erwarten. Die Solidargemeinschaft wird von finanziellen Anforderungen entlastet, die nicht zu ihrem Verantwortungsbereich gehören.